

# Capítulo 3

## DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E SAÚDE AMBIENTAL

**U**ma das principais responsabilidades do setor saúde é a proteção do bem-estar público com a garantia de um ambiente físico e social saudável, que possibilite o desenvolvimento humano sustentável —quer dizer, melhora das condições materiais para responder às necessidades da atual geração, sem comprometer a resposta às necessidades das gerações futuras — e que proteja as pessoas mais vulneráveis da sociedade. Para tal fim, o setor saúde precisa colaborar com outros setores—ambiente, trabalho, agricultura e educação, entre outros. Da mesma forma, as comunidades locais, os países e as alianças internacionais deverão, individual e coletivamente, monitorar e rebater as muitas causas da deterioração ambiental. As desigualdades —em educação, emprego, saúde e direitos políticos — afetam a susceptibilidade das pessoas aos impactos ambientais negativos e podem resultar em cargas de doença e de morte significativas. Outros fatores que também influenciam são a globalização, a reforma do Estado, a privatização dos serviços, as características do mercado de trabalho e a urbanização descontrolada. Existe consenso de que o desenvolvimento humano sustentável depende tanto da redução da pobreza como do amparo e promoção da saúde.

Na América Latina e no Caribe, o desafio consiste na harmonização dos objetivos do desenvolvimento, da saúde e do ambiente com os da equidade social, o qual requererá, entre outras medidas, a formulação de políticas efetivas de desenvolvimento urbano. Vale o exemplo da água e saneamento: ao crescer, as populações urbanas aumentam proporcionalmente as demandas de provisão de serviços de água potável, sistemas de rede de esgoto e disposição de refugos sólidos. Desigualdades entre o centro e a periferia das cidades e entre as áreas urbanas e rurais com relação ao acesso a esses serviços e à exposição a fatores de risco ambiental exacerbam a vulnerabilidade dos pobres.

O crescimento acelerado e desordenado do setor industrial causa diretamente a contaminação biológica, química e física; provoca aumentos no transporte e no consumo de energia; gera mais refugos e torna inadequada sua disposição. A industrialização, somada aos efeitos negativos da mudança climática, está contribuindo para a deterioração do ambiente e da qualidade de vida e da saúde da população. Os processos de produção —as explorações mineiras, petrolíferas e agrícolas (as que empregam agroquímicos nos cultivos), os hospitais, centros de saúde e laboratórios, as usinas de energia e a indústria manufatureira — são os maiores geradores de refugos químicos e resíduos sólidos perigosos. O consumo de bens e serviços é um grande desafio à gestão ambiental em termos do controle de riscos e promoção da saúde.

Como a moradia e o local de trabalho das pessoas são seus ambientes mais importantes, as condições adequadas de moradia e trabalho são tão essenciais para garantir uma boa saúde quanto o meio ambiente em geral. Um problema sério é o das comunidades rurais, onde os pobres estão mais expostos a riscos de saúde, principalmente aqueles que vivem em zonas endêmicas de doenças transmitidas por vetores —chagas, malária, dengue e febre amarela. Outros problemas estão relacionados às mudanças no perfil do trabalho e na população trabalhadora causados pela globalização, integração regional, liberalização do comércio e modificação de políticas sociais, as quais repercutem sobre as condições de vida e saúde dos trabalhadores e geram maiores desigualdades. Respectivamente, as proporções cada vez maiores de crianças e idosos integrados à força trabalhista constituem uma crescente preocupação.

Além do aumento da pobreza, a desigualdade social e a urbanização, a fragmentação e desintegração de estruturas familiares e comunitárias geram ambientes pouco saudáveis, que favorecem por sua vez estilos de vida não saudáveis e comportamentos de risco em todas as etapas da vida. Ao mesmo tempo, persistem os problemas de mortalidade causados pela desnutrição de mães e crianças, infecções e falta de acesso a bens e serviços. Existe uma relação direta entre a dieta inadequada e as doenças crônicas: tanto as deficiências como os excessos nutricionais contribuem para uma dupla carga de doenças que afetam populações de todas as idades. As tendências crescentes nos estilos de vida e comportamentos de risco —o consumo de tabaco, álcool e drogas e as várias formas de violência e acidentes—confirmam a necessidade crítica de estratégias de promoção da saúde.

Os países da Região reconhecem a intrínseca relação entre a saúde e o ambiente. Para favorecer essa relação em suas expressões mais positivas —em suma, para acautelar e controlar os efeitos adversos do ambiente sobre a saúde—decidiram concentrar seus esforços em cinco áreas principais: a intersectorialidade, a descentralização de responsabilidades, os sistemas de informação, a participação social e o cumprimento

de compromissos acordados em conferências internacionais. Estão em marcha diversas atividades para monitorar e avaliar a saúde ambiental, desenvolver políticas saudáveis sustentáveis em longo prazo, buscar alianças, desenvolver recursos humanos, estabelecer legislação adequada com respeito ao consumo de bens e serviços e levar a cabo intervenções diretas. Estão enfatizando o fortalecimento das capacidades normativas, regulamentares e resolutivas das autoridades nacionais de saúde; o fortalecimento de instituições ambientais existentes e a redefinição de suas funções e organização; e o estabelecimento de recursos para proteger o ambiente e mitigar os efeitos deletérios sobre a saúde causados pelos desequilíbrios ambientais. Duas grandes respostas às necessidades da população nesta área são a iniciativa regional de escolas promotoras de saúde e a estratégia de municípios e comunidades saudáveis.

## A SAÚDE E O AMBIENTE

Nas últimas décadas, as desigualdades em matéria de condições de vida e de saúde nas Américas foram acentuando-se, e as relacionadas com a saúde ambiental não constituem uma exceção. Observam-se desigualdades importantes não só nos efeitos sobre a saúde ou o acesso aos serviços, mas também na exposição a riscos ambientais em cada território e grupo de população. Estima-se que 24% da carga mundial de morbidade e 23% de todos os falecimentos podem ser atribuídos a fatores relacionados ao ambiente (1). Nos países em desenvolvimento a percentagem de mortalidade atribuível a causas ambientais é de 25%, e nos desenvolvidos de 17%.

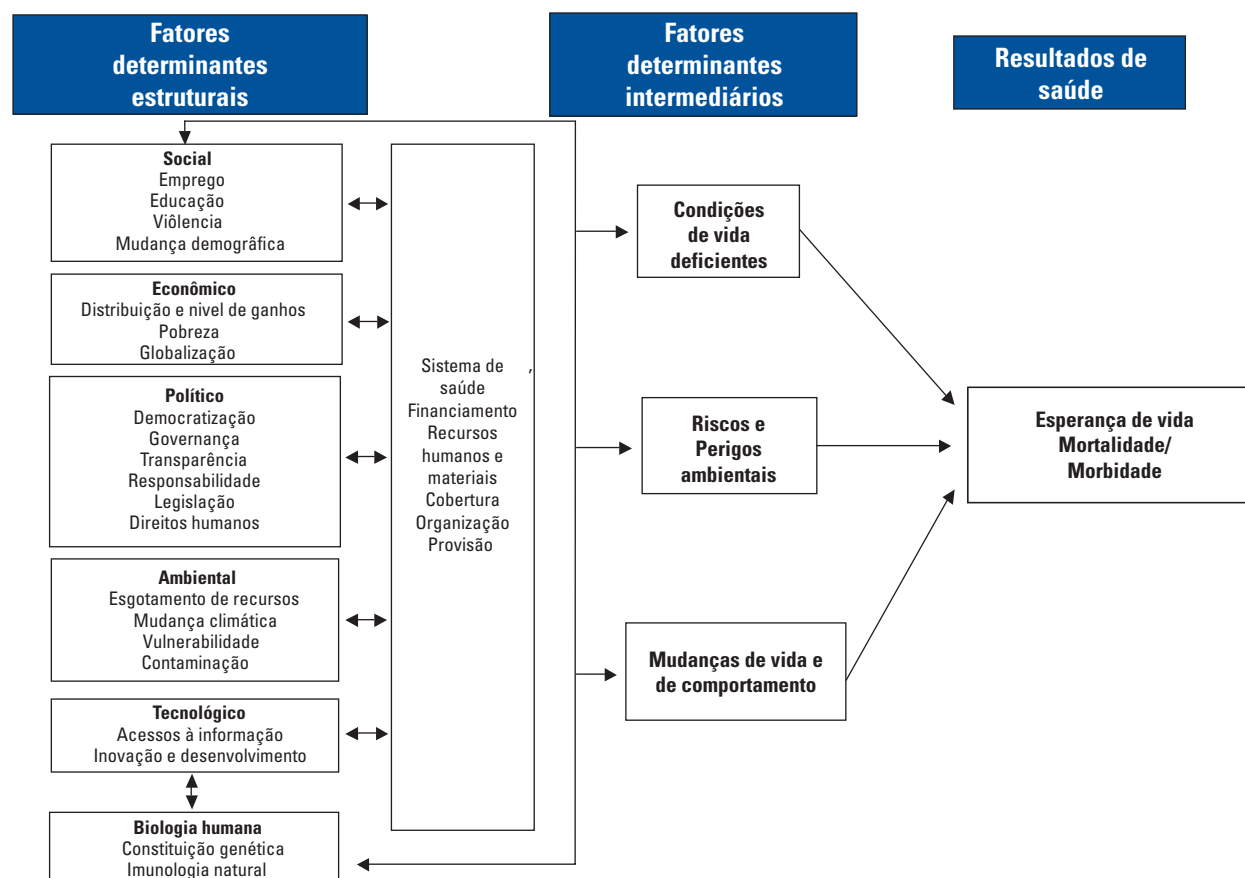
A saúde ambiental é o resultado da interação de fatores que operam em diversos níveis de agregação e no marco de processos complexos, que vão além dos componentes tradicionais biológicos, físicos e químicos do meio ambiente. Para sua melhor compreensão, a saúde ambiental pode contextualizar-se usando como referência o marco dos fatores determinantes da saúde (figura 1). Segundo este marco, há uma série de fatores determinantes estruturais de caráter social, econômico, político, ambiental, tecnológico e de biologia humana, alguns relacionados entre si e em importante interação com o sistema de saúde. Estas relações, por sua vez, dão lugar a fatores determinantes intermediários que geram condições de vida deficientes, riscos e perigos ambientais, e mudanças nos estilos de vida e comportamento, os quais, conseqüentemente, modificam os níveis de expectativa de vida, produzem doenças, danos, deficiências e mortes que prejudicam o bem-estar da população.

A deterioração socioeconômica da Região, especialmente o aumento da pobreza e a desigualdade, a rápida urbanização, e a frag-

mentação e desintegração das estruturas familiares e comunitárias contribuem para criar ambientes pouco saudáveis que por sua vez suportam estilos de vida e comportamentos de risco ao longo do ciclo vital. Coexistem nestas condições problemas ancestrais de mortalidade materna e infantil por desnutrição, infecções e falta de acesso a bens e serviços básicos assim como problemas relacionados ao tabagismo, alcoolismo, violência, infecção pelo HIV/AIDS e alguns aspectos da segurança pública (2).

Na Região das Américas têm-se caracterizado desigualdades em matéria de saúde ambiental em diferentes estados de desenvolvimento, de maneira que é possível identificar grupos específicos com maior vulnerabilidade. Algumas destas desigualdades são observadas nas zonas rurais e de ecossistemas relativamente preservados, onde habitam populações tradicionais (por exemplo, indígenas, afros-descendentes, garimpeiros em busca de ouro, ou pescadores), ou em zonas mais desenvolvidas com populações de trabalhadores agrícolas. São encontradas outras desigualdades em zonas urbanas onde vivem os grupos mais pobres e marginalizados (por exemplo, as “favelas” brasileiras), situadas próximo a resíduos perigosos ou em lugares já contaminados por esses resíduos, ou entre as populações de trabalhadores das indústrias mais poluentes.

Muitos problemas de saúde continuarão agravando-se devido à deterioração das condições de vida gerada pela insegurança pública, poluição sonora, escasso fornecimento de água potável e saneamento inadequado, eliminação incorreta de resíduos, contaminação química, tabagismo e riscos físicos associados à aglomeração urbana. Os problemas originados em assentamentos urbanos e moradias superpovoadas facilitam a propagação de doenças infecciosas e contribuem em grande parte para o aumento do uso de drogas ilícitas e para a violência. O crescimento

**FIGURA 1. A saúde e seus fatores determinantes: interações entre a saúde e o ambiente.**

Fonte: Loyola E. Progress on Children's Environmental Health in the Americas. International Conference for the Evaluation of Global Health Strategies. Florence, Italy; 2006.

urbano debilitou a capacidade de muitas prefeituras e governos locais de prestar serviços básicos de saúde.

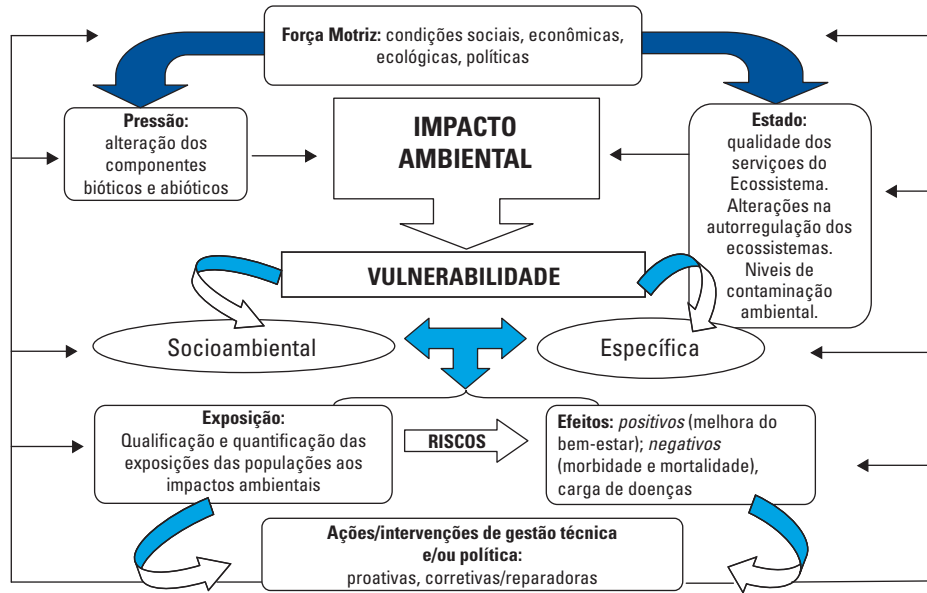
O crescimento urbano também significa maior dependência dos sistemas de transporte, que por sua vez geram contaminação adicional e risco de lesões. A contaminação do ar, tanto do ar ambiental externo quanto interno (incluindo o ambiente de trabalho), seguirá sendo a principal causa de infecções respiratórias, asma e infecções respiratórias agudas, em particular nas crianças, e de doenças respiratórias crônicas nas mulheres e idosos. Na América Latina, mais de 300 milhões de pessoas vivem em grandes cidades, onde a exposição a material particulado e a outros poluentes aéreos põe em risco suas vidas.

A globalização do comércio, os deslocamentos humanos e os aspectos culturais podem ter repercussões tão positivas como negativas sobre a saúde. Um elevado comércio de serviços e produtos nocivos para a saúde e o ambiente se intercambia, e a migração massiva de populações apresenta adicionais ameaças mundiais para a saúde. Doenças transmissíveis como a tubercu-

lose propagam-se cada vez mais em algumas nações desenvolvidas, onde afetam as pessoas mais vulneráveis e pobres.

É cada vez maior a preocupação com a inocuidade dos alimentos, no que se refere tanto a substâncias químicas como a microorganismos. Em muitas partes do mundo, a crescente incidência de doenças transmitidas pelos alimentos foi evidente durante a década passada. Também são preocupantes as consequências diretas e indiretas para a saúde da aplicação de biotecnologia à produção de alimentos. O aumento do comércio de alimentos traz benefícios quanto a assegurar regimes seguros e nutritivos, mas também poderia contribuir a uma maior difusão de intoxicações e infecções alimentares. A promoção das normas para a segurança alimentar as pautas internacionais tem a possibilidade de promover a saúde e o comércio. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO) estão trabalhando em conjunto para melhorar a vigilância, a monitoração e as metodologias de avaliação de riscos relacionados com os alimentos.

FIGURA 2. Diagrama de interações para a gestão da saúde ambiental.



**Fonte:** Organização Pan-Americana da Saúde; Programa das Nações Unidas para o Meio ambiente; Fundação Oswaldo Cruz. GEO-Saúde. Em busca de ferramentas e soluções integrais aos problemas de meio ambiente e saúde na América Latina e Caribe. Mexico, 2005.

Em resposta à situação existente, e levando em conta a diversidade socioambiental da América Latina e Caribe, a Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA) e a Fundação Oswaldo Cruz do Brasil (FIOCRUZ), apoiados no modelo FPSEEA (força motriz, pressão, estado, exposição, efeito sobre a saúde humana e ação, também conhecido como DPSEEA por suas siglas em inglês), desenharam uma estratégia metodológica (Geo-Saúde) que facilita a avaliação e monitoração da saúde ambiental, e permite o desenvolvimento de políticas saudáveis sustentáveis em longo prazo e a solução ou prevenção dos problemas (3). A estratégia provê um modelo de análise multicausal entre as dimensões biofísicas, espaço-temporais e sociais do ecossistema no que se aplica a avaliação.

A diferenciação do problema em distintas etapas lhe dá ao esquema de análise que se propõe suficiente flexibilidade para adaptar-se às necessidades de informação dos diferentes níveis de gestão. Seja qual for o nível em que se aplique, este enfoque metodológico deverá permitir a identificação das alterações ambientais que estão afetando negativamente a saúde humana, e o mapeamento de riscos e a avaliação de vulnerabilidades em relação aos impactos ambientais. A informação obtida ajudará a definir as ações de controle necessárias para deter os efeitos desses impactos e revertê-los. Finalmente, se for possível, a avaliação integral deveria além de prever quais seriam as conseqüências de não executar ações a curto e médio prazo, a fim de sensibilizar os

responsáveis pelas políticas sobre a necessidade de atuar de maneira intersectorial, não só na avaliação do problema, mas também na procura de soluções (figura 2).

A resposta aos problemas ambientais pode dar-se mediante a redução de riscos específicos, tais como a melhora da qualidade da água ou as alternativas ao uso de praguicidas. Também pode dar-se mediante a modificação dos determinantes intermediários e estruturais que incidem sobre a saúde, a partir das estratégias de promoção da saúde, redução da pobreza e desenvolvimento sustentável, orientadas ao cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs). Entre as contribuições específicas do setor saúde, merece destaque às estratégias regionais de municípios e comunidades saudáveis, e a iniciativa de escolas promotoras da saúde.

A justiça ambiental se apresenta como uma ferramenta para responder às desigualdades e se concebe como “um conjunto de princípios e práticas que asseguram que nenhum grupo social suporte uma carga desproporcionada das conseqüências ambientais negativas de operações econômicas, decisões políticas e de programas federais, estatais e locais, assim como a ausência ou omissão de tais políticas, permitindo o acesso justo e equitativo aos recursos do país, acesso a informações relevantes para as comunidades afetadas e grupos vulneráveis, favorecendo a construção de modelos alternativos e democráticos de desenvolvimento” (4, 5).

Em forma coincidente com estes conceitos, a OPAS e os Estados Membros propõem confrontar todo o referente ao meio am-

biente e à saúde com ações orientadas pela justiça ambiental assim definida, e com políticas públicas e institucionais sobre saúde e ambiente que respondam a enfoques intersetoriais amplos. Entre as primeiras é possível incluir a elaboração de mapas de vulnerabilidade socio-ambiental que permitam identificar populações objetivo; a execução de programas de educação, acesso à informação e formação de liderança comunitária em zonas vulneráveis; a participação nos processos de licenciamento ambiental da análise de risco até a construção de cenários futuros, aplicando onde seja pertinente o princípio de prevenção; a limpeza de zonas poluídas por produtos perigosos; e a elaboração de planos mestres de infra-estrutura em um marco de ecologia urbana e espaços saudáveis. Entre as segundas é possível incluir a demarcação de terras e a criação de reservas; a adoção de políticas de incentivos à produção agrícola familiar e agro-ecológica; a execução de programas de direitos humanos e políticas antidiscriminatórias; a iniciativa ao turismo comunitário, e a geração e uso de energias alternativas. O futuro da população atual e das gerações vindouras dependerá de como se proceda na gestão e desenvolvimento de um ambiente sustentável e saudável.

### ÁGUA, SANEAMENTO E DISTRIBUIÇÃO SANITÁRIA DE RESÍDUOS SÓLIDOS

O saneamento forma parte integral da saúde, o desenvolvimento e as estratégias de redução da pobreza. O saneamento básico é o conjunto de ações que se executam no âmbito do ecossistema humano para o melhoramento dos serviços de abastecimento de água e a distribuição sanitária de águas residuais e excreta, o manejo dos resíduos sólidos, a higiene domiciliar e o uso industrial da água, em um contexto político, legal e institucional no que participam diversos atores do âmbito nacional, regional e local. Este conjunto de ações mantém uma inter-relação permanente entre a gestão do saneamento básico e a saúde pública. Vários países da Região integram a gestão destes aspectos em setores que incluem a organização territorial, o meio ambiente e a moradia. A articulação ulterior entre estes setores e o da saúde resulta fundamental para o alcance do desenvolvimento sustentável.

No tratamento dos subitens de acesso da população ao fornecimento de água potável, ao saneamento e à disposição sanitária de resíduos sólidos, os respectivos serviços costumam integrar o saneamento básico, e tudo isso se analisa aqui no contexto dos Objetivos do Milênio, da saúde pública e dos benefícios econômicos em matéria de saúde, qualidade e sustentabilidade dos serviços, contexto que também abrange as situações críticas e de emergência que se manifestam na América Latina e no Caribe.

Em setembro de 2000, na Cúpula do Milênio das Nações Unidas, 189 Estados Membros, dos quais 147 estavam representados por chefes de Estado e de Governo, adotaram a Declaração do Milênio, que estabeleceu os ODMs. A Assembléia Geral das Nações Unidas proclamou o período de 2005 a 2015 Decênio In-

---

*“No passado, e com muita frequência ainda hoje em dia, o abastecimento público de água deu origem à morbidade e mortalidade causadas por doenças tais como a tifoide, a disenteria, as diarreias e a cólera. Um abastecimento seguro de água é absolutamente essencial, e deve figurar entre as primeiras medidas permanentes adotadas pela comunidade com a finalidade de proteger sua saúde.”*

Hugh Cumming, 1933

---

ternacional para a Ação, sob o lema “A água, fonte de vida” (6), que começou em 22 de março de 2005, coincidindo com o Dia Mundial da Água, e exortou a dar uma resposta coordenada para obter o cumprimento das MDMs em matéria de água e saneamento, e a sentar as bases para seguir avançando nos anos seguintes, sem deixar de lado a necessidade de melhorar a equidade no acesso, a qualidade e a sustentabilidade dos serviços, incluída a proteção dos recursos hídricos.

O Decênio Internacional para a Ação contribuirá para que os objetivos mundiais focalizem ações orientadas a melhorar a equidade no acesso aos serviços de água e saneamento, a fim de alcançar os objetivos internacionais projetados em matéria de água, contidos no Programa 21 e seu plano de ação local, na Declaração do Milênio, e no Plano de Aplicação de Johannesburg. Isto é importante para a América Latina e Caribe, onde uma de cada quatro pessoas carece de acesso à água e saneamento, enquanto que nas zonas e comunidades da Região mais afetadas pelas desigualdades socioeconômicas, essa carência afeta uma de cada duas pessoas.

O Comentário Geral Nº 15 das Nações Unidas sobre o direito à água, adotado em novembro de 2002 pelo Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, destaca um marco na história dos direitos humanos. Pela primeira vez, reconhece-se explicitamente a água como um direito humano fundamental e se estabelece assim à obrigação dos governos de assegurar progressivamente que todos tenham acesso à água potável segura, em forma equitativa e sem discriminação. O Comentário assinala que “o direito humano à água outorga direito a todos a contar com água suficiente, a preço acessível, fisicamente acessível, segura e de qualidade aceitável para usos pessoais e domésticos”. Em consequência, os Estados Membros reconhecem que a água deve ser tratada como um bem cultural e social, e não como um bem econômico (7), e esta perspectiva representa uma mudança em relação ao enfoque adotado em diversos congressos internacionais realizados na década de 90, quando se considerava a água uma mercadoria.

Existe um forte movimento social em defesa da água como direito humano e bem comum, que destaque no IV Fórum Mundial da Água realizado na Cidade do México no final de março de 2006 (8). Entretanto, e face às fortes polêmicas desencadeadas, a decla-

ração final do Fórum não reconhece como direito humano o acesso à água. Somente os Governos da Bolívia, Cuba, Uruguai e Venezuela estabeleceram uma declaração nesse sentido. Paralelamente, organizações sociais de mais de 40 países organizaram um fórum alternativo onde denunciaram que para muitos governos e empresas a água potável é apenas uma entre tantas mercadorias e não um direito fundamental que assegure a sobrevivência.

Para atingir os ODMs em matéria de água e saneamento, deve-se realizar um intenso lobby com as autoridades de saúde. O direito à água potável não se alcançará somente com enfoques econômicos, mas requer também uma forte convicção moral com respeito a três valores fundamentais: liberdade, equidade e solidariedade com os menos privilegiados.

### Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e o monitoramento de suas metas

O Programa Conjunto de Monitoramento (PCM, ou JMP, segundo suas siglas em inglês) OMS/UNICEF para o Abastecimento de Água e Saneamento avalia os progressos dos ODMs no concernente ao cumprimento da meta 10 (reduzir na metade, para o ano 2015, a percentagem de pessoas que careçam de acesso à água potável e a serviços de saneamento). Apóia-se em pesquisa domiciliária e em censos de população realizados nos países, e tem como propósito principal monitorar as tendências e programas, fortalecer a capacidade de vigilância, e informar a respeito da situação do setor em matéria de políticas nacionais e internacionais. Só quando estes tipos de dados não se encontram disponíveis, o PCM utiliza a informação procedente das empresas prestadoras destes serviços nos países. Dada a dificuldade atual de efetuar medições rotineiras e rápidas sobre a qualidade dos serviços de água potável e saneamento, o PCM utiliza dois indicadores de acesso ou abastecimento: a percentagem da população (urbana e rural) que utiliza fontes melhoradas de água po-

tável, e a percentagem da população (urbana e rural) que utiliza instalações melhoradas de saneamento.

De acordo com o PCM, água potável é a utilizada com fins domésticos, incluída a água para consumo e higiene. O Programa considera que são necessários mais de 30 minutos para ir até um bebedouro e voltar dele em zonas rurais, tende-se a utilizar menos quantidade de água que a requerida para cobrir as necessidades básicas. Os instrumentos de monitoramento em uso não levam em conta os custos, a continuidade do serviço nem a qualidade da água na fonte ou lar. As “fontes melhoradas de água potável” podem estar já poluídas ou, frente à falta de conexão domiciliária ou de continuidade do serviço, a água pode poluir-se durante o transporte ou no armazenamento inadequado no domicílio. Por isso, a população que dispõe de água segura, como o requer a meta 10 dos ODMs, é provavelmente muito menor que a que tem acesso à “fontes melhoradas de água” (quadro 1). Para superar estas limitações, o PCM aplica uma metodologia para a avaliação rápida da qualidade da água em sete países de diferentes regiões, incluída a Nicarágua na América Latina.

Na Nicarágua, o estudo de avaliação rápida da qualidade da água potável se levou a cabo de 2004 a 2005. O estudo destacou a importância da sensibilização do pessoal de campo e das comunidades quanto à qualidade da água e como a interação entre ambos tinha contribuído para uma melhor educação ambiental. Por meio desta metodologia, obtiveram-se resultados com grande nível de confiança e com representatividade em função das tecnologias utilizadas no fornecimento de água e sua distribuição geográfica em todo o país. O resultado mais claro da avaliação é ter confirmado que existe um problema nacional grave com relação à qualidade da água consumida pela população da Nicarágua. O relatório final de 2005 (9) aponta que a contaminação da água potável com arsênico pode estar mais expandida geograficamente do que se supunha, e que a contaminação fecal a nível domiciliário é também maior.

**QUADRO 1. Opções tecnológicas em indicadores para o monitoramento da meta 10 dos ODMs.**

Água potável		Saneamento	
Melhoradas	Não melhoradas	Melhoradas	Não melhoradas
Conexão domiciliária	Poço não protegido	Conexão a rede de esgoto	Latrina pública
Piscina pública	Manancial não protegido	Conexão a tanque séptico	Latrina de poço
Poço perfurado	Vendedores ambulantes	Latrina de sifão	Defecação a céu aberto
Poço escavado protegido	Água engarrafada	Latrina de poço simples	
Manancial protegido	Caminhões cisterna	Latrina de poço ventilado	
Água de chuva	Fontes superficiais	Latrina compostera	

Nota: O PCM considera que com o uso das tecnologias melhoradas é mais provável dispor de quantidade adequada de água potável e ter praticidade e uso higiênico que com as tecnologias não melhoradas. Considera-se à água engarrafada como fonte não melhorada se for à única disponível ou usada junto com outra fonte não melhorada de água.

Fonte: Avaliação de Meio Termo do Programa Conjunto de Monitoramento (PCM) do abastecimento de água e saneamento da OMS e UNICEF. OMS/UNICEF, 2004.



Mais adiante, no setor referido à equidade no acesso sustentável aos serviços de saneamento básico, analisa-se com maior detalhe o resultado do monitoramento da meta 10 relativa à água e saneamento, realizado pelo PCM. É provável que o cumprimento da meta 10 do ODM 7 não se obtenha em todos os países da Região, em especial nas zonas rurais, e sobre tudo no relativo a saneamento, devido ao maior déficit que é necessário cobrir. Apesar dos compromissos assumidos pelos líderes dos países, o financiamento necessário para seu cumprimento não fluiu como se esperava. Na maioria dos países ainda é preciso realizar reajustes tarifários que garantam a dêm econômica e financeira das entidades que emprestam os serviços, criar sistemas de subsídios eficazes para grupos de baixos ganhos, e aplicar cabalmente os marcos reguladores adicionalmente à instabilidade macroeconômica e ao déficit estrutural das finanças públicas, as reformas neste setor até agora não tiveram o êxito esperado. O seguinte quinquênio, entretanto, auguram melhores condições.

As orientações de desenvolvimento do setor de resíduos sólidos na América Latina e Caribe devem incorporar as metas do Programa 21 e dos ODMs relacionadas com a cobertura universal para 2025, o melhoramento das condições de vida de 100.000.000 de pessoas em 2020, o direito da população a receber serviços apropriados, e o lucro da equidade; do mesmo modo, devem promover a constituição formal de um setor de disposição de resíduos sólidos —tal como existem os setores de água e saneamento—, o reordenação da gestão de resíduos sólidos, o estabelecimento de leis para o setor, e o fortalecimento da reitoria, a regulação, a gestão municipal, a coordenação institucional, a sustentabilidade e a participação da sociedade civil e a iniciativa privada.

“Melhorar o manejo e desenvolvimento dos recursos hídricos é um fator crítico para obter o cumprimento mais amplo do conjunto de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio [. . .] reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e combater as principais doenças.”

*“ Health, dignity, and development: what will it take?”*

*Relatório final da equipe de trabalho em água e saneamento do Projeto do Milênio das Nações Unidas.*

### Saneamento básico e saúde pública

O Fórum Mundial sobre Água, Saneamento e Higiene para Todos, realizado em Dakar (Senegal), em 2004, associa de forma explícita a melhoria da gestão de resíduos sólidos com o alcance das MDMs em matéria de água, saneamento e assentamentos humanos. O alcance da meta 10 é um eixo vital para alcançar as demais metas relacionadas com a saúde e o desenvolvimento. O acesso ao fornecimento de água e aos serviços de saneamento contribui com o alcance de outros objetivos, como os de mitigar

a pobreza, a fome e a desnutrição, e é fundamental para salvar a saúde das pessoas, reduzir a mortalidade infantil, promover a igualdade entre os gêneros e administrar e proteger os recursos naturais.

Indubitavelmente, contar com serviços de água e saneamento é um requisito indispensável para o melhoramento das condições de saúde da população em geral, mas reveste especial importância no caso das crianças e as mulheres, assim como dos grupos para os quais as desigualdades em saúde, além da prestação de serviços, constituem uma realidade latente. Nos países mais pobres da Região, as crianças são vítimas inocentes porque não se protegeu seu direito a serviços adequados de água potável e saneamento. A pobreza, que supõe moradias precárias e vizinhanças insalubres, aumenta a exposição das crianças a múltiplas ameaças para sua saúde. No período 2000–2005, a mortalidade atribuível a diarreias agudas em crianças menores de 5 anos foi de 3,7%, e a sub-região andina foi a mais afetada, com 7,8% (figura 3).

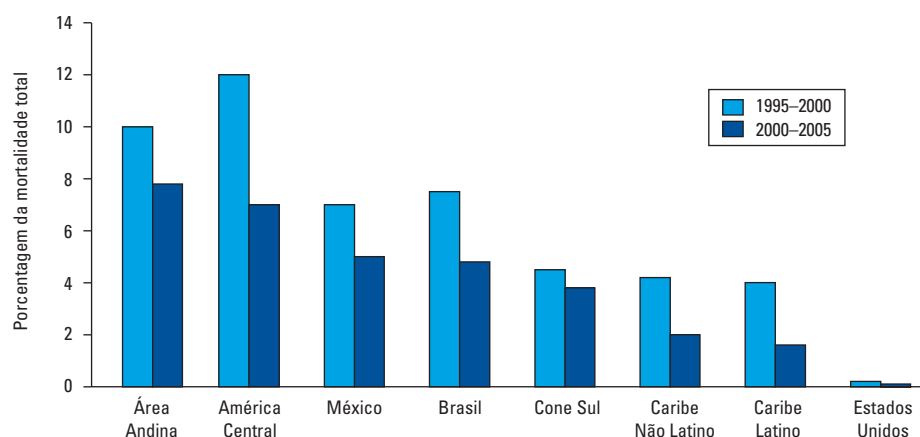
As doenças diarreicas e as parasitoses encontradas entre as primeiras causas de morbidade em menores de 5 anos nas Américas, e isso incide em três indicadores de saúde: a expectativa de vida ao nascer, a taxa de mortalidade infantil em menores de 5 anos e a taxa de desnutrição crônica em menores de 5 anos. Para mostrar o impacto da água e o saneamento sobre a saúde, classificou-se (pelo método dos conglomerados em um programa informático para análise estatística) os países das Américas em seis fases de desenvolvimento, de acordo com a relação existente entre a saúde (medida pelos indicadores antes citados), a água e saneamento, e o grau de desenvolvimento. O quadro 2 apresenta os resultados desta classificação e amostra que para melhor fornecimento de água e saneamento, melhores níveis de desenvolvimento humano e de saúde. Haiti, por exemplo, que apresenta os níveis mais baixos de fornecimento em água e saneamento, tem também os piores níveis quanto ao índice de desenvolvimento humano (IDH) e a mortalidade em crianças menores de 5 anos, em contraste com o Chile, Costa Rica, Cuba e Uruguai, entre outros, que apresentam os melhores níveis.

A figura 4 mostra a relação recíproca entre o acesso à água e o saneamento e a mortalidade em menores de 5 anos nos países da Região.

A falta de infra-estrutura de saneamento adequada, as descargas de águas residuais domésticas sem tratamento em corpos receptores, assim como o mau funcionamento dos sistemas de saneamento in situ (tanques sépticos e latrinas) que poluem principalmente as águas subterrâneas, criam enormes problemas de saúde pública nas Américas. A rega com águas residuais se associou com a transmissão de doenças entéricas, tais como o cólera e a febre tifóide, até em zonas onde não são endêmicas. Outras doenças de tipo gastrointestinal, como a disenteria, a giardíase e inclusive a hepatite infecciosa, podem propagar-se através das verduras poluídas.

Nos países da América Latina e Caribe existe uma alta correlação entre o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a ge-



**FIGURA 3. Mortalidade em menores de 5 anos por doenças diarréicas agudas por sub-região, Região das Américas, 1995–2005.**

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde. Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental.

**QUADRO 2. Países das Américas, agrupamentos por nível de desenvolvimento em saúde<sup>a</sup>.**

Países	Nível de desenvolvimento em saúde	Nível de desenvolvimento humano <sup>b</sup>	Expectativa de vida ao nascer <sup>c</sup> (anos)	Fornecimento de água potável <sup>d</sup> (%)	Fornecimento de saneamento (%)	Desnutrição crônica em menores de 5 anos <sup>c</sup> (%)	Mortalidade em menores 5 anos <sup>c</sup> (por 1.000 nascidos vivos)
Haiti	1	47,5	51,6	71,0	34,0	23,0	117,0
Bolívia e Guiana	2	70,3	63,6	84,0	57,5	19,0	66,5
Honduras, Guatemala	3	66,5	67,5	92,5	64,5	39,0	43,0
Belize, República Dominicana	4	75,1	69,5	92,0	52,0	12,0	35,5
Argentina, Brasil, Colômbia, Equador, El Salvador, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Suriname, Venezuela	5	77,0	72,0	86,4	75,1	15,5	26,8
Antígua e Barbuda, Barbados, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, Estados Unidos, Santa Luzia, Trinidad e Tobago, Uruguai	6	84,3	75,7	96,2	94,7	5,8	11,9

**Fontes:**

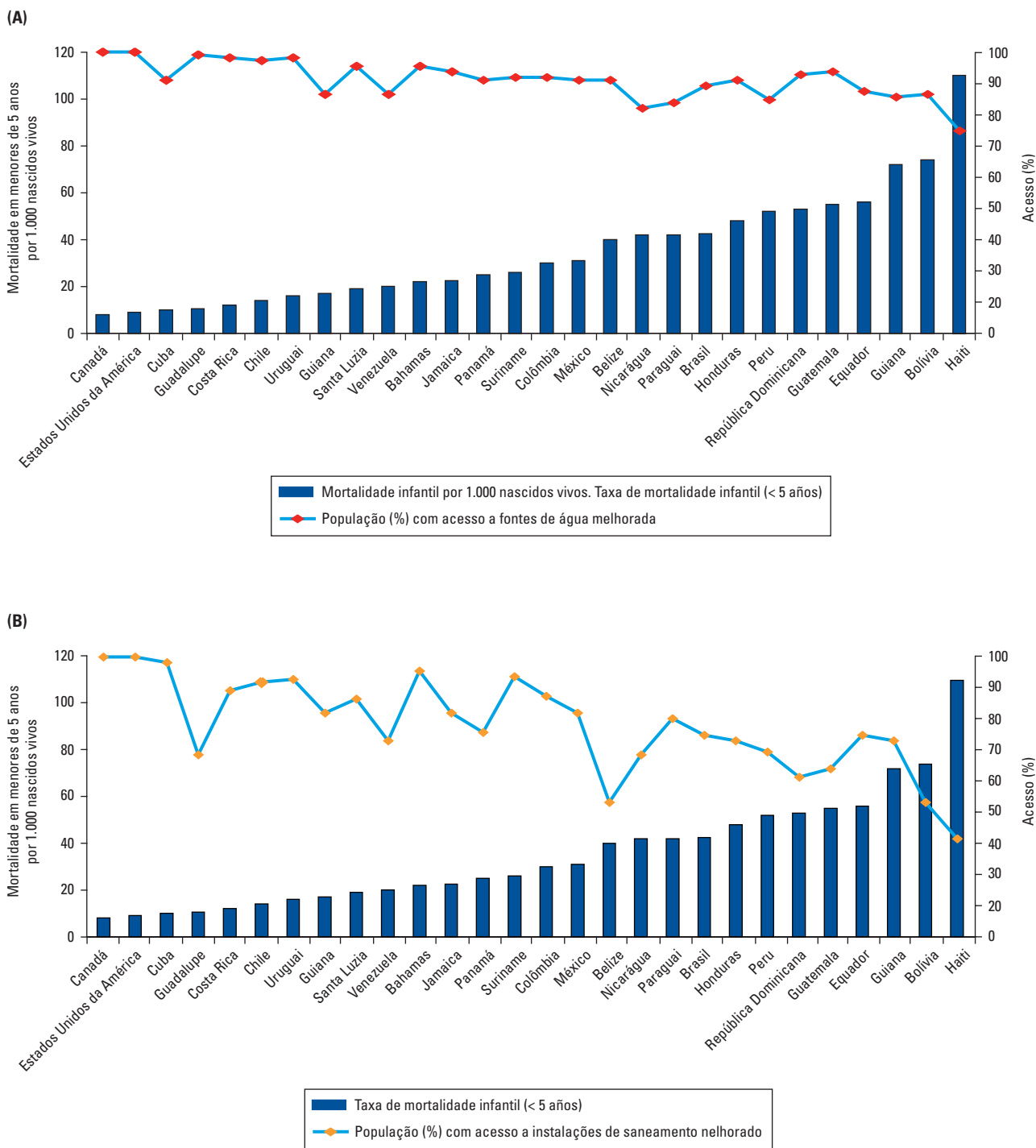
<sup>a</sup>Países agrupados segundo indicadores selecionados similares, ordenados por nível de saúde de menor a maior.

<sup>b</sup>Relatório sobre Desenvolvimento Humano 2004, PNUD. Valores mediados por grupo de países.

<sup>c</sup>Indicadores Básicos 2001, OPAS/OMS.

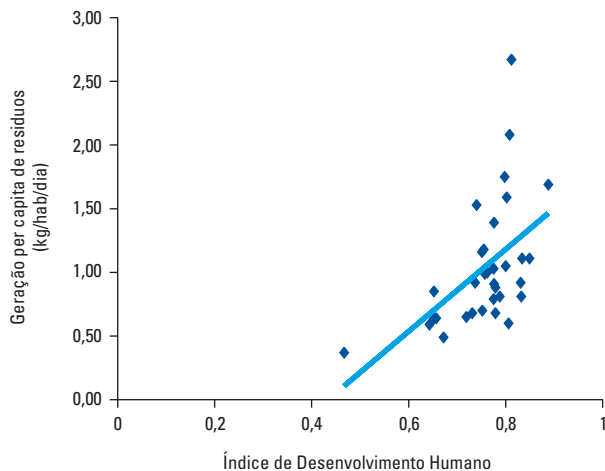
<sup>d</sup>Joint Monitoring Program. Water and sanitation data result for Latin America and the Caribbean; 2002.

**FIGURA 4. Correlação entre o acesso aos serviços de água (A) e aos serviços de saneamento (B) e a mortalidade em menores de 5 anos, por país, Região das Américas.**



**Fontes:** Adaptado do Otterstetter H, Galvão A, Witt V, et ao. Health equity in relation to safe drinking water supply. In: Equity and health: views from the Pão American Sanitary Bureau. 2001. pp. 99–114, com apóio em dados de (i) OPAS. Indicadores de saúde nas Américas 2003 e (ii) PCM. Alcançar os ODMs em água potável e saneamento. Avaliação de metade de período dos progressos realizados. 2004.

**FIGURA 5. Correlação entre a Índice de Desenvolvimento Humano e a geração de resíduos sólidos na América Latina e Caribe.**



**Fonte:** Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório da avaliação regional dos serviços de manejo de resíduos sólidos municipais na América Latina e Caribe. Washington, DC: OPAS; 2005.

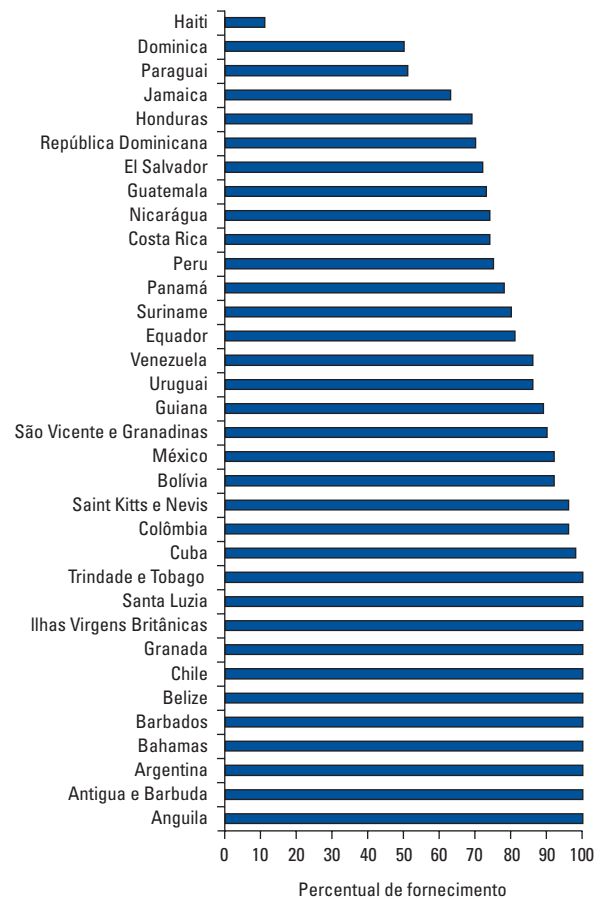
ração de resíduos sólidos (figura 5). Nações como a Bolívia, Granada, Guatemala, Haiti, Honduras e Nicarágua, com um IDH menor de 0,7, geram menos de 0,6 kg/habitante/dia, em quanto a Argentina, o Uruguai e os países do Caribe Inglês, com um IDH maior de 0,8, produzem mais de 1,0 kg/habitante/dia. Comparativamente, a geração per capita de resíduos sólidos em países industrializados da Região é de 2,0 kg/habitante/dia nos Estados Unidos e de 1,9 kg/habitante/dia no Canadá.

A geração per capita de resíduos sólidos municipais ou urbanos varia segundo o tamanho do núcleo populacional. Nos núcleos populacionais grandes (mais de 201.000 habitantes), a média regional ponderada para os resíduos domésticos é de 0,88 kg/habitante/dia e a geração de resíduos municipais é de 1,09 kg/habitante/dia. Nos núcleos médios (de 51.000 a 200.000 habitantes) os valores correspondentes são de 0,58 kg/habitante/dia e 0,75 kg/habitante/dia, respectivamente, e nos núcleos populações pequenas (até 50.000 habitantes), de 0,54 kg/habitante/dia e 0,52 kg/habitante/dia. Os valores médios para a Região são de 0,79 kg/habitante/dia e 0,91 kg/habitante/dia, respectivamente.

Como se aprecia na figura 6, as redes de coleta variam bastante entre os países: na Argentina e Chile, por exemplo, a de âmbito nacional é de cerca de 100%, enquanto que na República Dominicana é de 70%, e no Paraguai, de 51%. Os países do Caribe Inglês se caracterizam por uma rede de coleta próxima a 100%, com a exceção da Dominica, com 50%.

Como se ilustra no quadro 3, a geração, armazenamento, coleta, segregação, reciclagem e disposição inadequada de resíduos sólidos na Região afetam a saúde e ao ambiente. As afecções associadas incluem as doenças gastrointestinais, parasitárias, respi-

**FIGURA 6. Cobertura média de coleta de resíduos sólidos nos países da América Latina e Caribe.**



**Fonte:** Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório da avaliação regional dos serviços de manejo de resíduos sólidos municipais na América Latina e Caribe. Washington, DC: OPAS; 2005.

ratórias, dermatológicas, degenerativas, infecto-contagiosas, alérgicas e das mucosas, assim como as intoxicações, as doenças transmitidas por vetores, os acidentes de trabalho e os transtornos mentais. Os principais grupos expostos são: a população que carece de sistemas de armazenamento ou coleta adequados, os trabalhadores do setor de resíduos sólidos, as pessoas que se dedicam à segregação do lixo, os que consomem carne de gado suíno criado em sítios de disposição final de resíduos, os que reutilizam envasilhe e a população próxima aos sítios de disposição final ou queima de resíduos sólidos. Os efeitos ambientais associados incluem a exposição a resíduos perigosos; a proliferação de vetores; a contaminação do solo, o ar, a água e os mantimentos; a deterioração da paisagem; a reutilização de vasilhas de produtos químicos; a alimentação de gado com resíduos sólidos; a produção de composto poluído, e a modificação dos sistemas de drenagem. A percentagem de segregadores de resíduos sólidos na Região que são crianças e mulheres supera o 50% (10).

**QUADRO 3. Problemas ambientais e de saúde associados ao manejo inadequado dos resíduos sólidos, países da América Latina e Caribe.**

Fase de manejo de resíduos sólidos	Problema ambiental	Riscos para a saúde	Grupo de população exposta
Geração e armazenamento inadequados	Perigo ambiental por materiais perigosos ou potencialmente perigosos, de uso diário e doméstico Proliferação de vetores (insetos, ratos, roedores e organismos patogênicos) Contaminação de mantimentos Maus odores	Doenças gastrointestinais Intoxicações de infantes e mascotes Dengue Zoonose	População carente de sistema adequado de armazenamento, coleta ou ambos
Disposição inadequada na via pública	Proliferação de vetores (insetos e ratos, roedores e microorganismos patógenos) Contaminação do ar por queima de resíduos sólidos Contaminação de águas superficiais por vertido de refulgos Contaminação de mantimentos Maus odores Deterioração da paisagem	Doenças gastrointestinais e respiratórias	População carente de serviços adequados de coleta
Coleta, transporte, armazenamento em áreas de transferências	Deterioração da paisagem Maus odores Ruídos	Doenças respiratórias, gastrointestinais e dermatológicas Doenças e acidentes laborais (problemas ergométricos, de trânsito, por feridas com arma cortopunzantes e por tração)	População geral Trabalhadores formais e informais do setor de limpeza urbana incluída a coleta de resíduos
Segregação e reciclagem	Reutilização de vasilhas e contêineres de produtos químicos Alimentação com gado bovino ou suíno com resíduos orgânicos insalubres Aplicação de composto contaminado ao solo	Doenças respiratórias, gastrointestinais e dermatológicas; doenças e acidentes de trabalho; doenças crônico-degenerativas, transtornos mentais, alcoolismo e drogadicção Intoxicações	Segregadores População que adquire produtos em vasilhas reutilizadas Consumidores de carne bovina e suína de animais criados nos lixões ou com restos orgânicos do lixo
Tratamento e disposição final	Contaminação do solo Contaminação do ar por queima Contaminação de águas superficiais e das águas subterrâneas Modificação dos sistemas drenagem de canais e leitos dos rios Deterioração da paisagem Incêndios Alteração de ecossistemas silvestres	Doenças infectocontagiosas e parasitárias, doenças alérgicas, das vias respiratórias, da pele e mucoosas; doenças e acidente de trabalho; doença crônico-degenerativas; problemas de saúde mental (alcoolismo e dependência de drogas); dengue; doenças emergentes	População adjacente aos locais de disposição final Setores populacionais periurbanos onde se acumulam ou queimam refulgos Trabalhadores formais e informais do setor

*Fonte:* Relatório da avaliação regional dos serviços de manejo de resíduos sólidos municipais na América Latina e Caribe. Washington, DC: OPAS; 2005.

### Saneamento básico como benefício econômico em saúde

A OMS levou a cabo estudos para estimar os custos e benefícios relacionados com o cumprimento da meta 10 dos ODMs e compará-los em cinco cenários (quadro 4). Os estudos incluíram

dados epidemiológicos, demográficos e econômicos de diversas fontes internacionais, de cobertura e custos do PCM do ano 2000, e de custos recorrentes na literatura especializada e em projetos diversos. O impacto das intervenções em água e saneamento foi medido em termos da redução de casos de doença ou morte re-

**QUADRO 4. Custo/benefício de cenários de intervenção em água e saneamento na América Latina e Caribe.**

Cenários (Acesso e nível de serviço para 2015)	Custo anual	Benefício anual <sup>a</sup>	Relação custo/ benefício
1. Reduzir em 50% o déficit de acesso à água	171	2.199	12,8
2. Reduzir em 50% o déficit de acesso à água e saneamento (segundo a meta 10 dos ODMs com indicadores do PCM)	788	9.635	12,2
3. Reduzir em 100% o déficit em água e saneamento	1.577	22.532	14,3
4. Acesso universal a água e saneamento (cenário 3) mais desinfecção da água em ponto de uso	1.937	38.129	19,7
5. Acesso universal a sistemas regulados de água e saneamento. Tratamento da água e de águas residuais	14.085	69.223	4,9

<sup>a</sup>Em milhões de US\$ do ano 2000.

**Fonte:** Hutton G, Heller L. Evaluation of the costs and benefits of water and sanitation improvements at global level. Gênova: WHO; 2004.

lacionados com diarreias infecciosas e as economias correspondentes de tratamento para o setor saúde e para os pacientes; os valores relacionados com mortes e incapacidades evitadas; o tempo economizado por não necessitar de assistência médica ou não ter que conduzir água, etc. O tempo economizado se reflete na produtividade, assistência escolar e qualidade de vida.

Os países da América Latina e Caribe se incluíram em três grupos segundo suas características epidemiológicas (quadro 5).

No quadro 4 e na figura 7 se consolidam os resultados informados. A partir desses resultados, podemos concluir que:

- O cenário 2 apresenta a análise do custo/benefício para dar cumprimento à meta 10, segundo indicador do PCM, embora pareça uma boa opção incluir o manejo da qualidade da água no lar (cenário 4) ter a melhor relação custo/benefício adicional. Isto deveria fazer-se em forma paralela, sem sacrificar a busca de acesso universal a serviços regulados com tratamento de água potável e de águas residuais, em harmonia com a necessidade de efetuar um manejo integral das fontes de água, e para benefício do cumprimento do conjunto dos ODMs.
- Embora existe um benefício para o setor saúde com estas intervenções, a maior parte do benefício é por economia de tempo, que pode traduzir-se em lucros para setores como educação, agricultura, indústria, turismo, etc. Para estimar o valor deste tempo, resultaria útil contar com estudos econômicos em âmbitos nacionais e locais.
- O financiamento das intervenções pode provir de diversos setores, mas o setor saúde pode desempenhar um papel chave na preparação de programas informáticos (por exemplo, de educação sanitária para produzir mudanças de comportamento), e contribuir com provas e análise para melho-

**QUADRO 5. Países das Américas, segundo estrato de mortalidade.**

Estrato de mortalidade	Países
A <sup>a</sup>	Canadá, Cuba, Estados Unidos
B <sup>b</sup>	Antigua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Dominica, El Salvador, Granada, Guiana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguai, República Dominicana, Saint Kitts e Nevis, Santa Luzia, São Vicente e as Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai, Venezuela
D <sup>c</sup>	Bolívia, Equador, Guatemala, Haiti, Nicarágua, Peru

<sup>a</sup>Mortalidade infantil muito baixa e baixa mortalidade em adultos.

<sup>b</sup>Mortalidade infantil e em adultos baixa.

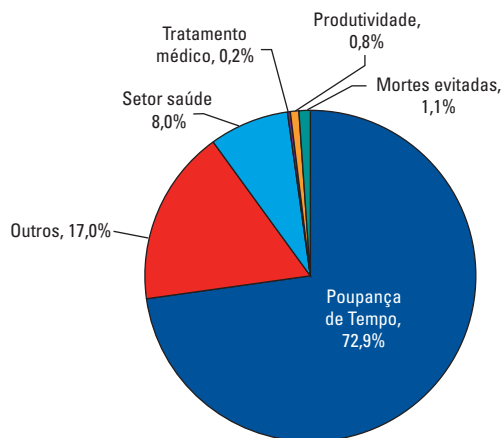
<sup>c</sup>Mortalidade infantil e em adultos alta.

**Fonte:** Hutton G, Heller L. Evaluation of the costs and benefits of water and sanitation improvements at global level. Geneva: WHO; 2004.

rar ta tomada de decisões de outros setores em benefício das populações mais vulneráveis.

A privatização dos sistemas de água se realizou durante a década de 1990, no contexto do modelo de desenvolvimento conhecido como o “Consenso de Washington”. Este modelo —construído sobre os pilares do mercado livre, a austeridade fiscal e a privatização dos serviços públicos— sustentam que o mercado livre, sem a interferência do Estado e da corrupção, pode transformar as economias dos países em desenvolvimento. Os organismos de crédito internacionais preconizaram este modelo nas

**FIGURA 7. Benefício estimado das intervenções em água e saneamento associadas com o cenário 2<sup>a</sup>, meta 10 dos ODMs na América Latina e Caribe, segundo indicador do PCM.**



<sup>a</sup>Veja o quadro 4.

Fonte: Hutton G, Heller L. Evaluation of the costs and benefits of water and sanitation improvements at global level. Geneva: WHO; 2004.

reformas do Estado que têm impulsionado, como solução aos problemas de financiamento inadequado para a infra-estrutura e a ineficiência nos sistemas de água, saneamento e outros serviços públicos. Em ocasiões, ditos organismos impuseram a privatização como pré-requisito para os empréstimos que outorgam; até que esta não se concretiza, os países afetados padecem de escassez de capitais no setor público encarregado da provisão de água, o qual piora a capacidade operativa dos serviços.

Quase todos os países puseram ou estão por pôr em prática algumas formas de participação privada nos sistemas de água. As modalidades de privatização variam em função dos países e das características particulares de seus respectivos serviços sanitários, e vão desde simples terceirizações das operações e a manutenção até a gestão integral da provisão de água e saneamento.

Atualmente, faz-se insistência na qualidade dos serviços e os países estão adotando posições programadas a respeito.

### Equidade no acesso sustentável aos serviços de saneamento básico

Entre 1990 e 2004, a população na América Latina e Caribe passaram de 441,5 milhões a 553,7 milhões. Ao mesmo tempo, a percentagem de população com acesso a serviços de água passou de 83% a 91% e o de população com acesso a serviços de saneamento aumentou de 68% a 77%. Na avaliação dos serviços de água potável e saneamento 2000 nas Américas, consigna-se uma produção média de 600 m<sup>3</sup>/seg de águas residuais, das quais 14% recebiam tratamento mas só 6% eram aceitáveis. Esta situação não trocou muito na atualidade. Segundo a avaliação regional dos serviços de manejo de resíduos sólidos de 2001, os núcleos urbanos produziam ao redor de 369.000 toneladas de resíduos sólidos municipais por dia, dos quais 56% o geravam os grandes centros urbanos, 21% os centros urbanos médios e 23% os centros urbanos pequenos.

No caso da água potável, em média, para 2004 se conseguiu reduzir o déficit de 1990 (linha de base para os ODMs) em 8 pontos percentuais, de 17% de déficit em 1990 a 9% em 1994 (3 pontos percentuais, de 7% a 4%, no âmbito urbano; e 15 pontos percentuais, de 42% a 27% de déficit, no âmbito rural), enquanto que a redução total requerida para cumprir com a meta 10 em 2015 é de 9 pontos percentuais (4 no âmbito urbano, de 93% em 1990 a 97% com acesso em 2015, e 21 pontos percentuais no âmbito rural, de 58% em 1990 a 79% em 2015), segundo os indicadores definidos e utilizados pelo PCM para o monitoramento global (quadro 6). De acordo com esta tendência, é possível que uma parte dos países da Região consigam cumprir com a meta, enquanto que em outros países será necessário intensificar as ações e inovar (figura 8).

Geralmente, ao comparar o fornecimento de água potável nas zonas urbanas da maior parte dos países da América Latina e

**QUADRO 6. Acesso a fontes melhoradas de água potável na América Latina e Caribe.**

Área	Milhões de habitantes				Proporção da população (%)							
	2004				Com acesso				Déficit de acesso			
	Com acesso		Sem acesso	Total	1990	2004			Projeção para 2015 <sup>c</sup>	Meta para 2015 <sup>d</sup>	1990	2004
	Lar <sup>a</sup>	Outros <sup>b</sup>				Lar <sup>a</sup>	Outros <sup>b</sup>	Total				
Urbana	378,7	25,3	16,8	420,8	93	90	6	96	98	97	7	4
Rural	59,8	37,2	35,9	132,9	58	45	28	73	83	79	42	27
Total	438,5	62,5	52,7	553,7	83	80	11	91	97	92	17	9

<sup>a</sup>Acesso ao fornecimento de água a través de conexão domiciliar direta.

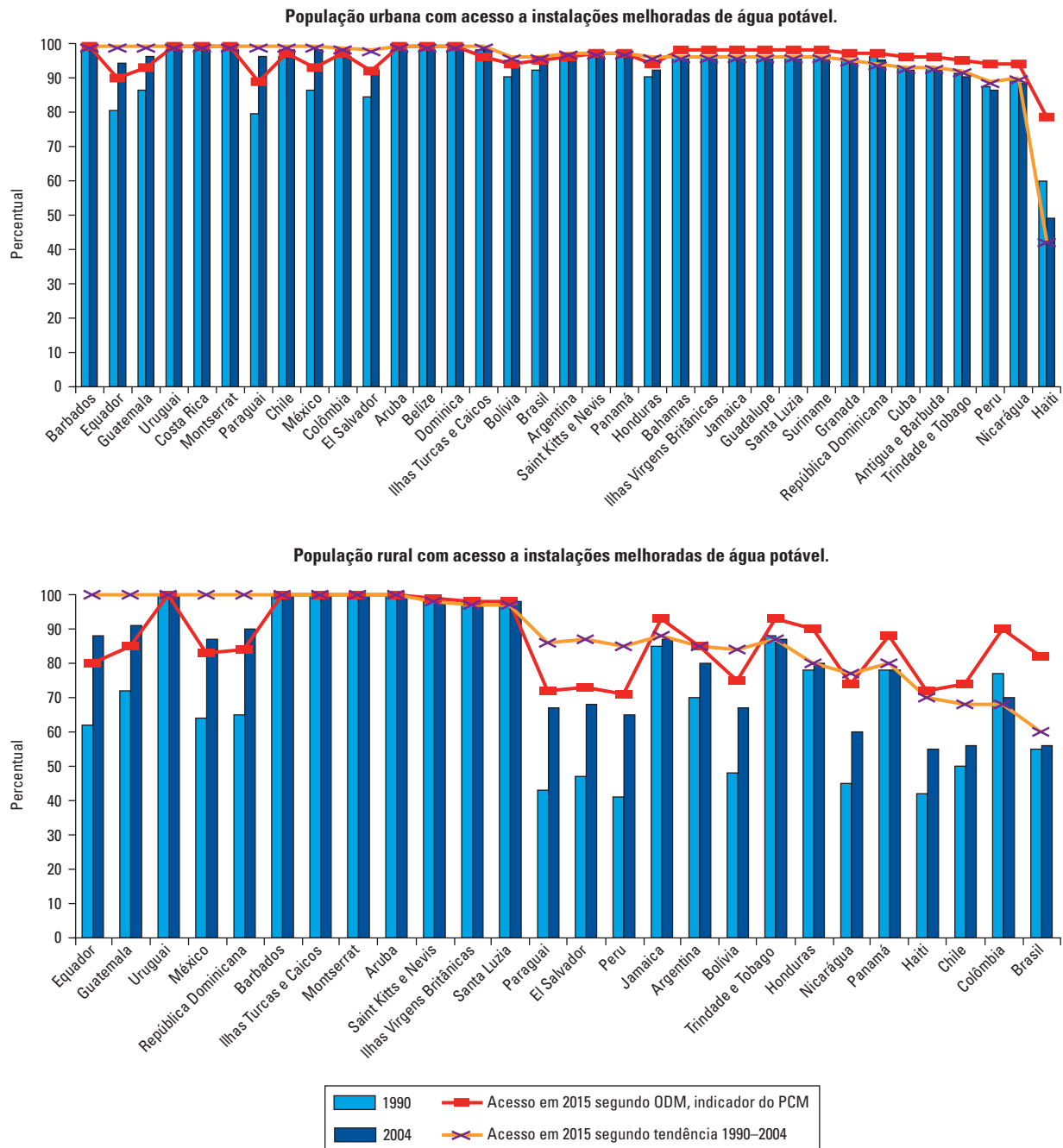
<sup>b</sup>Outros acessos através de piscinas públicas, fontes públicas e poços protegidos.

<sup>c</sup>Projeção do acesso até 2015, segundo tendência no período 1990 e 2004.

<sup>d</sup>Projeção com base em cumprimento de meta 10 do ODM 7, segundo indicador do PCM.

Fonte: Avaliação de Meio Termo do Programa Conjunto de Monitoração (PCM) do abastecimento de água e saneamento do OMS e UNICEF (2006).



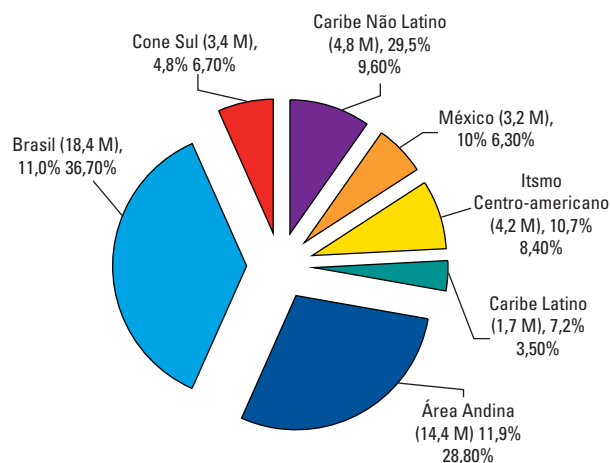
**FIGURA 8. Tendências no acesso à água potável em países da América Latina e Caribe, segundo indicadores definidos pelo PCM.**

Fonte: Avaliação de Meio Termo do Programa Conjunto de Monitoração (PCM) do abastecimento de água e saneamento do OMS e UNICEF. OMS/UNICEF, 2006.

Caribe em 2004 (11) tendo em conta as tendências de crescimento entre 1990 e 2015, cabe esperar que, salvo, no caso do Haiti, não existirá maior problema em alcançar a meta 10 dos ODMs para 2015 referida ao indicador de fornecimento, mas será necessário insistir no melhoramento e monitoramento de

indicadores de qualidade de serviço em continuidade, qualidade, quantidade e custo. Será necessário um maior esforço nas zonas rurais de países como a Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, El Salvador, Haiti, Nicarágua, Paraguai e Peru, nos quais o déficit de fornecimento em qualidade e quantidade foi historicamente de-

**FIGURA 9. População em milhões (M) sem acesso a fontes melhoradas de água potável, por países ou sub-regiões, América Latina e Caribe.**



**Nota:** A figura representa em seu conjunto os 53 milhões de habitantes na América Latina e Caribe sem acesso a fontes melhoradas de água. População (%) à esquerda) sem acesso com relação à população total do grupo ou país. População (%) à direita) sem acesso no grupo ou país em relação aos 53 milhões de habitantes sem acesso na América Latina e Caribe.

**Fonte:** Avaliação de Meio Termo do Programa Conjunto de Monitoração (PCM) del abastecimento de água e saneamento do OMS e UNICEF. OMS/UNICEF, 2006.

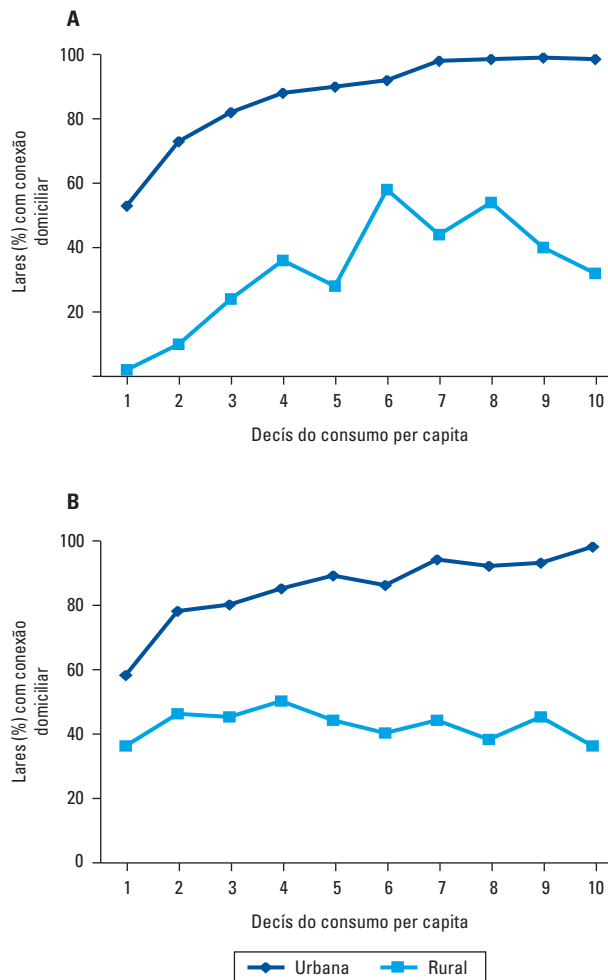
sigual. Segundo o relatório do PCM (11), em alguns países não se coletaram dados e por esse motivo não se registraram.

As desigualdades entre as zonas urbanas e rurais são bastante notórias. Segundo o PCM, dos 53 milhões de pessoas que não contam com fornecimento de água potável na Região, a maior proporção (mais de 68%) vive nas zonas rurais. A figura 9 apresenta a distribuição do déficit por sub-região. Como pode apreciar-se, entre o Brasil e os países da Área Andina se distribui 66% da população sem água, e algo similar ocorre com relação aos serviços de saneamento, com mais de 127 milhões de pessoas sem acesso a instalações melhoradas.

Embora os níveis de abastecimento são mais deficitários em saneamento básico que em água potável, a proporção de população sem acesso a água potável é seis vezes maior na zona rural que na zona urbana, e três vezes e meio maior para saneamento. Isto é mais crítico ainda se considerarmos que nas zonas rurais as condições em que se dá o serviço não se ajustam aos requisitos de qualidade da água, e as instalações de saneamento muitas vezes não se utilizam conforme o planejado. A dispersão das comunidades rurais é o problema principal para a provisão de serviços, ainda mais que as diferenças entre os níveis de ingresso que pode haver entre estas comunidades. Em países como o Brasil e o Peru, por exemplo, até as famílias urbanas mais pobres apresentam maiores níveis de conexão domiciliar que as famílias rurais com o maior gasto per capita (figura 10) (12).

No Peru, existe uma desigualdade na provisão de serviços de água e saneamento —especialmente de saneamento—, que faz

**FIGURA 10. Abastecimento de água nas zonas rurais e urbanas do Brasil (A) e do Peru (B), e sua relação com os decís de consumo.**

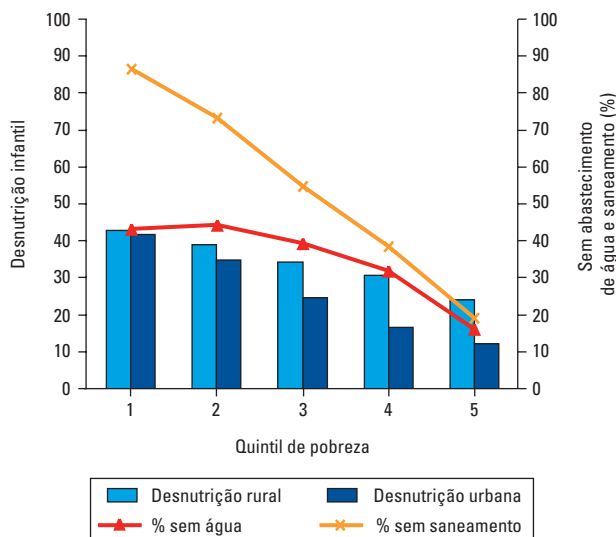


**Fonte:** Organização Pan-Americana de la Saúde. Desigualdades no acesso, uso e consumo da água potável na América Latina y el Caribe. Série de relatórios técnicos n.º 2 e n.º 11. Washington, D.C.: OPAS; 2001.

que com que os mais pobres tenham a menor percentagem de acesso à água e saneamento (figura 11). Na prestação de serviços de saneamento, a diferença entre a faixa mais pobre e a mais rica é de 68 pontos, e na desnutrição infantil, é de 30 pontos.

A população dos assentamentos informais em zonas urbano marginais da Região se estima em mais de 127 milhões de pessoas (perto de 32% da população urbana) (13). Trata-se, geralmente, de famílias numerosas que vivem e se desenvolvem em condições de pobreza, aglomeração e vulnerabilidade. A falta de acesso aos serviços de água potável faz que esta população recorra a fontes de água não seguras, como são os vendedores informais que provêem água de duvidosa qualidade a preços maiores que os pagos por quem possui conexão à rede pública.

**FIGURA 11. Porcentagens de população sem abastecimento de água e saneamento, e de desnutrição infantil por quintil de pobreza, Peru.**



Fonte: Organização Pan-Americana de la Saúde, Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental.

No caso do saneamento, em média, para 2004 só se conseguiu reduzir o déficit de 1990 em 9 pontos percentuais, de 32% de déficit em 1990 a 23% em 2004 (13 pontos percentuais no âmbito rural e 9 no âmbito urbano), enquanto que a redução total requerida para cumprir com a meta 10 em 2015, segundo os indicadores do PCM (quadro 7), é de 17 pontos percentuais (32 no âmbito rural e 10 no âmbito urbano). Os serviços de saneamento apresentam maior atraso que os de provisão de água potável, de maneira que na maioria dos países será necessário intensificar as ações e idear novas estratégias para cumprir com as metas de acesso ao saneamento expostas para 2015 (figuras 12 e 16).

As tendências do crescimento dos serviços em saneamento entre 1990 e 2015 indicam que para 2004, no nível urbano, vários países da América Latina e Caribe (11), entre eles Bolívia, Brasil,

El Salvador, Nicarágua e Peru, terão dificuldades em alcançar a meta 10 dos ODMs para 2015 referente ao indicador de fornecimento, e deverão realizar um esforço importante quanto ao financiamento de obras e a manutenção da infra-estrutura. Os maiores problemas para alcançar a meta 10 se observam nas zonas rurais, principalmente em países como a Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, El Salvador, Haiti, Jamaica, Nicarágua, Panamá e Peru.

A figura 13 apresenta as diferenças (desigualdades) no abastecimento de excretos que existe nas zonas urbanas e rurais da América Latina e Caribe; México é o país que apresenta a maior diferença entre o abastecimento urbano e a rural (51%). Em contraste, Barbados, Costa Rica e Granada são os que apresentam menor diferença entre o abastecimento rural e a urbana.

A figura 14 apresenta o grau de exclusão nas zonas rurais e urbanas nas Américas. No caso do Suriname, por cada habitante urbano sem serviço de saneamento existem aproximadamente oito habitantes rurais sem o mesmo serviço. Pelo contrário, no caso da Costa Rica e Venezuela, o grau de exclusão é maior na zona urbana que na zona rural.

Ao utilizar o coeficiente do Gini e a curva de Lorenz para estimar a desigualdade no fornecimento de serviços de saneamento entre os países das Américas (figura 15) observa-se que 47,5% da população acumula 86,5% da dívida sanitária, além de um grau de desigualdade inaceitável (coeficiente do Gini = 0,53).

Apesar dos avanços realizados, persistem limitações nos serviços de água e saneamento para uma parte importante da população. De fato, 127 milhões de pessoas (23%) não têm acesso a instalações melhoradas de saneamento. A análise por sub-regiões destaca que o déficit é mais acentuado nos países da Área Andina e no Brasil, onde se concentram mais de 50% das deficiências de serviços em saneamento (figura 16). Ao igual a nos países em desenvolvimento, na América Latina e Caribe o problema em relação com o acesso universal à água e saneamento se concentra nos setores pobres, que nesta parte do mundo têm rosto e identidade definidos. São as populações rurais, os setores peri-urbanos e as populações indígenas os grupos humanos que sofrem as mais notórias desigualdades no acesso aos serviços

**QUADRO 7. Acesso a instalações melhoradas de saneamento na América Latina e Caribe.**

Área	Milhões de habitantes				Proporção da população (%)							
	2004				Com acesso				Déficit de acesso			
	Com acesso		Sem acesso	Total	1990	2004			Projeção para 2015 <sup>c</sup>	Meta para 2015 <sup>d</sup>	1990	2004
	Lar <sup>a</sup>	Outros <sup>b</sup>				Lar <sup>a</sup>	Outros <sup>b</sup>	Total				
Urbana	260,9	101,0	58,9	420,8	81	62	24	86	90	91	19	14
Rural	14,6	50,5	67,8	132,9	36	11	38	49	59	68	64	51
Total	275,5	151,5	126,7	553,7	68	51	26	77	84	85	32	23

<sup>a</sup>Acesso a uma conexão doméstica à rede de esgoto.

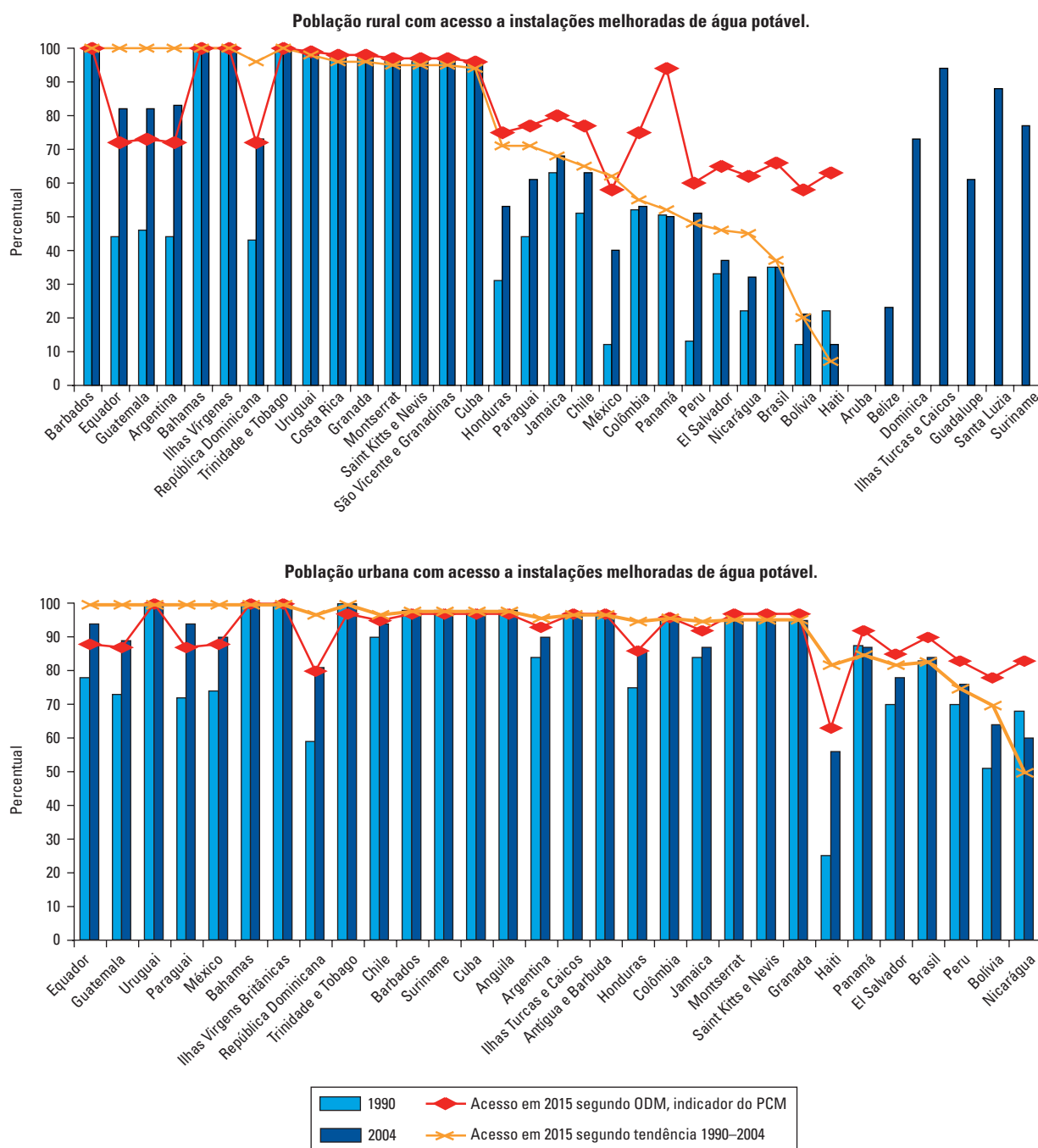
<sup>b</sup>Outros acessos a sistemas de saneamento individuais in situ, tais como tanques sépticos e latrinas.

<sup>c</sup>Projeção do acesso até 2015, segundo tendência no período 1990 e 2004.

<sup>d</sup>Projeção com base em cumprimento de meta 10 do ODM 7, segundo indicador do PCM.

Fonte: Avaliação de Meio Termo do Programa Conjunto de Monitoração (PCM) do abastecimento de água e saneamento do OMS e UNICEF (2006).

**FIGURA 12. Tendências no acesso ao saneamento na América Latina e Caribe segundo indicadores definidos pelo PCM.**

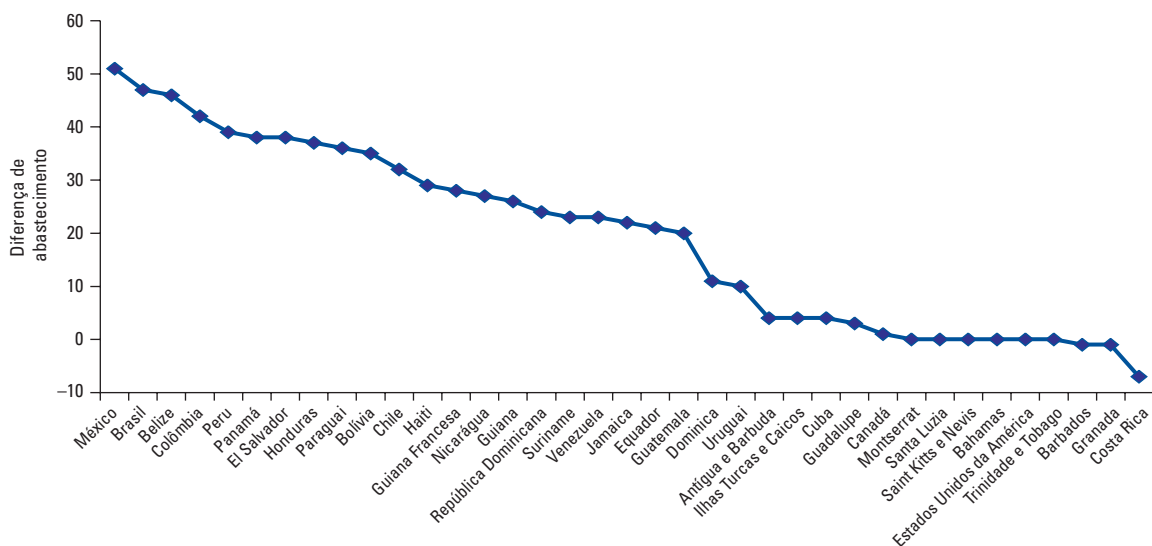


**Fonte:** Avaliação de Meio Termo do Programa Conjunto de Monitoramento (PCM) do abastecimento de água e saneamento do OMS e UNICEF. OMS/UNICEF, 2006.

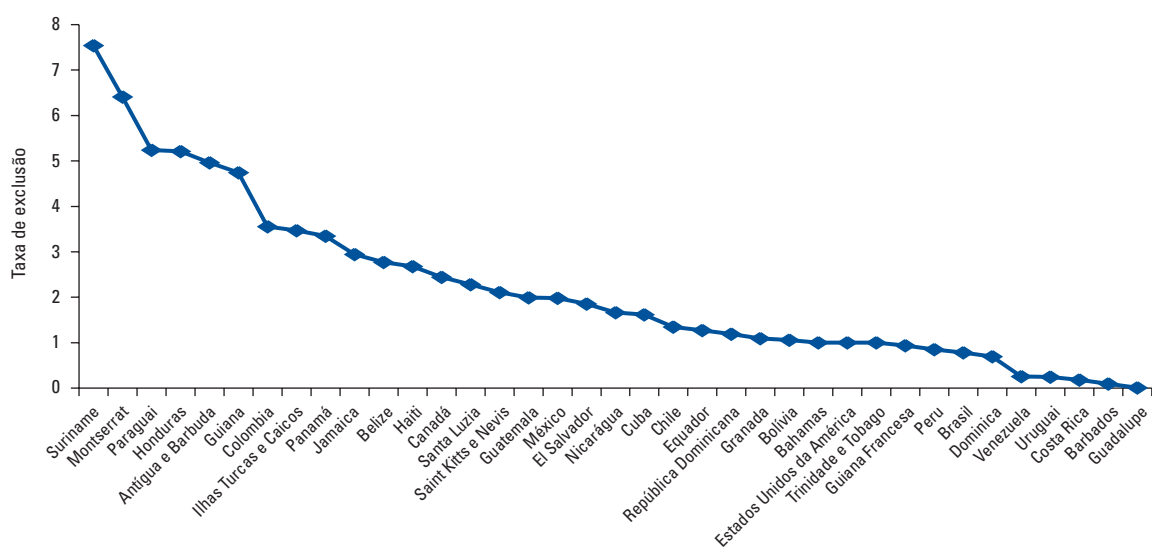
básicos. A maioria destas desigualdades se relaciona com a geografia (dada à dispersão das populações rurais em particular); a situação socioeconômica (todos os grupos destacados se caracterizam por altos níveis de pobreza e pobreza extrema) e a origem étnica.

### Qualidade e sustentabilidade dos serviços de saneamento básico na Região

As desigualdades em matéria de água potável e saneamento estão assinaladas também por outros indicadores de qualidade dos serviços, junto ao de acesso ou abastecimento. Na Avaliação

**FIGURA 13. Cobertura de disposição de excretos, Região d as Américas, 2002.**

Fonte: Programme for Water Supply and Sanitation (JMP). Water and sanitation data, Latin America and the Caribbean, 2002.

**FIGURA 14. Exclusão das zonas rurais e urbanas em matéria de saneamento, Região das Américas, 2002.**

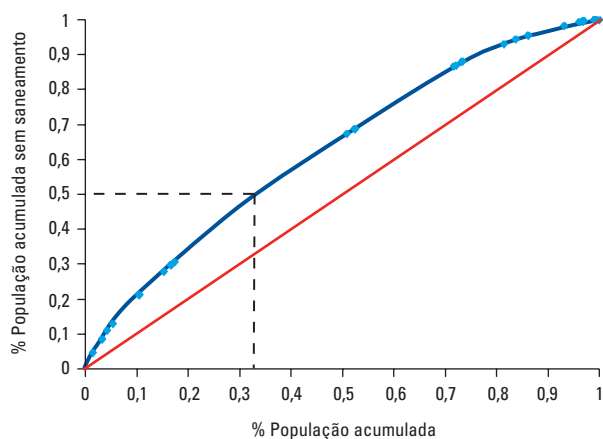
Fonte: Programme for Water Supply and Sanitation (JMP). Water and sanitation data, Latin America and the Caribbean, 2002.

Regional dos Serviços de Água Potável e Saneamento (Avaliação 2000) (14), 33 países informaram sobre a continuidade de seus sistemas urbanos de água, e deles, 16 notificaram intermitência no serviço. Esta descontinuidade constitui um risco para a saúde pública e uma utilização ineficiente da infra-estrutura construída, e contribui a deteriorar a imagem do serviço e sua viabilidade econômica.

Não obstante o interesse que compartilham as autoridades ambientais e sanitárias da Região —manifestado através das de-

clarações de ministros de saúde e de ambiente reunidos na Ot-tawa em 2002 (15) e em Mar Del Plata em 2005 (16)— num ma-nejo mais integrado dos recursos hídricos, só 14% dos efluentes das redes de esgoto na América Latina e Caribe recebiam algum nível de tratamento antes de sua descarga. O manejo deficiente do recurso hídrico, incluídas as descargas de águas residuais, junto às limitações na infra-estrutura de tratamento de água para consumo humano, deterioram a qualidade da água que se distribui aos usuários.

**FIGURA 15. Curva de Lorenz no saneamento na América Latina e no Caribe.**



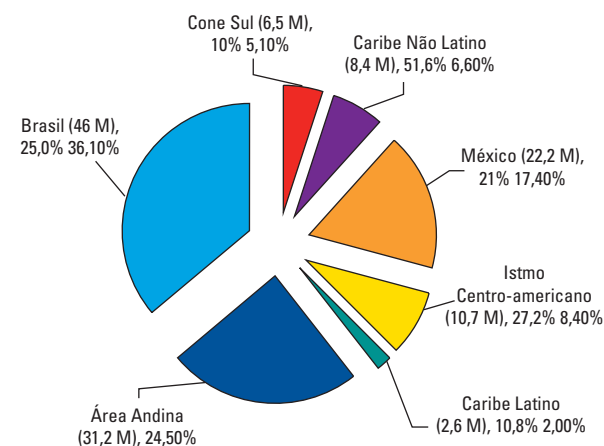
**Fonte:** Elaboração da Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, com base em dados do JMP.

Para assegurar a sustentabilidade dos sistemas de água potável e rede de esgoto nos países da Região, além de proteger os lucros alcançados em matéria de abastecimento, devem-se superar importantes desafios no concernente ao seguro da qualidade dos serviços, tanto em água potável como em saneamento em geral. Em muitos casos, os sistemas de água potável e rede de esgoto ou são totalmente obsoletas ou necessitam trabalhos de recuperação e ampliação. A isso se soma o fato de que em muitos países da Região persistem graves deficiências na operação e manutenção das instalações e equipamentos, e, como consequência, há interrupções no serviço, perdas nos sistemas de distribuição, falha na desinfecção, e outros problemas, todo o qual compromete a eficiência das empresas e a qualidade dos serviços prestados aos consumidores.

Na Avaliação 2000 foram registrados valores altos de água não contabilizada, considerada como a relação entre a água faturada e a água produzida. Nas grandes cidades, os sistemas de distribuição marcavam uma média de 45% em água não contabilizada. Embora em geral se aplique cerca de 100% de desinfecção aos sistemas dos grandes centros urbanos, nos sistemas rurais a desinfecção é bastante deficiente, e em muitos casos inexistente.

A população com sistemas adequados de vigilância e controle da qualidade da água é limitada na zona urbana e insignificante na rural. Segundo a Avaliação 2000, 52% da população urbana contavam com sistemas efetivos de vigilância da qualidade da água, percentagem que era só de 24% na América Latina e Caribe. Cabe assinalar que em muito poucos países desta região os programas de vigilância e controle da qualidade da água contam com o apoio de uma legislação ou regulamentação adequada que determine os recursos e estabeleça as responsabilidades necessárias. A OPAS define como programa básico de vigilância aquele que inclui inspeções sanitárias dos componentes dos sistemas e ao menos determinações de cloro residual, pH e turvação.

**FIGURA 16. População em milhões (M) sem acesso a instalações melhoradas de saneamento, por país ou sub-região, na América Latina e Caribe.**



**Nota:** A figura em seu conjunto representa 127 milhões de habitantes na América Latina e Caribe sem acesso a instalações melhoradas de saneamento. População (% à esquerda) sem acesso com relação à população total do grupo ou país. População (% à direita) sem acesso no grupo ou país em relação aos 127 milhões de habitantes sem acesso na América Latina e Caribe.

**Fonte:** Avaliação de meio termo do Programa Conjunto de Monitoramento (PCM) do abastecimento de água e saneamento do OMS e UNICEF. OMS/UNICEF, 2006.

Como parte do seguro da qualidade dos serviços de água, e em especial da qualidade da água potável, deve-se contar com indicadores mensuráveis e informação confiável, com um nível de certeza aceitável para adotar as medidas preventivas e corretivas necessárias. O problema reside na capacidade limitada dos países da América Latina e Caribe (em comparação com os países desenvolvidos) para efetuar medições ambientais, especificamente para determinar a qualidade da água e a presença de componentes tóxicos na água potável e as águas residuais, e se observam diferenças muito significativas entre as capitais e cidades grandes, e as cidades menores e as populações rurais. Países como a Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru, entre outros, contam com capacidade para medir grande número de parâmetros, mas os métodos não necessariamente estão validados, creditados e submetidos a um programa de controle de qualidade permanente. Um estudo de avaliação de 40 laboratórios realizado pelo Centro Pan-americano de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente da OPAS (CEPIS) (17) estimou que, em média, a capacidade de medição é de 86% para parâmetros básicos; 37% para nutrientes; 68% para metais tóxicos em geral; 46% para chumbo, 39% cádmio, 39% cobre e 30% mercúrio; 20% para resíduos orgânicos tóxicos e praguicidas clorados; 11% para fosforados e outros parâmetros mais complexos com capacidades mínimas de medição; 51% para indicadores de carga orgânica, e 62% para indicadores de qualidade microbiológica estudo considerou os laboratórios pertencentes à Rede de Laboratórios de Ambiente e Saúde da América Latina e Caribe (RELAC), principalmente os laboratórios dos ministérios de saúde e de am-



biente, das empresas de água, de algumas universidades e outros. Em 58% dos laboratórios se utilizam métodos modificados sem validação. Segundo outro estudo interlaboratórios do CEPIS, a Unidade de Saneamento Básico e a Unidade de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental da OPAS e o Organismo Internacional de Energia Atômica (OIEA) (18), aproximadamente de 25% dos dados de qualidade da água apresentam um erro maior de 20%, com variações quanto à aceitabilidade da informação segundo a complexidade da medição.

Para realizar estas atividades se requerem medições de amostras de água, biota, sedimentos e resíduos municipais e perigosos. Os resíduos perigosos podem ser domésticos (pilhas, vasilhames de inseticidas, praguicidas, desinfetantes, etc), de centros médicos e hospitalares (resíduos de medicamentos, patológicos, radiológicos, de desinfetantes e outros), e industriais (da pequena e média indústria, a agroindústria, a indústria metalúrgica e mineira, as fundições, e as fábricas de diferente tipo, cujos resíduos e vertentes perigosas podem chegar às fontes de água e as poluir). Os países necessitam contar com laboratórios confiáveis que observem os respectivos marcos reguladores (legislação e normas técnicas) e a vigilância sanitária, e produzam informação para a tomada de decisões, a investigação e o controle de riscos e danos em saúde pública. Os problemas principais estão relacionados com:

- o desconhecimento no nível local dos riscos ambientais, tanto efetivos como potenciais, relacionados com a saúde pública;
- a falta de infra-estrutura para medir os indicadores de controle e vigilância dos fatores ambientais que afetam a saúde pública, de pessoal qualificado e de capital destinado ao desenvolvimento dos laboratórios;
- as desigualdades entre países, cidades capitais, províncias e zonas rurais quanto à capacidade de medição (programas, capacitação e tecnologia);
- a necessidade de melhorar a capacidade e a qualidade analítica ambiental, e de contar com maior participação das autoridades na implementação de sistemas de gestão de qualidade para gerar informação primária confiável;
- a necessidade de contar com sistemas nacionais que permitam a certificação e credibilidade de laboratórios ambientais.

O CEPIS-BS/SDE/OPAS promove o fortalecimento da RELAC com objeto de melhorar a capacidade analítica, a qualidade e a análise comparativa da informação. Para isso, impulsiona um plano estratégico regional que inclui a execução de programas para a análise de situação, a capacitação de profissionais e técnicos de laboratório, o uso de metodologias analíticas validadas e controladas periodicamente, a avaliação do desempenho e a credibilidade dos laboratórios, a promoção da investigação e o desenvolvimento de metodologias em condições específicas.

Reconhece-se que para obter os níveis de abastecimento e qualidade dos serviços desejados pela população é preciso contar com sistemas financeiramente viáveis. Isto significa que as tarifas têm que cobrir, como mínimo, os custos de operação e manutenção e também, na maioria dos casos, os investimentos para expandir os sistemas. Embora na Região se observem alguns avanços, como os que realizaram a Argentina e Chile, em muitos outros países as tarifas seguem sendo baixas e nem sequer cobrem os custos operacionais. Em geral, o setor continua dependendo do orçamento estatal para financiar os investimentos de capital e, em menor medida, embora ainda apreciável, os custos operacionais e de manutenção (19).

Em vários países da Região se aprofundam os processos de descentralização dos serviços de água e saneamento. A tendência comum é para a transferência de responsabilidades para a prestação destes serviços, já seja para os âmbitos municipal, provincial ou regional, ou para uma entidade autônoma que eventualmente será administrada de acordo com critérios técnicos e comerciais. O principal problema que se observa é a falta de capacidade de gestão dos serviços por parte de muitas prefeituras, e a conseguinte deterioração destes, cuja recuperação resulta muito custosa.

#### *Proteção do recurso água*

A proteção das fontes de água potável é primeira de uma série de barreiras para salvaguardar a água de consumo humano das substâncias e microorganismos que danificam a saúde. Para os sistemas de água potável, a matéria prima são as águas superficiais e as águas subterrâneas, e como tal às deveria proteger de todo tipo de contaminação, como uma forma de propiciar o desenvolvimento sustentável. Os recursos hídricos subterrâneos da Região foram abandonados à sua sorte, e portanto foram poluídos por atividades agrícolas (nitratos, pesticidas), saneamento in situ (nitratos, microorganismos), disposição de resíduos sólidos, e atividades industriais, entre outros fatores de contaminação; todo isso faz pensar que a recuperação dos aquíferos vai resultar muito difícil, se não impossível.

A eutroficação é o processo de superpopulação de algas e plantas macrofilas em corpos de água, que pode causar problemas para o fornecimento de água potável devido à alteração de suas propriedades organolépticas (odor, sabor), e a distintos transtornos nos processos de tratamento potabilizador. Embora se trata de um processo que, em forma lenta, pode ser de origem natural, hoje em dia é fundamentalmente de caráter cultural, e se acelera pela presença contínua de nutrientes de origem antropogênico. Em alguns lagos e represas eutrofizados, os altos níveis de substâncias orgânicas, combinados com a aplicação de cloro para o fornecimento de água potável, poderiam gerar substâncias nocivas para a saúde, em longo prazo, através da produção de compostos orgânicos clorados. Do mesmo modo, documentou-se o impacto nocivo para a saúde, tanto pelo contato recreativo

como pela sua presença em fontes de água potável, de toxinas produzidas por diferentes espécies de cianobactérias produto do fenômeno de eutroficação. As populações rurais indígenas estão especialmente expostas a estes riscos. Os corpos de água eutroficados também oferecem um habitat para alguns vetores de doença, por exemplo, os mosquitos. Em um estudo regional do CEPIS, mais de 75% dos lagos e represas estudados, (na Argentina, Brasil, Colômbia, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Paraguai, Peru, Porto Rico, República Dominicana, Venezuela) classificaram-se como eutróficos ou em processo de eutroficação.

As fontes de água escassearão cada vez mais, tanto em qualidade como em quantidade, nas grandes cidades da América Latina, e será cada vez mais necessário recorrer a fontes longínquas, de modo que se incrementará a competência entre os diferentes usos e usuários (consumo humano, agrícola, industrial, etc.). O desenvolvimento econômico de alguns países, e de determinadas regiões dentro dos países, melhorará a qualidade de vida e aumentará a demanda de “água virtual”, definida como a água contida em produtos que são importados aos países ou a suas regiões.

#### *Proteção das águas recreativas*

Na maioria das cidades costeiras da América Latina e Caribe, as descargas de águas residuais cruas se produzem em praias públicas de recreio ou muito perto delas. As médias geométricas de coliformes totais por cima de 100.000 NMP/100 ml (número mais provável/100 ml) observou-se frequentemente em praias públicas de recreio, em especial em épocas do verão, com medições individuais que algumas vezes chegam a níveis de águas residuais cruas. As descargas de águas servidas perto do litoral ocasionam problemas de caráter estético, representam riscos potenciais para a ecologia e a saúde pública, e produzem efeitos negativos sobre atividades econômicas como o turismo.

Um estudo epidemiológico realizado em 2001 pela OMS e o Grupo de Peritos em Aspectos Científicos do Meio ambiente Marinho (GESAMP) (20) documentou a relação entre a saúde e o uso recreativo de águas poluídas por causa das descargas de águas residuais urbanas, e estimou que estas produzem 250 milhões de casos de gastroenterites e doenças respiratórias cada ano, e que o custo para a sociedade é de aproximadamente US\$ 1.600 milhões anuais. No XXVIII Congresso da Associação Interamericana de Engenharia Sanitária e Ambiental (AIDIS) celebrado no Cancun, México, em 2002, a OMS lançou os Guias para ambientes seguros em águas recreativas (21). A OPAS está coordenando a adaptação desses guias para a América Latina e Caribe.

#### *Resíduos sólidos*

Estima-se que, aproximadamente, 78% da população da Região é urbana. Os centros urbanos médios e pequenos, que são os que têm maiores dificuldades no que se refere à gestão adequada dos resíduos sólidos, produzem 44% dos resíduos sólidos muni-

*“Dado que os países e territórios das Américas são essencialmente rurais, existem oportunidades e necessidades crescentes para a promoção por parte dos serviços de saúde de níveis satisfatórios de abastecimento de água e de disposição segura de águas residuais nas zonas rurais.”*

Fred Lowe Soper, 1954

cipais. O serviço de coleta em zonas marginais, geralmente pobres e de difícil acesso pelas más condições das vias e de infraestrutura, tem baixa prioridade.

Na Região, o setor de resíduos sólidos e sua institucionalidade apresentam distinto grau de desenvolvimento. Os ministérios de saúde e de ambiente suprem a função de reitoria e regulação. Os municípios mantêm a titularidade da prestação dos serviços. Em geral, observam-se deficiências na condução do setor, o planejamento e a programação a médio e longo prazo. Normalmente, os municípios não têm capacidade de gestão gerencial e econômica, observam-se lacunas em matéria de ordem jurídica, faltam instrumentos de controle adequado para verificar o cumprimento e impor sanções, existem superposições de legislação, às vezes contraditórias, e conflitos jurisdicionais, e só alguns países dispõem de leis específicas sobre resíduos sólidos.

A maioria dos países não conta com políticas para a gestão integral dos resíduos sólidos, e os que sim as têm, em muitas ocasiões não as aplicam nem as difundem. Poucos países possuem planos integrais e planejamento estratégico para o setor. Em grande parte da Região, não é possível definir um ente reitor do setor a nível nacional para políticas e planos. As poucas funções de reitoria que se cumprem estão dispersas nos ministérios de saúde e meio ambiente. Os municípios estabelecem as normativas para os resíduos sólidos domésticos, industriais não perigosos e hospitalares, e regulam as tarifas com algum controle do executivo.

O custo médio do serviço na Região é de US\$ 29 por tonelada; 70% corresponde à varredura, coleta e transporte. Entretanto, a taxa só cobre 47% dos custos do serviço, e a morosidade chega a 50%. Os investimentos no setor são reduzidos em comparação com as que se realizam em eletricidade, água e saneamento. Na maioria dos países o sustento do serviço se apóia na arrecadação de uma taxa municipal, mas esta taxa não é exclusiva do serviço de limpeza, ela inclui o sistema de iluminação, impostos imobiliários e outros encargos.

Estima-se que na Região, somente 22,6% dos resíduos gerados sejam depositados em um esgoto sanitário; 23,7% são destinados a esgotos controlados e 45,2% a esgotos a céu aberto ou cursos de água. A participação da sociedade no manejo dos resíduos sólidos é limitada e só se manifesta eficazmente quando recebe o apoio de organizações não governamentais.

A formação de microempresas e cooperativas para o manejo dos resíduos sólidos está aumentando. Elas representam uma alternativa municipal econômica, que utiliza tecnologia de baixo custo e uso intensivo de mão de obra, cria emprego e gera participação comunitária. Sua participação em serviços de limpeza costuma realizar-se com o apoio de organizações não governamentais. As cooperativas de gestão de resíduos sólidos, embora poucas, fornecem serviços à população mais pobre.

### Saneamento básico em situações críticas e de emergência na América Latina e Caribe

Os desastres naturais e seu impacto sobre os sistemas instalados constituem um fator “externo” que representa uma ameaça para os serviços de água e saneamento. As Américas constituíram o segundo continente mais afetado por desastres naturais na década passada (22). Os efeitos de desastres naturais de magnitudes catastróficas sobre todos os aspectos da economia e o desenvolvimento tem sido evidentes —em especial sobre os sistemas de água e saneamento—, com perdas econômicas de quase US\$ 650 milhões só no período compreendido entre 1994 e 2003. Em Honduras, por exemplo, depois da passagem do furacão Mitch, a situação socioeconômica e a infra-estrutura retrocederam de 30 a 40 anos (23). Devido à dispersão de muitas comunidades afetadas da Região, em alguns casos nunca se chegou a conhecer os danos que sofreram os sistemas menores e sensíveis.

Os desastres naturais afetam ano após ano uma grande quantidade de países da Região. Os que se descrevem a seguir tiveram lugar nos últimos cinco anos nas Américas, causando perdas de vidas, danos à infra-estrutura sanitária de água e saneamento, com dificuldades subseqüentes para acessar a água apta para o consumo humano, bem como enormes perdas econômicas.

Entre 13 e 14 de dezembro de 1999, chuvas torrenciais provocaram inundações e deslizamentos de lama que afetaram 10 estados no norte da Venezuela, incluindo sua capital, Caracas. As autoridades nacionais estimaram que mais de 20.000 pessoas morreram em decorrência desse desastre. A infra-estrutura dos serviços de água potável e saneamento sofreu danos consideráveis. Mais de 200.000 pessoas foram afetadas, e mais de 4.000 tiveram que ser albergadas em La Guaira, Caracas, Maracay e Valência. A avaliação socioeconômica realizada pela CEPAL no ano 2000 estimou danos aos serviços de água, saneamento e drenagem pluvial equivalentes a US\$ 243 milhões (quadro 8).

Os terremotos em El Salvador de janeiro e fevereiro de 2001 causaram grandes perdas, e os custos de reconstrução da infra-estrutura dos sistemas de água e saneamento tão urbanas como rurais alcançaram os US\$ 18,6 milhões, segundo o relatório da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL) (24), e afetaram mais de 200 sistemas de água e saneamento. Devido aos trabalhos de emergência, foram gastos cerca de US\$ 400.000 somente em conceito de distribuição de água por meio de caminhões cisternas. Segundo dados da Administração

### QUADRO 8. Danos estimados<sup>a</sup> em água potável e saneamento por inundações na Venezuela, dezembro de 1999.

Serviço	Danos		
	Total	Direto	Indireto
Água potável	178,2	118,3	59,9
Rede de esgoto sanitário	38,3	38,3	0
Drenagem pluvial	9,1	9,1	0
Maior gasto/menor ingresso	17,3	0	17,3
Total	242,9	165,7	77,2

<sup>a</sup>Em milhões de dólares.

**Fonte:** Comissão Econômica para a América Latina e Caribe. Os efeitos socioeconômicos das inundações e deslizamentos na Venezuela em 1999. México: CEPAL; 2000.

Nacional de Aquedutos e Rede de esgoto de El Salvador (ANDA), em 138 dias se repartiram 98.700 m<sup>3</sup> de água, o que equivale a um custo de US\$ 4 por m<sup>3</sup>.

Em 23 de junho de 2001, ocorreu um terremoto na costa sul do Peru, que afetou principalmente as cidades da Arequipa, Moquegua, Ilo, Tacna, Ica e Cusco.

Em julho de 2001, uma forte seca afetou El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e, em menor grau, a Costa Rica. Dados da CEPAL (25) assinalam que o setor de água potável na América Central se viu afetado naqueles sistemas que tinham como fonte as águas superficiais. A mais castigada foi a zona metropolitana da Tegucigalpa, onde a empresa que atende ao setor acusou maiores gastos e menores ganhos com o passar do ano. Somado ao anterior, a CEPAL estimou que os danos impostos pela seca na Região custaram cerca de US\$ 3,5 milhões.

Em novembro de 2001, o Furacão Michelle afetou as costas caribenhas da Nicarágua e Honduras e às ilhas da Jamaica, Bahamas e Cuba, esta última a mais afetada.

Em novembro de 2002, entrou em erupção o vulcão Reventador, situado 95 quilômetros ao nordeste de Quito (Equador), e expulsou uma importante quantidade de cinzas que afetaram principalmente a cidade de Quito e as províncias centrais (além de Pechincha, a Imbabura, Cotopaxi, Orellana e Sucumbíos). Foram danificados muitos sistemas de distribuição de água, principalmente o pólo de tratamento.

Em setembro de 2004, o furacão Ivan, a pior tormenta da temporada, semeou destruição em sua passagem pelo Caribe. As Ilhas Caiman e Granada receberam o golpe mais duro, mas também Cuba, Haiti, São Vicente e Granadinas, e Jamaica sofreram suas conseqüências.

Enquanto que a atenção mundial se voltava para o tsunami da Ásia, as inundações na Guiana constituíram o pior desastre natural da história recente deste país. Em janeiro de 2005, chuvas torrenciais equivalentes a quase 10 vezes mais que as precipitações médias ocasionaram grandes inundações nas zonas costeiras da Guiana, a parte mais densamente povoada do país. Mais de 300.000 guianeses, quer dizer, mais da metade da população,

foram afetados. As inundações moderadas não são alheias a Guiana, mas a inundação maciça e prolongada de janeiro foi a pior que se viveu em uma geração. No momento mais grave da crise, mais de 192.000 pessoas do Georgetown, a Ribeira Oriental e Demerara Oeste estavam afetadas. Três semanas depois, 92.000 pessoas ainda tinham água no interior ou nos arredores de suas moradias. Os maiores problemas que confrontaram as autoridades foram os relacionados com o abastecimento de água potável, o seguro da qualidade da água, o saneamento e o manejo do lixo.

Nos Estados Unidos, em agosto de 2005 o furacão Katrina, que tocou primeiro terra na Florida e logo seguiu ao longo das costas do Golfo para golpear com grau 5 aos estados do Mississippi, Louisiana e Alabama, causou grande destruição. Alagou a cidade histórica de Nova Orleães e provocou a morte de mais de 1.300 pessoas, convertendo-se no desastre natural mais destrutivo na história do país. Junto com a Agência de Manejo de Emergências do Mississippi, a Agência Federal para o Manejo de Emergências (FEMA) atribuiu mais de US\$ 9.400 milhões em ajuda para o desastre ao Mississippi, dos quais US\$ 1.600 milhões se destinaram a reparar os dispositivos de controle da água, tais como os depósitos e canais de irrigação, e mais de US\$ 1.300 milhões se atribuíram ao retiro de refugos e escombros, incluindo quase US\$ 222 milhões para os refugos costeiros e US\$ 790 milhões para os refugos das terras alagadas.

Em julho de 2005, o furacão Emily afetou várias ilhas do Caribe, às costas dos Estados Unidos e ao México. De acordo com dados do Centro Nacional de Prevenção de Desastres da Secretaria do Gobernación (CENAPRED) e a CEPAL, no México, devido aos danos ocasionados nos sistemas de água e saneamento, mais de 226.000 habitantes (43 localidades em 11 municípios, com uma extensão de aproximadamente 35.000 quilômetros quadrados) viram restringidos estes serviços.

Em outubro de 2005, na América Central e México, as chuvas ocasionadas pelo furacão Stan produziram graves inundações e deslizamentos de terra em populações da costa do Atlântico no México, Guatemala, Nicarágua e El Salvador. A Administração Nacional de Aquedutos e Redes de esgoto (ANDA) de El Salvador informou danos à infra-estrutura sanitária estimados em US\$ 11,5 milhões, e Guatemala sofreu perdas em instalações de água e saneamento por US\$ 4 milhões. À tormenta Stan lhe seguiram as tormentas tropicais Alpha e Betha, que no fim de outubro de 2005 afetaram o Haiti e a República Dominicana, para fechar uma das temporadas de furacões mais ativa e destrutiva jamais conhecida.

Resumem-se no quadro 9 os principais desastres naturais registrados nas Américas no período 2000–2005.

## CONTAMINAÇÃO DO AR

A contaminação do ar e seus efeitos nos seres humanos são uma preocupação crescente para a saúde pública. Grande varie-

dade de poluentes se encontram no ar sob a forma de gases, pós ou material particulado, provenientes de atividades humanas tão distintas como o transporte, a geração de energia e os processos industriais, a preparação de mantimentos e a calefação de moradias; outras poucas fontes poluentes são produto de processos naturais do meio ambiente, como as mudanças climáticas (mas é bom lembrar que algumas destas mudanças também estão relacionadas à atividade humana, tal como o efeito estufa, causado pela emissão de gases de carbono). Por outro lado, existem diferenças importantes tanto nas fontes como na magnitude da contaminação que delas emana nos ambientes externos e internos onde vivem e se desenvolvem as pessoas. Também há contrastes na contaminação conforme o local onde esta ocorre; por exemplo, no âmbito rural a exposição a produtos de carbono está mais ligada à geração de poluentes da combustão de biomassa dentro do domicílio, enquanto que no âmbito urbano é particularmente séria no exterior nas cidades, e está mais relacionada com o uso de combustíveis fósseis no transporte, a geração de energia e a indústria.

Em resposta à preocupação sobre a contaminação do meio ambiente, alguns países têm proposto e ratificado tratados internacionais, em particular o do Kyoto (26), o de Montreal (27) e a Declaração do Milênio, que estabeleceu os ODMs (28), entre cujas metas consta a diminuição nas próximas décadas das emissões de gases e outros poluentes que afetam ao entorno. Nas seguintes seções se abordam alguns aspectos sobre a contaminação do ar no exterior das moradias humanas e seus efeitos na saúde da população.

### Estado da qualidade do ar na Região

O aumento na queima de combustíveis fósseis constitui a maior fonte de contaminação do ar exterior de muitas cidades da Região e do mundo. Os principais poluentes gerados durante este processo são o material particulado, óxidos de nitrogênio, óxidos de enxofre, monóxido de carbono e ozônio. A queima de combustíveis fósseis e de biomassa (fundamentalmente lenha), que geram deterioração ambiental, é um tema de preocupação que se aborda nas metas dos ODMs, em particular a meta 9 do objetivo 7, referido a garantir a sustentabilidade do meio ambiente. Tal meta se relaciona com princípios do desenvolvimento sustentável e a preservação de recursos do meio ambiente, e inclui indicadores sobre o uso de energia e biomassa, e as emissões à atmosfera.

De acordo com um relatório recente (29), entre 1990 e 2001 o nível médio do uso de energia na América Latina e Caribe, medido através do consumo de petróleo em quilogramas por cada dólar do produto interno bruto (PIB), aumentou ligeiramente de 0,18 a 0,19; entretanto, os maiores incrementos (> 0,05) observaram-se na Bolívia, Brasil, Haiti, Jamaica, Panamá, Trinidad e Tobago, e Venezuela, enquanto que no resto dos países para os que se dispõe de informação, a tendência geral foi à diminuição (quadro 10). Durante o mesmo período, as emissões de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) diminuíram a nível regional promedeu na

**QUADRO 9. Principais desastres naturais, por país, Região das Américas, 2000–2005.**

Países afetados	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Argentina	1 (maio)			I (fev., abr.)		
Aruba					H (Iván, set.)	H (Emily, jul.)
Bahamas	H (Debby, ago.)	H (Michelle, nov.)		TT (Odett, dez.)	H (Frances, ago.) TT (Jeanne, set.)	H (Wilma, out.)
Barbados	H (Keith, set.) TT (Joyce, set.)	TT (Jerry, out.) H (Iris, out.)	TT (Lili, set.)		H (Iván, set.)	H (Emily, jul.)
Belize		TT (Chantal, ago.) TT (Jerry, out.) H (Iris, out.)		TT (Claudette, jul.)		H (Emily, jul.) H (Stan, out.) H (Wilma, out.) TT (Gamma, nov.)
Bolívia	1 (abr.)	I (jan.)	I (fev.)	I (jan.) D (abr.)	I (jan.) S (nov.)	
Brasil	D (ago.)	I (dez.)		I (jan.)		
Chile	1 (jun.)		I (maio)			T (jun.)
Canadá						
Colômbia	1 (maio)			I (dez.)	I (May, out.) H (Iván, set.) T (nov.)	I (fev.) H (Wilma, out.) V (Galeras, nov.)
Costa Rica	H (Keith, set.) TT (Joyce, set.)		I (maio) I (dez.)	T (dez.)	I (maio, nov.) T (nov.)	I (jan.) I (set.) H (Stan, out.) H (Beta, out.)
Cuba	H (Debby, ago.)		TT (Isidora, set.) TT (Lili, set.)	TT (Claudette, jul.)	H (Charley, ago.) H (Iván, set.)	H (Dennis, jul.) H (Emily, jul.) H (Rita, set.) H (Wilma, out.) TT (Adrian, maio) I (jun.) V (Santa Ana, set.) I (out.) H (Stan, out.) H (Beta, out.)
El Salvador	H (Keith, set.) TT (Joyce, set.)	S (jul.) T (jan., fev.) TT (Jerry, out.) H (Iris, out.)	I (set.)			
Equador		V (Tungurahua, ago.) ID (jun.)	I (mar.) V (nov.)	V (Tungurahua, jul.)		
Estados Unidos					H (Charley, ago.) H (Frances, ago.) H (Iván, set.) TT (Jeanne, set.)	H (Dennis, jul.) H (Emily, jul.) H (Katrina, ago.) H (Rita, set.) H (Wilma, out.)
Guatemala	1 (jun.)	T (jan.) S (jul.) TT (Jerry, out.) H (Iris, out.)	V (fev.) D (set.) TT (Lili, set.)	D (abr.)	S (nov.)	D (jun.) I (jul.) H (Stan, out.) H (Beta, out.) I (jan.)
Guiana						
Haiti	H (Debby, ago.)	T (jan.) S (jul.) TT (Chantal, ago.) TT (Jerry, out.) H (Iris, out.) H (Michelle, nov.)	I (maio) TT (Lili, set.)	TT (Odette, dez.) I (dez.)	I (maio) H (Iván, set.) TT (Jeanne, set.)	D (jun.) H (Dennis, jul.) H (Emily, jul.) H (Stan, out.) H (Wilma, out.) TT (Alpha, out.)
Honduras	H (Keith, set.) TT (Joyce, set.)	S (jul.) TT (Jerry, out.) H (Iris, out.)	I (set.)	I (set.)	S (nov.)	H (Stan, out.) H (Wilma, out.) TT (Betha, out.) TT (Gamma, nov.)



**QUADRO 9. (Continuação)**

Países afetados	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Jamaica	H (Keith, set.) TT (Joyce, set.)	TT (Chantal, ago.) TT (Jerry, out.) H (Iris, out.) H (Michelle, nov.)	I (maio) TT (Lili, set.) TT (Isidora, set.)	TT (Claudette, jul.) TT (Odette, dez.)	H (Chaley, ago.) H (Iván, set.)	H (Dennis, jul.) H (Emily, jul.) H (Wilma, out.)
México	V (Popocatepetl, dez.) H (Keith, set.) TT (Joyce, set.) T (ago.)	TT (Chantal, ago.) H (Juliette, set.) TT (Lorena, out.) TT (Jerry, out.) H (Iris, out.) H (Michelle, nov.)	I (ago.) TT (Isidora, set.) TT (Lili, set.) H (Kenna, out.)	T (jan.) TT (Claudette, jul.) H (Ignacio, ago.) H (Marty, set.) I (set.) TT (Larry, out.) H (Olaf, out.)	I (abr.) H (Iván, set.)	H (Emily, jul.) H (Rita, set.) H (Stan, out.) H (Wilma, out.) TT (Gamma, nov.)
Nicarágua	H (Keith, set.) TT (Joyce, set.) T (jul.)	S (jul.) H (Michelle, nov.)	I (set.)		D (jul.)	H (Stan, out.) H (Wilma, out.) TT (Betha, out.)
Panamá	H (Keith, set.) TT (Joyce, set.)		I (dez.)	T (ago, dez.)	I (set., out.)	I (jan.)
Paraguai			I (maio) S (out.)			S (Chaco)
Peru		I (mar.) T (jun.)	I (fev.)	I (jan.)	I/S/(fev.)	T (set.)
Puerto Rico					H (Frances, ago.) TT (Jeanne, set.)	
República Dominicana	H (Debby, ago.)	TT (Jerry, out.) H (Iris, out.)	TT (Lili, set.)	T (set.) I (nov.) TT (Odette, dez.)	I (maio) H (Frances, ago.) H (Iván, set.) TT (Jeanne, set.)	H (Emily, jul.) H (Dennis, jul.)
Trinidad e Tobago		TT (Chantal, ago.)			H (Iván, set.)	H (Emily, jul.)
Uruguai	S (fev.)	I (jun.)				I (ago.)
Venezuela	H (Keith, set.) TT (Joyce, set.) I (nov.)		I (jul.)		H (Iván, set.)	I (fev.) H (Emily, jul.)
Outros países e tritúreis do Caribe <sup>a</sup>	H (Debby, ago.) H (Keith, set.) TT (Joyce, set.)	TT (Jerry, out.) H (Iris, out.) H (Michelle, nov.)	TT (Lili, set.) TT (Isidora, set.)	TT (Claudette, jul.) TT (Odette, jul.)	H (Frances, ago.) H (Charley, ago.) H (Iván, set.) TT (Jeanne, set.)	H (Emily, jul.) H (Dennis, jul.) H (Stan, out.) H (Wilma, out.) TT (Gamma, nov.)

I: Inundação                      TT: Tormenta tropical                      T: Terremoto                      H: Furacão

V: Erupção Vulcânica                      D: Deslizamento                      S: Seca

<sup>a</sup>Inclui: Antilhas Netherlandesas, Enguia, Antígua e Barbuda, Bermuda, Dominica, Granada, Guadalupe (França), Guiana Francesa (França), Ilhas Caimã, Ilhas Turcas e Caicos, Ilhas Virgens, Martinica (França), Monserrat, Santa Luzia, São Vicente e as Granadinas e Saint Kitts e Nevis.

**Fonte:** Dados do ReliefWeb (<http://www.reliefweb.int/rw/dbc.nsf/doc100?openform>) ReliefWeb se lançou em outubro de 1996 e está administrada pelo Escritório para a Coordenação de Assuntos Humanitários das Nações Unidas (OCHA)

América Latina e Caribe de 5.868 toneladas métricas (TM) por 1.000 pessoas, a 3.072, situação que se refletiu, com diferente intensidade, na maioria das nações. Países como a Argentina, Brasil, Colômbia, México e Venezuela apresentaram níveis do CO<sub>2</sub> (médio 5.580 TM) quase 25 vezes maiores que o resto da Região (média 128 TM) em 1990. Do mesmo modo, o grupo de países com níveis de CO<sub>2</sub> mais altos em 1990 conseguiram diminuir os valores para aproximadamente a metade (médio 3.080 TM). As exposições de curto e longo prazo aos poluentes foram associadas com um incremento da mortalidade e morbidade por causa

de doenças respiratórias e cardiovasculares (29). Estimou-se que anualmente se produzem 800.000 mortes prematuras no mundo por causas cardiovasculares e respiratórias, câncer do pulmão e infecções respiratórias (em menores de 5 anos) relacionados com a exposição ao material particulado especificamente (30).

Em 2005, a OPAS realizou uma busca sistemática e uma revisão das provas científicas que se produziram nas Américas a respeito dos efeitos da exposição ao material particulado sobre a saúde e seu significado para a Região. Como parte desta iniciativa também se recolheu informação sobre as concentrações



**QUADRO 10. Consumo de energia e emissões de dióxido de carbono em países das Américas, entre 1990 e 2000.**

País	Consumo de energia/dólar do PIB <sup>a</sup>		Toneladas métricas De CO <sub>2</sub> cada 1.000 personas	
	1990	2000	1990	2000
Antigua e Barbuda	...	...	421	3
Argentina	0,17	0,2	2.100	3.300
Bahamas	...	...	66	66
Barbados	...	...	21	12
Belize	...	...	16	28
Bolívia	0,22	0,27	76	77
Brasil	0,15	0,2	8.500	6.200
Chile	0,2	0,2	662	470
Colômbia	0,14	0,1	2.000	1.200
Costa Rica	0,12	0,1	267	145
Cuba	...	...	778	504
Dominica	...	...	1	1
Ecuador	0,36	0,22	604	207
El Salvador	0,15	0,16	423	117
Granada	...	...	4	4
Guatemala	0,16	0,18	357	256
Guyana	...	...	19	20
Haití	0,12	0,17	...	169
Honduras	0,23	0,21	115	122
Jamaica	0,36	0,5	424	49
México	0,21	0,2	12.000	2200
Nicarágua	...	...	87	35
Panamá	0,15	0,2	252	180
Paraguai	0,17	0,18	240	116
Perú	0,13	0,1	801	189
República Dominicana	0,17	0,18	274	486
Saint Kitts e Nevis	...	...	6	3
São Vicente e as Granadinas	...	...	2	7
Santa Luzia	...	...	11	3
Trinidad e Tobago	0,73	0,8	138	79
Uruguai	0,11	0,1	416	102
Venezuela	0,42	0,5	3.300	2.500

<sup>a</sup>Uso de energia (equivalente em quilogramas de petróleo) por cada dólar do PIB.

**Fonte:** Comissão Econômica para a América Latina e Caribe. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Uma visão da América Latina e do Caribe. Santiago: CEPAL; 2005.

de material particulado de 10 microns de diâmetro (MP<sub>10</sub>) notificadas para algumas zonas urbanas da Região (quadro 11). A situação de contaminação do ar exterior é bastante diversa. Por exemplo, em Arequipa (Peru), registraram-se concentrações do MP<sub>10</sub> elevadas (até 111 µg/m<sup>3</sup>); em contraste, em outras cidades, como Belo Horizonte (Brasil) (13 µg/m<sup>3</sup>) e San Juan (Porto Rico) (32 µg/m<sup>3</sup>), as concentrações anuais são bem inferiores. Em termos gerais, as concentrações anuais do MP<sub>10</sub> em zonas urbanas ultrapassam as normas nacionais, assim como os padrões esta-

belecidos nos guias globais de qualidade de ar recomendadas pela OMS (29, 31), embora exista uma tendência à diminuição entre 2000 e 2004 (sete de 11 países com mais de três anos de registros em dito período) (31).

Os guias mundiais de qualidade de ar estão apoiadas nos resultados epidemiológicos e toxicológicos dos efeitos sobre a saúde, e representam o nível “rodapé”; em outras palavras, o nível sob o qual não se observaria um efeito adverso. Na medida em que as concentrações notificadas ultrapassem estes limites, pode-se inferir que um número significativo de pessoas na Região estão expostas a concentrações que produzem um efeito adverso para a saúde.

É importante assinalar que existem variações notáveis na disponibilidade dos dados do MP<sub>10</sub> na Região. Em algumas cidades há uma longa história de monitoração de ar; em outras, entretanto, a concentração média anual não esteve disponível para a totalidade do período ou não existe. O mesmo acontece para os outros poluentes resultantes da queima de combustíveis fósseis. De fato, a informação disponível para estes é ainda muito mais limitada.

A contaminação do ar é um problema relevante em zonas urbanas, porque afeta a toda a população. Devido à importância deste problema para a saúde pública, é necessário contar com bons indicadores da qualidade de ar, e isso se obtém com sistemas de monitoração confiáveis. Uma monitoração apropriada provê as bases para o desenvolvimento dos perfis da qualidade do ar com os quais identificar o grau de exposição humana, desenvolver estudos epidemiológicos sobre o impacto destas exposições, e orientar a seleção, implementação e avaliação de ações de prevenção e controle.

Além da queima de combustíveis fósseis, a queima de biomassa é outra fonte de contaminação cujo impacto na qualidade do ar exterior é pouco reconhecido.

Em 21 países com informação da América Latina e Caribe se estima que o consumo per capita de biomassa médio diminuiu que 0,7 a 0,6 entre 1990 e 2001; entretanto, continua sendo particularmente alto em alguns países, tais como o Chile, El Salvador, Guatemala, Guiana, Honduras, Nicarágua, Panamá e Paraguai, onde é entre 2 e 5 vezes maior que o médio da Região (quadro 12).

A limpeza de terrenos de cultivo e a eliminação de refugos agrícolas mediante a queima é uma prática muito arraigada. No Brasil, por exemplo, notificaram-se um total de 226.252 focos de incêndios florestais em 2005. Este problema não é exclusivo das zonas rurais. As substâncias emitidas pelos incêndios podem ser transportadas através de grandes distâncias e podem afetar a qualidade do ar de zonas urbanas, e inclusive de países limítrofes.

### Efeitos da contaminação do ar sobre a saúde

A bibliografia epidemiológica internacional estabeleceu que as exposições de e longo prazo aos poluentes que se encontram

**QUADRO 11. Concentração anual média de material particulado de 10 microns de diâmetro (MP<sub>10</sub> µg/m<sup>3</sup>) em cidades da América Latina e do Caribe, 2000–2004.**

Cidade/país	Norma anual (µg/m <sup>3</sup> )	Concentração anual promedio de MP <sub>10</sub> (µg/m <sup>3</sup> )				
		2000	2001	2002	2003	2004
Arequipa, Peru	50	111	91	102	100	90
Belo Horizonte, Brasil	50	13	21	26	...	...
Bogotá, Colômbia	65	58	64	66	66	66
Cochabamba, Bolívia	...	...	...	98	104	64
Fortaleza, Brasil	50	84	74	81	...	...
Guatemala, Guatemala	...	...	54	...	...	...
Havana, Cuba	...	...	75	60	54	...
La Paz, Bolívia	...	...	...	...	...	49
Medellín, Colômbia	65	...	...	87	93	...
Cidade de México, México	50	71	60	65	64	54
Quito, Equador	50	...	...	...	...	54
Rio de Janeiro, Brasil	50	...	39	40	53	...
San Salvador, El Salvador	50	...	60	...	...	...
San Juan, Porto Rico	50	32	31	31	32	30
Santiago, Chile	...	77	72	70	74	68
São Paulo, Brasil	50	52	49	51	48	41

**Fonte:** Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação dos efeitos da contaminação do ar na saúde da América Latina e Caribe. Washington, DC: OPAS; 2005.

**QUADRO 12. Consumo per capita de biomassa<sup>a</sup>, países selecionados da América Latina e do Caribe, 1990–2001.**

País	Nível 1990	Nível 2001	Diferença
Bolívia	0,09	0,02	-77,8
Brasil	0,05	0,04	-20,0
Chile	0,14	0,18	28,6
Colômbia	0,10	0,04	-60,0
Costa Rica	0,16	0,01	-93,8
Equador	0,05	0,03	-40,0
El Salvador	0,17	0,16	-5,9
Granada	0,04	0,05	25,0
Guatemala	0,30	0,27	-10,0
Guiana	0,28	0,29	3,6
Haití	0,11	0,11	0,0
Honduras	0,25	0,16	-36,0
Jamaica	0,03	0,04	33,3
México	0,07	0,06	-14,3
Nicarágua	0,22	0,22	0,0
Panamá	0,13	0,13	0,0
Paraguai	0,27	0,18	-33,3
Peru	0,11	0,07	-36,4
República Dominicana	0,08	0,03	-62,5
Suriname	0,08	0,08	0,0
Uruguai	0,10	0,09	-10,0

<sup>a</sup>Inclui: lenha, produtos de cana e outros primários.

**Fonte:** Comissão Econômica para a América Latina e Caribe. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Uma visão da América Latina e Caribe. Santiago: CEPAL; 2005.

no ar de zonas urbanas estão associadas com a aparição de uma ampla gama de episódios respiratórios e cardiovasculares (quadro 13). Além disso, a exposição materna a estes poluentes durante a gravidez poderia ter um efeito adverso no desenvolvimento do feto (32).

Uma revisão da literatura regional sobre os efeitos da contaminação do ar na saúde (29) que abrangeu de 1994 a 2004, identificou 85 estudos publicados em revistas científicas. A maior parte destes trabalhos se centravam nas populações de zonas urbanas de uns poucos países da América Latina: Brasil, Chile, Cuba, México, Peru e Venezuela. Mais da metade dos artigos revisados eram estudos de séries temporárias, um tipo de desenho que permite estimar a influência das variações temporárias, usualmente a variação diária, dos poluentes do ar na mortalidade ou morbidade, usando modelos estatísticos nos que se relaciona o número diário de mortes com as concentrações diárias. Com este desenho se avaliam os efeitos de exposições de curto prazo.

Os resultados dos estudos de curto prazo da Região foram similares aos informados pela bibliografia internacional. As variações temporárias de material particulado se associaram com um incremento da mortalidade diária por causas cardiovasculares e respiratórias. Também se associaram com o aumento de internações hospitalares por todas as causas respiratórias.

Como parte da revisão das comprovações efetuadas, levou-se a cabo uma análise quantitativa para calcular medidas de resumo do efeito da exposição ao MP<sub>10</sub> na mortalidade a partir dos resultados dos estudos de séries temporárias. Tais medidas

### QUADRO 13. Efeitos na saúde atribuíveis a exposições de curto e longo prazo a diferentes tipos de contaminação do ar.<sup>a</sup>

#### Efeitos de curto prazo

- Mortalidade diária
- Internações hospitalares por doenças respiratórias e cardiovasculares
- Consultas de urgência por transtornos respiratórios e cardiovasculares
- Consultas médicas por transtornos respiratórios e cardiovasculares
- Uso de medicamentos por transtornos respiratórios e cardiovasculares
- Dias de atividade restringida
- Absentismo laboral e escolar
- Aparição de sintomas agudos (sibilos, tosse, produção de escarro, infecções respiratórias)
- Mudanças fisiológicas (função pulmonar)

#### Efeitos de longo prazo

- Mortalidade por afecções respiratórias e cardiovasculares
- Incidência e prevalência de doenças respiratórias crônicas (asma, doença pulmonar obstrutiva crônica)
- Mudanças crônicas na função fisiológica
- Câncer do pulmão
- Doença cardiovascular crônica
- Restrição do crescimento intra-uterino (retardo do crescimento intra-uterino, baixo peso em partos a termo, baixa estatura para a idade gestacional)

<sup>a</sup>Inclui material particulado, óxidos de nitrogênio, óxidos de enxofre, monóxido de carbono e ozônio.

**Fonte:** Gouveia N, Maisonet M. Health effects of air pollution. Em: Organização Mundial da Saúde. WHO Air Quality Guidelines: 2005 update; 2006.

contribuem para uma estimativa mais ajustada da função exposição-resposta, que pode utilizar-se na formulação de políticas públicas para calcular os custos em saúde da contaminação do ar e os benefícios associados com uma redução nas concentrações. As medidas estimadas para a América Latina foram comparadas com as calculadas para outras regiões do mundo. Neste metanálise se observou que as estimativas quantitativas de resumo para a mortalidade em todos os grupos de idade e em maiores de 65 anos foram similares em magnitude às cifras de outras partes do mundo (quadro 14).

Geralmente, as provas latino-americanas sugerem que a exposição ao material particulado está associada com um aumento da mortalidade e a morbidade. Cabe assinalar que as estimativas de resumo se apoiou em estudos efetuados em três cidades da América Latina (Cidade do México, São Paulo e Santiago do Chile), de modo que os dados não são necessariamente representativos de toda a Região. As estimativas quantitativas de resumo só se realizaram para alguns efeitos em saúde e em grupos de idade, e para alguns poluentes. Carece-se de informação significativa na Região sobre os efeitos na mortalidade e morbidade infantil e a morbidade em adultos.

### QUADRO 14. Estimativa quantitativa da mudança de percentagem da mortalidade por todas as causas associado com um aumento de 10 µg/m<sup>3</sup> do MP<sub>10</sub>, regiões selecionadas do mundo.

Todas as causas, todas as idades		
Região	Mudança de percentagem (IC)	Referência
Asia Europa	0,49 (0,23; 0,76)	HEI, 2004
América Latina	(0,40; 0,80) 0,61 (0,16;	Katsouyanni, 2001
Estados Unidos	1,07) 0,21 (0,09; 0,33)	OPS, 2005
Em todo mundo	0,65 (0,51; 0,76)	Dominici, 2003 Stieb, 2002
Todas as causas, maiores de 65 anos		
Europa	0,70 (0,50; 1,00)	Katsouyanni, 2001
América Latina	0,86 (0,49; 1,24)	OPS, 2005
Em todo mundo	0,86 (0,61; 1,11)	Stieb, 2002

**Fonte:** Organización Pan-Americana da Saúde. Avaliação dos efeitos da contaminação do ar na saúde da América Latina e Caribe. Washington, D.C.: OPAS; 2005.

Como resposta a esta situação, a OPAS reconheceu a falta de dados e informação compilados e analisados sistematicamente, em aspectos tais como a exposição a poluentes e seus efeitos potenciais, por isso estimula e fortalece os processos de vigilância ambiental nos países da Região. Mesmo assim, a OPAS, conjuntamente com profissionais e grupos de especialistas de diferentes centros de excelência técnica na área, das Américas e de outras regiões, preparam guias técnicas sobre a medição de exposição ambiental e seus efeitos, como os Guias de Qualidade do Ar lançadas recentemente. Para fortalecer os processos de apropriação da informação e o conhecimento sobre estes temas, a OPAS criou um sítio Web que conta com informação, bibliografia, metodologias e guias técnicas, e atividades de capacitação, às que podem acessar os usuários, e cuja direção eletrônica é : <http://www.bvsde.paho.org>.

## POLUENTES QUÍMICOS

No campo da saúde ambiental, a prevenção ou mitigação da exposição a poluentes químicos é uma das prioridades de ação dos governos. A globalização dos poluentes e sua presença em quase todas as fases dos processos produtivos (extração de matéria prima, transformação em produtos, consumo e, finalmente, refugos) colocam em risco permanente a toda a população, mas sobre tudo aos grupos mais vulneráveis: as crianças, as mulheres grávidas, os trabalhadores expostos, os adultos maiores e a população analfabeta ou com escassa educação, sem acesso à informação básica sobre a toxicidade dessas substâncias.

Os refugos químicos se converteram em um grave problema ambiental que deve ser objeto de especial atenção. No Brasil, por exemplo, em 2004 se identificaram 1.964.380 pessoas expostas a

produtos químicos em 703 sítios com solos poluídos. O governo dispôs a realização de avaliações de risco nas zonas de exposição a resíduos poluentes: Organoclorados (Cidade dos Meninos, Estado de Rio do Janeiro); chumbo (Santo Amaro dá Purificação, Estado de Baía); solventes (Campinas, Estado de São Paulo); e compostos orgânicos voláteis (Barão de Mauá, Estado de São Paulo) (33, 34).

Na América do Norte, a Comissão para a Cooperação Ambiental (CCA), criada pelo Canadá, os Estados Unidos e México, em apóio na informação disponível até 2004 assinalou as crianças como o grupo mais exposto às substâncias químicas perigosas e, portanto, recomendou atribuir prioridade às ações preventivas (35). Apesar dos esforços que estão realizando alguns países e sub-regiões do continente, os dados disponíveis sobre as substâncias químicas e seus efeitos no ambiente e na saúde (intoxicações agudas e fundamentalmente intoxicações crônicas) não refletem a magnitude do problema. Dos distintos grupos de substâncias químicas utilizados em forma crescente na Região, os metais e os praguicidas requereram especial atenção das autoridades sanitárias devido aos problemas de surtos no último quinquênio.

Com respeito aos metais, a CCA cita um estudo que mostra a diminuição da concentração média de chumbo no sangue das crianças menores de 5 anos nos Estados Unidos, de 15 µg/dL em 1976–1980 a 1,7 µg/dL no 2001–2002, associada à eliminação de fontes de chumbo da gasolina e das pinturas, e à vigilância epidemiológica. No México, estudos realizados entre 1992 e 2005 em meninos de populações rurais e urbanas indicam concentrações altas de chumbo, que em alguns casos ultrapassam mais de cinco vezes o nível de 10 µg/dL (35).

Na sub-região da Amazônia, que compreende a Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela, a contaminação pelo mercúrio utilizado na produção do ouro ameaça a saúde da população. O Brasil produz um médio de 200 toneladas/ano, e em conseqüência é responsável pela emissão de mercúrio à atmosfera, aos solos e os rios.

Alguns estudos demonstraram a possibilidade de uma exposição “natural” ao mercúrio na Amazônia brasileira. As concentrações médias deste metal achadas no cabelo de habitantes de comunidades não expostas em forma direta a fontes antropogênicas de mercúrio, que vivem no estado de Pará, encontraram-se elevadas em limites que oscilam entre 3,98 e 8,58 µg/g (valores superiores aos achados em pessoas não expostas ao mercúrio em alguns países do hemisfério norte, onde a média de mercúrio no cabelo normalmente não alcança a 3 µg/g) (36).

Quanto aos praguicidas, nos países da América do Sul e do Caribe estas substâncias também indicam um grave problema de saúde pública. Alguns países informam sobre os volumes de praguicidas utilizados e os casos de intoxicações agudas, tal como se indica no quadro 15. Nos últimos 40 anos, orvalharam-se na Meso-América (México e sete países do Istmo Centro-americano) aproximadamente 85.000 toneladas do DDT para combater pragas na agricultura e para lutar contra os mosquitos vetores

#### QUADRO 15. Praguicidas utilizados e número de intoxicações registradas, países selecionados das Américas, 2000–2005.

País	Praguicidas utilizados (kg)	Intoxicações
Argentina	46.347.000 (2001)	3.881 (2001)
Barbados	295.000 (2002)	2 (2002)
Bolívia	6.700.000 (2000)	2.208 (2000)
Brasil <sup>a</sup>	131.970.000 (2001)	4.273 (2001)
Colômbia	77.000.000 (2000)	2.763 (2005)
Chile	24.197.000 (2000)	804 (2005)
Ecuador	36.118.222 (2004)	1.991 (2004)
São Vicente e as Granadinas	546.000 (2002)	29 (2002)
Santa Luzia	44.000 (2002)	3 (2002)
Uruguai	7.600.000 (2000)	439 (2002)

<sup>a</sup>Quarto maior consumidor no mundo.

Fonte: Ministérios de Saúde e Agricultura.

da malária. O DDT é um composto tóxico extremamente estável que se acumula nos organismos vivos, persiste no solo durante decênios e é transportado pelo ciclo da água a zonas remotas onde nunca foi utilizado, e isso contribui à contaminação ambiental em todo mundo. Os países do Istmo Centro-americano formam uma sub-região predominantemente agrícola e florestal na qual se produziu um aumento constante no emprego de praguicidas. Em 2001 se registraram importações por 46 milhões de quilogramas de ingrediente ativo, o qual representa por pessoa 1,5 vezes mais que a média mundial estimado pela OMS. O uso de praguicidas químicos como forma dominante do controle de pragas representa custos sociais importantes, já que ocasionou efeitos prejudiciais agudos e crônicos na saúde das pessoas e danos ao ambiente, os animais e os mantimentos.

#### Intervenções

Com o propósito de confrontar os problemas gerados pelo uso de praguicidas na Mesoamérica, os governos dos países e a OPAS, através de sua Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental (SDE), vieram executando os projetos sub-regionais que se descrevem a seguir.

O Projeto Aspectos ocupacionais e ambientais da exposição a praguicidas no Istmo Centro-americano (PLAGSALUD) foi executado no período 1994–2003, e financiado pela Agência Dinamarquesa para o Desenvolvimento Internacional (DANIDA). PLAGSALUD teve como objetivo reduzir a prevalência dos problemas de saúde relacionados com os praguicidas nos 10 anos seguintes a seu início, e apoiar a implementação de alternativas de agricultura sustentável. Entre os mais importantes lucros do projeto se destacam os seguintes:

**Vigilância sanitária:** todos os países conseguiram estabelecer a vigilância das intoxicações agudas por praguicidas e incor-

porá-la aos sistemas nacionais de vigilância epidemiológica, o que permitiu orientar mais oportunamente as ações de prevenção e controle requeridas (37). Como resultado, incrementou-se inicialmente a notificação de intoxicações e, entre 1999 e 2002, logo depois das diversas intervenções do Projeto no Centro-américa, as intoxicações agudas notificadas diminuíram de 7.227 a 6.010, e as mortes, de 867 a 712. A taxa de intoxicações por 100.000 habitantes descendeu de 20,3 a 15,8; a taxa de mortalidade passou de 2,4 a 1,8, e a taxa de intoxicações por 100.000 trabalhadores agrícolas, de 91,7 a 67,7. Os indicadores obtidos dos sistemas de vigilância, e as ferramentas que se ofereciam, permitiram realizar intervenções a nível local sobre os fatores de risco para a saúde e o ambiente. Esta informação influencia também nos responsáveis políticos nos setores de saúde, trabalho, educação, agricultura e meio ambiente para a adequada atenção das intoxicações, o desenvolvimento de ações de prevenção e controle, e o melhoramento da legislação existente em matéria de praguicidas, não só no âmbito municipal mas também a nível nacional e da sub-região centro-americana. O documento marco do sistema pode ser consultado no *Boletim Epidemiológico* da OPAS de 2001 (38).

**Coordenação intersectorial e interinstitucional:** um dos resultados mais efetivos e práticos do PLAGSALUD foi o estabelecimento de mais de 300 comissões locais intersectoriais de praguicidas (CLIPS) em toda a sub-região integradas por representantes de diversas instituições (saúde, trabalho, educação, ambiente e agricultura), prefeituras, organizações não governamentais, trabalhadores e representantes da sociedade civil. Estas comissões foram à expressão mais viva do trabalho realizado na Centroamérica no âmbito local, que incluiu a redução dos efeitos negativos dos praguicidas, a sensibilização da comunidade sobre este problema e o emprego de alternativas ao uso de agroquímicos.

**Legislação:** as linhas de ação para o melhoramento da legislação sobre praguicidas desenvolvidas durante o Projeto facilitaram os seguintes lucros: em cada um dos sete países se compilou e analisou a legislação relacionada com as restrições e proibições quanto ao uso de praguicidas. Além disso, para fomentar e consolidar uma participação cidadã institucionalizada que permitisse seu compromisso contínuo em todas as etapas dos processos de decisões, dita legislação se difundiu amplamente nos setores interessados. Obteve-se deste modo à aprovação do Acordo Nº. 9, sobre a proibição de 107 praguicidas e a restrição do uso de outros 12, na XVI Reunião do Setor Saúde da Centroamérica e República Dominicana (RESSCAD), realizada no ano 2000. Este fórum integra o tema da saúde ao processo de desenvolvimento social da sub-região, e seu propósito principal é promover o intercâmbio de experiências e, sobre tudo, lograr o compromisso dos estados participantes para abordar em forma conjunta e coordenada os problemas comuns de saúde pública e ambiental, no marco do espírito centro-americano de integração.

**Educação:** PLAGSALUD preparou e publicou material educacional dirigido à comunidade em geral, as crianças em idade escolar, os trabalhadores, os profissionais da saúde e os técnicos agropecuários sobre os seguintes temas: diagnóstico, tratamento e prevenção de intoxicações agudas por praguicidas; vigilância sanitária de praguicidas; alternativas ao emprego de praguicidas (manejo integrado de pragas e agricultura orgânica); legislação sobre praguicidas; situação epidemiológica das intoxicações agudas por praguicidas; e resultados de investigações. Este material se segue utilizando na atualidade, não só nos países da Centroamérica mas também em outros do continente. Merece menção especial a criação em vários países de hortas escolares orgânicas. Com o fim de criar consciência nas crianças sobre o cuidado do ambiente e a viabilidade de cultivar produtos agrícolas sem a aplicação de praguicidas químicos, PLAGSALUD apoiou esta importante iniciativa, na qual os alunos participam de maneira ativa nos hortas vizinhas às escolas especialmente destinados para esse fim, durante os ciclos escolares.

**Pesquisa:** em todos os países, tanto no âmbito local como nacional, capacitou-se a profissionais em metodologia da pesquisa, o que possibilitou a posterior realização de estudos sobre aspectos prioritários referentes a praguicidas e gerou os conhecimentos necessários para efetuar um diagnóstico adequado da situação e propor intervenções pertinentes. Entre estas pesquisas se destacam as de Conhecimentos, atitudes e práticas em matéria de praguicidas, e Sub-registro de intoxicações agudas por praguicidas (realizadas em Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá); Monitoramento de corpos de água (Honduras e Belize); Determinação dos níveis de praguicidas organoclorados e organofosforados em seis pólos potabilizadores de São Salvador; Conhecimento do pessoal de serviços de saúde sobre o manejo de pacientes com intoxicações agudas por praguicidas; Exposição a praguicidas em mulheres que trabalham em floricultura; Nível de conhecimento sobre uso, manejo e legislação dos praguicidas em trabalhadores de expendios agroquímicos (Guatemala); e rôis de gênero no comportamento social do uso de praguicidas em cooperativas bananeiras (Panamá).

Outra iniciativa dos países da Mesoamérica em conjunto com a OPAS é o Programa Regional de Ação e Demonstração de Alternativas Sustentáveis para o Controle de Vetores da Malária sem o uso do DDT no México e Centro a América (DDT/PNUMA/ GEF/ OPAS). O programa, com duração de quatro anos (2004–2008), conta com o apoio do Programa das Nações Unidas para o Meio ambiente (PNUMA), o Fundo para o Meio ambiente Mundial (FMAM), e a CCA.

A malária é um problema de saúde pública transfronteiriça e de abordagem multisetorial que afeta a aproximadamente 89 milhões de pessoas da Mesoamérica, a maior parte das quais vivem em comunidades indígenas. O crescimento da população, a rápida expansão da fronteira agrícola, a degradação ambiental



e a alta migração das pessoas afetadas facilitam a transmissão da doença através das fronteiras nacionais. Em apóio às considerações anteriores, e tendo em conta os efeitos negativos, tanto para a saúde das pessoas como para o meio ambiente, do uso intensivo do DDT e de outros inseticidas persistentes, a OPAS, junto aos Governos do Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua e Panamá, executa o Programa DDT/PNUMA/GEF/OPAS (39, cujo) principal objetivo é demonstrar que os métodos alternativos ao DDT para o controle desta doença são eficazes em função de seus custos, e sustentáveis com participação comunitária, e evitar a reintrodução do DDT na sub-região e consta de três componentes:

**Projetos de disseminação e de demonstração.** Utilizam o modelo de controle integral do vetor da malária (sem o uso do DDT) no qual se articula a epidemiologia com as ciências sociais mediante a participação ativa dos setores de saúde, educação, meio ambiente, agricultura e outros, e se apóiam na iniciativa “Fazer retroceder o paludismo”, da OMS, e na bem-sucedida experiência mexicana. Estes projetos executam uma combinação de várias intervenções dirigidas ao vetor, ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno dos casos, e privilegiam o controle físico, com medidas centradas no saneamento ambiental, a limpeza da moradia e da área, e o caiamento das moradias, e o controle biológico com peixes larvívoros, árvores repelentes, larvicidas biológicos e outras formas de controle amigáveis com o ambiente. Um importante enfoque do projeto é o reforço dos princípios de equidade social, dado pela maior cobertura de intervenções em comunidades rurais indígenas historicamente excluídas e com pouca assistência em saúde. Mais de 80% dos habitantes das áreas selecionadas para estes projetos são comunidades indígenas com alta transmissão de malária. Por isso, foram alocados recursos para que as novas modalidades de controle vetorial se realizem com ampla participação dos líderes e das organizações nativas, e se adaptem às características culturais de cada comunidade. Os fóruns de discussão, nos que participam líderes indígenas, técnicos locais, representantes de governos municipais e autoridades de diversos setores governamentais, têm reforçado a aceitação das comunidades indígenas para as novas alternativas de controle da malária, sem depender do uso de inseticidas persistentes. A experiência adquirida com estes projetos servirá de modelo que poderá aplicar-se não só em outros países da Região mas também em outros continentes. O enfoque “de baixo para cima”, baseado na participação ativa das comunidades locais, as organizações não governamentais e as instituições de governo, contribuirá a sustentabilidade desejada dos modelos introduzidos por este Programa.

**Fortalecimento da capacidade institucional dos países para o controle da malária sem o DDT.** Mediante este componente se contribuiu a reforçar as capacidades nacionais para a avaliação do risco de transmissão da malária, e se melhorou a

infra-estrutura dos laboratórios e incrementado os conhecimentos da população sobre a malária.

**Eliminação de remanescentes do DDT e outros poluentes orgânicos persistentes.** Com este componente, o Programa, em cumprimento dos convênios da Basileia sobre o controle dos movimentos transfronteirizos dos refugos perigosos e sua eliminação, do Rotterdã sobre o Procedimento de consentimento fundamentado prévio aplicável à exportação de produtos químicos, e de Estocolmo sobre poluentes orgânicos persistentes (40, 41, 42), permitirá eliminar adequadamente por incineração as 136 toneladas do DDT e as 64 toneladas de outros COP (toxafeno, clordano, hexaclorobenceno [HCB], aldrin, diel-drena e mirex) encontrados nos oito países participantes, mal armazenados e com alto risco de contaminação.

### Segurança química na América Latina e Caribe

As ações relacionadas com a segurança química na América Latina e Caribe seguiram as recomendações do Programa 21 da Declaração de Rio sobre Meio ambiente e Desenvolvimento, em seu capítulo 19, relacionado com a gestão ecologicamente racional dos produtos químicos; a terceira sessão do Foro Intergovernamental de Substâncias Químicas, efetuada em outubro de 2000, em Salvador, Baía, e a Conferência Internacional sobre Gestão de Produtos Químicos, de fevereiro de 2006, onde se definiu a estratégia de política global e o Plano de Ação Mundial para as atividades internacionais nesta matéria. Nestas linhas de trabalho, avançou-se nos seguintes aspectos:

- vários países da Região contam hoje em dia com perfis nacionais de segurança química (Argentina, Brasil e Venezuela, entre outros), instrumentos que permitem avaliar a infra-estrutura existente e as capacidades para a gestão destes produtos;
- em 17 países funcionam um ou mais centros de informação e atenção a intoxicados;
- melhorou-se o intercâmbio de informação sobre produtos químicos por meio da criação de redes de toxicologia e segurança química, tanto a nível regional da América Latina e no Caribe (RETOXLAC), como nacional: REDARTOX (Argentina), RENACIAT (Brasil), LINATOX (Cuba), RITA (Chile), RETOMEX (México), REPATOX (Panamá);
- oito centros colaboradores da OPAS/OMS na Região apoiaram ativamente as atividades relacionadas com a avaliação e gestão de riscos químicos;
- recolheu-se informação sobre substâncias químicas na Biblioteca Virtual do SDE (<http://www.bvsde.OPAS-oms.org>), e com isso se fortaleceu a capacidade dos recursos humanos para o diagnóstico e manejo do risco mediante os seguintes cursos que se encontram disponíveis na Biblioteca: de autoaprendizado de comunicação de riscos; de diagnóstico, tra-



tamento e prevenção de intoxicações agudas causadas por praguicidas; metodologia de identificação de riscos para a saúde em sítios poluídos; e prevenção, preparação e resposta para desastres causados por produtos químicos;

- para diminuir ou abolir a exposição aos praguicidas mais perigosos, veio-se trabalhando na América Central e América do Sul na homologação dos requerimentos para seu registro;
- embora os países contem com planos nacionais para a gestão integral de substâncias químicas, a tendência atual é o desenho e execução de planos sub-regionais que potencializem as capacidades dos países. Tal é o caso do Plano Sub-regional para a Centroamérica, no marco da RESSCAD, e o Plano Sub-regional para os Países Andinos;
- trabalha-se na aplicação do novo sistema mundial de classificação e etiquetado de produtos químicos.

## INOCUIDADE DOS ALIMENTOS

A contaminação química e microbiológica dos alimentos continua afetando de maneira significativa à saúde pública e indiretamente ao turismo e ao comércio internacional de alimentos. As doenças transmitidas por alimentos (ETA) constituem um problema mundial que nas últimas décadas se complicou devido às mudanças que se observam no cenário internacional, tais como o crescimento da população, a pobreza, a rápida urbanização nos países em desenvolvimento, e o crescente comércio internacional de alimentos destinados ao consumo humano e animal, assim como à aparição de novos agentes causadores do ETA ou microorganismos mutantes com maior patogenicidade. As ETA podem ter conseqüências graves não só para a saúde mas também para as economias das pessoas, as famílias e os países, e afetam sobre tudo aos grupos mais vulneráveis, como as crianças, os idosos e as pessoas imunodeprimidas. Estudos realizados nas três últimas décadas sobre as doenças diarréicas agudas (EDA) (principal sintoma das ETA) demonstraram que as taxas de mortalidade por esta causa declinaram, mas as taxas de morbidade se mantiveram relativamente estáveis. Estas infecções continuam sendo uma das causas principais de mortalidade nas crianças menores de 5 anos, com 1.500 milhões de episódios de diarreia anuais no mundo, que causam 21% dos falecimentos dos menores de 5 anos e representam cada ano, segundo estimativas, de 1,5 a 2,5 milhões das mortes nesse grupo de idade (43).

Em muitos países se registraram aumentos consideráveis na incidência de doenças provocadas por microorganismos transmitidos principalmente pelos alimentos, como *Salmonella* sp. e *Campylobacter* spp. Dados do programa da OMS para a vigilância epidemiológica da *Salmonella* e outros microorganismos entéricos (44), correspondentes a América do Sul, indicam que entre 2000 e 2004 se produziu um aumento de 43,5% no número de isolamentos da *Salmonella*, para um total de 15.737 isolamen-

tos. Neste período, os serotipos mais presentes foram *S. enteritidis* (40%) e *S. typhimurium* (16%) (44). Por outra parte, surgiram novos e graves perigos na cadeia alimentar, tais como as infecções pela *Escherichia coli* inteiro-hemorrágica, e a encefalopatia espongiiforme bovina.

Os poluentes químicos seguem sendo causa importante de doenças de transmissão alimentar. Um bom exemplo recente é a intoxicação maciça por metanol que teve lugar em setembro de 2006 na Nicarágua, cujo Ministério de Saúde notificou a aparição de 788 casos, com 44 falecimentos. Do mesmo modo, toxinas naturais, como as micotoxinas e as toxinas marinhas, e poluentes ambientais como o mercúrio e o chumbo, estiveram associados com surgimento do ETA.

Cabe assinalar que nos países da Região persistem as deficiências na cobertura de vigilância epidemiológica em geral, e a referida à componente ETA em particular, assim como em outros aspectos, como a detecção e investigação de brotos, a notificação e a análise, e as desigualdades por razões geográficas. Entre 1993 e 2002 o sistema regional do ETA da OPAS recebeu informe de surgimento de 22 países da Região: de 4.093 brotos nos que se identificou o agente etiológico, 21% se deveram a toxinas marinhas (838 deles por ciguatoxina) e 4,6% a poluentes químicos não especificados. Mais recentemente, em uma consulta de peritos da OMS sobre a carga das ETA realizada em setembro de 2006 (45) determinou-se que o arsênio, o cádmio, o flúor, o chumbo e o metilmercurio são os poluentes químicos sobre os quais se dispõe de maior informação quantitativa como agentes do ETA.

É importante destacar a relação entre o turismo e a inocuidade dos alimentos. O turismo é uma das indústrias de maior expansão na Região, onde a quantidade de visitantes experimentou um crescimento acumulado de 5% na década passada (1990–2000). Em alguns países da Região a atividade turística representa até 25% do PIB, e constitui o principal item de ocupação e ganhos. Segundo dados do Conselho Mundial de Viagens e Turismo, no Caribe esta indústria proveu 2,4 milhões de postos de trabalho e gerou uma atividade econômica de US\$ 35.300 milhões no ano 2000, o que representa um aumento de quase 10 vezes em relação aos US\$ 3.800 milhões de 1980. Em conseqüência, todos os aspectos que incidem na qualidade e a competitividade são muito importantes. Os surtos do ETA em hotéis de cidades e zonas turísticas provocaram cancelamentos de viagens e reservas, assim como uma crescente preocupação nas agências de turismo, as autoridades, os empresários do setor e os seguros médicos. Em vários países se registrou um aumento do número de notificações de “diarréias do viajante” por distintos agentes bacterianos e virais associados a alimentos contaminados. Informou-se que de 20% a 50% dos viajantes sofrem ao menos um episódio diarréico (46). O custo direto associado a estes episódios é também significativo: Jamaica, por exemplo, informa que o tratamento médico a cada viajante afetado representa um prejuízo de US\$ 116,50 à economia nacional, montante dos custos estimados por caso (47).

Do mesmo modo, existe uma relação muito direta entre a inocuidade dos alimentos e o comércio agroalimentar. Os produtos frescos, que incluem hortaliças, frutas, carnes e frutos do mar, correspondem aproximadamente na metade do total das exportações alimentares e agrícolas de todos os países em desenvolvimento. Na América Latina cabe destacar a importância das exportações agrícolas na Centroamérica, o Cone Sul e a Região Andina, que contribuem com 48%, 34% e 23% de todas as exportações, respectivamente. No Brasil, por exemplo, o agro-negócio representa 33,8% do PIB, 44% das exportações e 37% do emprego. Todo este comércio se rege pelo Acordo da Implementação de Medidas Sanitárias e Fitosanitárias da Organização Mundial do Comércio, cujos padrões de inocuidade de alimentos desempenham um papel fundamental. Garantir a inocuidade dos alimentos é essencial para obter um crescimento econômico sustentado.

Os países realizaram importantes esforços para melhorar seus sistemas de controle da inocuidade alimentar: o Uruguai, com o projeto da Agência Uruguia de Segurança Alimentar; Venezuela e o Equador, com o desenvolvimento de sistemas nacionais integrados de controle dos alimentos; Colômbia e Peru, com a aplicação de sistemas de vigilância epidemiológica, com seu componente de doenças transmitidas pelos alimentos. Entretanto, seguem observando-se debilidades nos sistemas vigentes de controle de alimentos, conforme demonstrou um estudo da OPAS (48) que caracterizou a organização dos sistemas de inocuidade de alimentos dos países membros em termos de sua institucionalidade, mediante análise de conglomerados, e definiu cinco moldes de trabalho: leis e regulamentações dos mantimentos; gestão do controle de mantimentos; serviços de inspeção; monitoração dos alimentos/vigilância epidemiológica e serviços de laboratório; e informação, educação, comunicação e treinamento.

A análise realizada gerou sete conglomerados que satisfazem 87% de toda a variabilidade estudada. Os dados obtidos não refletem com exatidão a realidade dos países devido a que foram insuficientes, mas sim refletem a tendência observada nos sistemas de inocuidade de alimentos dos países avaliados.

O primeiro conglomerado está integrado por três países cujos sistemas de inocuidade alimentar apresentam as melhores condições, ao alcançar, os moldes de trabalho definidos, um nível de desenvolvimento que oscila entre 96% e 100%, com uma média global de 99%; portanto, o grau de desenvolvimento geral deste conglomerado é quase equivalente ao ideal exposto. Em contraste, os outros dois conglomerados, integrados por 19 países, estão constituídos por países com sistemas de inocuidade de alimentos de menor nível de desenvolvimento, que oscila entre 25% e 60%, e um médio global de 44% e 48%, respectivamente. As cifras demonstram que estes países nem sequer alcançam a metade das condições do sistema ideal exposto no estudo, e permitem identificar um âmbito de trabalho potencial para sua modernização. Os quatro conglomerados restantes, integrados por 11 países, apresentam uma média global em seu nível de desenvolvimento que varia de 58% a 81%, e podem caracterizar-se

como países com sistemas de inocuidade dos alimentos de desenvolvimento médio. Seu desenvolvimento completo se poderia alcançar com um programa coordenado de reestruturação e modernização.

Finalmente, a carga de morbi-mortalidade e deficiência das doenças de transmissão alimentar não está bem definida nos países da Região. A OPAS, em coordenação com as autoridades nacionais de saúde pública, organizou várias atividades regionais desenhadas para ajudar aos países a fortalecer seus sistemas de vigilância de doenças e para determinar a carga de morbidade das gastroenterites aguda. Os dados obtidos permitirão avaliar a carga de gastroenterites aguda de origem alimentar, a associada com agentes patogênicos específicos geralmente transmitidos pelos mantimentos, e a associada com alimentos e grupos específicos de alimentos. Para 2004, a rede de vigilância ativa de doenças transmitidas pelos alimentos nos Estados Unidos (*Food net*) estimou que a taxa de gastroenterites aguda transmitida por alimentos era de 0,72 casos por anos-pessoa, o que indicaria a existência de 195 milhões de episódios no âmbito nacional (49).

O primeiro protocolo de estudos de carga de doença desenvolvido em conjunto com a OMS, a Agência Canadense de Saúde Pública (PHAC), os Centros para o Controle e a Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), o Ministério de Saúde de Cuba e a OPAS, completou-se no primeiro semestre de 2006. Dados preliminares determinaram que os três sítios sentinela selecionados com base nas diferenças culturais, econômicas, geográficas e climatológicas, acharam que por cada caso de infecção pela *Shigella* spp. notificado ao sistema de vigilância, havia 688, 639 e 570 pessoas que solicitaram assistência médica na comunidade, respectivamente (50).

Este estudo preliminar reforça claramente a necessidade de determinar a verdadeira carga das ETA. A estimativa do sub-registro destas doenças e a adaptação de metodologias melhoradas (microbiológicas e epidemiológicas) para a detecção e notificação dos agentes patogênicos no âmbito nacional, permitirão o fortalecimento da capacidade de análise epidemiológica para desenvolver sistemas de vigilância ativa das ETA a partir dos casos diagnosticados.

## SAÚDE DOS TRABALHADORES

As doenças, mortes e lesões relacionadas com o trabalho não só estão determinadas pelos riscos ocupacionais tradicionais e emergentes, mas também por determinantes sociais (situação trabalhista, nível de ganhos, gênero, grupo étnico), assim como pelo acesso a programas e serviços de saúde ocupacional, e as práticas de trabalho que afetam a saúde. As características estruturais dos países da Região (incluindo os aspectos demográficos e econômicos, assim como a participação relativa do setor privado) contribuíram a acentuar as desigualdades que afetam as condições de trabalho e a saúde dos trabalhadores. Um estudo da

CEPAL determinou que de 20% a 40% da população com emprego continuaram recebendo ganhos insuficientes para adquirir uma cesta básica de bens (51). Também se estabeleceu que somente 30% dos trabalhadores do setor formal receberam algum tipo de assistência em saúde ocupacional (52), geralmente voltada ao tratamento e não à prevenção ou promoção da doença. As taxas de acidentes mortais no trabalho foram 2,5 vezes maiores na América Latina e Caribe que nos Estados Unidos da América e no Canadá (53).

Desde 1992, as taxas de acidentes de trabalho mortais entre os trabalhadores da construção de origem latino-americana foram marcadamente maiores que as de outros trabalhadores. Em 2001 (o ano mais recente medido), as taxas de falecimento por lesões relacionadas com o trabalho da construção entre os latinos foi de 19,5 por 100.000 trabalhadores de tempo completo (62,5% maior que a taxa de 12,0 para outros operários da construção) (54). Além disso, 44,0% dos latino-americanos percebem salários abaixo da linha de pobreza e 19,4% têm salários abaixo da linha de pobreza extrema (55). Na Honduras e Nicarágua se estima que entre 8% e 12% de todas as crianças e dos jovens menores de 18 anos trabalham ou vivem nas ruas. Calcula-se que o número de crianças que trabalham seguirá crescendo por causa da urbanização rápida, a distribuição desigual dos ganhos, as crises econômicas, os desastres naturais e a pobreza (56). Estas desigualdade se agravaram devido às modificações das políticas macroeconômicas e sociais relacionadas com a globalização, as reformas estatais, da saúde e da segurança social, a chamada flexibilização do mercado de trabalho e a extensão da jornada trabalhista (57).

Entretanto, terá que reconhecer que diminuiu o número de crianças e jovens trabalhadores na América Latina e Caribe. Na América Latina, no ano 2000, aproximadamente 17,4 milhões de crianças de 5 a 14 anos trabalhavam (16,1% do total das crianças da Região), enquanto que em 2004, a cifra se reduziu a 5,7 milhões de crianças (5,1% do total das crianças da Região). A quantidade de crianças economicamente ativos descendeu então em mais de dois terços nesses quatro anos. A taxa de atividade recente da Região (5,1%) aproxima-se agora a de um conjunto heterogêneo de nações, que compreende países em desenvolvimento, economias em transição e vários países do Oriente Médio e África do Norte (58).

As tendências levemente positivas do mercado de trabalho, registradas na América Latina e Caribe nos últimos anos, são em parte o resultado de três anos sucessivos de crescimento econômico superior a 4%. A taxa de desemprego em relação à população total se modificou levemente em 2006, mas aumentou 1,8 pontos percentuais durante a década passada. Isso se deveu principalmente ao aumento na proporção de mulheres empregadas, que aconteceu 41,5% em 1996 a 47,0% em 2006. A taxa de participação feminina na força de trabalho aumentou de 46,1% em 1995 a 52,4% em 2006 (59).

Quanto ao amparo social, a cobertura dos países é muito variável (quadro 16) e não se dispõe de suficiente informação con-

fiável e comparável, como demonstrou a pesquisa de avaliação do Plano Regional de Saúde dos Trabalhadores da OPAS (60).

De acordo com a OIT, entre 1992 e 2002, a economia informal da América Latina cresceu de 42,8% a 46,5%. Em geral, o emprego informal se associa a maiores riscos ocupacionais, com falta de amparo legal, de compensações e de benefícios de saúde, assim como a condições de trabalho instáveis e escassas possibilidades de superar o nível de uma economia de subsistência. As mulheres, as crianças e os idosos são os trabalhadores mais desprotegidos (61).

### Riscos ocupacionais e carga de morbi-mortalidade

Quase a metade da população das Américas passa a terceira parte de sua vida trabalhando. De acordo com a OMS, duas terças partes dos trabalhadores estão expostos a condições de trabalho inseguras e insalubres, nas que prevalecem vários riscos com efeitos sobre a saúde (quadro 17) (62).

Em um relatório da OMS de 2005 sobre a contribuição dos riscos ocupacionais à carga mundial de doenças do trabalho, avaliaram-se cinco fatores predominantes: os cancerígenos, as partículas transportadas pelo ar, o ruído, os estressores ergonômicos e os riscos de lesões. O relatório assinala que em 2000 estes riscos ocasionaram em todo mundo 850.000 mortes —quase 40% do total de 2,2 milhões de falecimentos totais estimado pela OIT (63)—, além da perda de 24 milhões de anos de vida saudável.

Apesar da gravidade desta situação, na América Latina e Caribe se destacam a escassez de dados e as dificuldades para copilar informação confiável sobre lesões e doenças ocupacionais devido à falta de sistemas de vigilância adequados para definir os danos e seus fatores de risco, o sub-diagnóstico, o sub-registro, e a necessidade de contar com profissionais mais capacitados nos campos médicos e de saúde pública. Estima-se que somente entre 5% e 10% das doenças ocupacionais se notificam nos países em desenvolvimento. Entretanto, em alguns países (Argentina, Brasil, Chile, Colômbia e Nicaragua) o crescente interesse político, unido aos processos de integração, levou a trocas legislativas importantes e a um fortalecimento dos sistemas de vigilância ocupacional.

### Acidentes ocupacionais

O relatório da OMS antes mencionado estima que os acidentes de trabalho, que representam 8% de todos os acidentes no mundo, provocam 312.000 mortes e uma perda de 10 milhões de anos de vida ajustados em função da deficiência (AVAD). A agricultura, a construção e a mineração seguem sendo as atividades econômicas mais perigosas, especialmente nos países em desenvolvimento. Na América Latina e Caribe, entre os países que possuem um sistema de informação mais confiável, a pesquisa de avaliação do Plano Regional de Saúde dos Trabalhadores revelou que, em 2003, a percentagem de trabalhadores que tinham sofrido acidentes subia a 8,8% no Chile (64), 8,8% na Argentina, 6,8% na Colômbia, 5,0% nos Estados Unidos e 2,0% no Canadá.

**QUADRO 16. Cobertura dos sistemas de proteção dos riscos do trabalho, países selecionados das Américas, 2001–2004.**

País	Anos	Porcentagem de população economicamente ativa	Porcentagem de população ocupada	Porcentagem de assalariados	Fonte
Cuba	2004	79,4	100	ND	INSAT. Cálculos da Pesquisa de Avaliação do Plano Regional da OPAS
Canadá	2004	68,0	100	ND	Cálculos da Pesquisa de Avaliação do Plano Regional da OPAS
Estados Unidos	2004	63,0	75,4	81,5	Universidade do Texas. Cálculos da Pesquisa de Avaliação do Plano Regional da OPAS
Chile	2004	61,9	68,3	96,1	Min Salud. Cálculos da Pesquisa de Avaliação do Plano Regional da OPAS
Panamá	2002	56,7	66,2	ND	MSST. Cálculos da Pesquisa de Avaliação do Plano Regional da OPAS
Costa Rica	2001	52,4	72,6	72,6	FISO/BID
	2004	50,9	71,5	71,5	CCSS
Argentina	2004	32,3	45,1	59,1	SRT Cálculos da Pesquisa de Avaliação do Plano Regional da OPAS
México	2003	28,7	29,4	ND	IMSS Relatório ao Executivo Federal 2003–2004, Junho 2004
Guatemala	2001	24,6	ND	ND	FISO/BID 2002
Colômbia	2004	23,4	27,0		SENA Cálculos da Pesquisa de Avaliação do Plano Regional da OPAS
El Salvador	2000	19,6	24,5	47,2	FISO/BID 2002
Nicarágua	2001	16,5	18,5	ND	FISO/BID 2002
	2004	16,2	18,5	ND	OPAS Cálculos da Pesquisa de Avaliação do Plano Regional da OPAS
Perú	2004	9,5	12,0	90	MSST Cálculos da Pesquisa de Avaliação do Plano Regional da OPAS
Brasil	2001	ND	40,0	NS	OIT Panorama Trabalhista 2003
Equador	ND	ND	ND	ND	ND
República Dominicana	2002	ND	ND	(9,0)	Não se conhece o número de assegurados (OIT 2004)
Paraguai	2001	ND	9,0	ND	OIT Panorama Trabalhista 2003
Uruguai	ND	ND	ND	ND	ND
Venezuela	ND	ND	ND	ND	ND

ND: informação não disponível.

INSAT: Instituto Nacional de Saúde dos Trabalhadores.

OIT: Organização Internacional do Trabalho.

FISO/BID: Fundação Ibero-americana de Segurança e Saúde Ocupacional/Banco Interamericano de Desenvolvimento.

CCSS: Caixa Costarrriquenha de Seguro social.

SRT: Superintendência de Riscos do Trabalho.

IMSS: Instituto Mexicano do Seguro social.

SENA: Serviço Nacional de Aprendizagem.

MSST (Panamá): Ministério de Segurança Social e Trabalho.

MSST (Peru): Mesa de Segurança e Saúde no Trabalho.

**QUADRO 17. Fatores de risco ocupacional, por tipo, Região das Américas.**

Fatores de risco	Principais atividades econômicas	Conseqüências (efeitos)	Situação na Região
<b>Físicos</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruído vibrações</li> <li>• Radiações (ionizantes e não ionizantes)</li> <li>• Temperatura extrema</li> <li>• Campos eletromagnéticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mineração</li> <li>• Agricultura</li> <li>• Construção</li> <li>• Pesca</li> <li>• Silvicultura</li> </ul>	<p>A surdez é uma das primeiras causas de morbidade trabalhista em vários países da Região.</p> <p>Segundo a OMS, 16% dos casos de hipoacusia são atribuíveis à exposição no lugar de trabalho. As doenças derivadas da exposição aos outros fatores de risco físicos também geram morbidade trabalhista e deficiência importante na Região.</p>	<p>A complexidade da etiologia, diagnóstico e avaliação dos fatores de risco físicos faz difícil sua intervenção integral. Estes fatores afetam até a 80% da população trabalhista em países em desenvolvimento.</p>
<b>Ergonômicos</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Levantamento de cargas pesadas</li> <li>• Trabalho monótono e repetitivo</li> <li>• Ritmos acelerados de trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mineração</li> <li>• Agricultura</li> <li>• Construção</li> <li>• Setor serviços</li> </ul>	<p>Os transtornos musculoesqueléticos são uma das primeiras causas de morbidade trabalhista.</p> <p>A OMS estimou que 37% de todas as dores na região lombar no mundo são atribuíveis ao trabalho.</p>	<p>Os transtornos musculoesqueléticos, referidos especialmente aos membros superiores e as lombalgias, são atualmente as doenças ocupacionais mais comuns nos países da Região, e supõem uma importante deficiência, especialmente entre os trabalhadores jovens.</p>
<b>Biológicos</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mais de 200 tipos de vírus, bactérias, cogumelos, parasitas, mofo, pólen e pó orgânico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Setor serviços (trabalhadores da saúde)</li> <li>• Agricultura</li> </ul>	<p>Doenças infecciosas transmitidas pela via respiratória e sangüínea, como a tuberculose, a infecção pelo HIV, a hepatite, as infecções emergentes como a síndrome aguda respiratória severa (SARS) ou a gripe aviária.</p>	<p>Na América Latina e Caribe, alguns países notificaram que os trabalhadores da saúde têm de 1,5 a 2 vezes mais risco de adquirir o vírus da hepatite B. Entretanto, a imunização contra esta infecção chega somente a 39% de cobertura em vários países.</p>
<b>Psicosociais</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estresse ocupacional</li> <li>• Perseguição psicológica</li> <li>• Sobrecarga</li> <li>• Pouco controle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Setor serviços (financeiro, bancos, seguros e teleatendimento)</li> <li>• Agricultura</li> <li>• Manufatura</li> </ul>	<p>O estresse ocupacional e a perseguição psicológica no trabalho são as conseqüências mais comuns deste tipo de riscos. Também se inclui a síndrome de estresse postraumático, especialmente em trabalhadores da saúde. O estresse ocupacional também se associa com problemas cardiovasculares e do aparelho digestivo e com doenças imunológicas, entre outros.</p>	<p>Os riscos psicosociais foram referidos como a segunda causa mais comum de problemas relacionados com o trabalho nos trabalhadores americanos, e cada vez mais figuram como causa de deficiência, diminuição da produtividade e absentismo em diversos países da Região.</p>
<b>Químicos</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de químicos</li> <li>• Fogo e explosão</li> <li>• Disposição de resíduos perigosos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agricultura, Indústria química, Manufatura, Indústria farmacêutica, Producción de químicos</li> </ul>	<p>A exposição a poluentes químicos no lugar de trabalho é responsável por problemas tais como intoxicações, asma, lesões do sistema nervoso central, lesões hepáticas, diversas formas de câncer e dermatite.</p>	<p>Desde 1.500 a 2.000 produtos químicos são utilizados intensivamente, causando intoxicação por praguicidas e metais pesados, com lesões do sistema nervoso periférico e central, lesões hepáticas, dermatite, asma, alergias, problemas reprodutivos, câncer ocupacional e outros.</p> <p>Para o ano 2002, a taxa de intoxicação aguda por praguicidas no Centro América foi de 15,8 por 100.000 habitantes, com um total de 712 mortes no ano.</p>

**Fonte:** Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental.



Muitos outros países não contavam com cifras ou estas correspondiam a anos anteriores ao período 2000–2005.

Quanto às tendências dos acidentes ocupacionais, no México as estatísticas do Instituto Mexicano do Seguro social (IMSS) indicam, que no decênio 1992–2002, a taxa de acidentes de trabalho por cada 100 assegurados descendeu de 6,6 em 1992 a 3,5 em 2002 para os homens, e de 2,7 a 1,3 no mesmo período para as mulheres (60).

No caso da Chile, a Pesquisa Trabalhista 2004 (65) mostra que a taxa diminuiu de 10,4% em 1997 para 7,1% em 2004. Ao mesmo tempo, a taxa de acidentes fatais diminuiu de 12% em 2003 para 9% em 2004 (53). Esta informação contrasta com a que oferece o Relatório de Equidade em Saúde Ocupacional 2005, que assinala uma escassa redução na taxa de acidentes entre 1990 e 2002 (de 11,5% a 9,0%), e com a da Superintendência de Segurança Social (SUSESO), que registra uma diminuição de 9,1% em 2000 a 8,8% em 2003 (64).

Na Colômbia, observa-se um aumento constante no número e a taxa de acidentes de trabalho entre 1994 e 2003; em 2004 começam a descender e para o final de 2005 se registraram 327.235 supostos acidentes de trabalho, dos quais mais de 75% foram qualificados como de origem profissional, com uma taxa de 5,2% (66).

#### *Doenças ocupacionais*

A doença profissional das últimas décadas se caracteriza por perfis de risco mistos, com prevalência das “velhas epidemias”, como as doenças respiratórias ocupacionais, as dermatoses, a hipoacusia profissional e as intoxicações, juntamente com as “novas epidemias”, como os transtornos músculo-esqueléticos, as doenças cardiovasculares crônicas, o estresse ocupacional, a perseguição psicológica, e outras doenças emergentes, como a hipersensibilidade química múltipla, o câncer ocupacional e os efeitos da nanotecnologia.

A exposição ao amianto, sílice e produtos químicos perigosos nos locais de trabalho é responsável por 9% de todos os cânceres do pulmão, a traqueia e os brônquios, e de 2% de todas as leucemias no mundo. Estima-se que durante 2000 a exposição ocupacional a agentes cancerígenos ocasionou 102.000 mortes e 1 milhão do AVAD no mundo. A fração atribuível ao trabalho das neumoconioses (sílice, amianto e carvão) e do mesotelioma é de 100%. No Brasil, o número de trabalhadores expostos ao silício durante mais de 30% da jornada de trabalho é superior aos 2 milhões concentrados na construção, a mineração, a indústria metalúrgica e de transformação de minerais não metálicos. Na Bolívia e no Peru as prevalências são similares, mas registram também silicotuberculose. Em 2005, no Peru, entre 3.500 e 4.000 trabalhadores com silicose não tinham cobertura da segurança social.

De acordo com as estimativas da OMS, as doenças pulmonares crônicas não malignas teriam causado 360.000 mortes e perto de 6,6 milhões do AVAD (63). No ano 2000, considerou-se

que 11% de todos os casos de asma no mundo são derivados da exposição ocupacional. Com respeito aos estressores ergonômicos, o relatório da OMS estimou que produziam 800.000 AVAD perdidos. Do mesmo modo, as perdas de audição teriam causado 4,2 milhões do AVAD perdidos. Para o pessoal de saúde, o relatório determinou que 40% das hepatite B e C, e entre 1% e 12% de todos os casos da HIV/AIDS são devidas a espetadas.

Quanto à frequência de doenças ocupacionais nas Américas, quando se formulou o Plano Regional da OPAS, a finais da década de 90, estimou-se que na América Latina e Caribe só se notificavam entre 1% e 4% dos casos, e se propôs fortalecer as estratégias para o diagnóstico e reconhecimento destas doenças em toda a Região. Entretanto, os resultados não são muito alentadores. A Pesquisa do Plano Regional de Saúde dos Trabalhadores e outras fontes, assim como estudos realizados recentemente, mostram que o Chile notificou um aumento significativo do número de casos entre 2000 (4.481) e 2004 (9.200). A Argentina informou 5.630 casos para 2003, com uma taxa de 10 por 10.000 trabalhadores. A Colômbia notificou para 2003 uma taxa de 2,43 por 10.000 trabalhadores, enquanto que nos Estados Unidos se estimava para o mesmo ano uma taxa de 33,3 por 10.000 trabalhadores. Outros países não dispunham de dados nacionais, embora a grande maioria deles contavam com um listado oficial de doenças profissionais. As diferenças entre as taxas dos Estados Unidos e as da América Latina se devem ao problema da subnotificación nos países latino-americanos.

No México, por exemplo, entre 1992 e 2002, o Instituto Mexicano do Seguro social (IMSS) registrou 5.212.372 riscos de trabalho, dos quais só 0,9% foram catalogados como doenças de trabalho. As mais freqüentes foram os transtornos do ouvido e as surdez traumáticas, as infecções respiratórias por diversas exposições de origem química (neumoconiosis, antra-cosilicosis e bronquite crônica) e as dermatite por contato. Existe um subregistro importante, dado que mais de 50% dos trabalhadores não estão assegurados pelo IMSS ou não são contribuintes deste.

Na Costa Rica, os registros de doença profissional se incluem dentro das estatísticas de acidentes de trabalho, pelo qual sua discriminação e análise não resultam fáceis. Para 2004 se incluíram envenenamento e intoxicações (430), disfonias (398), efeitos por exposição climatológica (224), asfixias (101), efeitos por eletricidade (81), efeitos nocivos de radiações (33), lombalgias (5.693) e outras (4.474). Entretanto, é difícil correlacionar os registros de exposição e os danos, de modo que não se podem tirar conclusões com respeito à situação das doenças profissionais além de pensar que há um registro relativamente alto de lombalgias, intoxicações (não se sabe de que tipo) e disfonias.

Na Argentina, a Superintendência de Riscos do Trabalho assinalou que durante 2003 as doenças profissionais representaram 1,4% dos casos de acidentes notificados, e estimou uma incidência de doenças profissionais de 1 por 1.000 trabalhadores. As doenças mais freqüentes som as do ouvido (hipoacusia), com mais de 50% dos casos (67).



**“Temos que poder determinar com maior precisão os limites essenciais da qualidade ambiental de forma que possamos estabelecer padrões realistas que por um lado não interrompam o desenvolvimento, e que por outro não comprometam a saúde.”**

**Abraham Horwitz, 1973**

A Superintendência de Segurança Social (SUSESO) do Chile indicou que para 2004, 44,3% das doenças profissionais geraram incapacidade temporária, 0,8% invalidez parcial, 0,01% invalidez total (oito casos) e uma só morte. Entretanto, não foi possível encontrar nesta fonte diagnósticos registrados como tais. A Associação de Mutualidades do Trabalho (AMAT) registrou para o ano 2000 uma cifra única de 4.481 doenças profissionais declaradas, principalmente lesões da pele, transtornos osteoarticulares, doenças das vias respiratórias altas e baixas, intoxicações, e hipoacusia (68), cifra que se manteve durante o biênio 2000–2001.

Na Colômbia, o número de doenças profissionais registradas foi de aproximadamente 700 casos anuais entre 1996 e 1999, e de aproximadamente 900 casos anuais entre 2000 e 2003, com uma taxa médio anual de 2 casos por 10.000 trabalhadores. No último biênio, o registro teve um importante incremento e chegaram a duplicar as cifras para 2005, com 1.909 casos qualificados (taxa de 3,74 por 10.000) (69). Entre as doenças profissionais, as do sistema musculoesquelético continuam sendo as mais frequentes e custosas, pois representam 33,8% de todas elas, a pesar do sub-registro e as dificuldades diagnósticas. Seguiram-lhe em ordem de frequência, as doenças respiratórias crônicas, com 23,8%, as dermatose, com 18,4%, e a hipoacusia profissional, com 14,5%. Um estudo sobre as condições de saúde ocupacional realizado em Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá (mais de 12 milhões de trabalhadores), também reconheceu os problemas de registro e sub-registro das doenças profissionais nesses países (70). É chamativo que em três deles (Costa Rica, Nicarágua e Panamá), vários problemas crônicos de saúde foram notificados como associados à exposição ocupacional a praguicidas, incluindo a alta incidência de lesões da pele, os efeitos neurotóxicos crônicos entre trabalhadores com intoxicações prévias por inseticidas organofosforados e entre trabalhadores expostos ao DDT (homens e mulheres que trabalham em plantações bananeiras).

#### *Mortalidade no trabalho*

Segundo dados da OIT, globalmente a mortalidade no trabalho, tanto por acidentes de trabalho como por doenças profissionais, veio-se incrementando. A OIT atribui a América Latina 11% dos acidentes de trabalho mortais no mundo e estima em aproximadamente de 140.000 as mortes relacionadas com o trabalho em 2003. Para a América Latina e Caribe, os números ab-

solutos revelam que os casos estão representados principalmente por acidentes de trabalho e violência, transtornos geniturinários, doenças circulatórias, neoplasias malignas e doenças infectocontagiosas. As doenças do sistema circulatório e as neoplasias malignas figuram entre as primeiras causas, com perto de 55% de todos os casos, seguidas de acidentes e violência, com 22%.

Só 46% dos países pesquisados informaram sobre estatísticas de acidentes de trabalho mortais, e 30% notificaram estatísticas de mortalidade por doença profissional. A taxa de mortalidade por acidentes de trabalho flutuou entre 32,8% na Nicarágua e 4,0% nos Estados Unidos. Na América Central, os registros de mortalidade por intoxicação aguda com praguicidas (projeto PLAGSALUD) indicam uma tendência progressiva ao aumento da taxa, que passou de 0,30 por 100.000 habitantes em 1992 a 2,44 por 100.000 em 1999, e descendeu logo a 1,87 em 2002 (60).

#### **Políticas e alianças internacionais**

No período 2001–2005 se observaram importantes progressos no campo da saúde dos trabalhadores na Região, que se refletiram na IV Cúpula das Américas, realizada em Mar del Plata em novembro de 2005, onde os chefes de Estado se comprometeram a promover “moldes integrados de políticas públicas ambientais, de emprego, de saúde e de segurança social para proteger a saúde e segurança de todos os trabalhadores e trabalhadoras” e a impulsionar “uma cultura de prevenção e controle de riscos ocupacionais no Hemisfério” (71). Foi o resultado de um trabalho intenso e efetivo de programas e boas práticas de saúde dos trabalhadores, apoiado em alianças estratégicas, programáticas e operativas com instituições sub-regionais, regionais e internacionais (a OMS, a OIT, a Comissão Internacional para a Saúde Trabalhista (ICOH), Fundo para o Meio ambiente Mundial (FMAM), o Escritório Regional de Educação para a América Latina e Caribe (OREALC), a Organização de Estados Americanos (OEA), a Conferência Interamericana de Ministros de Trabalho, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), a Comissão Interamericana de Educação (CIE), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Sistema da Integração Centro-americana (SICA), o Mercosul e a Comunidade Andina de Nações (CAN) e nacionais, incluídas as instituições governamentais, do setor trabalhista, privado e acadêmico (Rede de Centros de Excelência e Colaboradores do OPAS/OMS), e as organizações não governamentais (Rede do Fórum Hispano nos Estados Unidos).

O trabalho sinérgico destas alianças esteve orientado principalmente pela Iniciativa de Ambientes de Trabalho Saudáveis, que constitui a estratégia transversal do Plano Regional de Saúde dos Trabalhadores da OPAS e se dirige ao fortalecimento institucional dos países mediante a formação de recursos humanos, o estabelecimento de sistemas de informação, o apoio à investigação aplicada, a divulgação de informação, a gerência de sistemas de saúde dos trabalhadores e o intercâmbio de informação e de boas práticas.

Entre os avanços realizados se destacam a execução na América Central dos programas consolidados da OEA/CIMT (Conferência Interamericana de Ministros de Trabalho da OEA) e a OIT, sobre boas práticas, nos que se utilizou a caixa de ferramentas OPAS/CERSSO (Centro Regional de Segurança e Saúde Ocupacional) para a implementação da iniciativa de ambientes de trabalho saudáveis no setor da produção de produtos diversos para terceirização e a floricultura. A análise do custo benefício com a caixa de ferramentas pôs de relevo que os investimentos em prevenção nos setores de produção destes produtos, por exemplo, as efetuadas na Guatemala e a República Dominicana, teriam um retorno de investimento de entre 3 e 33 vezes (72).

É de destacar o compromisso da OPAS com a promoção da Aliança Estratégica Hemisférica Intersetorial entre Saúde, Trabalho, Educação e Ambiente, como uma ferramenta de cooperação técnica horizontal orientada a procurar sinergias entre setores com objetivos comuns.

Outro avanço importante é o trabalho conjunto com a OIT para fortalecer os sistemas de informação e reduzir os fatores que favorecem o sub-registro. Acordou-se com a CIMT e a OIT preparar dois indicadores básicos regionais: acidentes mortais e não mortais, e intoxicação por praguicidas, como os primeiros para constituir o conjunto de dados básicos da OPAS. Esta proposta se apoiará em sistemas de informação estabelecidos e confiáveis na Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Jamaica, México e Nicarágua, com o fortalecimento do diagnóstico e registro da doença ocupacional, e o estabelecimento de Observatórios de Saúde dos Trabalhadores requeridos pela lei. Em relação com a divulgação de informação, junto com a OIT, a OPAS patrocinou e respaldou tecnicamente uma rede virtual para o campo da saúde e a segurança no trabalho, que opera como um fórum de discussão, agrupando a participantes de 40 países de fala hispana e portuguesa.

Com o apoio dos Centros Colaboradores da OPAS/OMS, o Instituto Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho dos Estados Unidos (NIOSH), o Instituto de Saúde Pública do Chile (ISP), FUNDACENTRO, do Brasil, e o Programa de Saúde dos Trabalhadores da OMS, foi posto em marcha o Plano Regional das Américas para a Eliminação da Silicose nesta Região.

## SAÚDE AMBIENTAL INFANTIL

Nos últimos 10 anos, a Região experimentou uma dinâmica demográfica e socioeconômica caracterizada pelo crescimento acelerado da população, o deslocamento de pessoas das zonas rurais para os centros urbanos, a pobreza, a proliferação de assentamentos humanos informais e a superpopulação das zonas periféricas das grandes cidades, além de um amplo desenvolvimento industrial, comercial e agrícola. Tudo isso contribuiu a uma contaminação sem precedentes do ar, a água e o solo, e à aparição de muitas doenças que afetam principalmente aos grupos mais vulneráveis, principalmente às crianças.

Nos países industrializados, as crianças enfrentam novos riscos e ameaças derivadas da contaminação urbana e os refugos químicos e radiativos, assim como das transformações do ambiente social devido ao aumento do abuso de substâncias psicotrópicas, a violência e as lesões causadas por acidentes. Por sua parte, nos países em desenvolvimento prevalecem os riscos tradicionais, e as ameaças se acentuam como consequência de diversos fatores, tais como o crescimento demográfico desordenado, a pobreza, o escasso acesso à água potável e saneamento básico, e a deficiente qualidade das moradias, que aprofundam as condições de desigualdade e desigualdade. As inter-relações de todos estes fatores seguem manifestando-se nas doenças diarréicas, as infecções respiratórias e as doenças transmitidas por mosquitos e outros vetores, às que pode adicionar o risco de intoxicação pelo mau uso e a eliminação inadequada dos praguicidas. Além disso, as transformações ambientais causadas pela mudança climática, o desmatamento, e as secas e inundações, incrementam a incidência das doenças emergentes e reemergentes.

As crianças correm maior perigo que os adultos frente aos riscos ambientais, por um lado porque podem ver-se mais facilmente expostos às ameaças ambientais, e por outro lado porque seus organismos e sistemas em desenvolvimento o tornam mais sensíveis a determinadas exposições que supõem perigos para sua saúde. Os comportamentos característicos das etapas evolutivas na idade precoce, tais como levar coisas à boca, engatinhar, engatinhar, subir a lugares perigosos, explorar os arredores e probar novas habilidades, ampliam sua exposição. Quando as crianças vivem, brincam, aprendem ou trabalham em ambientes degradados, os comportamentos antes mencionados os expõem a situações perigosas. As crianças pobres são as mais afetadas, já que revistam viver em ambientes mais inseguros e poluídos, e freqüentemente seus organismos mau nutridos e debilitados não conseguem lutar contra as doenças e infecções. Além disso, as crianças pobres freqüentemente passam a formar parte da força trabalhista em idades precoces, já seja para manter-se eles mesmos ou a suas famílias, e acostumam realizar atividades perigosas que aumentam o risco de lesões e doenças.

Precisa-se contar com melhor informação para conhecer verdadeiramente os ambientes onde vivem as crianças e compreender as interações complexas desses ambientes com as diversas ameaças que podem dar lugar a traumatismos ou doenças. A melhor maneira de expressar este conhecimento e informação é através de indicadores específicos que não só proporcionam sinais das ameaças ambientais e do possível impacto sobre a saúde, mas sim também oferecem dados para a tomada de decisões e a avaliação das intervenções.

## Compromissos políticos

Quatro declarações internacionais servem especificamente para oferecer uma perspectiva do desenvolvimento e da erradicação da pobreza, o investimento no ambiente para a sustentabi-

lidade social do desenvolvimento, e o compromisso com a saúde e o bem-estar dos meninos como um investimento para o futuro. Trata-se da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio ambiente e o Desenvolvimento (Cúpula para a Terra) (73), a Declaração do Milênio (74), a Declaração do Johannesburgo sobre o Desenvolvimento Sustentável (75), e a Declaração de Mar del Plata (76), que a seguir se resenham.

#### *Conferência das Nações Unidas sobre o Meio ambiente e o Desenvolvimento (Cúpula para a Terra)*

Em 1992, durante a Cúpula para a Terra que teve lugar em Rio de Janeiro, os líderes dos países adotaram os princípios do desenvolvimento sustentável. Do mesmo modo, aprovaram o Programa 21, que estabeleceu uma plataforma para as obras integradas sobre o desenvolvimento e o amparo ambiental. O artigo 40 do Programa 21 da Declaração de Rio sobre Ambiente e Desenvolvimento urge aos governos a elaborar indicadores eficazes para a tira de decisões orientadas a alcançar um desenvolvimento sustentável e para a execução e avaliação das intervenções de desenvolvimento que poderiam afetar ao ambiente, a saúde humana, ou ambos. O primeiro princípio da Declaração de Rio estabelece que “os seres humanos constituem o centro das preocupações relacionadas com o desenvolvimento sustentável. Têm direito a uma vida saudável e produtiva em harmonia com a natureza principio procura despertar o interesse dos governos em atividades de desenvolvimento econômico que, ao mesmo tempo, contribuam a aliviar os problemas de saúde e melhorar o bem-estar dos seres humanos.

#### *Declaração do Milênio*

Em setembro de 2000, os líderes do mundo adotaram a Declaração do Milênio, em que reconhecem que “lhes incumbe a responsabilidade coletiva de respeitar e defender os princípios da dignidade humana, a igualdade e a equidade no plano mundial”. A Declaração expõe também o dever dos líderes de satisfazer em particular as necessidades “das crianças do mundo, aos que pertence o futuro”, e estabelece os objetivos de reduzir a pobreza, eliminar a fome, e assegurar o acesso à água potável e o melhoramento das condições de vida. Exorta aos chefes de Estado a velar por que todos as crianças do mundo possam completar os estudos primários e tenham igualmente acesso a todos os níveis do ensino. As metas também incluem reduzir a mortalidade infantil e combater as doenças. A Declaração promove a igualdade de gênero e insiste a adotar medidas para melhorar a vida dos habitantes de bairros pobres, e a formular estratégias para que os jovens tenham a possibilidade real de encontrar um trabalho digno e produtivo. Lembra ao mundo os compromissos contraídos para proteger o ambiente e os ecossistemas, e destaca a necessidade de legar às crianças um mundo rico em recursos naturais. As metas, mensuráveis e quantificáveis, estavam desenhadas para avaliar e informar sobre o progresso anual para os objetivos.

#### *Declaração de Johannesburgo sobre Desenvolvimento Sustentável*

A Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável reunida no Johannesburgo (Sudáfrica) constituiu uma oportunidade sem precedentes para o fortalecimento do papel da saúde no desenvolvimento sustentável. Resgatou-se ali o primeiro princípio da Declaração de Rio, e se sublinhou que a saúde é um recurso, mas também um produto do desenvolvimento sustentável, por conseguinte, o desenvolvimento não pode realizar-se quando a pobreza e as doenças debilitam aos seres humanos, e a saúde da população não pode manter-se sem uma resposta adequada do sistema de saúde dentro de um ambiente são. Insistiu-se aos países a lutar contra a pobreza, como um meio para obter a saúde da população e o desenvolvimento sustentável.

Nesta Cúpula se lançou a Aliança Ambientes Saudáveis para as Crianças, com o propósito de contribuir ao lucro das metas do milênio relacionadas com a saúde e o ambiente. O objetivo geral desta iniciativa consiste em impulsionar uma ação mundial para confrontar as ameaças e riscos para a saúde a que estão expostos as crianças nos ambientes onde vivem, aprendem e jogam. Considerou-se um número importante de fatores de risco para estes três contextos, incluindo o abastecimento de água inadequada em quantidade e qualidade; a falta de higiene e o saneamento insuficiente; as doenças transmitidas por vetores; a contaminação do ar (pelo uso de combustíveis sólidos e a fumaça de tabaco no interior das moradias); os traumatismos não intencionados (acidente) dentro e fora do lar; a exposição a produtos químicos (praguicidas, chumbo), e os hábitos nocivos. A iniciativa exige uma ação integrada local com a participação de diferentes setores, tais como saúde ambiental, educação, indústria, agricultura, energia, assim como do governo e os setores de amparo social locais. A Cúpula para o Desenvolvimento Sustentável examinou a necessidade de intercambiar informação entre os setores e de realizar uma análise mais profunda dos efeitos do desenvolvimento sobre o meio ambiente e a saúde pública, prestando especial atenção aos grupos mais vulneráveis. Sob a liderança da OMS se criou a Iniciativa Mundial para o Estabelecimento de Indicadores da Saúde Ambiental Infantil.

#### *Declaração de Mar Del Plata*

Esta declaração, assinada em novembro de 2005, reitera o compromisso de dirigir os esforços para o fortalecimento e consolidação das alianças entre os ministros de saúde e de ambiente e os setores relacionados com a saúde e o ambiente; reconhece a importância da coordenação de esforços entre estes setores, e promove políticas públicas sobre desenvolvimento sustentável orientadas à redução da pobreza e a desigualdade e ao amparo da saúde pública dos países das Américas. Na Agenda de Cooperação do anexo desta Declaração, a nível regional e sub-regional os participantes na Cúpula centram seus esforços no manejo integrado dos recursos hídricos e os resíduos sólidos; a gestão racional das substâncias químicas; e a saúde ambiental infantil.

Em relação com este último ponto, sublinha os seguintes temas: fortalecer a capacitação em matéria de saúde ambiental infantil em todos os níveis de atenção de saúde; fortalecer os programas de educação e os incentivos para a participação social como parte de uma estratégia ampla para a promoção da saúde ambiental infantil; incorporar o tema da saúde ambiental infantil nos programas educacionais formais; promover a organização de fóruns sobre a saúde ambiental das crianças, e incorporar este tema em outros fóruns; desenhar estratégias para levar a prática iniciativas sobre saúde ambiental das crianças; promover estudos de corte sobre os efeitos da contaminação na saúde das crianças; promover medidas que apontem a reduzir os riscos ambientais relacionados com as doenças zoonóticas; promover a criação e consolidação de redes de unidades pediátricas ambientais, e fortalecer as capacidades para reconhecer e tratar intoxicações infantis com praguicidas e outros produtos químicos.

### Progressos na saúde ambiental infantil

As principais atividades realizadas pela OPAS em colaboração com os países foram:

- Em 2003, como parte da Semana da Saúde nas Américas, levou-se a cabo em Lima uma oficina regional sobre temas cientistas e políticos chave em relação com a saúde ambiental. Durante essa reunião se lançou a Iniciativa Ambientes Saudáveis: Crianças Saudáveis, desenhada pela OPAS. Elaboraram-se recomendações de consenso para melhorar a saúde das crianças e controlar as ameaças ambientais em toda a Região (77).
- Como antecedentes da situação, mediante a mobilização de grupos intersectoriais nacionais e internacionais se prepararam perfis de país sobre o estado da saúde ambiental infantil (2004). Os 18 perfis nacionais apresentados forneceram abundante informação sobre o estado da saúde ambiental infantil na Região e serviram de base para a elaboração de um resumo regional dos dados e os resultados.
- Para promover as iniciativas de saúde ambiental infantil, prepararam-se pacotes multimédios promocionais para instrução, educação e conscientização, que foram postos à disposição do público em quatro idiomas (2004). No molde deste projeto se desenharam numerosas mensagens para a imprensa escrita, radial e televisiva orientados a captar a atenção das crianças e dos membros da comunidade e a aumentar a tomada de consciência geral em toda a Região sobre a importância de criar espaços limpos e saudáveis para proteger as crianças dos perigos ambientais. Prepararam-se e distribuíram 2.000 pastas, cada uma com um vídeo, um DVD e material de apoio (78).
- A Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental da OPAS (SDE/OPAS) colaboram com quatro países (Argentina, Equador, Paraguai e a República Dominicana) na elaboração de planos de ação nacionais em matéria de saúde ambiental infantil, os quais incluem o estabelecimento de unidades pediátricas ambientais. Esta atividade se apoiou em informação proveniente dos perfis nacionais em saúde ambiental infantil.
- A OPAS liderou iniciativas relacionadas com os indicadores de saúde ambiental infantil, ou participou delas, em sua qualidade de membro do grupo consultivo da CCA do Tratado de Livre Comércio da América do Norte (TLCAN). A Comissão publicou em 2006 um conjunto de indicadores em três cenários de saúde ambiental: qualidade do ar, exposições a substâncias químicas e qualidade da água (79).
- Em 2004, a OPAS organizou na Costa Rica uma reunião com países da América Latina e Caribe, em que se identificou o primeiro conjunto de indicadores de saúde ambiental infantil para a Região. Um documento de antecedentes e um relatório da reunião serviram de ferramenta aos representantes dos países quando retornaram da reunião e se dispuseram a compilar os dados necessários (80, 81).
- Em 2004 se elaborou um relatório técnico sobre os Efeitos para a Saúde Humana dos Poluentes Orgânicos Persistentes, com a colaboração do Instituto Regional de Estudos em Substâncias Tóxicas (IRET) (82).
- Na reunião de Ministros de Saúde e de Ambiente realizada em Mar del Plata (Argentina) em 2005, a OPAS apresentou um plano de ação regional sobre meio ambiente e saúde infantil.
- Com respeito à contaminação do ar e os efeitos sobre a saúde infantil nas Américas, apoiando-se nos dados e a experiência de toda a Região, a Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental da OPAS produziu um documento científico sobre a contaminação do ar, centrando-se em grande parte na exposição a partículas e seus efeitos sobre a saúde das crianças. Este documento mostrou que pela combinação de contaminação aérea generalizada e densidade de população elevada de muitas zonas urbanas da Região, grande quantidade de pessoas se encontram expostas a substâncias nocivas. Destacou muitas implicações econômicas para a sociedade, que abrangem de uma maior necessidade de assistência médica até a diminuição da produtividade e a piora da qualidade de vida. A declaração da Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável de 2002 contribuiu para impulsionar a investigação quanto à necessidade de reduzir em particular as doenças respiratórias e outras conseqüências para a saúde resultantes da contaminação aérea (83).

### SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Um aspecto essencial da saúde humana é a segurança na alimentação, entendida como a adequação nutricional resultante de



um bom equilíbrio entre a oferta de mantimentos e as exigências nutricionais. A insatisfação das necessidades básicas em matéria de mantimentos, água, ar, e outros, constituem o que fazer da insegurança alimentar e nutricional (84).

A insegurança alimentar e nutricional é observada geralmente de modo indireto, pela prevalência de suas manifestações, que são tardias e quase sempre irreversíveis. As alterações no crescimento físico e o desenvolvimento mental; as mudanças anormais de peso corporal, com deficiências e excessos; a morbidade aguda e crônica; as limitações no rendimento escolar e na produtividade do adulto, assim como a mortalidade em todos os grupos de idade, são algumas das expressões a curto e médio prazo da insegurança alimentar e nutricional, cuja manifestação mais tardia é o sub-desenvolvimento humano.

Cabe assinalar que embora as estatísticas sobre as manifestações da insegurança alimentar e nutricional sejam úteis para uma visão panorâmica da magnitude e distribuição social e geográfica do problema, não resultam suficientes para orientar as decisões e as políticas públicas que requerem informação sobre as condições básicas que determinam a insegurança alimentar.

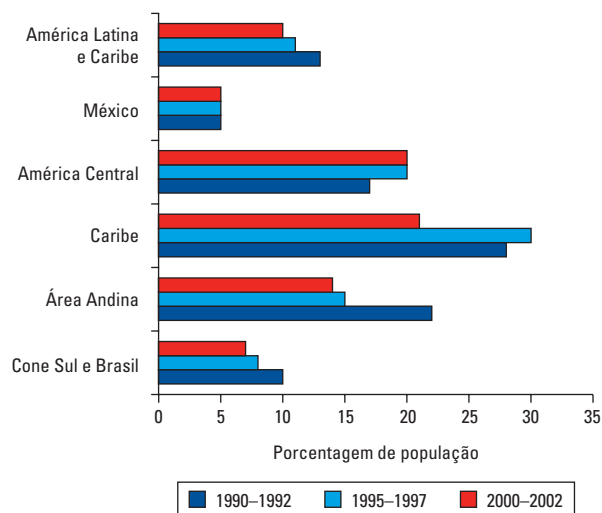
A relevância de a insegurança alimentar e nutricional fica de manifesto na proposta dos ODMs, que expõe a redução da fome e identifica a importância da alimentação e nutrição como causa subjacente dos outros problemas e carências que afligem a humanidade e que se espera mitigar para 2015. Especificamente, no que se refere à meta de reduzir à metade entre 1990 e 2015 a percentagem de pessoas que padecem fome, propõem-se como indicadores de progresso em tal sentido a redução da proporção de população que não alcança a cobrir os requerimentos calóricos mínimos para levar uma vida saudável (subnutrição), e a diminuição da percentagem de crianças menores de 5 anos com peso baixo para sua idade (desnutrição global).

Neste compartimento se apresentará a informação relacionada com a subnutrição e a antropometria nutricional, tendo em conta a dupla carga de deficiências e excessos nutricionais na Região das Américas.

### Subalimentação

Em relação com a meta de reduzir à metade a proporção de população subnutrida na Região, entre 1990–1992 e 2000–2002 se registrou uma diminuição de 13% a 10% da população subnutrida (equivalente a 6,6 milhões de pessoas), conforme se observa na figura 17. Na análise por sub-regiões, unicamente nos países do Cone Sul e no Brasil se observa uma diminuição tanto da taxa (de 10% a 7%) como das quantidades absolutas, conforme pode ver-se no quadro 18. Na Área Andina se reduziram as cifras relativas entre ambas às datas, mas a quantidade absoluta aumentou levemente em 200.000 pessoas dá entre 1995–1997 e 2000–2002. Como surge da figura 17, a sub-região do Caribe em seu conjunto experimentou uma diminuição de sete pontos percentuais em toda a década, embora por volta de 1995–1997 houve um au-

**FIGURA 17. Mudanças em percentagem de população subalimentada, América Latina e Caribe e sub-regiões específicas, 1990–2002.**



**Fonte:** Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação. O estado da insegurança alimentar no mundo. Roma: FAO; 2004.

mento tanto da proporção como da quantidade absoluta de pessoas subnutridas, seguido de uma apreciável descida dos valores percentuais e absolutos. México apresenta uma taxa constante de subnutridos ao longo de todo o período, e, portanto, as quantidades absolutas de pessoas subnutridas cresceram com o conjunto da população. Finalmente, a América Central reflete uma deterioração em cada um dos sub-períodos: em termos relativos, a taxa aumentou 18%, enquanto que em termos absolutos o incremento foi de 48%, possivelmente como resultado da deterioração das situações particulares da Guatemala e Panamá.

Os dados da Região permitem agrupar aos países segundo a proporção de subalimentação no período 2000–2002 em cinco categorias, desde muito baixa, por debaixo de 2,5%, até muito alta,  $\geq 35,0\%$ . O quadro 19 e a figura 18 ilustram deste modo às disparidades entre os países. Na figura 18 se destacam os

**QUADRO 18. Números absolutos de população subalimentada por países e sub-regiões, América Latina e Caribe, 1990–2002.**

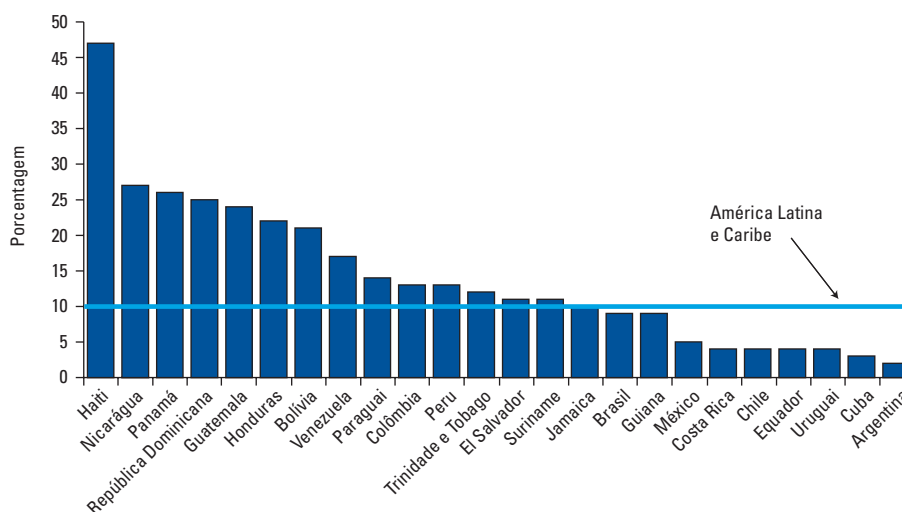
Sub-região	Número (em milhões) por período período		
	1990–1992	1995–1997	2000–2002
Cone Sul e Brasil	21,4	18,6	17,4
Área Andina	20,0	15,2	15,4
Caribe	7,8	8,9	6,7
América Central	5,0	6,5	7,4
México	4,6	5,0	5,2

**Fonte:** Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação. O estado da insegurança alimentar no mundo em 2003 e 2004. Roma: FAO.

**QUADRO 19. Proporção de população subalimentada, por categoria e país, América Latina e Caribe, 2000–2002.**

Muito baixa < 2,5%	Baixa 2,5%–4,0%	Média 5%–19%	Alta 20%–34%	Muito alta > 35%	
Argentina	Chile Costa Rica Cuba Equador Uruguai	Brasil Colômbia El Salvador Guiana Jamaica México	Paraguai Perú Suriname Trinidade e Tobago Venezuela	Bolívia Guatemala Honduras Nicarágua Panamá República Dominicana	Haiti

**Fonte:** Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação. O estado da insegurança alimentar no mundo 2004. Roma: FAO.

**FIGURA 18. Prevalência de subalimentação em países selecionados, América Latina e Caribe, 2000–2002.**

**Fonte:** Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação. O estado da insegurança alimentar no mundo. Roma: FAO; 2004.

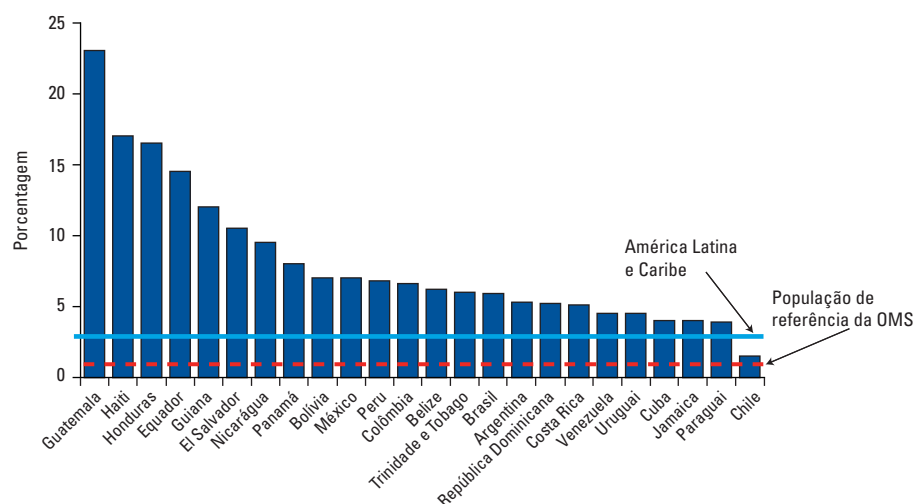
altos níveis de subnutrição no Haiti, República Dominicana, Bolívia, Venezuela, Paraguai, Colômbia, Peru, Trinidad e Tobago, Suriname, e países da sub-região centro-americana, em comparação com a média regional.

Em relação com a disponibilidade de alimentos, a maioria dos países não dispõe de informação suficiente sobre a ingestão calórica total que permita analisar as mudanças alimentares no tempo, mas costumam contar com dados sobre as modalidades de consumo de alimentos em sua população, e isto por sua vez possibilita conhecer a estrutura das dietas, que expressa as distintas proporções de energia proveniente dos diversos grupos de alimentos. Um estudo sobre as tendências das pautas de alimentação na América Latina e Caribe (85) indica que se produziram modificações adversas nos regimes alimentares, com incrementos perceptíveis no consumo de açúcar refinado, redução da in-

gestão de frutas, hortaliças e fibras, e aumentos no total de calorias e gorduras em especial de gorduras saturadas. Há claras evidências da relação entre as mudanças alimentares registradas na Região e os processos de globalização, modernização e urbanização a partir de 1980, que são similares aos observados anteriormente nos países desenvolvidos e que representam um maior custo da dieta, a que solo podem ter acesso os estratos socioeconômicos médios e altos. Ampliou-se, por tanto, a brecha entre os grupos que podem consumir habitualmente alimentos processados de alto custo, e os setores mais pobres que mantêm suas dietas tradicionais a base de cereais, hortaliças, leguminosas e tubérculos. Na atualidade, entretanto, os mais pobres também podem conseguir alimentos processados com alto conteúdo de gorduras e açúcares, o que tem feito aumentar a incidência de sobrepeso, obesidade e diabetes.



**FIGURA 19. Prevalência de baixo peso para a idade em menores de 5 anos, em América Latina e Caribe e países selecionados, 1996–2002.**



**Fonte:** Organização Mundial da Saúde, Comitê Permanente de Nutrição. Quinto relatório sobre a situação mundial de nutrição. OMS; 2004. Mother/Child Demographic, Health and Nutrition Surveys.

### Antropometria nutricional

América Latina e Caribe experimentaram desde 1980 até 2000 melhoras substanciais quanto à prevalência de baixo peso para a idade: uma redução de 51% para toda a Região, com uma redução mais pronunciada no Caribe (62%), seguido pela América do Sul (56%). Os dados da América Central (que neste caso incluem os correspondentes ao México) revelam que a situação também melhorou, mas a um ritmo menor (44%). A figura 19 mostra a situação deste indicador em crianças menores de 5 anos em distintos países, no período 1996–2002. A média de baixo peso para a idade na América Latina e Caribe se estima em cerca de 5%.

Dos 24 países da América Latina e Caribe, só a Guatemala se mantém entre os de alta prevalência (20%–29%), segundo a classificação da OMS (86). De acordo com essa classificação, Equador, El Salvador, Guiana, Haiti e Honduras apresentam taxas que os colocam entre os países de prevalência média (10%–19%); o resto se agrupa na categoria baixa (< 10%).

Em relação com a baixa estatura para a idade, a diminuição das taxas entre 1980 e 2000 na Região foi de 44%, cifra mais baixa que a taxa de redução do baixo peso para a idade (51%). Em todas as sub-regiões também melhoraram as prevalências de baixa estatura para a idade, e o padrão é idêntico ao descrito anteriormente em relação ao peso: os países caribenhos melhoraram sua situação a um ritmo maior que o resto, e América Central, embora mostra avanços, o fazem, novamente mais devagar que as outras duas sub-regiões. A figura 20 apresenta as disparidades quanto à prevalência de baixa estatura para a idade em pré-escolares da América Latina e Caribe no período 1996–2002.

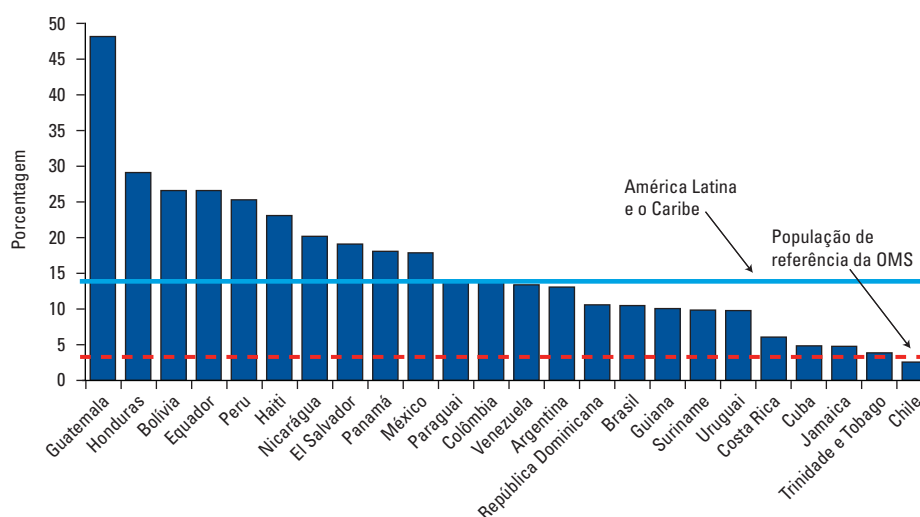
A taxa média de baixa estatura para a idade nesta região se estima em aproximadamente 15%.

Dos 24 países, solo a Guatemala apresenta uma prevalência de baixa estatura para a idade muito alta ( $\geq 40\%$ ), segundo a classificação da OMS. Bolívia, Equador, Haiti, Honduras, Nicarágua e Peru se localizam na categoria média (20%–29%), e o resto dos países, no nível baixo (< 20%).

### Evolução da situação de sobrepeso e obesidade na América Latina e Caribe

Como se sugeriu previamente, muitos países da América Latina e Caribe iniciaram sua transição nutricional cedo, de modo que alcançaram a etapa de doenças crônicas não transmissíveis associadas à nutrição antes que outras regiões. Na atualidade existe uma grande heterogeneidade na Região, com países como o Haiti e algumas populações em Centroamérica onde ainda se encontram bolsões de fome e pobreza (87), enquanto que, por outro lado, a carga geral de doenças se transferiu para os setores pobres de algumas populações da Região. O Brasil e Chile foram os primeiros em chegar a esta etapa: estudos realizados em ambos os países (88) assinalam que a maior carga de obesidade se concentra nos grupos pobres da população de ambos os sexos no caso do Chile, e na população de mulheres no caso do Brasil. No México, por outra parte, deram-se em curto tempo aumentos consideráveis nas taxas de obesidade (de 10,4% a 24,4% da população feminina, entre 1987 e 1999), com uma alta prevalência de diabetes em grupos adultos (7%). O caso de Cuba exemplifica como as mudanças de natureza macroeconômica pode ter efeitos positivos

**FIGURA 20. Prevalências de baixa estatura para a idade em crianças menores de 5 anos, na América Latina e Caribe e em países selecionados, 1996–2002.**



Fonte: Organização Mundial da Saúde, Comitê Permanente de Nutrição. Quinto relatório sobre a situação mundial de nutrição. OMS; 2004. Mother/Child Demographic, Health and Nutrition Surveys.

sobre os desequilíbrios energéticos e a obesidade; as análises sugerem uma redução anual de 0,64 pontos percentuais na prevalência de obesidade na população feminina entre 1982 e 1998.

Em comparação com os Estados Unidos e Europa, onde o crescimento anual da prevalência de sobrepeso e obesidade é de 0,25, na América Latina e Caribe as taxas de crescimento correspondentes são muito altas: estudos recentes apontam a um aumento anual que vai de 0,48 entre as mulheres cubanas a 2,38 entre as mexicanas (87). A informação disponível de sobrepeso e obesidade nas Américas põe de relevo a necessidade de outorgar prioridade a esta dimensão da má nutrição, tanto pela magnitude do problema como por sua tendência ao aumento. No período 1992–2002, as prevalências de sobrepeso e obesidade em menores de 5 anos de 11 países se encontravam acima da média regional da América Latina e Caribe, que é de 4,4%. As taxas específicas se apresentam no quadro 20.

Pelas particularidades do processo de transição nutricional na América Latina e Caribe, detecta-se em um mesmo lar a coexistência de desnutrição em crianças e sobrepeso em adultos, o qual põe de manifesto as deficiências, excessos e desequilíbrios nutricionais (carência de mantimentos energéticos, assim como de macronutrientes e micronutrientes), e supõe uma carga dupla de morbidade em países com altos índices de prostração social, que deverão aplicar políticas e programas orientados a acautelar os fatores condicionantes das deficiências e os excessos alimentares. A coexistência de mães com sobrepeso e obesidade e filhos com desnutrição crônica em um mesmo lar pode ser encontrada em até 16% das famílias, como revelam recentes pesquisas realizadas na Guatemala e Honduras, tais como a Pesquisa Nacional de

**QUADRO 20. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças menores de 5 anos, em países selecionados da América Latina, 1992–2002**

País	Porcentagem
Argentina	9,2
República Dominicana	8,4
Chile	8,0
Bolívia	6,5
Peru	6,4
Uruguai	6,2
Costa Rica	6,2
Guatemala	5,4
México	5,3
Cuba	5,2
Brasil	4,9
Média regional	4,4

Fonte: Global database on child growth and malnutrition; Geneva. Disponível em: [www.who.int/nutgrowthdb-en](http://www.who.int/nutgrowthdb-en).

Saúde Materno Infantil 2002 (ENSMI 2002), realizada pelo Ministério de Saúde Pública e Assistência Social e o Instituto Nacional de Estatística (INE) da Guatemala, e a Pesquisa Nacional de Epidemiologia e Saúde Familiar 2001 (ENESF–2001), a cargo da Associação Hondurenha de Planejamento de Família (ASHON-PLAFA) e a Secretaria de Saúde Pública da Honduras.

### Para uma iniciativa regional

De acordo com informação consolidada pelo Banco Mundial (88), de 17 países da América Latina e Caribe que dispõem de

**QUADRO 21. Classificação de países da América Latina e Caribe segundo sua probabilidade de alcançar a meta de reduzir a desnutrição infantil.**

Para o lucro da meta	Grau de avanço		
	Avanço não suficiente para obter a meta	Em deterioração	Sem informação
Bolívia	El Salvador	Argentina	Belize
Chile	Guatemala	Costa Rica	Brasil
Colômbia	Honduras	Panamá	Dominica
República Dominicana	Nicarágua		Equador
Guiana			Granada
Haiti			Paraguai
Jamaica			Saint Kitts e Nevis
México			Santa Luzia
Peru			São Vicente
Venezuela			Suriname
			Trinidade e Tobago
			Uruguai

*Fonte:* World Bank. Repositioning nutrition as central to development, a strategy for large-scale action. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2006.

dados de pesquisa ou de estudos seqüenciais para realizar análise de tendências, só 10 têm possibilidades de alcançar a meta de reduzir na metade a percentagem de meninos com desnutrição global para 2015 (veja o quadro 21).

De acordo com uma compilação da CEPAL (89) apoiada em informação proveniente dos organismos especializados das Nações Unidas, ao final da década de 1990 se obteve aproximadamente 55% de avanço na redução da desnutrição segundo o indicador de baixo peso para a idade, superior à estimativa original de 40% prevista para esse período. Apesar de que o ritmo dos progressos regionais permite supor que se alcançaria a meta em 2015, as perspectivas trocam para cada um dos países. De acordo com esta publicação, já se alcançou à meta na República Dominicana, e na Bolívia, México, Peru e Venezuela se obteve em mais de 75%. Por outra parte, são 17 os países com uma percentagem de cumprimento por debaixo de 75%; nove deles (Brasil, Chile, Colômbia, El Salvador, Guatemala, Guiana, Haiti, Nicarágua e Uruguai) apresentam progressos equivalentes ao mínimo esperado, ou levemente superiores (entre 31% e 71% de cumprimento), e só poderão alcançar a meta se mantiverem as políticas e programas e não se produzem crises econômicas e ambientais. A análise da evolução da Honduras, Jamaica, Panamá, e Trinidad e Tobago parece indicar uma probabilidade menor de alcançar a meta. Finalmente, a situação da Argentina, Costa Rica, Equador e Paraguai refletem um retrocesso.

Em resposta à persistência dos problemas de má nutrição por deficiências energéticas, de proteínas e micronutrientes, e à rápida aparição de novos problemas por excessos e outros desequilíbrios da nutrição, os governos latino-americanos assinaram declarações que exigem o desenvolvimento de esforços colaboradores, no curto, médio e longo prazo, entre as organizações não governamentais, os organismos do setor público, as forças vivas

da sociedade civil, os governos locais e as instituições regionais e internacionais, para abordar os problemas de insegurança alimentar e nutricionais.

A partir destas considerações, a OPAS elaborou a Estratégia Regional de Nutrição para a Saúde e o Desenvolvimento, com o propósito de responder de maneira corporativa aos problemas regionais em matéria de saúde e nutrição. O objetivo desta estratégia é contribuir à promoção da equidade em saúde para combater as doenças e melhorar a qualidade de vida da população das Américas mediante uma nutrição adequada durante todo o ciclo de vida, especialmente entre os mais pobres e outros grupos vulneráveis, impulsionando os esforços estratégicos e colaboradores entre os Estados Membros e outros sócios, para alcançar os ODMs. Todo isso aponta a uma agenda político-técnica integral de nutrição para 2015, apoiada em provas científicas, que promova e implemente a nível regional, sub-regional e nacional, o melhoramento da segurança alimentar de toda a população.

A estratégia proposta e o plano de ação para consertar nos distintos níveis, com o objetivo de melhorar a situação alimentar na Região, concentraram-se em três aspectos que promovam mudanças impactantes, mensuráveis e sustentáveis: alimentação e nutrição na saúde e o desenvolvimento; nutrição sub-ótima e deficiências nutricionais; nutrição e atividade física em doenças crônicas não transmissíveis.

## DOENÇAS QUE AFETAM A SEGURANÇA ALIMENTAR

A relação entre saúde e agricultura é de grande importância para o bem-estar e a qualidade de vida dos povos das Américas. A produção sustentável de mantimentos e o lucro da segurança

alimentar e nutricional nos países da Região são elementos essenciais para eliminar a fome e reduzir a pobreza. Por meio da melhora da produção de alimentos é possível aumentar a disponibilidade de proteína animal, de frutas e hortaliças, o ingresso familiar, as ofertas de trabalho no meio rural e, em consequência, as condições de vida e de saúde da população. A erradicação da pobreza extrema e a fome na América Latina e Caribe, e em particular a eliminação da desnutrição crônica nos menores de 5 anos, constituem compromissos dentro dos ODMs, e vão unidos ao desenvolvimento das estratégias de atenção primária de saúde e desenvolvimento local (90).

A saúde dos seres humanos está estreitamente vinculada a dos animais, e vice-versa. A aparição de doenças infecciosas como a AIDS nos últimos 20 anos, e os brotos recentes de doenças como a encefalopatia espongiforme bovina (EEB) e a variante da doença do Creutzfeldt-Jakob (vECJ), a síndrome respiratória aguda grave (SARS) e a gripe aviária A (H5N1), atraíram a atenção pública, particularmente pela propriedade que têm de propagar-se entre diferentes espécies, incluído o ser humano. A globalização do comércio de alimentos, animais e seus produtos derivados, e a grande quantidade de pessoas que viajam continuamente por todo mundo, facilitam a difusão rápida de infecções (91). Isto não só causa perdas econômicas diretas à indústria pecuária, mas sim também contribui a criar um estado de alerta mundial por riscos à saúde pública. Calcula-se que o aumento dos surtos de doenças pecuárias emergentes e re-emergentes em todo mundo desde meados da década de 90, incluindo a EEB, a febre aftosa, a gripe aviária e a peste suína, há flanco ao mundo US\$ 80.000 milhões. A OPAS veio impulsionando o diálogo entre os dois setores através das Reuniões Interamericanas a Nível Ministerial em Saúde e Agricultura (RIMSA) desde 1968 (92), com o propósito de fortalecer ações integradas em temas relacionados com o enlace entre a saúde humana e a saúde animal.

A seguir se apresenta à situação das principais doenças que põem em risco a produção animal e que, em consequência, podem afetar a segurança alimentar e causar grandes perdas à economia dos países da Região.

### Febre aftosa

No período 2001–2005 se observaram grandes mudanças no registro desta doença na Região. O ano 2001 se caracterizou por uma situação de emergência no Cone Sul, com 4.198 focos por vírus tipo “A” na Argentina, o Uruguai e o Estado de Rio Grande do Sul (Brasil). A situação foi controlada mediante uma enérgica intervenção dos serviços de sanidade animal destes países, apoiada no sacrifício dos animais afetados e seus contatos, o controle do trânsito dos animais, vacinações estratégicas e investigações soropidemiológicas. Simultaneamente, a doença recrudescceu em algumas regiões e se reintroduziu em outras anteriormente consideradas livres com e sem vacinação. Não obstante, América do Sul registrou um avanço no lucro de zonas e países

livres de aftosa. O Equador e Venezuela mantiveram sua condição endêmica, com algumas situações epidêmicas entre 2002 e 2004 (93, 94, 95). Esta situação de contrastes causou impactos econômicos e sociais sobre o setor produtivo, em especial pela perda de mercados internacionais e as repercussões nas relações de trabalho e nos negócios dos países afetados.

Em 2002 se registrou em uma propriedade um foco por vírus tipo “O” no Departamento do Canindeyú, Paraguai, que causou a perda da condição de país livre de aftosa com vacinação. Em 2003, a doença se registrou na região do Grande Chaco que compartilham a Bolívia e o Paraguai, e, logo depois de um ano sem registros, na Argentina. Análise filogenéticas realizadas em amostras de vírus “O” isoladas no Cone Sul, põem de manifesto a existência de um *pool* de vírus muito similares segundo os estudos de caracterização biomolecular, que se perpetuou na Região. O Centro Pan-americano de Febre Aftosa da OPAS/OMS (PANAFTOSA) liderou missões de cooperação multinacionais para apoiar aos países afetados na identificação dos problemas regionais e propor ações para mitigar a situação, no molde de um programa zonal com estratégias harmonizadas para a erradicação da doença.

Em 2004, na Colômbia, na região amazônica do Brasil e no Peru se registraram focos isolados e se efetuaram ações de controle (sacrifício de animais, vacinações estratégicas e controle sanitário dos animais em trânsito). Em todos os casos se realizaram estudos soropidemiológicos para demonstrar a ausência de circulação viral. Colômbia apresentou um foco na fronteira com a Venezuela, país que sofria uma situação epidêmica e posteriormente, a começos de 2005, apareceu outro foco no departamento da Cundinamarca, no centro do país, supostamente devido a escapeamento de vírus de laboratório.

Como resultado das emergências de 2001, os ministros de Agricultura do Cone Sul decidiram estabelecer um ciclo de auditorias dos programas de febre aftosa nesta sub-região, no referente às estruturas de regulamentação e a prestação de serviços de atenção veterinária. As auditorias foram coordenadas pelo PANAFTOSA. Executaram-se dois ciclos: um em 2001 e outro em 2002. A atividade de auditoria se considera estratégica no Plano Hemisférico de Erradicação da Febre Aftosa (PHEFA) para o período 2005–2009 (96).

O PHEFA é o eixo condutor das políticas de erradicação da febre aftosa no continente, e desde 1988 tem como prioridade o fortalecimento dos programas nacionais de erradicação desta doença para eliminar a situação endêmica nas zonas críticas. Suas estratégias se apóiam em uma caracterização regional de risco, no desenvolvimento de uma vigilância epidemiológica eficiente, e no fortalecimento da biosegurança na manipulação do vírus da febre aftosa, tanto na produção de vacina como no diagnóstico.

Com o propósito de reorientar os esforços nacionais e regionais para o objetivo de erradicação da febre aftosa no continente para 2009, em março de 2004 se realizou em Houston, Texas, a Conferência Hemisférica para a Erradicação da Febre Aftosa, que estabeleceu a criação do Grupo Interamericano para a Erradi-

cação da Febre Aftosa (GIEFA). Este grupo, composto por representantes públicos e privados de toda a América, definiu novas diretrizes para o combate da doença no continente.

No final do período, avaliaram-se os investimentos realizados nos programas de erradicação da febre aftosa e se observou que os gastos diretos dos países e do setor privado em programas nacionais chegaram a aproximadamente US\$ 580 milhões só em 2005. O caso de controle da emergência surgida em 2005 no centro ocidente do Brasil custou aproximadamente US\$ 15 milhões só em gastos diretos. Estes valores podem ser importantes, mas o comércio exterior do país no período 2004–2005 foi de aproximadamente US\$ 3.000 milhões em produtos cárnicos. Os fatores determinantes da aparição de surtos epidêmicos de febre aftosa seguem sendo a debilitação dos programas nacionais, sobre tudo no que se refere à fragilidade dos controles nas fronteiras internacionais e regionais, a baixa cobertura dos sistemas de vigilância epidemiológica, e a falta de harmonização das ações de controle e erradicação, de responsabilidade dos programas nacionais (97).

O impacto sobre a segurança alimentar dos focos de febre aftosa pode ser avaliado em dois momentos: a diminuição na produção e produtividade que causa a doença, e as perdas diretas e indiretas observadas pela falta de competitividade dos países considerados endêmicos no mercado mundial. Por outra parte, a falta de vontade política e de coordenação entre os setores públicos e privados, e a relutância deste último a participar ativamente nos programas, poderiam ser as razões da continuidade do endemismo em alguns países, o que põe em perigo os avanços em matéria de erradicação conseguidos na Região.

### Encefalopatia espongiforme bovina

A EEB, chamada coloquialmente “doença das vacas loucas”, é uma doença de origem alimentar, transmissível, neurodegenerativa, progressiva e mortal do sistema nervoso bovino, causada por uma proteína anormal autorreplicante conhecida como prion. A doença se diagnosticou pela primeira vez em 1986 no Reino Unido, onde se iniciou uma epizootia que alcançou sua máxima frequência em 1992–1993 (uma média de 36.185 casos anuais e uma incidência anual de 6.445,08 por milhão de bovinos de mais de 24 meses de idade). A teoria mais aceita sobre a origem da epidemia do EEB é o reciclado de proteínas procedentes de ruminantes infectados com o agente. Até maio de 2006 se notificaram 189.854 casos em 25 países, 97,11% dos quais se produziram no Reino Unido. Entretanto, a curva epidêmica está em diminuição no Reino Unido, onde em 2005 se detectaram somente 225 casos (98). A importância da EEB para a saúde pública deriva da aparição de casos humanos associados com uma nova variante da doença do Creutzfeldt-Jakob (vECJ) e relacionados com o consumo de produtos alimentares provenientes de bovinos poluídos com o EEB. A vECJ é uma doença humana neurodegenerativa, estranha e mortal. Em contraste com as formas tradicionais do ECJ, a vECJ afeta a pacientes mais jovens (idade média de 29 anos, em

comparação com 65 anos na ECJ) e tem uma duração relativa da doença mais longa (meia de 14 meses em comparação com 4,5 meses na ECJ). Esta nova doença humana se descreveu pela primeira vez em março de 1996, e após se notificaram 129 casos no Reino Unido, seis na França e um nos Estados Unidos, Canadá, Irlanda e Itália, respectivamente. Destes casos, três da França, e os do Canadá e os Estados Unidos se consideram o resultado de exposições ao agente causal no Reino Unido (99).

Durante 2000 e 2001 se detectaram casos nativos do EEB em vários países da Europa e no Japão. A detecção em 2003 de casos nativos nos Estados Unidos e o Canadá, países previamente considerados livres desta doença, continua causando preocupação entre as autoridades de saúde pública e os consumidores. Segundo a informação científica e técnica disponível, a Região das Américas, do México ao sul, está livre de casos nativos do EEB. Em resposta às recomendações emanadas de reuniões regionais, a OPAS efetuou várias ações tendentes a manter a Região livre do EEB, evitando assim as restrições ao comércio mundial que em parte afetaram a disponibilidade de mantimentos de origem animal. Elaborou-se um guia de auto-avaliação de risco e se levaram a cabo atividades de capacitação (100). Efetuaram-se também atividades de vigilância epidemiológica e se capacitou a profissionais nacionais na técnica de imunohistoquímica para seu diagnóstico (101).

### Gripe aviária

#### Situação mundial

A gripe aviária é uma doença causada por vírus da gripe tipo A, que, além disso, pode infectar em forma natural a grande variedade de espécies, incluindo humanos, suínos, eqüinos, mamíferos marinhos e aves. Todas as variantes dos vírus da gripe tipo A conhecidas foram isoladas de aves, e solo algumas de mamíferos. Estudos filogenéticos e ecológicos dos vírus de gripe tipo A demonstram que as aves aquáticas silvestres são o reservatório natural e a fonte destes vírus para as outras espécies. Ocasionalmente, produzem-se devastadoras pandemias de gripe em humanos (as últimas em 1918, 1957 e 1968), que surgiram que modificações genéticas a partir de vírus da gripe tipo A proveniente de animais. Existem deste modo provas concludentes sobre o risco zoonótico das infecções por vírus da gripe tipo A de animais (102).

Pensa-se também que as cepas de pandemias humanas emergiram através de um dos seguintes três mecanismos:

- reorganização genética (que ocorre como resultado da segmentação do genoma do vírus) de vírus de gripe A de ave e humano que infecta o mesmo hospede;
- transferência direta de vírus inteiro de outras espécies;
- re-emergência de vírus que causaram uma epidemia muitos anos antes.



No século XX, foi registrada em quatro ocasiões a rápida emergência de cepas antigenicamente diferentes em seres humanos: em 1918 (H1N1), 1957 (H2N2), 1968 (H3N2), e 1977 (H1N1), e em cada caso causaram uma pandemia. Entre as pandemias apareceram freqüentes epidemias como resultado de uma mudança antigênica gradual no vírus prevalente, denominado “salto antigênico”. Desde 1996, os vírus H7N7, H5N1 e H9N2 foram transmitidos das aves aos seres humanos, mas aparentemente falharam em difundir-se em forma maciça na população humana (103, 104).

O vírus da gripe que infecta às aves pode dividir-se em dois grupos diferenciados sobre a base de sua capacidade patogênica. Os vírus muito virulentos causam gripe aviária altamente patogênica (IAAP), que pode ocasionar mortalidades de até 100% das cepas afetadas. Estes vírus estiveram restringidos aos subtipos H5 e H7, embora não todos eles causam IAAP. Todos os outros subtipos produzem um quadro de doença muito mais leve, conhecida como gripe aviária de baixa patogenicidade (IABP). As galinhas e perus não costumam ser hóspedes naturais dos vírus da gripe aviar, mas chegam a infectar-se quando entram em contato com aves aquáticas silvestres portadoras (105).

Desde 1996, detecta-se a transmissão dos vírus A(H7N7), A(H5N1) e A(H9N2) de aves a seres humanos, mas ao parecer não conseguiram transmitir-se de pessoa a pessoa. Em particular, o vírus A(H5N1) está ocasionado uma epizootia do IAAP em aves domésticas e silvestres em vários países da Ásia desde inícios de 2003, com conseqüências devastadoras para a avicultura dos países afetados; contagiaram-se mais de 200 pessoas, das quais faleceram quase a metade. Informes cientistas alertam sobre a possibilidade de aparição de uma nova pandemia de gripe em humanos, originada por H5N1. Notificaram-se deste modo surtos pelo A(H5N1) em aves migratórias na Ásia, Europa e África, algumas delas com fila migratória intercontinental, e até junho de 2006 a epidemia se estendeu a 46 países da Ásia, Europa e África (98, 106, 107).

#### *Importância da produção avícola na segurança alimentar*

A produção avícola do continente tem alto nível de desenvolvimento e constitui uma atividade econômica de grande importância por sua capacidade de gerar ganhos e emprego, além de proporcionar proteína animal de alta qualidade e sob custo. Segundo dados da FAO (106), o continente americano produz 46,9% dos 67 milhões de toneladas de carne de frango produzidas e exporta 58,3% dos 7 milhões de toneladas exportadas em todo mundo. Cinco países concentram 99% das exportações da Região (Estados Unidos, Brasil, Canadá, Argentina e Chile) e 12 países produzem 98% da produção continental (Estados Unidos, Brasil, México, Canadá, Argentina, Venezuela, Colômbia, Peru, Chile, Equador, Guatemala e Bolívia). Da mesma forma, a carne de ave e os ovos são as fontes mais baratas de proteínas animais, e chegam a representar perto de 40% da proteína animal consumida per capita na Região. Existem também importantes atividades altamente dependentes

da avicultura, tais como a produção de grãos, o comércio, e a indústria de serviços agropecuários e de transporte.

A avicultura industrial e semi-industrial é uma atividade econômica altamente competitiva, tanto nos mercados nacionais como de exportação. Geralmente, tem baixas margens de rentabilidade por unidade de produto, de modo que as empresas requerem altos níveis de eficiência produtiva e baixos custos para ser competitiva, e tendem a concentrar-se para aproveitar a economia de escala. Neste sentido, a sanidade resulta ser um dos fatores chave da competitividade, seja pelo impacto direto das doenças sobre os indicadores bioprodutivos (aumento de custos e diminuição ou perda de produção), pelas conseqüências para os mercados (tanto interno quanto de exportação) e o consumo; ou pelo impacto sobre a saúde humana que representa a introdução em um país de produtos avícolas infectados. Precisamente, é o caso da gripe aviária, uma doença com alto poder de disseminação e impacto econômico, além de comprometer a saúde das pessoas.

#### *Situação regional da gripe aviária*

Surtos de gripe aviária de altas e baixas patogenicidade são registrados periodicamente em vários países das Américas. Foram registrados, em aves aquáticas silvestres, a maioria dos tipos de vírus da gripe A conhecidos.

Em aves domésticas, desde 1959 foram notificados casos de IAAP no Canadá, Estados Unidos, México e Chile. Esses surtos ocasionaram perdas diretas aos países afetados de várias dezenas de milhões de dólares. É importante salientar que os casos de IAAP surgiram a partir do vírus IABP. Até o momento, todos os surtos de IAAP surgiram em decorrência dos vírus H5 e H7.

No Canadá e nos Estados Unidos foi comunicada a presença do vírus de IABP em aves domésticas, principalmente em estabelecimentos de comércio de aves vivas (para consumo ou companhia). Também foram registrados casos de IABP por H5N2 no México, na Guatemala e em El Salvador, países onde são realizadas ações de vigilância sanitária e controle utilizando programas oficiais de vacinação sistemática (102).

#### *Risco de introdução e disseminação da gripe H5N1 na Região*

A rápida disseminação do vírus H5N1 na Ásia a partir de 2003 deve-se ao deslocamento e comércio legal e ilegal de aves domésticas e de companhia, e aos movimentos das aves migratórias. De acordo com estudos dos ciclos migratórios das aves, é provável que o vírus H5N1 chegue à Região das Américas por esses mecanismos, mesmo antes de produzir-se uma possível pandemia por este vírus. Os prováveis cenários epidemiológicos resultantes dependerão das vias de introdução, o local e tipo de aves inicialmente afetadas, e a capacidade de detecção dos sistemas de atenção veterinária (98).

Os sistemas de produção de aves domésticas na Região se estendem por amplas zonas com altas concentrações de aves, e estão caracterizados por uma ativa dinâmica populacional e uma



estreita relação epidemiológica das explorações. Em tanto as formas de controle estabelecidas não resultem adequadas estes fatores representam níveis de risco de vulnerabilidade e receptividade ao vírus da gripe suficientes para um possível ingresso e estabelecimento em condições de endemismo, (106). Um cenário provável posterior ao ingresso é que a infecção tenha a tendência a radicar-se (tornar-se endêmica) nos sistemas de produção aviar de baixa biossegurança, isto é, as médias e pequenas granjas avícolas, os sistemas de avicultura familiar, e os locais de comércio de aves vivas para consumo e companhia. Neste nível, o impacto seria major dado que a avicultura gera alimentos diretos para a família camponesa além de receitas pela venda dos produtos (106).

Por outra parte, a infecção demonstrou um nível de agressividade surpreendente, capaz de quebrar os mecanismos de biossegurança da avicultura de melhor nível sanitário, e chegar ao setor da avicultura industrial, afetando tanto à produção de carne como a de ovos para consumo. Dado o nível de integração e a quantidade de aves que tem o setor, as possibilidades de disseminação e o nível de morbimortalidade são muito altos.

Com base nestes antecedentes, pode-se estimar que a chegada da infecção à Região possa produzir um forte impacto sobre a avicultura continental e uma verdadeira catástrofe nos países afetados, para cujas economias esta atividade é importante, com repercussões no abastecimento de proteína de animal de consumo maciço e de baixo custo à maioria da população. As repercussões sobre o fornecimento são agravadas ainda mais pelo impacto que terão as medidas de controle de emergências (sacrifício sanitário, quarentenas), e as restrições ao comércio, além do impacto sobre o meio ambiente pelas necessidades de disposição de milhares de toneladas de matéria orgânica de alto nível de contaminação (106).

Quanto ao risco que representa o vírus da gripe para a saúde humana, conforme se indicou anteriormente, foi comprovada a transmissão do vírus da gripe dos animais ao ser humano, provocando diferentes graus de doença (H7N7, H9N2 e H5N1). Ocasionalmente, o vírus da gripe produz pandemias em humanos nas seguintes condições: (1) a inexistência de imunidade prévia na população contra o vírus pandêmico; (2) o vírus consegue transmitir-se dos animais ao homem; e (3) o vírus adquire capacidade para transmissão eficiente de pessoa a pessoa. No caso do vírus H5N1 IAAP, considera-se que adquiriu alto potencial pandêmico ao cumprir as duas primeiras condições e lhe faltou somente adquirir a capacidade de transmissão eficiente pessoa a pessoa para transformar-se em um vírus pandêmico. É necessário precisar que as condições pré-pandêmicas do vírus H5N1 IAAP ocorreram até agora em países afetados por este vírus, principalmente no continente asiático, onde coexistem a epidemia de IAAP junto com uma alta exposição das pessoas devido ao estreito contato com aves infectadas, e a aparição de casos humanos (107, 108).

### *A resposta político-técnica*

O surgimento da gripe aviária causada por cepas de alta patogenicidade, que podem ser transmitidas das aves aos seres humanos, representa um grave problema de saúde pública pelo risco de contágio dos trabalhadores que estão em contato com as aves e dos técnicos encarregados da vigilância sanitária, do diagnóstico e do controle de surtos, bem como pelo possível impacto sobre a segurança alimentar em razão das perdas de proteína animal, e as restrições comerciais. Para responder a esses problemas, a OPAS/OMS, através de peritos em saúde pública veterinária, está orientando aos países sobre as medidas de biossegurança que deverão ser incorporadas para proteger às pessoas, tais como a vacinação contra a gripe sazonal, a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI), e a capacitação dos trabalhadores sobre procedimentos padronizados de higiene. Da mesma maneira, a coordenação intersetorial entre saúde, agricultura e meio ambiente é fundamental. A OPAS promoveu esta coordenação através da RIMSA. Na RIMSA 14, que teve lugar no México em abril de 2005, os ministros emitiram uma resolução sobre o risco mundial das zoonoses novas e emergentes, na qual se fornece orientação aos países sobre as ações intersetoriais e a cooperação técnica da OPAS (109).

Em síntese, existe um amplo consenso científico, técnico e político no sentido de que a gripe aviária, e especialmente o atual cenário global do H5N1, representa um problema grave de saúde pública, e representa um grande desafio para os sistemas de prevenção da saúde pública (risco de zoonose e de pandemias) e de sanidade animal (impacto econômico sobre a produção avícola). É particularmente importante o desafio que representa a gripe aviária para a segurança alimentar, pela necessidade de proteger às populações rurais do impacto pelas perdas de proteína animal, a diminuição de receitas e a perda de empregos, o que aumenta sua vulnerabilidade e pobreza.

## **TABACO**

### **Morbilidade e mortalidade relacionadas ao tabaco**

O consumo de tabaco continua sendo um dos fatores mais importantes de risco de morte e de doença em todo mundo e na Região das Américas em particular. O *Relatório sobre a saúde no mundo 2002* (110) estima que, como causa prevenível de morte, só a hipertensão arterial ultrapassa ao tabagismo, ao qual podem ser atribuídas anualmente 5 milhões de mortes no mundo todo, 900.000 delas na Região das Américas, segundo valores do ano 2000. Considerava-se também que o consumo de tabaco ocupava mundialmente o quarto lugar na carga de morbilidade, com 60 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (AVAD) (110).

Como a grande maioria dos casos de câncer de pulmão se deve ao tabagismo (incluída a exposição passiva à fumaça do tabaco), as taxas específicas de mortalidade constituem uma indicação ra-

**QUADRO 22. Taxas de mortalidade<sup>a</sup> ajustadas por idade (para todas as idades), dos tumores malignos de traquéia, brônquios e pulmão<sup>b</sup> em países das Américas, 2000–2004.**

País	Ano	Homens	Mulheres	Total
Antígua e Barbuda	2002	0,0	3,7	2,2
Argentina	2004	34,1	8,6	19,8
Bahamas	2000	12,8	6,8	9,7
Barbados	2001	8,0	1,2	4,1
Belize	2001	17,0	4,5	10,8
Brasil	2002	19,8	8,0	13,4
Canadá	2003	43,0	25,6	33,3
Chile	2003	17,9	7,7	12,2
Colômbia	2001	16,5	9,1	12,4
Costa Rica	2004	10,4	5,4	7,8
Cuba	2004	41,3	18,8	29,5
Dominica	2003	20,8	10,7	15,6
El Salvador	2003	7,4	6,3	6,7
Equador	2004	7,5	4,9	6,1
Estados Unidos	2002	45,3	26,9	35,0
Guatemala	2003	6,8	4,6	5,7
Guiana	2003	5,9	2,0	3,7
Haiti	2003	6,2	6,0	6,1
México	2004	13,5	5,4	9,1
Nicarágua	2003	7,4	6,3	6,8
Panamá	2003	16,4	8,1	12,1
Paraguai	2003	27,6	6,4	16,1
Peru	2000	14,2	8,3	11,0
República Dominicana	2004	13,8	8,4	11,1
Santa Luzia	2002	6,1	4,5	5,2
São Vicente e Granadinas	2003	17,1	10,2	13,5
Suriname	2000	17,9	5,2	11,1
Trinidad e Tobago	2000	13,7	3,1	8,1
Uruguai	2001	52,9	6,8	26,9
Venezuela	2004	17,2	9,1	13,1

<sup>a</sup>Por 100.000 habitantes

<sup>b</sup>Inclui os códigos C33–34 da RECUE–10.

**Fonte:** Organização Pan-Americana da Saúde. Sistema de informação sobre mortalidade e população. Unidade de Análise de Saúde e Estatísticas (HDM/HA), OPAS. Novembro 2006.

zoável dos prejuízos para a saúde devidos ao consumo de tabaco. Entretanto, convém levar em conta que as taxas de mortalidade por câncer de pulmão refletem as pautas de consumo de tabaco no passado, mas não necessariamente as taxas atuais de tabagismo. O quadro 22 (111) apresenta as taxas de mortalidade na Região por tumores malignos de traquéia, brônquios e pulmão.

O hábito de fumar é, em termos de importância, o segundo fator modificável de risco cardíaco e também o fator modificável mais importante de risco de câncer.

O estudo INTERHEART, realizado entre 1998 e 2003 em 52 países, apurou que o hábito de fumar triplica aproximadamente o risco de enfarte agudo do miocárdio, tanto nos homens quanto nas mulheres, em proporção à dose. No mundo, correspondia ao tabagismo o 36,4% do risco atribuível populacional (RAP) de enfarte agudo do miocárdio (44,0% nos homens e 15,8% nas mulheres), e 38,3% do RAP na América do Sul (112). Segundo outros estudos, o hábito de fumar é a causa de um quinto (21%) de todas

as mortes por câncer no mundo: 29% nos países de rendimentos elevados e 18% nos países de rendimentos baixos e médios (113).

Novos resultados publicados em 2005 e 2006 confirmam achados anteriores de que a exposição passiva à fumaça do tabaco aumenta o risco de doença nos adultos não fumantes e nas crianças, e também vinculam essa exposição com um maior risco de câncer de mama em mulheres jovens não fumantes, principalmente pré-menopáusicas (114, 115).

### Consumo de tabaco e exposição passiva à fumaça do tabaco

#### *Prevalência do consumo de tabaco entre os adultos*

Não existe um sistema padronizado de monitoramento da prevalência do consumo de tabaco entre adultos que permita realizar comparações neste sentido entre os países das Américas.

**QUADRO 23. Prevalência do hábito de fumar na população geral, por sexo, em países selecionados das Américas, 2000–2005.**

País	Ano da pesquisa	Intervalo de idade	Sexo	Fumantes ativos <sup>a</sup> (%)
Argentina	2005	18+	Homens	35,1
			Mulheres	24,9
			Total	29,7
Brasil (Rio de Janeiro)	2002–2004	15+	Homens	19,8
			Mulheres	15,9
			Total	17,5
Brasil (São Paulo)			Homens	23,1
			Mulheres	17,5
			Total	19,9
Canadá	2005	15+	Homens	22
			Mulheres	16
			Total	19
Chile	2003	17+	Homens	48,3
			Mulheres	36,8
			Total	42,4
Costa Rica	2000	12–70	Homens	23,3
			Mulheres	8,2
			Total	15,8
Estados Unidos	2003	18+	Homens	24,1
			Mulheres	19,2
			Total	21,6
México	2001	18–65	Homens	42,3
			Mulheres	15,1
			Total	27
Nicarágua	2001	15–49	Mulheres	5,3
Peru	2005	12–64	Total	31,8

<sup>a</sup>Definição de “fumante ativo”:

Argentina: fumou nos últimos 30 dias e pelo menos 100 cigarros em toda sua vida.

Brasil: fumante “regular”, definição não disponível.

Canadá: inclui o fumante habitual e ao fumante ocasional.

Chile: inclui o fumante de todos os dias e ao fumante ocasional.

Costa Rica: fumou durante o último mês.

Estados Unidos: fumou ao menos 100 cigarros em toda sua vida e fuma atualmente todos os dias ou alguns dias.

México: definição não disponível.

Nicarágua: definição não disponível.

Peru: fumou nos últimos 30 dias.

**Fontes:** Pesquisa nacionais.

Por outra parte, são poucos os países que contam com dados comparáveis sobre as tendências do hábito de fumar entre os adultos, devido às diferenças metodológicas de um ano para outro. Estas limitações na comparabilidade devem ser levadas em conta no exame do quadro 23, que apresenta os dados mais recentes sobre a prevalência do hábito de fumar, disponível para as nações das Américas entre 2000 e 2005. Conforme pode ver-se, as taxas correspondentes variam amplamente na Região.

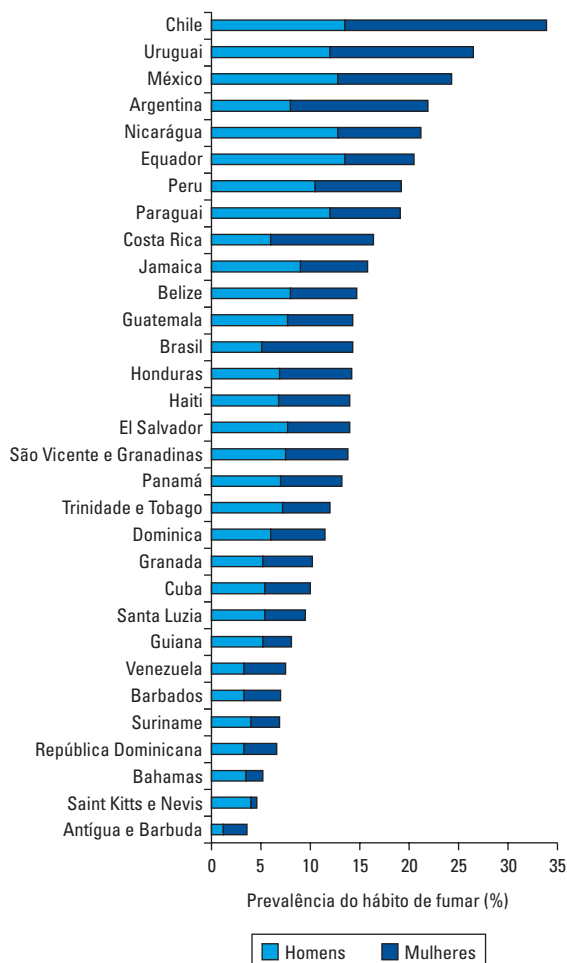
#### *Prevalência do consumo de tabaco nos adolescentes*

A Pesquisa Mundial sobre Tabagismo na Juventude (EMTJ) apresenta dados comparáveis sobre a prevalência do consumo de tabaco entre jovens estudantes de 13 a 15 anos (figura 21). Conforme as pesquisas realizadas entre 2000 e 2005, o consumo

de cigarros (definido como a prevalência de ter fumado cigarros em um ou mais dias do mês anterior) era maior no Chile, com quase 34% (valor para o Santiago, 2003), e menor em Antígua e Barbuda: só 3,6% (valores nacionais, 2004) (116). Estes valores não incluem o consumo de outros produtos do tabaco que não sejam cigarros, embora o consumo desses produtos possa ser significativo em alguns países.

Com exceção do Chile, da Argentina e do Uruguai, onde as taxas correspondentes às moças são maiores às dos moços (Chile: homens, 27,6%, mulheres, 39,2%; Argentina: homens, 17,2%, mulheres, 26,8%; Uruguai: homens, 22,2%, mulheres, 29,6%), a prevalência do hábito de fumar na Região segue sendo maior entre os moços. Os dados disponíveis sobre tendências indicam que, na maioria dos países, prevalência do hábito entre os jovens

**FIGURA 21. Prevalência do hábito do tabagismo em adolescentes de 13 a 15 anos, por sexo, em países selecionados da América Latina e Caribe, 2001–2005.**



**Fonte:** Organização Mundial da Saúde; Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos; Canadian Public Health Association. Pesquisa Mundial sobre o Tabaco e os Jovens. Disponível em: <http://www.gyts/en/index.html>.

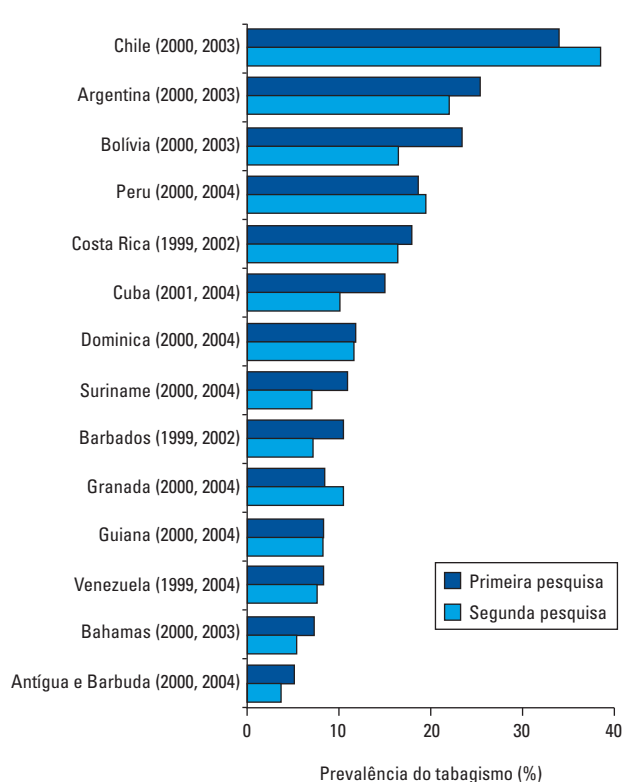
se manteve relativamente estável (figura 22) embora em alguns países do Caribe, como Cuba, Surinam, Barbados, Bahamas, e Antígua e Barbuda, parece estar declinando, enquanto que em outros, como Chile e Granada, observa-se aumento nas tendências.

#### Consumo de tabaco per capita

O consumo per capita é estimado a partir dos dados sobre a produção, importação e exportação de tabaco, e pode apresentar alguma idéia das tendências em distintos países com o passar do tempo (figura 23). Em conjunto, o consumo per capita está diminuindo na Região, ou se mantém estável em quase todos os países dos que se têm dados, com exceção da Bolívia e da Colômbia.

Entretanto, é importante levar em conta as seguintes observações quando utilizados dados do consumo per capita: influem

**FIGURA 22. Prevalência do tabagismo em adolescentes de 13 a 15 anos, em países selecionados da América Latina e Caribe, 1999–2004.<sup>a</sup>**



<sup>a</sup>Os dados são representativos dos totais nacionais, exceto nos seguintes países, onde a pesquisa foi efetuada em locais selecionados, e dos quais foram apresentados dados da capital ou de outra grande cidade: Argentina (Capital Federal), Bolívia (La Paz), Chile (Região Metropolitana de Santiago), Cuba (Havana), Peru (Lima), Venezuela (Barinas).

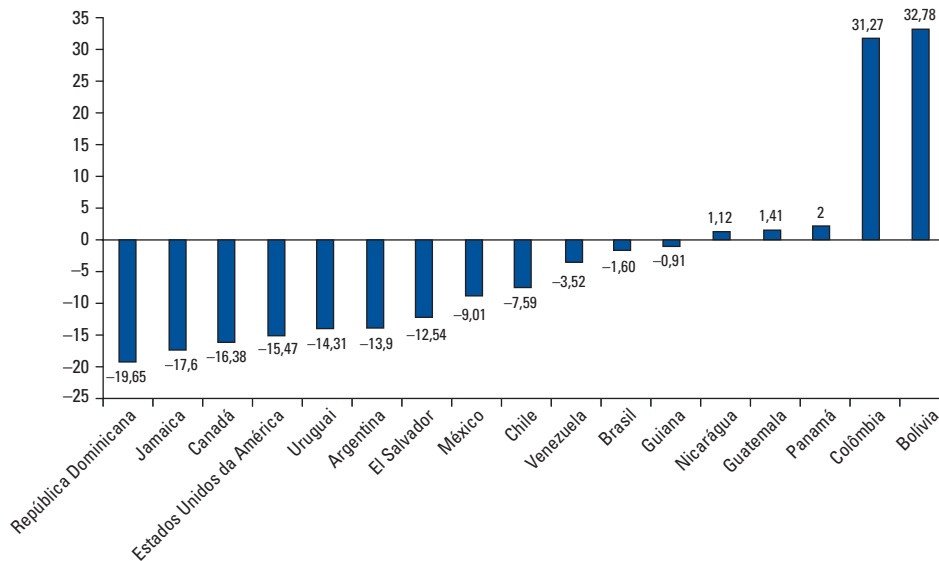
**Fonte:** Organização Mundial da Saúde; Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos; Canadian Public Health Association. Pesquisa Mundial sobre o Tabaco e os Jovens. Disponível em: <http://www.gyts/en/index.html>.

neles os níveis de rendimentos e o preço dos produtos de tabaco em relação aos rendimentos, e tais fatores podem afetar em forma negativa esforços antitabagismo, em outros aspectos bem-sucedidos em um determinado país; esses dados normalmente não levam em conta o consumo de importações ilegais (contrabando ou falsificação), de maneira que onde este consumo for elevado, os dados podem não refletir com exatidão o consumo absoluto; e os dados ilustrados na figura 23 são médios trienais ou quadrienais. As flutuações de um ano a outro podem mascarar as tendências a prazos mais longos (tal poderia ser o caso do Brasil). O ideal seria considerar os dados do consumo per capita junto com os de prevalência, para se ter uma idéia mais acabada do consumo de tabaco.

#### Exposição passiva à fumaça do tabaco

A Pesquisa Mundial sobre Tabagismo na Juventude determinou que, na maioria dos países, ao menos 30% dos jovens esta-

**FIGURA 23. Consumo de cigarros per capita em maiores de 15 anos, por país, média de 2000–2003 comparada com a média de 1996–1999,<sup>a</sup> variação percentual.**



<sup>a</sup>Exceções: Nicarágua e Panamá comparam os dados de 2001–2004 com os de 1997–2000; Uruguai compara os de 2001–2004 com os de 1998–2000.

**Fonte:** Cálculos baseados em dados do Guindon G e Boisclair D. Cigarette consumption dataset 1970–2004. Elaborado para a American Cancer Society, agosto 2005.

vam expostos à fumaça do tabaco no lar, como mínimo, uma vez por semana. A exposição era mais alta na Argentina (quase 70%), no Uruguai (65%) e no Chile (56%). As taxas mais baixas encontradas correspondem a El Salvador (15%), San Vicente e Granadinas (17%), e Antígua e Barbuda (18%) (Figura 24) (116).

Em uma avaliação da concentração de nicotina em locais públicos, encontrou-se nicotina transportada pelo ar (que é um marcador da exposição à fumaça ambiental do tabaco) em 94% dos pontos críticos relevados em sete países latino-americanos (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Paraguai, Peru e Uruguai) (117). Em todos os países, as maiores concentrações de nicotina foram encontradas em bares. Também eram muito elevadas em muitas áreas reservadas para não fumantes de bares e restaurantes, o que indica que a destinação de espaços para não fumantes é uma medida ineficaz para o controle da exposição passiva à fumaça de tabaco.

### Aspectos econômicos

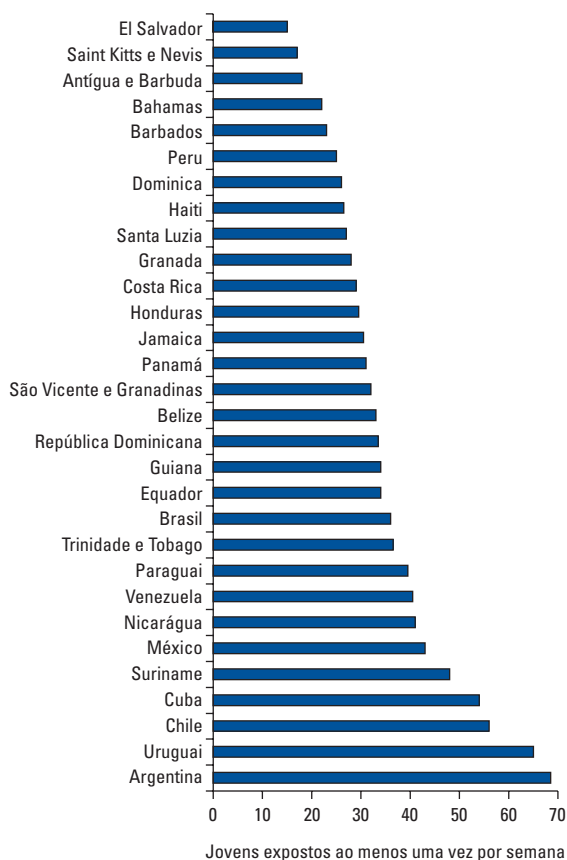
Em um estudo do Banco Mundial para 1993, apurou-se que o mercado internacional do tabaco ocasiona uma perda anual global de US\$ 200.000 milhões em custos de saúde e de produtividade perdida (118). Calcula-se que nos Estados Unidos o consumo de tabaco representa anualmente US\$ 76.000 milhões (média de dados para 1995–1999) em custos médicos diretos pelo tratamento de doenças relacionadas com o tabagismo, e mais US\$ 82.000 milhões (média para os mesmos anos) em per-

das de produtividade devidas a mortes causadas pelo tabaco (119). Por outra parte, a Sociedade de Atuários dos Estados Unidos estima o custo anual da exposição à fumaça ambiental do tabaco em US\$ 10.000 milhões (US\$ 5.000 milhões em custos médicos diretos e US\$ 5.000 milhões em custos de produtividade perdida) (120). Em estudos referentes ao Canadá foram calculados custos diretos em saúde, pela exposição à fumaça ambiental do tabaco em lactantes e crianças, em quase US\$ 250 milhões anuais, e o custo de incêndios atribuíveis ao consumo de tabaco em US\$ 81,5 milhões (ambas as estimativas correspondem a 1997) (121).

Em contraposição às preocupações frequentemente manifestadas pelos governos, o cultivo e a produção de tabaco na Região constituem uma fração muito pequena da atividade agrícola e manufatureira na maioria dos países. Estudos da OPAS nos países do Cone Sul comprovaram que a percentagem de superfície cultivada com tabaco era inferior a 1% na Argentina, Bolívia, Chile e Uruguai. Até no Brasil, maior exportador mundial de folha de tabaco, o tabaco ocupa menos de 5% da mão de obra agropecuária (120–124). O emprego na indústria do fumo representa somente 0,003% da mão de obra industrial do Uruguai, 0,02% no Brasil, 0,09% no Chile e 0,46% na Bolívia. A manufatura do tabaco emprega uma maior proporção de mão de obra industrial na Argentina (4,23%), mas até mesmo esta percentagem constitui uma pequena minoria da mão de obra industrial (122–126).

Na maioria dos países, quase 100% da participação no mercado pertence a filiais da British American Tobacco ou da Philip

**FIGURA 24. Exposição dos jovens de 13 a 15 anos à fumaça do tabaco no lar, em países selecionados das Américas, 2000–2005.**



**Fonte:** Organização Mundial da Saúde; Centros para el Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos; Canadian Public Health Association. Pesquisa Mundial sobre o Tabaco e os Jovens. Disponível em: <http://www.gyts/en/index.html>

Morris International (127); isso significa que os lucros pela venda de produtos do tabaco são repassadas ao exterior dos países e isso representa uma perda líquida de divisas.

## Estado das intervenções

### *Convênio Marco para o Controle do Tabaco da OMS*

A contribuição mais significativa ao controle do tabaco nos últimos anos foi à adoção, em 2003, do Convênio Marco para o Controle do Tabaco (CMCT) da OMS, e sua ratificação por 142 Estados Membros a dezembro de 2006 (128). O CMCT tem reconhecimento jurídico e vigência obrigatória, segundo o direito internacional, em todos os países signatários. Estabelece normas e obrigações específicas que abrangem toda uma gama de políticas e programas de controle do tabaco, incluindo a política fiscal, a legislação que regula o consumo de tabaco e sua comerciali-

zação, os programas para parar de fumar, o controle do comércio ilícito, a educação e a conscientização do público, bem como a troca de pesquisas e informação.

Até dezembro de 2006, 21 Estados Membros da OPAS, que em conjunto representam aproximadamente a metade da população das Américas, já eram signatários do CMCT da OMS. São eles: Antígua e Barbuda, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Dominica, Equador, Guatemala, Guiana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguai, Peru, Santa Luzia, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela. O cumprimento efetivo das suas determinações terá uma repercussão significativa sobre o consumo de tabaco na Região e, posteriormente, sobre a morbidade e mortalidade causadas pelo tabaco.

### *Ambientes livres de tabaco*

Os ambientes livres de tabaco protegem aos não fumantes dos efeitos nocivos da exposição à fumaça de tabaco. Constituem do mesmo modo, em relação com seu custo, uma das medidas mais efetivas para reduzir o consumo de tabaco (129).

Em março de 2006 o Uruguai se tornou o primeiro país das Américas em regulamentar a proibição absoluta de fumar em todos os locais de trabalho de portas fechadas (incluindo clubes, bares e restaurantes), bem como em todos os estabelecimentos públicos. Também se obtiveram avanços significativos em evitar a exposição à fumaça do tabaco nos municípios, províncias ou estados e territórios do Canadá (que compreendem 74% da população), Estados Unidos (45% de toda a população) e a Argentina (Santa Fé, Córdoba e Tucumã, 21% do total do país) (130, 131).

Foram realizadas campanhas de informação pública para reforçar o apoio à criação de ambientes livres de tabaco em várias nações, incluindo a Argentina, Barbados, Brasil, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Peru, e Trinidad e Tobago; entretanto, em outros países o progresso para uma legislação integral, que proteja os trabalhadores da exposição à fumaça ambiental do tabaco, foi muito mais lento.

A OPAS analisou recentemente a exposição à fumaça do cigarro no ambiente, no contexto dos direitos protegidos por instrumentos jurídicos internacionais no âmbito das Nações Unidas e do sistema interamericano (132). Estes instrumentos e seus mecanismos ou organismos de aplicação, tais como a Comissão Interamericana de Direitos humanos, fornecem orientação clara aos governos para que protejam da exposição à fumaça ambiental do cigarro os trabalhadores e a população em geral, e abrem uma via legal apropriada para que as pessoas possam defender o seu direito a ambientes saudáveis, livres de tabaco.

### *Impostos e preços*

A relação entre os preços dos produtos do tabaco e os rendimentos da população (acessibilidade ao tabaco), bem como a relação desses preços com os de outros produtos de consumo, figuram entre os principais fatores que determinam sua aquisição (133). Entre 1990 e 2001 foram mais os países das Américas onde



diminuiu o preço dos cigarros com relação aos rendimentos, que aqueles onde essa relação aumentou. O custo médio de 100 maços de cigarro de cigarros como percentagem do PIB per capita entre 1999–2001 foi mais elevado no Equador (perto de 9%) e mais baixo nos Estados Unidos (menos de 2%) (134). Não se dispõe atualmente de uma análise detalhada sobre as modificações mais recentes na acessibilidade (preço relativo) ao tabaco, mas esta deveria ser uma importante prioridade de monitoramento para poder compreender as mudanças no consumo per capita.

Na maioria dos países não se presta à devida atenção à repercussão do preço relativo (acessibilidade) sobre o consumo de tabaco e, por outra parte, na Região, não se recorreu suficientemente à política fiscal como ferramenta para reduzir o consumo. Conseqüência disso é que freqüentemente o tabaco resulta mais barato (ou acessível), e não menos, com o decorrer do tempo. Entretanto, alguns países, entre eles o México e o Uruguai, estabeleceram aumentos moderados de impostos ao consumo de tabaco nos últimos anos, como parte específica dos seus planos contra o tabagismo; ou bem, como no caso da Jamaica, para financiar os custos médicos. O Suriname incrementou significativamente os impostos aos cigarros em 2006, o que de fato dobrou o preço de venda.

#### *Advertências do risco à saúde impressas nas embalagens*

Advertências bem visíveis sobre os riscos para a saúde, impressas nas embalagens de cigarros, oferecem informação valiosa aos fumantes e os motivam a tentar deixar o hábito ou a reduzir o consumo. Estudos realizados no Brasil e no Canadá indicam que essas advertências foram muito eficazes em comunicar os riscos para a saúde e em motivar aos fumantes a tentar deixar o hábito ou a fumar ao ar livre, longe das suas famílias (135, 136).

Na atualidade, quatro países das Américas (Brasil, Canadá, Uruguai e Venezuela) exigem que as embalagens exibam imagens de advertência; por sua parte, Panamá e alguns países da Comunidade do Caribe (CARICOM) estão considerando a possibilidade de implantar esse requisito.

#### *Eliminação da publicidade e promoção do tabaco*

A promoção do tabaco foi correlacionada ao aumento do consumo e à iniciação dos jovens no hábito de fumar (137). Existem provas de que as restrições sobre a promoção são efetivas só quando proíbem completamente todas ou a maioria das formas de propaganda direta e indireta (138). Isso acontece porque quando são sancionadas disposições restringindo alguma forma de publicidade do tabaco ou sua apresentação em algum meio de comunicação (rádio, televisão, etc.), as empresas de fumo simplesmente reorientam seus recursos para os tipos de promoção onde tal proibição ainda não é aplicada.

Embora o CMCT exige dos países que proíbam a promoção do tabaco antes de transcorridos cinco anos da entrada em vigência do tratado, na Região só o Brasil (que permite a promoção uni-

camente nos pontos de venda), o Canadá (que permite alguns tipos de promoção) e Cuba impõem restrições à promoção do consumo de tabaco consideradas suficientemente abrangentes para reduzir o consumo. Embora no Chile foi aprovada em 2006 uma lei que proíbe muitas formas de publicidade do tabaco, suas disposições omitem proibir às empresas de fumo os patrocínios publicitários e outras formas de publicidade indireta, com o qual a lei perde eficácia. É possível que a representação do consumo de tabaco na cinematografia tenha sido o veículo promocional mais importante nos últimos anos. Diversas pesquisas comprovaram que os jovens não fumantes expostos a tais filmes são quase três vezes mais propensos a iniciar-se no hábito de fumar que os não expostos (139). Os organismos de saúde pública, incluída a OMS, brindaram seu apoio a vários princípios que reduziriam a repercussão da exibição do consumo de tabaco no cinema (140); até a data, nenhum estúdio cinematográfico importante dos Estados Unidos aceitou aplicar esses princípios.

#### **Atividades da indústria do fumo**

A indústria do fumo na Região é um oligopólio controlado por duas empresas transnacionais, a British American Tobacco e a Philip Morris International. A OPAS e outros organismos documentaram as estratégias da indústria do fumo para rebater as políticas eficazes de controle do tabaco, utilizando documentos supostamente probatórios das próprias empresas (127). Uma das campanhas mais populares da indústria na Região é o programa chamado “Convivência em Amônia”, que promove o compartilhamento de espaços para fumantes e não fumantes como tática para neutralizar as leis que exigem a habilitação de ambientes livres de tabaco. Este programa voltou a ser lançado recentemente no México (141), onde existe crescente pressão comunitária para que sejam aplicadas leis que proíbem o fumo. Outra estratégia habitual aproveita os programas escolares de prevenção ao tabagismo destinados aos jovens; com efeito, vários governos das nações americanas, mediante os ministérios de Saúde ou de Educação, contataram às empresas de fumo para co-patrocinar esses programas, que demonstraram ser ineficazes. A British American Tobacco informa que patrocinou programas de promoção da saúde para jovens na Venezuela (142), e a Philip Morris International lançou nas escolas do Uruguai seu programa “Eu tenho P.O.D.E.R.”. Iniciativas mais recentes das empresas de fumo consistem em colocar voluntariamente mensagens mais visíveis de advertência sanitária nas embalagens de cigarros (143), como uma forma de evitar que os governos imponham formas de advertência mais enérgicas.

As reações das empresas de fumo revelam quais são as medidas de controle que percebem como mais ameaçadoras para suas vendas, e se reforçam assim as comprovações independentes para avaliar a eficácia dessas medidas na redução do consumo de tabaco.

### Pleitos judiciais

Em agosto de 2006, em um julgamento civil iniciado pelo Departamento de Justiça (*os Estados Unidos vs. Philip Morris et al*), o Tribunal Federal do Distrito de Columbia determinou que várias empresas de fumo desse país eram culpadas de atividades ilegais contempladas na denominada lei RICO (*Racketeer Influenced and Corrupt Organizations*) que caça as organizações corruptas e mafiosas, e dispôs diversas medidas que incluíam a proibição de utilizar termos enganosos como “suave” e “de baixo conteúdo de alcatrão”. As empresas de fumo apelaram e o Tribunal Federal de Apelações concedeu uma suspensão da sentença e da proibição mencionada, assinalando que não se exigirá a aplicação das medidas dispostas na instância anterior até os tribunais se pronunciarem sobre todas as apelações apresentadas (144).

Muitas ações legais promovidas em representação de um grupo de afetados, reclamações individuais, julgamentos pela recuperação de gastos médicos e outras ações judiciais continuam pendentes nos Estados Unidos e no Canadá. Entretanto, a British American Tobacco informa que os únicos países da Região com mais de cinco ações judiciais em andamento contra a empresa são a Argentina e o Brasil (145).

### Desafios e prioridades para o futuro

A indústria do fumo continua sendo o principal obstáculo para a redução da morbidade e a mortalidade causadas pelo tabaco nas Américas. Segundo em importância é a incapacidade dos sistemas de saúde pública em muitos países para atribuir alta prioridade à prevenção do consumo de tabaco, ao invés de concentrar-se em estratégias ineficazes em termos de custos, tais como os programas individuais para parar de fumar e os programas educacionais escolares (que não funcionam). Embora alguns estudos de acompanhamento de curto prazo dos programas escolares tenham registrado uma menor prevalência entre os jovens a avaliação da eficácia no longo prazo indica em forma convincente que não resultam efetivos (146). Possivelmente possam melhorar os conhecimentos dos alunos sobre os perigos do fumo, mas no longo prazo não diminuem o tabagismo dos jovens. A exortação lógica destes programas, combinada com a sua falta de eficácia em reduzir efetivamente o tabagismo, explica por que a indústria do fumo os vem apoiando durante tanto tempo. Entretanto, a situação está mudando: a vigência do CMCT da OMS mobilizou aos governos e as ONGs no sentido de fortalecer as ações para reduzir o consumo de tabaco, insistindo mais nas medidas comprovadamente efetivas em função do custo e de maior repercussão sobre a população.

Uma das conquistas centrais do CMCT consiste no reconhecimento pelos governos da necessidade de colaborar a nível mundial para assegurar o intercâmbio de experiências bem-sucedidas e para que os países mais ricos apoiem a aplicação do CMCT nos países em desenvolvimento. O desafio pendente está em as-

“O progresso econômico nos países em desenvolvimento em anos recentes representou um aumento dramático do trânsito carreteiro. Apesar da falta de dados confiáveis, existem indicações de que, depois das doenças transmissíveis, os acidentes estão se tornando a causa mais importante de morbidade e mortalidade em muitos dos países em desenvolvimento da Região.”

Héctor Cunha, 1982

segurar que o espírito do CMCT seja traduzido em ações, contribuindo com maiores recursos aos países que mais os necessitem.

### ÁLCOOL

O consumo de álcool no mundo tem se tornado um dos riscos mais significativos para a saúde. Segundo o *Relatório sobre a saúde no mundo 2002* (147), deve atribuir-se ao álcool 4,0% da carga de morbidade, equivalente a 58,3 milhões dos AVAD perdidos, e 1,8 milhões de falecimentos, quer dizer, 3,2% de todas as mortes no mundo. O álcool é o principal risco para a saúde nos países em desenvolvimento de baixa mortalidade, onde é causa de 6,2% dos AVAD perdidos, e o terceiro risco nos países desenvolvidos, onde representa 9,2% dos AVAD perdidos. Na Região das Américas, é o principal fator de risco entre os 27 fatores diferentes avaliados na carga de morbidade (148) conforme mostrado no quadro 24.

A carga de morbidade pelo consumo de álcool na Região é tão considerável que ultrapassa as percentagens mundiais: 4,8% dos falecimentos e 9,7% dos AVAD no ano 2000 (em comparação com 3,2% e 4,0% no mundo, respectivamente) são atribuíveis ao consumo de álcool, e a maior parte corresponde a América Central e América do Sul (149). Calcula-se que causou pelo menos 279.000 falecimentos nesse ano, quantidade proporcionalmente maior que a média mundial, e que a da Europa (148). As lesões intencionais e não intencionais representaram quase 60% de todas as mortes relacionadas com o álcool e quase 40% da morbidade pela mesma causa. A maior parte da carga de morbidade afeta os homens (83,3%); 77,4% da morbidade corresponde à população de 15 a 44 anos, ou seja, principalmente aos jovens e aos adultos jovens na idade mais produtiva. O quadro 25 resume os resultados de mortalidade relacionados com o álcool no ano 2002, comparando a Região das Américas com as cifras mundiais. Observa-se que os resultados de 2002 foram muito semelhantes aos de 2000.

### O consumo de álcool, a saúde e os problemas sociais

O consumo de álcool embora muito difundido na maioria dos países americanos, não está isento de riscos. Trata-se essencial-

**QUADRO 24. Principais fatores de risco da carga de morbidade e percentagem total do AVAD, Região das Américas, 2000.**

AMER D <sup>a</sup>		AMER B <sup>a</sup>		AMER A	
Mortalidade alta		Mortalidade baixa		Mortalidade muito baixa	
Álcool	11,4%	Álcool	11,4%	Tabaco	13,3%
Baixo peso ao nascer	5,3%	Sobrepeso	4,2%	Álcool	7,8%
Sexo sem proteção	4,8%	Hipertensão	4,0%	Sobrepeso	7,5%
Falta de saneamento	4,3%	Tabaco	3,7%	Hipertensão	6,0%
Sobrepeso	2,4%	Colesterol alto	2,3%	Colesterol baixo	5,3%
Hipertensão	2,2%	Sexo sem proteção	2,1%	Baixo consumo de frutas e hortaliças	2,9%
Deficiência de ferro	1,9%	Exposição ao chumbo	2,1%	Inatividade física	2,7%
Fumaça nas moradias (uso de combustíveis)	1,9%	Sob consumo de frutas		Sexo sem proteção	2,6%
Colesterol alto	1,1%	Falta de saneamento	1,8%	Sexo sem proteção	1,1%
Baixo consumo de frutas e hortaliças	0,8%	Inatividade física	1,4%	Deficiência de ferro	1,0%

<sup>a</sup>Para facilitar a análise das causas de morte e da carga de morbidade, os 192 Estados Membros da OMS foram divididos em cinco grandes grupos de mortalidade, com base nos níveis de mortalidade dos menores de 5 anos e dos jovens de 15 a 19 anos. O grupo AMER D inclui os países em desenvolvimento da Região das Américas com alta mortalidade infantil e adulta; o grupo AMER B inclui os países em desenvolvimento da Região com baixa mortalidade infantil e adulta, e o grupo AMER A os países desenvolvidos da Região com muito baixa mortalidade infantil e baixa mortalidade adulta. O quadro 5 neste capítulo apresenta a lista dos países incluídos em cada grupo.

**Fonte:** Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, com base em dados do Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehm N et al. Alcohol use. Em: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, eds. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of diseases due to selected risk factors (Vol. 1). Geneva: WHO; 2004, pp. 959–1108.

**QUADRO 25. Mortalidade atribuível ao álcool nas Américas e no mundo, 2002.**

	Região das Américas		No mundo	
	No. de mortes	Percentagem de todas as mortes atribuíveis ao álcool	No. de mortes	Percentagem de todas as mortes atribuíveis ao álcool
Morbilidade materna perinatal	203	0,1	3.057	0,2
Câncer	37.006	14,0	377.968	21,2
Morbilidade neuropsiquiátrica	27.492	10,4	113.603	6,4
Doenças cardiovasculares	-3.249 <sup>a</sup>	-1,2	196.646	11,0
Outras doenças não transmissíveis	46.657	17,6	237.985	13,3
Lesões não intencionais	88.409	33,4	585.553	32,8
Lesões intencionais	68.180	25,8	269.155	15,1
Total de mortes relacionadas com o álcool	264.697	100,0	1.783.567	100,0
Percentagem das mortes atribuíveis ao álcool com relação ao total de mortes				
Morbilidade materna perinatal	4,4		3,1	

<sup>a</sup>As cifras negativas correspondem à quantidade de vidas salvas pelo consumo reduzido de álcool e seus efeitos benéficos sobre as doenças cardiovasculares.

**Fonte:** Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, com base em dados do Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehm N et al. Alcohol use. Em: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, eds. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of diseases due to selected risk factors (Vol. 1). Geneva: WHO; 2004, pp. 959–1108.

mente de uma droga intoxicante causadora de dependência, e consumida principalmente pelos seus efeitos psicoativos que alteram as percepções e a conduta. O vício do álcool (comumente denominado alcoolismo) é um transtorno do comportamento vital caracterizado por dependência, que implica um deficiente controle pessoal do seu consumo, tolerância crescente aos seus

efeitos, síndrome de abstinência, ânsia de beber, e consumo incessante não obstante os reiterados problemas de saúde e sociais que afligem aos bebedores.

Apesar das grandes variações sub-regionais no consumo per capita de álcool, a média nas Américas, ponderada por população, é de 8,9 litros, muito acima da média mundial de 5,8 litros

**QUADRO 26. Consumo de álcool em países selecionados das Américas, 2000.**

País	Consumo por Capital <sup>a</sup>	Consumo não registrado <sup>b</sup>	Pautas de consumo de álcool <sup>c</sup>	Porcentaje de abstemios		Consumo per capita por bebedor <sup>d</sup>
				Homens	Mulheres	
Argentina	16,3	1,0	2	7	21	19,0
Barbados	7,4	-0,5	2	29	70	14,8
Belize	6,4	2,0	4	24	44	9,7
Bolívia	5,7	3,0	3	24	45	8,7
Brasil	8,6	3,0	3	13	31	11,1
Canadá	9,4	1,0	2	17	28	12,1
Chile	8,3	1,0	3	31	47	13,6
Colômbia	8,3	2,0	3	31	47	13,6
Costa Rica	6,7	2,0	3	45	70	15,9
Cuba	5,7	2,0	2	29	70	11,4
Equador	5,5	3,7	3	41	67	12,0
El Salvador	4,6	2,0	4	9	38	6,0
Estados Unidos	9,5	1,0	2	28	43	14,8
Guatemala	3,7	2,0	4	49	84	11,2
Guiana	12,1	2,0	3	20	40	17,3
Haiti	5,4	0,0	2	58	62	13,5
Honduras	4,2	2,0	4	9	38	5,5
Jamaica	4,3	1,0	2	29	70	8,6
México	8,2	4,0	4	36	65	16,7
Nicarágua	3,7	1,0	4	9	38	4,9
Paraguai	9,6	1,5	3	9	33	12,2
Peru	5,4	1,0	3	17	24	6,8
República Dominicana	5,7	1,0	2	12	35	7,5
Suriname	6,0	0,0	3	30	55	10,5
Trinidade e Tobago	2,4	0,0	2	29	70	4,8
Uruguai	9,5	2,0	3	25	43	14,4
Venezuela	9,6	2,0	3	30	55	16,8

<sup>a</sup>Em litros de álcool puro, incluído o consumo não registrado.

<sup>b</sup>Em litros de álcool puro.

<sup>c</sup>Pontuação de risco alcoólico, onde 1 = menos prejudicial, e 4 = mais prejudicial.

<sup>d</sup>Consumo per capita por bebedor, em litros de álcool puro, incluído o consumo não registrado.

**Fonte:** Adaptado do Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of diseases in the Americas: implications for alcohol policy. *Rev Panam Saúde Pública* 2005;18(4/5): 241-248; 2005.

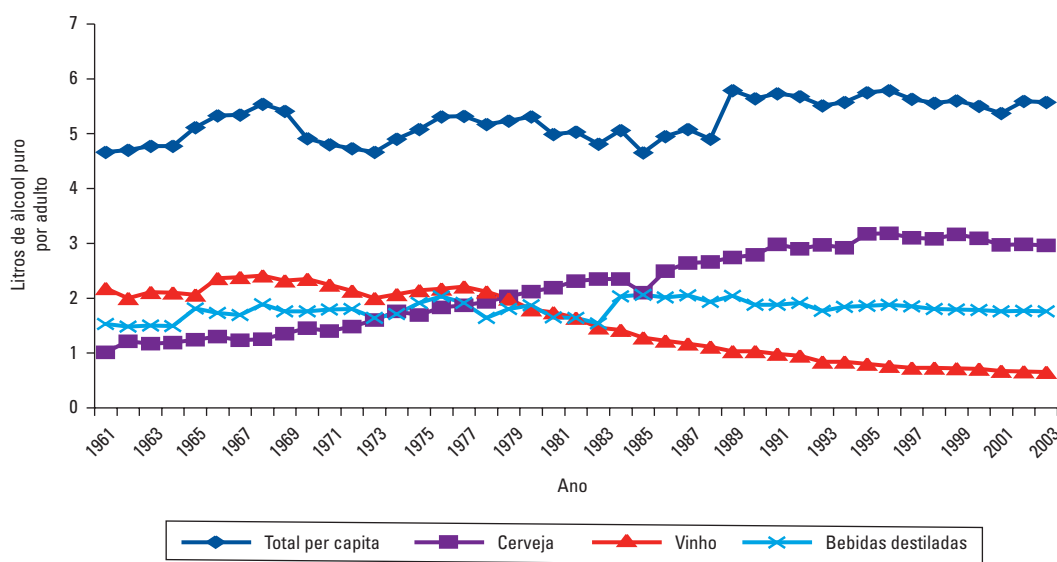
(148) (quadro 26). Na figura 25 são exibidas as tendências de consumo na América Central e na América do Sul dos últimos 40 anos, por tipo de bebida. Estas tendências só mostram o consumo de álcool registrado e não incluem a produção doméstica ou clandestina de bebidas alcoólicas, consideradas significativas na Região. Os números indicam que o consumo de cerveja está aumentando em forma sustentada, enquanto o de vinhos diminuiu ou se acha estabilizado. O consumo de bebidas destiladas também aumentou com o decorrer dos anos.

Várias nações da Região são grandes produtoras de bebidas alcoólicas, e os impostos sobre as vendas representam para os respectivos governos fontes importantes de receita. Entretanto, até em países como os Estados Unidos e o Canadá, onde os lucros decorrentes do álcool são enormes, a análise dos custos do consumo de álcool indica que estes ultrapassam amplamente as receitas geradas. Nos Estados Unidos, o custo econômico estimado do consumo de álcool em 1992 foi de US\$ 148.000 milhões, in-

clusos mais de US\$ 19.000 milhões gastos em assistência médica, mas em 1998 aumentou um 25% até alcançar os US\$ 184.600 milhões (150), quer dizer, aproximadamente US\$ 638 per capita. No Canadá, os custos econômicos do consumo de álcool representam um 2,7% do PIB, equivalente a US\$ 18.400 milhões em 1992 (151). Não existem estudos similares para os países em desenvolvimento da Região.

Calcula-se que em muitos dos países em desenvolvimento o consumo de álcool elaborado ou destilado ilegalmente no lar, ou de contrabando, corre *pari passu* com o consumo de bebidas alcoólicas produzidas comercialmente. Isso constitui um desafio tanto do ponto de vista do conhecimento, porque esse consumo resulta difícil de registrar, quanto da perspectiva da saúde pública, porque sua produção e qualidade não estão sujeitas a nenhum controle. Estima-se que na maioria dos países latino-americanos ficam sem registrar de 11% a 55% do consumo total de álcool (152).

**FIGURA 25. Consumo de álcool em maiores de 15 anos registrado na América Central e América do Sul, por tipo de bebida, 1961–2003.**



Fonte: Adaptado do Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Rev Panam Saúde Pública* 2005;18(4/5): 241–248; 2005.

Vários fatores interconectados se combinam para causar os efeitos nocivos do álcool. O consumo de álcool é medido e caracterizado por três elementos importantes: a quantidade de álcool consumida por ano, a quantidade consumida em uma vez só, e o contexto e circunstâncias em que é ingerido (153). Na Região, é muito comum o consumo excessivo ocasional de álcool, o que configura um padrão de consumo prejudicial que implica em danos para a saúde, e que se traduz em problemas relacionados com lesões intencionais e não intencionais, dentre eles homicídios, acidentes de trânsito, violência, sufocamento, quedas, queimaduras, intoxicações e suicídios. Ao mesmo tempo, uma fração significativa de pessoas que padecem transtornos relacionados com o álcool, em particular de dependência, com o decorrer do tempo apresentam problemas crônicos de saúde que finalmente se traduzem em muitos anos de vida perdidos por incapacidade; todo isso representa mais de 50% de toda a carga de morbidade relacionada com o álcool. Calcula-se que na América Latina no Caribe há mais de 30 milhões de pessoas passíveis de aplicação dos critérios diagnósticos de transtornos por consumo de álcool, e que mais de 75% delas não receberam qualquer assistência médica (154).

O consumo generalizado de bebidas alcoólicas está associado com outra ampla gama de conseqüências tanto para a saúde como sociais, dentre elas, lesões relacionadas com a prática de esportes e lazer; diminuição da produtividade no trabalho, vários tipos de câncer, hepatopatia crônica, cardiopatia e doenças do sistema nervoso central e periférico. Os problemas relacionados

com o álcool estendem-se também a outras pessoas, como ocorre na violência doméstica, nos maus tratos a crianças, no comportamento violento e nos traumatismos ou a morte de passageiros em automóveis ou pedestres causados por pessoas que dirigem sob os efeitos do álcool.

Beber até a embriaguez é uma causa significativa de danos relacionados com o álcool e ocasiona a maior percentagem do AVAD perdidos em todos os países da América Latina e do Caribe; do mesmo modo, está fortemente relacionado com lesões não intencionais, com conseqüências sociais negativas e diminuição da produtividade industrial. Estas conseqüências negativas costumam ter uma repercussão particular sobre os jovens. Embora o consumo de álcool per capita diminuiu ou se estabilizou no Canadá e nos Estados Unidos, beber em forma compulsiva, especialmente entre os jovens, é um hábito que está em aumento em muitos países da Região, incluindo o México, o Brasil, o Peru, a Bolívia, o Uruguai e o Chile (152). Nos países em desenvolvimento, os bebedores jovens estão adotando as modalidades de consumo dos jovens de países desenvolvidos (155). Os jovens, quando comparados com outras faixas etárias, correm mais riscos de ver-se envolvidos em acidentes por conduzir sob os efeitos do álcool, assim como de incorrer em condutas violentas e de sofrer alterações familiares relacionadas com a bebida.

O consumo de álcool está também associado com outros comportamentos de alto risco, como as relações sexuais sem proteção, ou a utilização de outras substâncias psicoativas. Por essa razão, o uso de álcool apresenta um alto grau de co-morbidade

com os transtornos causados pela utilização de outras substâncias que produzem alterações, como a dependência da nicotina, e com as doenças sexualmente transmissíveis (DST). Estudos recentes sugerem a existência de uma associação entre os transtornos causados pelo álcool e a infecção pelo HIV/AIDS.

Finalmente, muitos dos problemas sociais relacionados com o álcool não podem ser calculados com exatidão, mas se considera que suas repercussões têm um custo muito grande para a sociedade em termos de desamparo, sofrimento e destruição do entorno familiar, perdas de rendimentos familiares (além das causadas pela perda de produtividade trabalhista), traumas psicológicos dos filhos de pais alcoólicos, conseqüências em longo prazo da violência doméstica, perturbações na vida da comunidade, fracasso escolar ou diretamente o abandono dos estudos, entre outros.

### O significado cultural do álcool e suas conseqüências na população indígena

Na maior parte da Região, as bebidas alcoólicas eram já conhecidas e consumidas antes do contato com os europeus 500 anos atrás. Durante o transcurso de sua várias vezes milenares história as bebidas alcoólicas eram produzidas principalmente em forma local, em escala doméstica ou de pequenas comunidades, utilizando matérias primas locais e procedimentos tradicionais transmitidos de geração em geração. Essas bebidas, produzidas pela fermentação de grãos, frutas ou outras substâncias orgânicas, continham um baixo teor de etanol. Figuram entre elas o vinho, a cerveja, a cidra, a levedura fermentada e uma variedade de outras bebidas de conteúdo etílico produzidas em determinadas áreas.

As cervejas, as cidras, a *caixa* (bebida preparada com milho fermentado, de consumo habitual no Peru) e a levedura fermentada não podiam ser conservadas inalteradas por muito tempo e os meios de transporte eram limitados, de modo que a produção local era consumida em pouco tempo. A maior parte dessa bebidas não era vendida nos mercados, mas eram consumidas dentro do lar, presenteadas em sinal de generosidade ou de hospitalidade, ou compartilhadas nas festividades comunitárias e dentro dos circuitos locais de intercâmbio, em celebração do final das colheitas ou da terminação de uma obra coletiva. A produção de álcool pressupõe a existência de um excedente agrícola sobre o mínimo necessário para a subsistência. Por esse motivo, e também pelo potencial embriagante, em muitas sociedades as bebidas alcoólicas eram consideradas produtos especiais e seu consumo costumava ser restrito a determinados grupos da população, ou a certas ocasiões ou a cerimônias religiosas (156).

Posteriormente durante o século XVI, quando se conheceu e se difundiu em escala comercial a destilação, a disponibilidade de bebidas alcoólicas aumentou substancialmente e se tinha acesso a elas em qualquer época do ano, independentemente do clima. As bebidas destiladas passaram a ser um item importante

no comércio colonial (157): o rum fluía do Caribe para América do Norte, e variedades mais baratas de álcool industrial, denominados licores destilados comerciais, eram trazidos da Europa. Há muitas destas bebidas destiladas na Região, dentre elas a aguardente, a *cachaça* (bebida destilada elaborada a base de cana de açúcar, de consumo habitual no Brasil), o *porque*, o *pisco*, etc. Por outro lado, durante a colonização o álcool era utilizado como meio de exploração, de maneira que o consumo de bebidas fermentadas perdeu a maior parte do seu significado cultural.

O estreito contato com as populações urbanas e a aculturação levaram a um consumo amplamente difundido de bebidas alcoólicas por grupos originários, bem como a graves problemas sociais e de saúde relacionados com o abuso do álcool, e potencializados pela pobreza. Em 2002, Seale et al. (158) relataram taxas muito elevadas de consumo de álcool, em uma comunidade indígena na Venezuela —86,5% dos homens e 7,5% das mulheres declararam beber em excesso—, ao tempo que discussões grupais focando esse tema revelaram que “as pautas tradicionais de embriaguez festiva ocasional com licor de milho tinham sido gradualmente substituídas pelo consumo de cerveja comercial e rum a intervalos mais freqüentes e com conseqüências sociais mais negativas”.

Nas comunidades indígenas da Bolívia, do Brasil, do México, da Nicarágua e do Panamá, se informou que o consumo de álcool era uma antiga tradição mesmo antes da colonização (159), principalmente com fins terapêuticos, medicinais ou rituais, ou conjuntamente com alimentos em determinadas festividades. Entretanto, depois da colonização, as bebidas tradicionais consumidas pelas populações indígenas foram sendo paulatinamente substituídas por bebidas destiladas. Com o passar do tempo, o consumo de álcool aumentou e se estendeu às novas comunidades indígenas, especialmente entre os homens jovens, que freqüentemente bebem até a embriaguez. A maior acessibilidade e disponibilidade do álcool, bem como a carência de serviços de saúde, educacionais e outros, que cubram em alguma medida suas necessidades, combinam-se com condições de vida e de trabalho, já deficientes, para produzir uma elevada morbidade e mortalidade por causas relacionadas com o álcool nessas comunidades (160).

Em conclusão, o álcool não é um produto como qualquer outro (161), e embora muitas pessoas o associam com o prazer e a sociabilidade, seu consumo implica também graves riscos para a saúde e as relações sociais (152). Para abordar o risco que representam para a saúde pública os efeitos nocivos do consumo de álcool, são necessárias estratégias coordenadas, integrais e eficazes.

### O caminho para frente

O desenvolvimento socioeconômico tende a estar associado com níveis mais altos de consumo de álcool, e dos danos que provoca, na medida em que pessoas com maiores rendimentos gas-



### JANELA 1. Redução do horário de venda de bebidas alcoólicas em Diadema

O Prefeito de Diadema, cidade industrial de quase 400.000 habitantes na Região da Grande São Paulo, apresentou um projeto de lei em 2002 para obrigar os 4.800 bares e restaurantes da cidade a suspender a venda de bebidas alcoólicas das 23:00 às 06:00. Desde a aprovação da lei, o número de homicídios diminuiu 47,4%, o de acidentes de trânsito 30%, o de agressões contra as mulheres 55%, e a quantidade de despesas hospitalares relacionadas ao consumo de álcool reduziu 80%. Contrariamente à crença popular, depois da sanção da lei, a atividade comercial se intensificou, aumentaram os investimentos e a geração de empregos foi incentivada. Ao menos outros 120 municípios seguiram o exemplo de Diadema, e também no Estado de Pernambuco foi aprovada recentemente uma lei semelhante. O governo federal está agora oferecendo financiamento adicional para a manutenção da ordem em municípios que limitam o consumo de álcool e lutam contra a violência urbana (162).

tarão mais em bebidas alcoólicas e beberão excessivamente (uma vez que aumenta a acessibilidade e disponibilidade das bebidas alcoólicas) (161). Por sua vez, para pessoas que vivem em condições de pobreza as despesas que representa o consumo de álcool podem arruinar a economia familiar e reduzir as possibilidades de educação, moradia, nutrição, saúde e acesso a outros bens e serviços (160). A publicidade do álcool e a baixa conscientização a respeito das conseqüências negativas de beber em excesso, combinadas com a falta de políticas que limitem a disponibilidade de bebidas alcoólicas, deixam às pessoas afetadas sem médios para recuperar-se ou escolher alternativas mais saudáveis.

A informação disponível é limitada, mas há provas suficientes de que é necessário atuar tanto no nível nacional como regional. A prevenção dos efeitos nocivos relacionados com o álcool, portanto, deve ser uma prioridade para a saúde pública nas Américas. Neste sentido, dispõe-se de políticas eficazes, provadas nos países da Região e do resto do mundo, das quais a experiência de Diadema (Brasil) proporciona um exemplo recente (janela 1).

As políticas efetivas, para diminuir a mortalidade e a incapacidade por toda causa, também visam a reduzir todas as formas de consumo de álcool mediante impostos e controles de preços, e a limitar sua disponibilidade (horas e locais de venda, venda a menores). As políticas também podem prestar atenção especial à redução de casos específicos individuais, incluída a legislação para evitar a direção de veículos sob efeitos do álcool, as intervenções breves para bebedores precoces, e a implantação de programas de capacitação para um serviço responsável por bebidas alcoólicas. Controlar a venda de bebidas alcoólicas aos jovens apoiaria estas políticas e ajudaria a modificar as normas sociais relativas a beber e a embriagar-se.

As seguintes intervenções são cruciais para abordar a disponibilidade e a demanda de bebidas alcoólicas, as respostas apropriadas para tratar os danos causados pelo consumo abusivo, e a necessidade de criar mecanismos para facilitar e consolidar os esforços tendentes a reduzir seus efeitos nocivos. Elas se funda-

mentam na última revisão dos dados probatórios da eficácia de uma ampla gama de políticas contra o abuso do álcool, patrocinada pela OMS e publicada pela Oxford University Press (161), e em uma análise da rentabilidade das diversas intervenções para reduzir a mortalidade e a morbidade relacionadas com o álcool (163).

- Criar um sistema de impostos ao álcool orientado especificamente a reduzir os danos derivados do consumo e baseado no conteúdo de álcool, a fim de proporcionar uma ferramenta útil para aumentar o custo das bebidas em relação direta com seu potencial para produzir efeitos nocivos.
- Estabelecer mecanismos legais e regulamentares para a produção, importação, venda no varejo, disponibilidade e consumo de bebidas alcoólicas, que incluam uma idade mínima para o consumo e a aquisição de bebidas alcoólicas; restrições relacionadas com as horas, dias e locais de venda; um sistema de concessão de licenças para regular a distribuição no atacado e no varejo de bebidas alcoólicas, que forneça os mecanismos para punir a quem as vender mediante quaisquer ações destinadas a promover ou estimular os danos à saúde, e as conseqüências sociais negativas do abuso do álcool; permissões de importação; controle das vendas ilegais, e normas de qualidade para a produção de bebidas alcoólicas.
- Fortalecer de maneira apropriada os organismos encarregados de fazer cumprir as leis e as normas sobre o consumo de álcool.
- Considerar as bebidas alcoólicas como mercadorias objeto de tratamento especial nos acordos de comércio internacional, para reforçar a capacidade nacional e local em matéria de saúde pública e controle dos mercados de álcool.
- Aproveitar as campanhas de comercialização para informar melhor à população sobre os prejuízos que levam à embriaguez, a condução de veículos sob os efeitos do álcool, e o consumo excessivo durante a gravidez, entre outros.

- Atribuir a uma dependência governamental ou autarquia a responsabilidade de monitorar e fazer cumprir as regulamentações e proibições relativas à publicidade e promoção de bebidas alcoólicas na mídia, na Internet, na imprensa e em cartazes publicitários, bem como em eventos culturais, juvenis e esportivos, levando em conta particularmente sua repercussão na juventude.
- Integrar e difundir nos serviços de atenção primária da saúde a detecção precoce de problemas com a bebida e as intervenções breves para encará-los.
- Desenvolver modalidades de tratamento integradas ao sistema geral de saúde e acessíveis às pessoas afetadas, que respondam à ampla gama de problemas relacionados com o álcool.
- Evitar a condução de veículos sob os efeitos do álcool medindo as concentrações de álcool no sangue e fixando um patamar baixo de teor de álcool no sangue (CS de 0 a 0,05%) para os motoristas; tolerância zero para os condutores novos que tenham consumido álcool; provas aleatórias de alcoolemia; postos de controle de sobriedade, e suspensão das carteiras de habilitação por simples decisão administrativa.
- Desenvolver sistemas de informação para o acompanhamento do consumo de álcool e dos problemas relacionados, como uma maneira de supervisionar a execução e a efetividade das mudanças de política.
- Apoiar e financiar as organizações locais na definição de estratégias para que a comunidade, e as próprias organizações, encarem os problemas relacionados ao consumo de bebida alcoólica.

## VIOLÊNCIA

### Lesões intencionais e não intencionais

A violência e as lesões não intencionais comportam custos particularmente elevados associados à mortalidade, a morbidade e aos traumatismos, na Região das Américas. As lesões intencionais, ou as lesões decorrentes da violência, podem ser interpersonais (homicídio), auto-inflingidas (suicídio) ou coletivas. As lesões não intencionais incluem os traumatismos causados no trânsito, afogamento, quedas, queimaduras e intoxicações.

O *Relatório mundial sobre a violência e a saúde* da OMS, em termos abrangentes, define a violência como “o uso intencional da força ou o poder físico, de fato ou como ameaça, contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo ou comunidade, que cause ou tenha muitas probabilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, transtornos de desenvolvimento ou privações” (164). Isto inclui o dano físico, sexual ou psicológico, e aquele causado pela privação, e se aplica à violência intrafamiliar dirigida principalmente contra as crianças, as mulheres e os idosos, à violência infligida pelas pessoas jovens ou contra elas, e às distintas formas de violência coletiva produzidas por razões políticas,

econômicas ou sociais. Como resultado de uma complexa interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais, a Região das Américas é uma das mais violentas do mundo. O modelo ecológico incluído no *Relatório* aponta os fatores de risco, dentre eles, o alto grau de tolerância cultural à violência, a fraqueza dos sistemas judiciais e a desigualdade social. No âmbito das relações individuais e familiares, uma história de ter sido vítima ou testemunha de violência, a violência familiar, e a pressão dos pares ou companheiros são fatores de risco bem conhecidos de comportamento violento no futuro.

Conforme dados oficiais, na última década ocorreram na Região entre 110.000 e 120.000 homicídios, e entre 55.000 e 58.000 suicídios (165). Diversas pesquisas ajudaram a compreender os fatores que contribuem a criar um clima que incita à violência. Assim, estudos especializados indicam que o risco para as mulheres de serem vítimas da violência aumenta quando têm: cinco ou mais filhos, antecedentes familiares de violência, problemas econômicos, falta de trabalho, falta de qualificação, ou moram em bairros marginais e inseguros das áreas urbanas (166). Quanto à violência juvenil, os fatores que aumentam o risco dos jovens de incorrerem em comportamentos violentos incluem: o abandono da escola primária, a falta de oportunidades de trabalho, terem uma família disfuncional, e terem sido vítimas ou testemunhas de violência no entorno familiar (167, 168). Igualmente, enquanto a maioria das vítimas de homicídio são homens de 15 a 44 anos de idade (169, 170), as vítimas de violência não mortal são geralmente mulheres, crianças e idosos. Nos níveis individual, familiar, comunitário e nacional, a violência se tornou norma, e como o comportamento violento é, em grande parte aprendido, o ciclo continua ao longo das gerações.

Em geral, os recursos financeiros para combater a violência visam à repressão do delito. Os custos relacionados com a violência representam anualmente mais de 12% do PIB, valor que supera a percentagem de investimentos em saúde e educação (171, 172).

### Homicídios

O homicídio é um delito consistente em matar outra pessoa. A definição da OMS amplia o conceito, que é descrito na CIE-10 como: “lesões ocasionadas por outra pessoa com o intuito de lesar ou matar, por qualquer meio”, excluindo as lesões devidas à intervenção legal e a operações de guerra (173). Embora exista um número significativo de casos não registrados, de acordo com os dados nacionais considerados, nas Américas a taxa de homicídio mais elevada notificada por 100.000 habitantes nos dois últimos decênios corresponde à Colômbia. Entretanto, as taxas diminuíram significativamente nos cinco últimos anos, de 64 por 100.000 em 2001 a 50 por 100.000 em 2003, e finalmente, a 38 por 100.000 em 2005. A maioria das vítimas e dos agressores eram homens de áreas urbanas, e muitas das mortes violentas foram consequência de conflito armado em andamento (170, 174). A

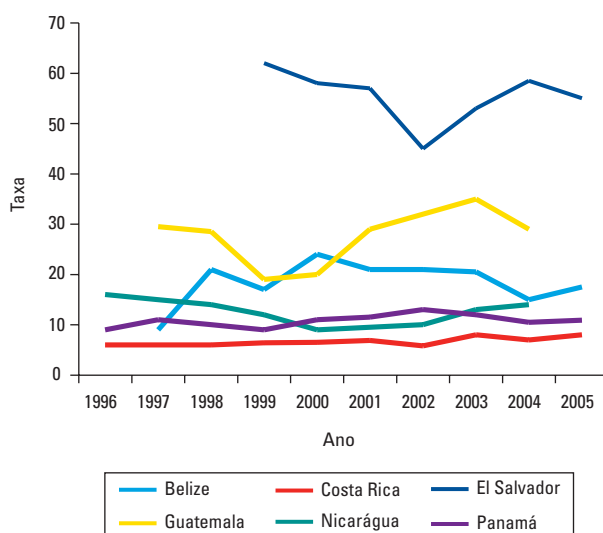
diminuição das mortes resultou principalmente de dois fatores: em primeiro lugar, à iniciativa do governo de avançar nas negociações com o objetivo de desmobilizar os paramilitares, e reduzir assim as matanças e os assassinatos, e em segundo lugar, à aplicação de programas urbanos sustentáveis que promovam a coexistência pacífica e o respeito mútuo, especialmente em Bogotá e Medellín, onde foram empreendidos programas intensivos de melhora da cultura cidadã, de redução do crime e da violência, e de reconstrução da convivência e da infra-estrutura urbana (175, 176). Esta série de programas e projetos de prevenção da violência deu como resultado uma importante diminuição das taxas de homicídio, que diminuíram de 80 por 100.000 em 1995 para 21 por 100.000 em 2005 (177).

As taxas de homicídio no Brasil, que de 1980 a 2002 aumentaram de 11,4 a 28,4 para cada 100.000 habitantes, encontram-se entre as mais elevadas da Região. Em 2000, 28% de todos os homicídios das Américas correspondiam a esse país. Os homens adultos jovens são também as vítimas mais freqüentes. Normalmente, nas cidades mais populosas as taxas de homicídio costumam ser mais altas que a média do país. Por exemplo, enquanto no período 1980–2002 a taxa de homicídio por 100.000 habitantes aumentava para mais do dobro em todo o Brasil, em São Paulo se triplicava (178).

Em Porto Rico, os homicídios constituem a décima segunda causa principal de morte, mas a quinta entre os homens. Entre 1999 e 2003 a taxa de homicídio por 100.000 habitantes foi de 47,7 para os homens e 3,5 para as mulheres. As áreas urbanas são o cenário mais freqüente, e as armas de fogo o médio mais comum. Os fatores contribuintes incluem: alta densidade de população e urbanização, uso de drogas ilícitas, tráfico de drogas, violência política e atividade delituosa organizada. As tendências da taxa de homicídio diferem entre os países. Enquanto as taxas de homicídio no grupo de 15 a 29 anos de idade diminuíram nos Estados Unidos de 21,6 para 13,4 para cada 100.000 habitantes, em Porto Rico aumentaram de 49,8 em 1999 para 54,1 em 2003. O governo porto-riquenho e o *Centro para la Prevención de la Violência Juvenil Espanha* estão trabalhando para abordar este problema por meio da melhora na aplicação da lei e da implementação de programas educacionais (179).

Na América Central, El Salvador e Guatemala apresentam taxas de homicídio superiores a 30 por 100.000 habitantes (figura 26). Nos últimos anos, foram aplicadas nestes países políticas de “mão dura” ou “mão de ferro”, com a intenção de controlar e reduzir a criminalidade, mais especificamente a das gangues de jovens. Entretanto, não obtiveram o resultado esperado, posto que no período compreendido entre 2000 e 2005 as taxas de homicídio aumentaram na Guatemala de 20,0 por 100.000 habitantes para 27,0 por 100.000 (180). Em El Salvador, apresentaram uma diminuição de 62,5 a 54,9 para 2005 (181). Honduras, apesar dos problemas nos sistemas de recopilação de dados, foi notificada uma taxa de homicídios próxima a 53 por 100.000 habitantes para 2005.

**FIGURA 26. Taxas de homicídio por 100.000 habitantes em países selecionados da América Central, 1996–2005.**



**Fonte:** Esta figura foi elaborada com base em informação obtida das referências 179 a 183 que aparecem no final deste capítulo.

Em contrapartida, os outros países da América Central apresentaram taxas de homicídio inferiores. Assim, entre 2001 e 2005, na Costa Rica as taxas oscilaram entre 5,6 e 7,2 (182), em Belize caíram de 21,0 para 15,4 (183), no Panamá, flutuaram entre 10,3 e 11,9 (184) e na Nicarágua aumentaram de 7,3 para 9,5.

Nos últimos 30 anos, na Jamaica a taxa de homicídios aumentou em forma sustentada, até chegar ao patamar de 45 por 100.000 em 2004 (185); a maioria das vítimas eram homens de 15 a 44 anos de idade, residentes em áreas urbanas, e as armas de fogo e os objetos perfurantes foram os métodos mais comuns utilizados. É importante ressaltar que os homicídios se relacionaram principalmente com brigas ou vinganças mais que com a violência de gangues ou assaltos. Na Jamaica, o custo da violência é enorme, com aproximadamente US\$ 10 milhões perdidos por causa de lesões relacionadas com a violência, e US\$ 225 milhões perdidos por todas as conseqüências da violência (186). Na Venezuela, a taxa de homicídios para cada 100.000 habitantes aumentou de 19,4 em 1998 a 50,9 em 2003. Os homens jovens, particularmente os que vivem nas áreas mais vulneráveis, são os mais afetados (187).

### Violência juvenil

A violência das gangues é atualmente uma das formas mais visíveis da violência juvenil na Região. Entre 20% e 50% de todos os delitos violentos são atribuídos às gangues (164, 181), com taxas de homicídios relacionados com gangues que em El Salvador chegam até quase 50 por 100.000 pessoas. As gangues têm geralmente um comportamento violento e criminoso, e seus

membros não se preocupam nem por esconder sua identidade nem pelas consequências das suas ações (188).

Em geral, os membros das gangues são jovens, pobres e marginalizados procedentes de áreas urbanas, que se encontram fora do sistema escolar, não têm trabalho e experimentaram violência no passado (169, 189, 190). A migração para as grandes cidades, a falta de opções sociais e de controle de armas de fogo, a ineficiência das forças de segurança, a corrupção e o tráfico de drogas são fatores que contribuem ao crescimento e à maior atividade das gangues de jovens.

O aumento da violência das gangues parece coincidir com o final dos conflitos armados na América Central na década de 90 (191, 192). O epicentro da atividade das gangues está em El Salvador, Guatemala e Honduras. Entretanto, a maior complexidade das gangues, as implicações transnacionais e trans-fronteiriças, a migração e as normas de deportação da Região, fazem deste um tema internacional. Estimativas policiais indicam que há entre 25.000 e 70.000 membros ativos de gangues, que estendem sua esfera de influência além das suas áreas urbanas, até os cantos mais remotos da América Central (193).

Em resposta ao crescente problema da violência juvenil, a OPAS, com o apoio da Agência Alemã para a Cooperação Técnica (GTZ), executou o projeto Fomento do Desenvolvimento Juvenil e Prevenção da Violência em seis países da América Latina: Argentina, Colômbia, El Salvador, Honduras, Nicarágua e Peru. Este projeto propõe linhas de ação baseadas nos seguintes cinco princípios: desenvolver e executar intervenções baseadas em dados comprovados e conceitos teóricos, e avaliá-las; insistir na promoção da saúde e do bem-estar e na prevenção da violência; aproveitar os recursos humanos e materiais que já existem no país e nos níveis locais; utilizar uma perspectiva de gênero; e incluir a participação dos jovens e de toda a comunidade na formulação de políticas e programas. Conta-se já com uma ampla documentação a escala dos países e da Região, que demonstra os progressos desta iniciativa e as dificuldades enfrentadas (194).

### **Pessoas deslocadas dentro de um país pela violência**

Colômbia é o único país da Região onde se produzem deslocamentos internos maciços de população (cerca de 2 milhões de pessoas na última década), como efeito do prolongado conflito armado que afeta ao país há mais de 40 anos. A categoria de deslocado pela violência foi adotada legalmente pelo governo colombiano em 1997 com a Lei 387, que define como deslocada a “toda pessoa forçada a migrar dentro do território nacional [...] porque sua vida, sua integridade física, sua segurança ou liberdade pessoal foram vulneradas ou se encontram diretamente ameaçadas por conflito armado interno, distúrbios e tensões interiores, violência generalizada, violações maciças dos direitos humanos, infrações ao Direito Internacional Humanitário ou outras circunstâncias” (195). O número de deslocados pela violência teve seu patamar máximo em 2004, quando 424.863 pessoas foram

forçadas a abandonar seus lares (196). O Escritório da OPAS na Colômbia criou uma página Web, “Saúde e deslocamento” (197), apresentando informação relevante sobre população deslocada.

### **Sistemas de informação sobre a violência e as lesões**

A necessidade de contar com dados regionais sobre a magnitude da violência, suas tendências e a efetividade das estratégias de prevenção é cada vez mais importante; entretanto, não é fácil dispor de informação confiável. Como acontece com muitos relatórios de doença, os dados relacionados com a violência costumam ser muito escassos, contraditórios, e, dependendo do setor e da fonte, de relativamente pouca qualidade.

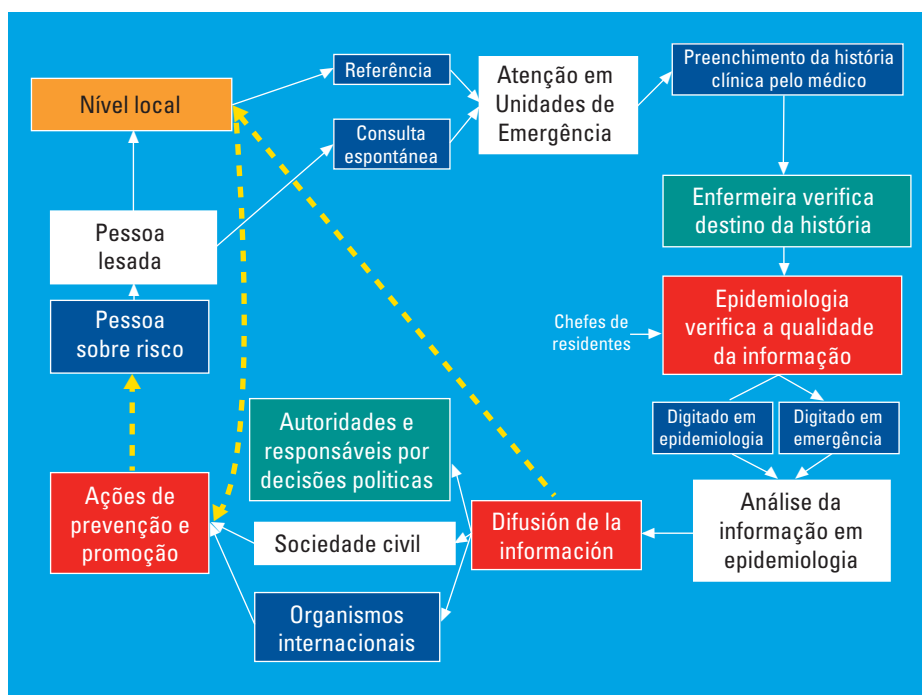
Apesar dessas deficiências, os sistemas de dados existentes apresentam vários aspectos favoráveis. Para os dados sobre mortalidade, há um acordo geral em classificá-los aplicando sistematicamente a Classificação Internacional de Doenças. Vários países tornaram-se líderes no campo da coleta de dados, com iniciativas que compreendem do uso de um sistema de difusão de resultados de notificação detalhada baseado na Internet, que está monitorando El Salvador com a ajuda da OPAS, até a utilização na Costa Rica de um sistema de localização via satélite (GPS) que emprega a polícia para localizar o local exato onde se produz um acidente de trânsito. Outros países, como o Brasil, há muito tempo dispõem de complexos sistemas de coleta de dados nos quais é emitida informação sobre feridos em acidentes de trânsito a um centro de classificação e distribuição. Finalmente, em muitos países da Região foram estabelecidos sistemas de diálogo construtivo e informação coletiva entre os diversos organismos que recolham dados sobre lesões, inclusive os ministérios locais de saúde e transporte, e a polícia, para melhorar a qualidade e a compreensão dos dados incluídos. É estimulante que um número crescente de países reconheça a necessidade de contar com amplos sistemas de dados; aqueles que adotem as decisões políticas deverão considerar estes aspectos ao estudar novos planos para encarar a questão das lesões.

### **Iniciativas bem-sucedidas sobre sistemas de informação de lesões de causa externa**

#### *Nas emergências hospitalares da Nicarágua, El Salvador e Colômbia*

Desde 2001, a OPAS, junto com o Centro Nacional para a Prevenção e o Controle das Lesões (NCIPC), os CDC (Estados Unidos), colabora com as autoridades de saúde da Nicarágua, El Salvador e Colômbia na aplicação de sistemas de vigilância de lesões nos serviços de emergências hospitalares. Para tanto, seguem as orientações da OMS e dos CDC (198), baseadas na Classificação Internacional de Lesões de Causa Externa (199). O objetivo é colocar em destaque sua magnitude e repercussão sobre os serviços de saúde. A informação é utilizada para promover estratégias de

FIGURA 27. Fluxograma do sistema de vigilância de lesões em emergências hospitalares.



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental (SDE).

prevenção das lesões com base na evidência. Na Colômbia o sistema de vigilância se aplica em 16 hospitais, em El Salvador em oito e na Nicarágua em seis hospitais. Argentina, Brasil, Honduras, Jamaica, Peru e Trinidad e Tobago também contam com sistemas de vigilância hospitalar que aplicam metodologias e processos parecidos.

Nas emergências hospitalares é utilizado um formulário, que por sua vez serve para iniciar a história clínica, onde diariamente são coletados dados demográficos e outras circunstâncias relacionadas com a ocorrência, tais como intencionalidade, *modus operandi*, local da ocorrência, e o que a vítima estava fazendo naquele momento. Contém três módulos com variáveis das lesões relacionadas com: (1) acidentes de trânsito (o tipo de usuário da via pública e o meio de transporte envolvido, etc.), (2) a violência interpessoal (relação do agressor com a vítima), e (3) a violência auto-inflingidas (fatores desencadeantes). Nele se assenta, além disso, informação clínica (localização e gravidade das lesões) e o destino institucional do paciente. Também se registra se houve suspeita ou não de abuso de álcool ou drogas narcóticas. O fluxograma apresentado na figura 27 mostra os passos nas salas de emergência para coletar e monitorar dados dos pacientes.

Este sistema permitiu determinar que entre 10% e 50% de todas as emergências tratadas em hospitais nacionais ou regionais correspondem a lesões de causa externa. Do mesmo modo,

destacou que as lesões por causa externa constituem um importante problema de saúde pública, e sensibilizou as autoridades de saúde em relação à necessidade de adotar políticas públicas orientadas a sua prevenção. Na Nicarágua, durante o verão, quando há um deslocamento maciço de pessoas para as praias, é executado o Plano Verão Feliz, Seguro e Saudável, e um comitê de coordenação intersetorial (constituído pelo Governo, organizações comunitárias e empresas privadas) monitora as lesões e apóia as medidas preventivas. A OPAS, em coordenação com o Ministério de Saúde e Assistência Social em El Salvador, criou um programa informativo computadorizado denominado Sistema de Informação sobre Lesões de Causa Externa (SILEX), ligado ao Sistema do Morbimortalidade com base na Internet (SIMMOW), onde diariamente é ingressada a informação dos hospitais do país.

#### *Observatórios de mortalidade por lesões de causa externa*

Sobre a base de um modelo desenvolvido desde 1993 na Prefeitura do Cali (Colômbia), onde um comitê ou grupo de trabalho intersetorial composto por representantes de instituições que registram rotineiramente dados de mortalidade por causas externas se reúne para compartilhar, unificar, analisar e veicular a informação relevante sobre cada vítima de homicídio, suicídio, acidente de trânsito ou outras causas não intencionais, foram



constituídos os chamados Observatórios de Violência, a cargo atualmente do Instituto CISALVA (200) da Universidade do Vale, um centro colaborador da OPAS/OMS. Aquele que funciona em Pasto (Colômbia) registra em forma complementar dados de violência intrafamiliar de diversas fontes, bem como de vigilância hospitalar. Este modelo já está sendo implementado também em alguns municípios de El Salvador, Nicarágua e Panamá.

## SEGURANÇA VIÁRIA

Desde 1896, quando foi notificada a primeira morte causada por veículo de motor no mundo, é indubitável que a mobilidade das pessoas experimentou uma grande transformação. Embora os avanços tecnológicos têm aprimorado as condições de vida da população encurtando os tempos de viagem e as distâncias, também geraram riscos para a vida humana, muitas vezes resultantes em traumatismos e morte.

Entre as lesões não intencionais, destacam-se as causadas por veículos de motor. No âmbito mundial, de acordo com o *Relatório mundial sobre prevenção dos traumatismos causados pelo trânsito*, da OMS e o Banco Mundial, “em 2002, aproximadamente 1,2 milhões de pessoas no mundo perderam a vida como consequência de traumatismos causados pelo trânsito, o que representa uma média de 3.242 falecimentos diários no mundo por esta causa” (201). Nas Américas, a cada ano morrem cerca de 130.000 pessoas, mais de 1.200.000 sofrem traumatismos, e centenas de milhares resultam incapacitadas como consequência de colisões, batidas, ou por atropelamento na estrada (202).

Em 2002 registraram-se na Região 2.055.000 traumatismos causados pelo trânsito, com uma taxa média de mortalidade de 16 por 100.000 habitantes, que vai desde 6,8 por 100.000 na Bolívia a 24,0 por 100.000 na Guatemala (203) (quadro 27). Embora a maioria seja evitável, a falta de políticas permanentes, consistentes, e compatíveis com a situação de cada país agrava ainda mais o problema. Para isso contribuem a existência de infraestrutura viária e veículos em más condições, conhecimentos e comportamentos inadequados dos condutores, certas normas sociais, o abuso do álcool, e a falta de controles e de eficientes serviços médicos de urgência.

Cada episódio de trânsito traumático gera uma repercussão a curto, médio e longo prazo. Os custos para a sociedade, as famílias e o setor de saúde são consideráveis. Relatórios de alguns países latino-americanos mostram os tremendos custos vinculados às batidas na via pública.

Nos lares, a situação possivelmente seja pior. Os traumatismos ou a morte podem causar a perda do sustento econômico da família, além da dor emocional. No México, a perda dos pais devida a acidentes é a segunda causa orfandade entre as crianças (204). Os traumatismos causados pelo trânsito constituem também uma fonte de tensões no sistema legal, uma manifestação da deterioração da segurança cidadã.

### QUADRO 27. Mortalidade causada por acidentes de trânsito em países das Américas, 2000–2006.

País	Taxa (por 100.000 habitantes)	Ano
Argentina	9,5	2002
Belize	26,7	2006
Bolívia	6,8	2003
Brasil	19,9	2004
Canadá	9,0	2003
Chile	9,9	2002
Colômbia	11,8	2005
Costa Rica	14,2	2004
Cuba	10,6	2003
Equador	15,6	2000
El Salvador	16,9	2005
Estados Unidos	14,6	2000
Guatemala	24,0	2005
Jamaica	14,8	2003
México	15,0	2001
Nicarágua	9,1	2005
Panamá	13,2	2006
Peru	10,5	2003
Trinidade e Tobago	14,9	2003
Venezuela	22,7	2002

#### Fontes:

Argentina, Ministério de Saúde, Direção de Estatísticas e Informação de Saúde (Argentina).

Oficina de Sistemas de Vigilância de Lesões de Causa Externa com ênfase no Trânsito, El Salvador, 30–31 de janeiro de 2007 (Belize, El Salvador, Guatemala, Panamá).

Seminário Internacional sobre Segurança Viária, Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 28–30 de junho de 2004 (Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Jamaica, México, Nicarágua, Peru).

Canada, Statistics Canada. Age-standardized mortality rates by selected cause, by sex. Disponível em: htm. Acesso em 27 de fevereiro de 2007 (Canadá).

Chile, Comissão Nacional de Segurança de Trânsito; Instituto Nacional de Estatística (INE) (Chile).

Equador, Instituto Nacional de Estatística e Censos, 2001 (Equador).

Trinidad e Tobago, Ministry of Planning and Development, Central Statistical Office. Disponível em: Acesso em 11 de junho de 2004 (Trinidad e Tobago).

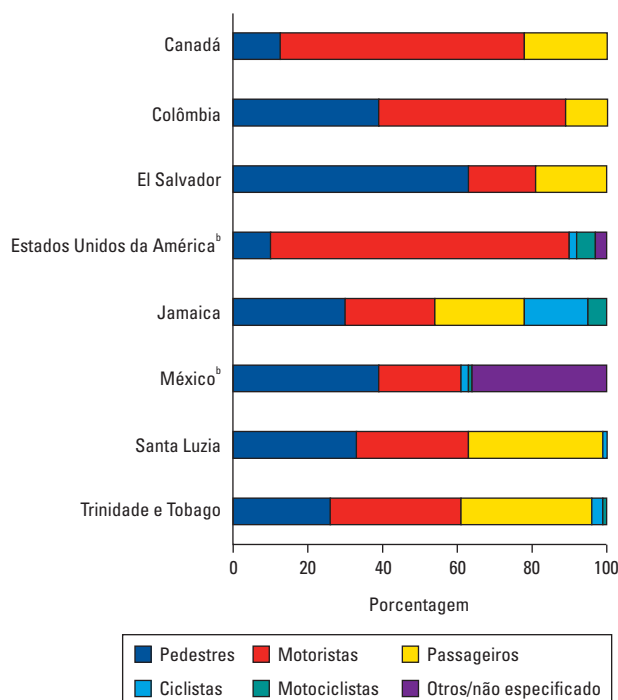
Maynard M. Death rate on highways rises, and motorcycles are blamed. New York Teme. 23 de agosto de 2006, com base em um relatório da National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA).

### Quem sofre acidente?

**O usuário da via pública.** Os traumatismos causados por veículos de motor afetam as quatro categorias de usuários da via pública: os pedestres, os ocupantes dos veículos de motor (condutores e passageiros), os ciclistas e os motociclistas. Existem marcadas diferenças regionais e nacionais na distribuição das lesões (figura 28). Os países de baixa renda como os da América Latina têm uma mistura especialmente complexa de usuários da via pública; pedestres e veículos de motor de alta tecnologia compartilham a via pública com outros velhos e mal conservados, além de bicicletas, motocicletas, carrinhos empurrados à



**FIGURA 28. Proporção de mortes causadas pelo trânsito, segundo tipo de usuário,<sup>a</sup> em países selecionados das Américas, 2000–2003.**



<sup>a</sup>As categorias de usuários da via pública não são homogêneas para todos os países.

<sup>b</sup>Os dados do México e dos Estados Unidos não diferenciam condutores de passageiros; conseqüentemente, a porção das barras destes dois países que representa aos condutores, corresponde ao total de condutores e passageiros falecidos.

**Fontes:** Canadá, Canadian Motor Vehicle Traffic Collision Statistics, 2002, <http://www.tc.gc.ca/roadsafety/tp3322/2002/page3.htm>; Colômbia, Instituto Nacional de Medicina Legal, 2002; El Salvador, Policía Nacional, 2003; Estados Unidos, Administração Nacional de Segurança de Tráfego em Estradas (NHTSA), 2002; Jamaica, Ministério de Saúde (cifras provenientes da Chefia Nacional da Polícia), 2003; México, Conselho Nacional de Prevenção de Acidentes, 2000; Santa Luzia, Reais Força Polícias da Santa Luzia, Departamento de Trânsito, 2001; Trinidad e Tobago, Spotlight on motor vehicle injury and deaths in Trinidad and Tobago (1998–2003), 2003.

mão e veículos puxados por animais. O projeto viário está focado na mudança nas exigências do fluxo do veículo de motor mais que nos usuários não motorizados. Não há regulamentos legais nem normas sociais que facilitem o compartilhamento das ruas e das estradas. Isso dá lugar a que pedestres, ciclistas e motociclistas se tornem nas vítimas mais freqüentes nos países em desenvolvimento.

Dados próprios do país sobre a distribuição das mortes segundo o usuário da via pública mostram a vulnerabilidade dos pedestres na América Latina e Caribe, enquanto o problema no Canadá e nos Estados Unidos gira em grande parte em torno dos ocupantes dos veículos.

**O gênero.** Conforme as tendências mundiais, as colisões na via pública afetam desproporcionalmente aos homens em toda a América: na última década, entre 75% e 80% dos falecimentos

corresponderam a homens, e entre 20% e 25% às mulheres. Os traumatismos causados pelo trânsito foram à oitava causa principal de morte entre os homens e a décima quarta para as mulheres, e a taxa de mortalidade viária foi de 23,9 por 100.000 habitantes para os homens, três vezes maior que a das mulheres, que foi de 7,7 por 100.000. Além disso, em 2002 estas lesões foram à sexta causa principal de anos de vida ajustados em função de incapacidade (AVAD) perdidos entre os homens (3.109.083) e a décima quarta causa principal entre as mulheres (1.141.861) (201).

**Distribuição por idade.** Na distribuição dos falecimentos causados pelo trânsito nas Américas por grupo de idade em 2002, os adultos de 15 a 29 anos representaram 32% da carga da mortalidade viária, seguidos dos adultos de 30 a 44 anos de idade, com 25%. Na Argentina, os adultos do grupo de 15 a 24 anos de idade responderam pela maior proporção (um em cada cinco) de falecimentos causados pelo trânsito durante todo o período 1993–2002 (205). Na Colômbia, as taxas mais elevadas de mortes causadas pelo trânsito corresponderam aos adultos com idades igual ou superior aos 60 anos. Entre as mulheres, aquelas com idade igual ou superior aos 60 anos foram as mais afetadas (23% do total de mortes), seguidas pelas mulheres de 25 a 34 anos de idade (15%) (206). Na Venezuela, os adultos de 20 a 44 anos de idade responderam por mais de 50% do total de mortes causadas pelo trânsito no período 1993–2002. A proporção de mortes entre as crianças de 0 a 14 anos de idade na Venezuela diminuiu levemente, de 13% em 1993 a 10% em 2003; ao tempo que aumentou a proporção de mortes entre os adultos de 45 a 59 anos de idade (207).

Em Cuba, mais da metade das mortes causadas pelo trânsito entre 1993 e 2002 (208) corresponderam a adultos de 19 a 44 anos. Em Trinidad e Tobago, os acidentes viários eram a segunda causa principal de morte entre os adultos de 15 a 34 anos de idade em 1999 (209). Na Costa Rica, a proporção de mortes causadas pelo trânsito correspondente aos adultos com idade igual ou superior aos 60 anos, recuou desde princípios dos anos noventa de 22% das mortes totais em 1993 para 15% em 2002 (depois de experimentar um salto leve em 1999 e 2000) (210). Esta tendência nas Américas é compatível com as tendências mundiais. Embora as pessoas nos grupos de idade de 15 a 59 anos são as de maior produtividade, e, em conseqüência, sua morte ou incapacidade tem forte repercussão sobre os custos econômicos e sociais de cada país, as taxas de letalidade mais elevadas da Região em 2002 corresponderam aos maiores de 60 anos, para homens, 35,2 por 100.000 habitantes, e para mulheres, 14,4 por 100.000 (211).

### Estratégias para melhorar a segurança viária

As estratégias de planejamento do trânsito para abordar este problema seguiram os métodos tradicionais utilizados nos países desenvolvidos já familiarizados com este grave fenômeno.

A persistência de condições deficientes de segurança viária, entretanto, coloca em destaque a inadequação das estratégias dominantes disponíveis.

São necessárias novas propostas e intervenções para possibilitar âmbitos de circulação mais equitativos e seguros. Para achar soluções mais apropriadas, em lugar de considerar isoladamente os principais fatores — usuários da via pública, via pública e veículos —, é indispensável considerar em conjunto o contexto físico, político, institucional, técnico e de aplicação da lei, e sua influência sobre as condições de segurança viária.

Nos países em desenvolvimento, quanto à segurança viária, o conjunto do contexto do trânsito resulta perigoso para todas as formas de locomoção, mas principalmente para os pedestres, ciclistas e motociclistas, e isso influi profundamente na natureza e quantidade dos acidentes de trânsito. O contexto político também afeta a segurança da circulação, posto que o processo de tomada de decisões e as políticas adotadas costumam estar orientadas em favor dos veículos. O contexto institucional, ao colocar a responsabilidade da política viária em mãos da autoridade regional e não dos administradores municipais, dificultou os investimentos a nível local e a adoção de soluções mais estreitamente vinculadas aos problemas e necessidades locais. O contexto técnico também desempenha um papel importante. Os planejadores do transporte e do trânsito pertencem a organismos com uma tradição técnica estrita, que freqüentemente descuidam enfoques sociais mais amplos dos problemas; não se acham obrigados a priorizar a segurança e não podem ser responsabilizados legalmente pelas conseqüências, em matéria de segurança, dos planos que elaboram.

Outra dificuldade para melhorar o planejamento do trânsito reside na falta de dados confiáveis, referidos aos acidentes e suas vítimas, oriundos de diferentes setores tais como o transporte, a polícia e os setores da saúde. As condições em que se impõe ou não o cumprimento de leis e regulamentos também contribuem a manter elevadas as taxas de acidentes e mortes causadas pelo trânsito. As leis e regulamentos do trânsito se aplicam sobre tudo insistindo em otimizar a circulação, mas isto não pode implicar negligência em seu estrito cumprimento e no castigo efetivo dos infratores (212).

### Intervenções e prevenções

O trabalho da OPAS para prevenir as lesões causadas pelo trânsito se fundamenta nas principais recomendações do relatório da OMS antes mencionado (201), assim como as emanadas de conferências e consultas internacionais. Em síntese: identificar um organismo reitor; avaliar o problema, as políticas e os âmbitos institucionais; preparar uma estratégia e um plano de ação nacionais; alocar recursos humanos e financeiros para abordar o problema; executar ações específicas e apoiar o desenvolvimento da capacidade nacional e da cooperação internacional; definir objetivos; melhorar a legislação e a cobertura de seguros para

*“O ar, a água, a contaminação do solo e a exposição a substâncias tóxicas são os principais fatores ambientais de risco para a saúde associados com o desenvolvimento.”*

Carlyle Guerra de Macedo, 1988

as pessoas mais vulneráveis, e ocupar-se efetivamente de que os espaços públicos (tais como as ruas e as estradas) respondam às necessidades da gente e assegurem a atenção das vítimas. A Assembleia das Nações Unidas aprovou em outubro de 2005 uma resolução que estabelecia que entre 23 e 29 de abril de 2007 fossem organizados no mundo todo atos visando ressaltar a necessidade de elaborar e aplicar planos orientados a reduzir as lesões causadas pelo trânsito.

A atenção profissional imediata das vítimas do trânsito salva vidas. Na Venezuela, a Comissão Interministerial para a Atenção, a Prevenção e a Educação Viral (CIAPEV,el) Ministério de Saúde e Desenvolvimento Social, e a Sociedade Venezuelana de Saúde Pública coordenam o Programa de Prevenção de Acidentes e outras Ocorrências Violentas, um de cujos objetivos é melhorar a atenção das vítimas (207). No México, o Conselho Nacional para a Prevenção de Acidentes desenvolveu um modelo de atenção pré-hospitalar, com um Centro de Gestão Médica de Emergências que serve de base para organizar, padronizar, categorizar, proporcionar e avaliar uma assistência médica de emergências, de boa qualidade e equitativa (213). O Peru organizou redes de atenção de emergência, e está progredindo no sistema de registro e vigilância epidemiológicos, que proporciona dados valiosos para melhorar a atenção e a prevenção (214).

Existe então, um conjunto de conhecimentos sobre experiências bem-sucedidas e sobre outras que falharam, que deve ser levado em conta na hora de definir as políticas para resolver estes problemas. É evidente que as experiências bem-sucedidas podem ser replicadas levando em conta o contexto e a situação onde se realizarão. A segurança viária é um componente da segurança pública e tem por objetivo proteger a todos os habitantes, incluindo os turistas. Por tal motivo, sua problemática corresponde tanto às autoridades quanto à população em geral. As pessoas se sentem seguras não só quando sua vida, seu bem-estar, seus bens e sua honra não estão ameaçados pela delinquência e a violência, mas também quando podem desfrutar de espaços públicos sem o risco de sofrer acidentes de trânsito.

### PROMOÇÃO DA SAÚDE

O reconhecimento da necessidade de abordar os determinantes sociais da saúde, a estratégia renovada da atenção primária e as novas correntes de pensamento em saúde pública revolucionaram o debate em torno dos processos sociais e seus efeitos

sobre a saúde, e deram lugar ao enfoque de promoção da saúde por meio de políticas públicas (215).

A Carta de Ottawa (1986) (216), ao reforçar as questões da atenção primária de saúde de Alma-Ata e as teorias sobre os determinantes sociais da saúde, influenciou de maneira positiva as políticas e programas de saúde (217). O conceito de promoção da saúde da OPAS se baseia na Carta de Ottawa, que define a promoção da saúde como “o processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controle sobre sua saúde, e para melhorarem”. Em consequência, as ações de promoção da saúde devem orientar-se para os diferentes âmbitos da vida cotidiana, e apoiar-se nas políticas públicas que influem nas condições sociais e nos modos de vida, os quais por sua vez conformam os comportamentos saudáveis. O marco conceitual da promoção da saúde se baseia nos princípios estabelecidos na Carta de Ottawa e principalmente desenvolvidos por cúpulas internacionais e regionais posteriores, tais como as Recomendações da Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis (Austrália, 1988); a Declaração do Sundsvall sobre Ambientes que Apóiam a Saúde, (Suécia, 1991); a Declaração de Bogotá sobre Promoção da Saúde e Equidade (Colômbia, 1992); a Carta do Caribe para a Promoção da Saúde (Trinidad e Tobago, 1993); a Declaração da Jakarta sobre a Promoção da Saúde no Século XXI (Indonésia, 1997), a Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde. Das Idéias à Ação (2000); o Foro de Promoção da Saúde nas Américas (Chile, 2002), e a Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado (Tailândia, 2005).

A estratégia de promoção da saúde foi instaurada na agenda dos Corpos Diretores (OPAS) por meio da Resolução CD37.R14 (OPAS 1994) e do Plano de Ação Regional para a Promoção da Saúde nas Américas CE113/15 (OPAS 1994); assim como da Resolução CD43. R11 e o documento de Promoção da Saúde, CD43/14 (OPAS 2001). O assunto da promoção da saúde também foi instaurado nos processos de integração sub-regional, tais como a Reunião de Ministros de Saúde da América Central e da República Dominicana (RESSCAD) e a Reunião de Ministros de Saúde da Área Andina (REMSAA).

As doenças que em sua origem estão mais associadas com o comportamento e os estilos de vida das pessoas ocupam os primeiros lugares entre as causas de morbimortalidade. As adições, a obesidade, o sedentarismo, a alimentação inadequada e a violência intrafamiliar são alguns dos fatores de risco cujos efeitos se fazem sentir com crescente intensidade. São poucos os países que adotaram políticas de saúde e medidas efetivas para modificar esses comportamentos de risco, apesar dos numerosos programas de educação para a saúde e das diversas campanhas de comunicação social empreendidas em muitas nações. Os escassos resultados positivos se devem em parte à persistência de enfoques apoiados em programas que funcionam em serviços de saúde verticais e lineares, com pouca participação cidadã e centrados em um só fator. O modelo “medicalizado” continua exercendo uma influência desmedida, baseada em um enfoque cen-

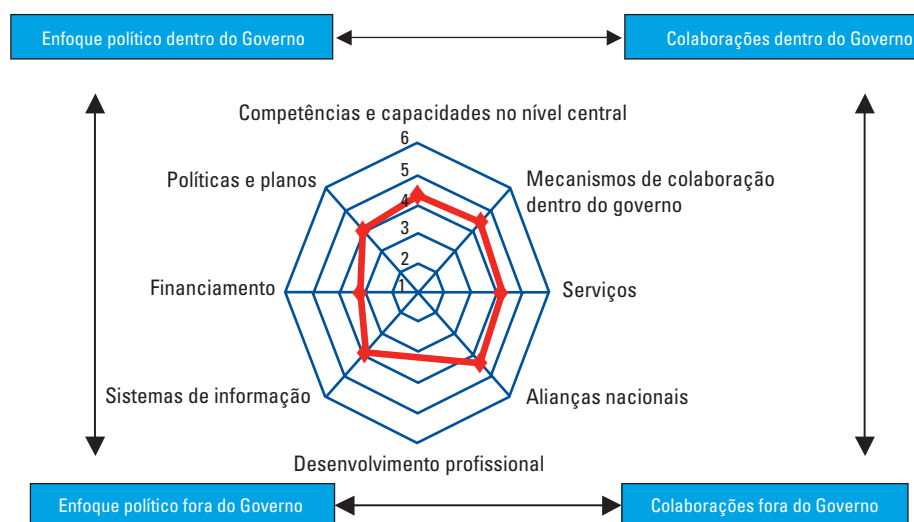
trado na doença e nos fatores de risco individual, que não leva em conta a influência dos condicionamentos e os determinantes sociais da saúde. As intervenções em saúde devem considerar a maior complexidade dos problemas atuais, e fortalecer o trabalho intersectorial.

O movimento de promoção da saúde encontra na Região um contexto complexo. Por um lado, um desenvolvimento conceitual do pensamento que se aproxima de uma nova proposta de saúde pública, e por outro, um contexto de desenvolvimento social dos países com profundas desigualdades. A inserção da promoção da saúde inicialmente se fundamentou em experiências e propostas originadas em países desenvolvidos, para uma realidade de pobreza e desigualdades. Esta contradição com a realidade dos sistemas se aprofunda ainda mais na década de 90, nos países submetidos a mudanças estruturais dos serviços de saúde. Não obstante, a nova perspectiva social da saúde influenciou, com modalidades e profundidade diferentes, o pensamento acadêmico e algumas das políticas e programas de saúde.

A Carta de Bogotá (1992) (218) destacou os aspectos da equidade e da violência, e se orientou para uma proposta de gestão intersectorial da saúde com liderança do setor saúde. Como exemplos, podem citar-se os da Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile, Cuba, México, Peru e outros países que desenvolveram modelos de atenção mais integral e adotaram um enfoque mais preventivo nas intervenções de saúde pública (219). A situação da saúde no Caribe preparou o cenário para a Carta do Caribe (1993), que ressalta a importância da estratégia de prevenção das doenças crônicas e da adoção de formas de vida saudáveis. O tema central abordado na Declaração do México (2000) estimula os governos a exercer uma liderança ativa com visão, assegurando o compromisso dos setores públicos e privado e da sociedade civil no desenvolvimento de políticas públicas e planos de atividades, favoráveis à saúde. Tudo isso com o objetivo de realizar intervenções em saúde pública visando fortalecer o potencial de saúde das pessoas com um enfoque ecológico e aplicando os princípios da equidade, a justiça, a democracia, a criação de condições para uma plena participação social, e a inter-setorialidade (220). A Declaração do México estabelece um compromisso para colocar à promoção da saúde como uma estratégia fundamental nas agendas políticas e de desenvolvimento, compromisso reafirmado na Carta de Bangkok, e em diversas resoluções da OMS e da OPAS.

Em cumprimento da Declaração do México e da Resolução CD43.R11 da OPAS (2001) foi elaborado um relatório de avanço sobre a promoção da saúde na Região das Américas. A versão preliminar desta análise foi apresentada no Foro do Chile (2002). Posteriormente, foi realizada uma pesquisa sobre as capacidades institucionais para o desenvolvimento da promoção da saúde, organizada nas partes I e II, em que participaram 28 e 27 países da Região, respectivamente. Os resultados desta pesquisa se apresentaram em 2005, na Conferência de Bangkok. A Pesquisa, em sua parte I propõe oito campos ou áreas chave para dar continuidade à capacidade nacional em matéria de promoção da saúde:

**FIGURA 29. Perfil geral da promoção da saúde na Região das Américas identificado no estudo de capacidades institucionais realizado em 2005.**



**Fonte:** Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental. Mapa de capacidades institucionais para o desenvolvimento da promoção da saúde (parte I).

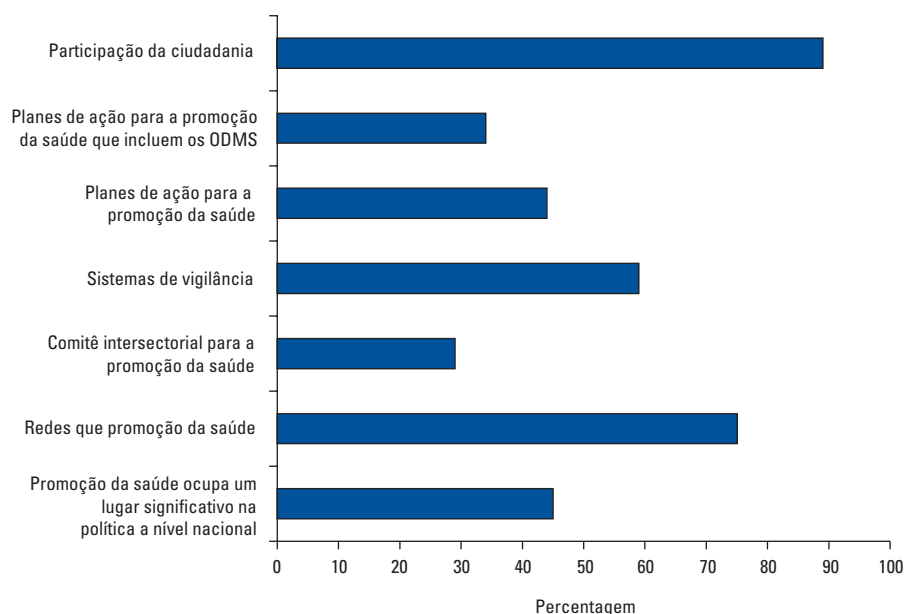
1) políticas e planos, 2) competências e capacidades no âmbito central, 3) mecanismos de cooperação dentro do Governo, 4) serviços (execução de programas), 5) associação entre o Governo, o setor privado e as ONGs, 6) desenvolvimento profissional, 7) sistemas de informação e 8) financiamento para a promoção da saúde. Em termos gerais, os resultados desta primeira análise são heterogêneos e revelam que alguns países exibem deficiências no tocante a políticas e planos, desenvolvimento profissional, informação e financiamento. A figura 29 mostra o perfil geral da capacidade institucional para a promoção da saúde na Região. A análise dos dados e resultados da parte II permitiram realizar um mapeamento mais detalhado da capacidade nacional em matéria de promoção da saúde em áreas críticas (planos de ação, políticas públicas, re-direcionamento dos serviços de saúde, participação do cidadão, ambientes saudáveis e redes, entre outros).

Os resultados da parte II da pesquisa indicam que em cerca de 45% dos países a promoção da saúde ocupa uma posição relevante na política pública nacional, e que menos da metade dos países contam com um marco político ou legal que sustenta a promoção da saúde (figura 30).

Esta análise também mostra que os países da Região adotaram diferentes abordagens para promover o desenvolvimento e a aplicação de políticas públicas saudáveis que atendam às diferentes circunstâncias sociais, políticas e econômicas. Por exemplo, o Brasil adotou o modelo de orçamento participativo e executou ações para adaptar e implementar áreas de demonstração de políticas públicas saudáveis no âmbito dos municípios, com o apoio dos conselhos de secretários municipais e estatais de

saúde. A Argentina promoveu um profundo debate sobre o impacto da economia sobre fatores determinantes da saúde, que serve para fortalecer suas políticas sociais e obter avanços nas políticas de controle do tabaco e na formação de pessoal de saúde com competências em promoção da saúde. O Chile implementou uma política de promoção da saúde conhecida como *Vida Chile*, com um enfoque intersetorial orientado a melhorar os determinantes da saúde. Brasil, Canadá, Paraguai e Uruguai desenvolveram políticas específicas para enfrentar os riscos sanitários decorrentes do tabaco, do álcool e da falta de segurança viária. Barbados estabeleceu mecanismos de participação social para o estabelecimento de políticas, por meio de consultas públicas tanto no nível nacional como comunitário. Estados Unidos impulsionou a participação cidadã mediante o estabelecimento de sua política pública conhecida como *Healthy People 2010*. Em Trinidad e Tobago foram aprovadas atas e políticas nacionais para promover a saúde com ampla participação comunitária.

A criação de ambientes favoráveis para a saúde resultou ser uma das áreas mais dinâmicas nos últimos 10 anos. Em 95% dos países consultados na pesquisa há alguma iniciativa em progresso para criar ambientes saudáveis, e em 70% dos países existem planos estratégicos no âmbito municipal. A iniciativa se fundamenta tanto no compromisso político dos prefeitos e outras autoridades locais, quanto na participação ativa da cidadania para definir as necessidades coletivas e estabelecer planos locais para sua abordagem (221). Entretanto, embora a maioria das cidades e municípios saudáveis contam com planos intersetoriais e com plena participação comunitária, o monitoramento, a elabo-

**FIGURA 30. Distribuição percentual de certas áreas temáticas de promoção da saúde em 27 países das Américas.**

**Fonte:** Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental. Mapa de capacidades institucionais e análise comparativa 2002–2005.

ração e a avaliação de evidências nesta matéria continua sendo um importante desafio. Somente 35% dos países informaram que as iniciativas para criar ambientes saudáveis foram avaliadas (222).

O estabelecimento de redes e alianças foi um fator chave para a divulgação e o intercâmbio de experiências entre municípios e países. Em 75% dos países que responderam à pesquisa existem redes de apoio à promoção da saúde (vide figura 30). As redes que promovem a criação de cidades e municípios saudáveis são um exemplo de práticas apropriadas, já que por meio de um trabalho intersetorial conseguiram melhorar as condições de saúde em muitos âmbitos urbanos. A rede regional foi difícil de sustentar. Entretanto, as redes nacionais na Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Paraguai e Peru são exemplos de boas práticas. A iniciativa de “cidades irmãs seguras e saudáveis” implementada na fronteira entre o México e os Estados Unidos é um exemplo de cooperação para resolver problemas que requerem uma abordagem bilateral. Esta rede de cidades, formada a partir da construção de alianças entre governos locais com a participação social de atores de diferentes setores teve muito sucesso. Os planos de ação são estruturados em base acordos binacionais, planejados e avaliados pela própria comunidade. As estratégias de municípios e cidades saudáveis, escolas promotoras da saúde e moradias saudáveis são também bons exemplos do resultado do trabalho de redes e alianças, e da participação efetiva da comunidade.

A estratégia de escolas promotoras da saúde (EPS) fomenta o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e destrezas no

ambiente escolar, orientados a reduzir ao mínimo as condutas de risco e apoiar a adoção de formas de vida saudáveis. De acordo com os resultados de uma pesquisa realizada em 2001 em 19 países da Região, 53% dos países participantes informaram ter adotado esta estratégia. Países como Canadá, Chile, Colômbia, El Salvador e México implementam a iniciativa no âmbito nacional. Com base na informação obtida na pesquisa, foi desenvolvido o Plano de Ação 2003–2012 para a Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde, que foi adotado pelas redes do EPS em sua terceira reunião anual em Quito, Equador, 2002 (223). Os países que participam desta iniciativa estão avançando no desenvolvimento de guias de procedimento para a certificação e acreditarão das EPS.

A iniciativa de moradias saudáveis ajudou a promover e proteger a saúde das populações mais vulneráveis dos perigos ambientais no lar, e contribuiu ao desenvolvimento local integrado das comunidades. Estima-se que o déficit habitacional na América Latina e no Caribe seja de 23 a 28 milhões de unidades. Esta situação de precariedade residencial afeta a saúde das pessoas, particularmente os mais pobres e vulneráveis, como as crianças, os deficientes físicos e os idosos, que são os que passam a maior parte do tempo na moradia. A Rede Interamericana de Moradia Saudável (Rede VIV-SAÚDE), integrada por 12 países, divulga, junto com o programa das Nações Unidas para o Assentamento Humano (UM-HABITAT) e a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL), diretrizes para as autoridades nacionais e locais sobre os principais componentes da estratégia de



moradia saudável. Foi promovida a implementação no âmbito regional do programa comunitário originado na Colômbia “Por uma moradia saudável: viva o meu lar!”, e com base nele foram capacitados mais de 300 profissionais e técnicos em arquitetura bioclimática, construção sustentável, eliminação de vetores e moradia saudável. A agência Canadá Mortgage and Housing Corporation promove o conceito de moradias saudáveis e prepara e difunde guias e folhetos sobre questões de saúde relacionadas com a moradia.

A análise do mapa das capacidades institucionais para a promoção da saúde mostra também que 90% dos países que participaram da pesquisa notificam dispor de mecanismos e oportunidades para a participação ativa dos cidadãos. As formas mais comuns de participação cidadã são as consultas públicas e os foros. A participação social e da comunidade é uma estratégia fundamental para a promoção da saúde, e se obtém por meio da construção de redes nas que participam representantes de múltiplos setores e das organizações não governamentais.

Além disso, 90% dos países contam com alguma política para reorientar os serviços de saúde além da prevenção e o tratamento da doença. Assim, por exemplo, na Nicarágua e na Costa Rica, assim como no Distrito Federal do México, e na cidade de Bogotá, Colômbia, estão sendo incorporados modelos de atenção integral aos planos de saúde e desenvolvimento social. México conta com um modelo operativo e está estabelecendo o serviço integrado de promoção da saúde em todo o país. O princípio de integralidade da atenção é orientador da reforma sanitária brasileira e eixo central da estratégia de saúde da família. O Programa Ponte, do Chile, e o recém iniciado Programa Juntos, do Peru, integram serviços de atenção primária da saúde com outros serviços sociais dirigidos à família. O FOROSALUD, uma ampla federação de organizações da sociedade civil no Peru, e os Congressos pela Saúde e a Vida no Equador, reivindicam ativamente a reorientação dos serviços de saúde com uma visão intersetorial e integral. Também a Argentina reorientou seus serviços, especialmente através do programa de saúde social e comunitária. Mas esses processos ainda enfrentam múltiplos desafios, da falta de recursos adequados até as limitações da profunda fragmentação operativa dos serviços em numerosas sub-redes, desarticuladas, paralelas, duplicadas e sobrepostas, em um contexto em que se incrementa a segmentação institucional e organizacional dos sistemas de saúde da Região.

A construção de consensos intersetoriais é fundamental para a promoção da saúde. Dos países que participaram das pesquisas sobre capacidades institucionais para a promoção da saúde, 30% têm um conselho ou comitê intersetorial no âmbito nacional (vide figura 30). As experiências da Argentina, Brasil, Chile, Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos da América, México e Peru, entre outros, oferecem exemplos de comitês, consórcios e outras formas de colaboração e alianças entre organizações sociais e agências de governo para implementar políticas públicas e outras ações estratégicas de promoção da saúde (224, 225). Apesar dos progressos alcançados, a colaboração intersetorial ainda

enfrenta importantes desafios, em parte devido à segmentação (falta de comunicação entre os setores) da administração pública nos países e suas jurisdições provinciais ou departamentais, à verticalidade de muitos programas, bem como à formação profissional, que não costuma favorecer o enfoque interdisciplinar.

Os resultados da análise das capacidades institucionais mostram que em 60% dos países da Região existe um sistema de vigilância relacionado com os fatores de risco para a saúde (vide figura 30). Por exemplo, no Canadá, Chile, Colômbia, Equador, Estados Unidos, Guatemala e Venezuela se trabalha no estabelecimento de um sistema de vigilância de indicadores sociais e epidemiológicos dos determinantes sociais da saúde, bem como dos fatores de risco sociais e de conduta.

Além de fortalecer a vigilância, o Programa Mundial sobre a Efetividade da Promoção da Saúde, iniciativa conjunta da OPAS/OMS, a União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde (UIPES) e os Centros para o Controle e a Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), deu grande impulso ao fortalecimento da capacidade de avaliar as iniciativas de promoção da saúde e aumentou a difusão das boas práticas em matéria de promoção da saúde. Argentina, Brasil, Cuba, México e Peru adotaram metodologias e desenvolveram iniciativas para a avaliação da promoção da saúde.

A OPAS tem colaborado com os países na elaboração de políticas públicas mediante o fortalecimento de grupos técnicos de trabalho nos países e o intercâmbio de informação entre eles, através das redes de instituições involucradas em ambientes saudáveis: municípios, escolas, moradias e a rede de centros colaboradores e de excelência em promoção da saúde, tais como o Consórcio Interamericano de Universidades para fortalecer a formação e o desenvolvimento de profissionais nesta matéria. O desenvolvimento de orientações metodológicas para o planejamento estratégico e a avaliação das ações de promoção da saúde, foram tema de colaboração entre os países, bem como a avaliação das capacidades institucionais para a promoção da saúde realizada em 2002 e 2005. A OPAS trabalha também em conjunto com outras organizações para executar ações de promoção da saúde. Com efeito, a UNICEF, a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO) e o Programa Mundial de Alimentos (PMA) colaboraram na difusão e fortalecimento da iniciativa do EPS. A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), conjuntamente com a OPAS, através de um acordo estabelecido, contribuiu para a capacitação docente, para o melhoramento da educação em saúde e o ensino de habilidades para a vida nas escolas dos países da Região. O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) contribuiu para o fortalecimento da ação comunitária e apoiou o desenvolvimento local. Igualmente, o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA) contribuiu para melhorar o saneamento básico e a saúde ambiental. Também se criaram alianças com o CDC, a União Européia, o Organismo Canadense de Desenvolvimento Internacional (CEDA), a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional



(USAID), a Cooperação Francesa, a Fundação Kellogg, e outras organizações para fortalecer a promoção da saúde na Região.

Nestes 20 anos, da aprovação da Carta de Ottawa, tem-se avançado bastante quanto à valoração da promoção da saúde como estratégia e função essencial em saúde pública. Contudo, instituir o assunto da promoção da saúde na agenda do próprio setor saúde e nos planos de desenvolvimento continua sendo um desafio. Alguns países realizam importantes esforços no desenvolvimento de planos nacionais de promoção da saúde, acordado na Declaração do México. No Chile, o plano de ação nacional para a promoção da saúde, coordenado pelo Conselho Intersetorial Vida Chile, é um bom exemplo. Muitas províncias no Canadá contam com planos de promoção da saúde, com recursos e programas muito criativos e integrais. Outros países, como o Peru, estabeleceram políticas nacionais de promoção da saúde como marco estratégico para o desenvolvimento de diversas atividades de promoção da saúde.

Da Conferência da Jakarta (226), multiplicaram-se os esforços tendentes à forma alianças intersetoriais para aumentar a eficácia das ações de promoção da saúde, especialmente no tocante à adoção de enfoques intersetoriais que envolveram o Governo como um todo, por sua repercussão sobre as políticas econômicas e sociais. Da Conferência do México, a OPAS promoveu numerosas iniciativas para avaliar a efetividade da promoção da saúde e o impacto das políticas públicas sobre a saúde. É urgente continuar fortalecendo a evidência da eficácia e a rentabilidade da promoção da saúde, bem como determinar a combinação de ações estratégicas mais apropriada. A visibilidade da opinião dos cidadãos como instrumento de mudança das condições e modos de vida, foi fortalecida, e a participação social para implementar ações educativas e de comunicação dirigidas a promover comportamentos saudáveis, foi estimulada (227). Também se colaborou na reorientação dos serviços de saúde a fim de incorporar ações de promoção, e no fortalecimento da função reitora do setor saúde nesta matéria.

Os progressos da promoção da saúde na Região ressaltam a importância de todas as iniciativas geradas a partir da Carta de Ottawa, assim como a diversidade de resultados segundo o contexto de cada país. Entretanto, existem limitações e dificuldades que devem examinar-se em profundidade para estabelecer estratégias e mecanismos que assegurem a consolidação e a sustentabilidade da promoção da saúde na Região. A promoção da saúde enfrenta vários desafios. Por um lado, é necessário difundir um conceito amplo de promoção da saúde como estratégia de saúde pública que permita abordar os determinantes sociais mais amplos da saúde. A partir deste entendimento, é imprescindível que os governos exerçam sua liderança e assegurem o compromisso de todos os setores para trabalhar sobre os determinantes sociais da saúde e desenvolver políticas públicas que promovam a solidariedade e aumentem o bem-estar da população. Por outro lado, o fortalecimento do papel do setor saúde no desenvolvimento da promoção de saúde é chave, pelo seu poder de convocatória e sua

capacidade de articular-se com outros setores para levar a cabo ações de promoção da saúde, melhorando assim a qualidade de vida e a equidade.

O compromisso dos estados com os ODMs é uma excelente oportunidade para investir mais recursos na promoção da saúde. Voltando para as pesquisas sobre capacidades institucionais para a promoção da saúde, em 45% dos países participantes existe um plano de ação para promover a saúde que se aplica em toda a nação. E destes países, 35% informa ter um plano de ação para a promoção da saúde que inclui os ODMs (vide figura 30).

Embora é verdade que na Região foram adotadas múltiplas iniciativas e resoluções para abordar os determinantes sociais da saúde (pobreza, educação, alimentação e serviços básicos), também é certo que as condições sociais, econômicas, culturais, ambientais e políticas, assim como as desigualdades, continuam sendo um desafio importante para todos os países. O estabelecimento recente da Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde apresenta uma oportunidade única para lutar contra a desigualdade e projetar e implementar políticas públicas em linha com a Carta de Ottawa e os documentos que a sucederam até Bangkok.

## ESPAÇOS SAUDÁVEIS

Nos últimos anos aumentaram em forma significativa as ações que abordam os fatores determinantes da saúde. Embora as desigualdades sociais e econômicas continuem desgastando as condições de saúde de muitos grupos de população. O estabelecimento de ambientes saudáveis e propícios é uma estratégia de promoção da saúde eficaz para proteger e melhorar a saúde e a qualidade de vida da população nas Américas. Os fatores determinantes da pobreza e a desigualdade, e sua influência sobre a saúde, podem se encarados mediante a criação de políticas públicas saudáveis e sustentáveis, a implementação de ambientes saudáveis, o estabelecimento de alianças entre os setores público e privado, o fortalecimento das redes de apoio, a mobilização dos meios de comunicação, e a adoção de um papel ativo em matéria de promoção da saúde por parte dos governos municipais e locais.

A urbanização acelerada da Região nas últimas décadas apresenta um grande desafio para a promoção da saúde. Diversos fatores atuam sobre os ambientes urbanos atuais e afetam a saúde e a qualidade de vida de seus habitantes. Entre outros, o crescimento caótico das cidades, o desenvolvimento industrial desordenado e as altas taxas de migração rural-urbana contribuem à formação de zonas marginais, bem como à proliferação de moradias precárias, o aumento da pobreza, a contaminação ambiental e o incremento dos índices de doenças e violência.

Os dados fornecidos pelas Nações Unidas para o monitoramento da meta 11 dos ODMs indicam que as tendências quanto à precariedade da moradia nas zonas urbanas da Região são preocupantes. Embora a percentagem da população urbana que vive

## JANELA 2. Acordos e estratégias para uma comunidade saudável

A OPAS/OMS considera que uma comunidade começa a ser saudável quando seus líderes políticos, suas organizações locais e seus cidadãos se comprometem e organizam para melhorar em forma contínua e progressiva as condições de saúde e o bem-estar de todos seus habitantes; quando se estabelece e consolida um pacto social entre as autoridades locais, as organizações comunitárias e as instituições do setor público e privado, e quando se recorre ao planejamento local como instrumento básico, incluída a participação social na gestão, a avaliação e a tomada de decisões.

A estratégia de municípios e comunidades saudáveis constitui um processo onde se reflete o compromisso assumido pelo governo local para priorizar a promoção da saúde mediante:

- o estabelecimento de políticas públicas saudáveis;
- a criação de ambientes que suportem e favoreçam a saúde;
- o fortalecimento da ação comunitária;
- o desenvolvimento de habilidades pessoais nos temas de saúde, e
- a reorientação dos serviços de assistência sanitária para a promoção da saúde.

em assentamentos precários recuou de 35% em 1990 para 32% em 2001, a quantidade de habitantes aumentou de 111 milhões a 127 milhões (228). Em outras palavras, embora a proporção da população total que habita nos assentamentos precários urbanos tem diminuído, isso não reduziu o total de pessoas que habita neles. Existem também grandes disparidades entre os países. Em Belize, Bolívia, Guatemala, Haiti, Nicarágua e Peru, mais da metade da população urbana vive em assentamentos precários, enquanto que em Antígua e Barbuda, Antilhas Holandesas, Aruba, Bahamas, Barbados, Bermuda, Chile, Cuba, Granada, Guiana, Porto Rico, São Vicente e Granadinas, Saint Kitts e Nevis, Suriname e Uruguai, menos de 10% da população urbana vive nessas condições (228).

A criação de municípios e comunidades saudáveis é uma estratégia que contribui a melhorar os fatores sociais, econômicos

e ambientais que influenciam a qualidade de vida, a saúde e o desenvolvimento humano das populações urbanas na Região. Com o propósito de criar municípios saudáveis, várias cidades e comunidades se comprometeram a impulsionar ações de promoção da saúde, a utilizar um enfoque comunitário e multisetorial, e a dar prioridade à saúde pública na elaboração dos planos e políticas municipais (janela 2). Desde os anos oitenta, esta iniciativa foi uma estratégia eficaz de promoção da saúde participativa no âmbito local. Na medida em que seus benefícios se tornam visíveis, o movimento de municípios e cidades saudáveis na Região aumentou em forma significativa (quadro 28). Países como a Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Estados Unidos da América, México, Paraguai e Peru estabeleceram redes nacionais (além de integrar muitos deles a Rede de Municípios, Cidades e Comunidades Saudáveis das

**QUADRO 28. Crescimento do movimento de municípios e comunidades saudáveis em países selecionados das Américas, 2000–2005.**

País	Total de municípios no país	Municípios saudáveis				Rede Nacional ou Regional de MCS
		2000	%	2005	%	
Argentina	2.171	4	0,2	182	7,4	Sim
Costa Rica	81	40	49,4	56	70,0	Sim
Cuba	169	79	46,8	98	58,0	Sim
México	2.438	1.000	41,0	1.875	77,0	Sim
Paraguai	600	10	1,7	35	6,0	Sim
Peru	1.800	30	1,7	574	32,0	Sim
Uruguai	19	0	0	10	52,0	Não

**Fonte:** Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Infantil, com base nos relatórios apresentados pelos respectivos países.

**“O crescimento urbano acelerado, a expansão industrial e o desenvolvimento agrícola nos países da América Latina e Caribe em anos recentes causaram um incremento notável da contaminação ambiental na Região, que por sua vez resultou em importantes perigos ambientais para a saúde humana.”**

**George A.O. Alleyne, 1994**

Américas), e estão contribuindo para afiançar a estratégia na Região, mediante a inclusão de iniciativas de espaços saudáveis em seus programas de trabalho. No marco da estratégia de municípios e cidades saudáveis, a PANAFTOSA iniciou uma linha especial de cooperação técnica para o desenvolvimento local a partir do ano 2000. O escopo desta cooperação técnica, denominada municípios produtivos, compreende principalmente os programas nacionais de zoonoses, sendo que grande parte das ações neste assunto se encontram descentralizadas e recaem sobre dependências municipais.

### **Experiências de municípios e comunidades saudáveis nas Américas**

Na Argentina, a Rede Nacional de Municípios e Comunidades Saudáveis cresceu em forma sustentada desde 2002, propiciando o desenvolvimento de projetos locais de promoção e prevenção, a implementação de políticas públicas saudáveis e a participação comunitária. A rede argentina está integrada por 216 municípios (de um total de 2.171). Um dos eixos das ações foi sensibilizar os governos locais sobre a importância de integrar todos os atores da sociedade civil, assim como às diferentes áreas do governo, nos projetos de municípios e comunidades saudáveis. A rede argentina conta com grande apoio político, manifestado nas Jornadas Nacionais de Municípios e Comunidades Saudáveis realizadas em agosto de 2006 com a presença do vice-presidente da nação, vários ministros do Gabinete Nacional e 24 ministros de Saúde provinciais, mais de 200 prefeitos de todo o país, a OPAS e a Federação Argentina de Municípios. Nessa oportunidade, foi assinada a Declaração “Por um Plano Nacional de Vida Saudável”, na qual os assinantes se comprometeram a impulsionar a execução de políticas públicas com ênfase nos determinantes sociais da saúde e que fortaleçam as ações de prevenção da doença e promoção da saúde no nível local. Os assuntos mais comumente abordados no marco dos municípios saudáveis na Argentina são: atividade física, alimentação saudável, ambientes livres de tabaco, gestão de resíduos sólidos e prevenção de adições (229).

Na Bolívia, a estratégia de Comunidades Produtivas e Saudáveis, lançada em 2004, contribuiu para o desenvolvimento econômico nas pequenas comunidades pequenas e conseqüentemente para a diminuição da migração interna e a pobreza. Os produtores da comunidade da Chacaltaya aumentaram a comercialização

de seus produtos agropecuários (fundamentalmente hortaliças) e assim geraram maiores receitas para a comunidade. Além disso, membros da comunidade foram capacitados no gerenciamento econômico e a rentabilidade de estufas. Em 2004, a OPAS/OMS e a comunidade da Chacaltaya assinaram diferentes cartas acordo para realizar diversas atividades ecoturísticas e agropecuárias. As metas alcançadas incluem o estabelecimento de uma farmácia comunitária; a construção de estufas para autoconsumo e venda; a instalação de duchas com água quente ativada por energia solar; a instalação de serviços sanitários para a escola; e a construção de uma pequena planta de elaboração de charque (carne fresca, secada ao sol em ambientes construídos com esse propósito), e a produção de trutas para autoconsumo e venda na cidade de La Paz. Também foram capacitadas pessoas da comunidade em análise econômica e financeira bem como em comercialização nos supermercados da cidade de La Paz, para obter preços justos que contribuam para a sustentabilidade da comunidade. Como resultado desta atividade, o município de La Paz e a comunidade ganharam um concurso junto ao BID para a construção de um hotel e um circuito turístico por um valor estimado em US\$ 100.000, que estará operando aproximadamente no final de 2007. Na atualidade, o Ministério de Desenvolvimento Rural Agropecuário e Meio Ambiente e outras instituições nacionais e internacionais estão trabalhando na implementação deste modelo em outras localidades altamente vulneráveis do país.

No Brasil, os estados do Ceará, Goiânia, Mato Grosso do Sul, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, São Paulo e Tocantins participam da iniciativa de municípios e comunidades saudáveis. O país não conta com uma rede nacional de municípios e comunidades saudáveis, mas tem várias redes regionais. A Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis da região de Campinas começou com seis municípios e hoje conta com 30, que representam 2 milhões de habitantes. A estratégia brasileira de municípios e comunidades saudáveis se implementa em conjunto com diferentes agendas sociais que compartilham os mesmos valores e princípios, tais como o Programa 21, o projeto de atenção primária ambiental, o orçamento participativo e o movimento de municípios produtivos. O grande desafio é articular os esforços em torno de redes que considerem a inclusão social, a participação, a solidariedade, a equidade, a sustentabilidade e a inter-setorialidade. No distrito da Vila Paciência, no Rio de Janeiro, entre 2002 e 2004 foram executados 25 projetos com atividades tais como: feiras de saúde, recreação para crianças, capacitação em nutrição e mobilização para a limpeza da comunidade, que beneficiaram diretamente mais de 1.000 pessoas. Em Curitiba, Paraná, até 2005 a iniciativa de ambientes saudáveis tinha mobilizado 143 instituições locais para o desenvolvimento e implementação de ações de promoção da saúde (230).

O Canadá foi um dos primeiros países das Américas a aplicar a estratégia de municípios e comunidades saudáveis. A Coalizão de Comunidades Saudáveis de Ontário foi estabelecida em 1992,

com a meta de colaborar com as diversas comunidades de Ontário para fortalecer seu bem-estar social, ambiental e econômico (231). A Rede de Québec de Cidades e Povos Saudáveis foi estabelecida em 1988 e hoje compreende 140 municípios membros que representam mais de 50% da população de Québec (232).

A experiência da Costa Rica, com sua iniciativa de cantões ecológicos e saudáveis, recebeu muito apoio popular. A rede nacional do país, fundada em 1996, incorpora 56 municípios (70% dos municípios do país). O concurso anual para selecionar as melhores iniciativas de cantões ecológicos e saudáveis, e a publicação dos resultados destas iniciativas, ajudaram a ativar e manter a rede nacional.

Em Cuba foi declarado oficialmente o primeiro município saudável na América Latina em 1989, no marco do Projeto global de Cienfuegos. Em 2006, as 14 províncias e o município especial Ilha da Juventude se incorporaram ao movimento. A Rede Nacional Cubana de Municípios pela Saúde estabelecida em 1994 com 14 municípios, inclui atualmente 98 municípios, o que representa 58% do total dos 169 do país. Neste país promove-se à iniciativa de Atlas de Município Produtivo, para ampliar as capacidades analíticas e de gestão nos âmbitos municipais utilizando o sistema de informação geográfica em epidemiologia (SIGEPI), realizado pela Área de Análise de Saúde e Sistemas de Informação (AIS) da OPAS. Os principais ganhos da iniciativa incluem: o desenvolvimento da capacidade resolutive no âmbito local; a unificação de vontades para a realização de ações de promoção da saúde; o fortalecimento de alianças estratégicas intersectoriais, e a troca de experiências.

A experiência dos Estados Unidos da América começou em 1988, com o projeto de cidades e comunidades saudáveis da Califórnia, que abrange mais de 70 comunidades. Alguns dos ganhos desta iniciativa incluem o estabelecimento de pomares comunitários para 140 famílias; a implementação de um programa de segurança viária para ciclistas e pedestres, que resultou em um aumento do uso de capacetes de 26% a 53% em um ano; e uma campanha de limpeza que conseguiu uma redução de 45% no lixo da comunidade (233). Desde 1991, o Centro para o estabelecimento de cidades saudáveis, da Universidade de Indiana, também sentou as bases para promover os programas de municípios e comunidades saudáveis, a investigação e os recursos no país (234). Os membros da Rede de Cidades Saudáveis de Indiana trabalham na construção de trilhas em áreas naturais, a formulação de normas contra o tabaco, a melhora na cobertura de serviços de saúde, e a diminuição da violência.

A Rede Mexicana de Municípios pela Saúde foi constituída em 1993 com 13 municípios. Depois chegou a consolidar as 31 redes estatais agrupadas em redes regionais. Atualmente inclui mais de 1.800 municípios de um total de 2.438 (77%). A maioria dos municípios da rede também foi incorporada ao Programa Nacional de Comunidades Saudáveis. A rede realizou 13 reuniões nacionais anuais nas quais os prefeitos, o setor saúde e outros setores trocaram conhecimentos e práticas; e peritos nacionais e internacio-

nais apresentaram métodos novos e experiências bem-sucedidas para a modificação de determinantes da saúde no âmbito do município. A intervenção de diferentes setores na realização dos projetos municipais de promoção da saúde e a participação dos municípios em um concurso para obter recursos federais para o Programa, resultou no financiamento de 1.059 projetos municipais de saúde entre 2002 e 2006. A temática dos projetos inclui: comunidades saudáveis, controle de zoonoses, cuidado e melhora do meio ambiente, doenças transmitidas por vetores, manejo de resíduos sólidos, educação viária, prevenção de adições, educação para a saúde, feiras e mercados saudáveis, saúde na infância e na adolescência, saúde no adulto e no idoso, saúde reprodutiva, saneamento básico, HIV/AIDS, tuberculose, uso e consumo adequado da água, e saúde bucal. A Rede e o Programa de Municípios Saudáveis constituem estratégias eficazes para promover políticas públicas e ações intersectoriais orientadas a favorecer um maior compromisso da população e dos distintos níveis de governo em prol da saúde, mediante atividades políticas, programas, serviços, pesquisa e capacitação.

No Paraguai, 24 municípios constituíram em 2002 a Rede de Municípios Saudáveis, integrada atualmente por 35 municípios (15% do total de 230 municípios do país) que têm em comum o desenvolvimento de atividades dirigidas a criar ambientes saudáveis e produtivos. Em 2002 foi implementada uma experiência nova de colaboração chamada Fronteiras Saudáveis, realizada entre duas municipalidades do Paraguai e uma da Argentina (Nanawa, Falcón e Clorinda) para fornecer água potável aos três municípios. Outra experiência bem-sucedida é o projeto de Emboscada, que combina melhoras na proteção da saúde dos trabalhadores por meio do projeto Pedreiras saudáveis, com propostas de alternativas à única fonte de emprego (projetos de lumbicultura e de pomares familiares) e melhoras no manejo de resíduos, nos ambientes escolares e na atenção à saúde materna e infantil. Em 2004 se assinou o convênio entre o Ministério de Saúde Pública e Bem-estar Social, o de Educação e Cultura, e o Governo de Missões, para implantar em forma conjunta as iniciativas de escolas promotoras da saúde e municípios e comunidades saudáveis em todas as municipalidades da província. Atualmente, 22 escolas recebem assistência para obter a acreditação. Em 2005, os municípios integrantes da rede desenvolveram diversas atividades visando criação de ambientes saudáveis e produtivos, entre as que se destacam: a eliminação de lixos em troca de leite ou cestas familiares, a separação de águas poluídas, e projetos de arborização e pomares ecológicos.

No Peru, as comunidades, junto com o governo local, o setor público e as ONGs, estão trabalhando em forma ativa na estratégia de municípios e comunidades saudáveis desde 1996. A Direção Geral de Promoção da Saúde do Ministério de Saúde investe na capacitação ao nível provincial e local para executar as iniciativas de ambientes saudáveis. A Rede Nacional de Municípios e Comunidades Saudáveis inclui 574 municípios e 10 redes regionais (Arequipa, Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas, Ca-

llo, Lambayeque, La Libertad, Cusco, Cajamarca e Loreto) (235). O Ministério de Saúde executa o Programa de Municípios e Comunidades Saudáveis, que incorpora 757 municípios (41% do total de municípios do país). Esses municípios executam atividades relacionadas com a saúde materna, nutrição infantil, educação, gênero, segurança viária, ambientes livres de tabaco, atividade física, imunizações, ações de promoção e prevenção da dengue, etc. Foram realizadas várias oficinas de políticas públicas saudáveis em questões específicas de interesse municipal que deram lugar a diversas publicações. O Ministério de Saúde organizou diversas oficinas e encontros regionais para sensibilizar aos prefeitos e difundir experiências. Os resultados e lucros concretos das iniciativas de municípios saudáveis incluem:

- a vontade política setorial que levou ao estabelecimento de uma Direção Geral de Promoção da Saúde no Ministério de Saúde, com recursos, intervenções e políticas relacionadas, para impulsionar a estratégia de municípios de comunidades sanitárias;
- a aliança estratégica entre a Rede de Municípios e Comunidades Saudáveis do Peru, a OPAS, o Ministério de Saúde e o Projeto AMARES (Apoio à Modernização do Setor Saúde) para promover o processo de municípios saudáveis no país;
- o fortalecimento e crescimento da Rede de Municípios e Comunidades Saudáveis do Peru;
- a incorporação da iniciativa de municípios e comunidades saudáveis nos planos de desenvolvimento local concertado e no orçamento participativo dos municípios, e
- a aprovação de resoluções e decretos municipais que favorecem a criação de municípios e comunidades saudáveis.

Em Trinidad e Tobago, o movimento de municípios e comunidades saudáveis começou em 2002, com o desenvolvimento de uma proposta de equipe multisetorial, denominada Iniciativa de Espaços Saudáveis. Foram realizadas oficinas de promoção em cada autoridade sanitária regional para estabelecer as iniciativas de apoio às comunidades saudáveis. Por meio desta iniciativa, algumas comunidades rurais começaram a trabalhar em temas de segurança alimentar, saneamento, desenvolvimento de capacidades para jovens, e melhoramento dos serviços de saúde, entre outros. Na comunidade do Plum Mitan, os resultados específicos obtidos incluem a construção de tanques de água enquanto se realiza o estudo técnico para definir uma fonte permanente; o acesso a serviços de saúde a partir da provisão de meios de transporte ao centro de saúde em outro povo; capacitação em piscicultura e cuidados pessoais, e noções de computação. Aumentou também a participação das mulheres nos processos de tomada de decisão da comunidade. A qualidade de vida da comunidade melhorou com intervenções sustentáveis apoiadas pelos organismos de cooperação governamental e técnica, mas o mais importante é que a comunidade aprendeu e está mobilizando recursos para sua melhora.

Com apoio dos governos locais, o Ministério da Saúde incorporou a iniciativa em seu esquema institucional, promovendo assim o desenvolvimento de competências que fortalecem o planejamento, acompanhamento e avaliação, tanto no nível da autoridade sanitária regional como nos níveis locais, das atividades de promoção da saúde, e o fortalecimento da colaboração com a sociedade civil. Foram abertos ademais espaços deliberativos na comunidade, cujo conselho participa dos foros nacionais e conduz as intervenções locais de desenvolvimento. A iniciativa permitiu que a experiência fora compartilhada com ONGs, organizações comunitárias, organismos governamentais e entidades privadas, dentro e fora da sub-região.

No Uruguai, os Ministérios de Saúde Pública, e de Pecuária, Agricultura e Pesca, em colaboração com as prefeituras municipais, outras organizações nacionais e a OPAS/OMS, lançaram o projeto de comunidades produtivas e saudáveis, que combina as intervenções assistenciais com a geração de empregos e outras atividades microprodutivas centradas em iniciativas comunitárias. Cabe ressaltar que os municípios ou departamentos uruguaios abrangem uma extensão territorial que inclui de núcleos populacionais grandes (cidades), até pequenos (povoados e vilas). Em 10 municípios (de um total de 19) há uma ou mais comunidades que participam deste projeto. Entre as atividades realizadas estão a coordenação e melhora da produção de queijos artesanais rurais, a criação de espaços de comercialização da produção agropecuária local, o desenvolvimento produtivo e turismo ecocultural, e a execução de programas de segurança alimentar. Os ganhos concretos da iniciativa de comunidades produtivas e saudáveis incluem a capacitação e informação sobre os diversos aspectos da estratégia a 646 pessoas; a viabilidade, consolidação e fortalecimento de 52 microprojetos produtivos, e a execução de 73 atividades programáticas de saúde.

### Iniciativa de moradias saudáveis

Há tempos, as condições residenciais foram reconhecidas como um dos principais fatores determinantes da saúde humana. A moradia saudável refere a um espaço residencial que promove a saúde dos seus moradores. Este espaço inclui a casa (o refúgio físico onde residem às pessoas), o lar (o grupo de pessoas que vivem sob o mesmo teto), o ambiente (o ambiente físico e psicossocial imediatamente exterior a casa) e a comunidade (o grupo de pessoas identificadas como vizinhos pelos residentes). Uma moradia saudável carece de fatores de risco, ou estes são controláveis ou previsíveis, e inclui agentes promotores da saúde e do bem-estar (236).

Embora o déficit residencial na América Latina e Caribe seja difícil de apurar devido à falta de informação e de metodologias padronizadas para medi-lo, estima-se que oscila entre 23 e 28 milhões de unidades, enquanto que o déficit qualitativo é de aproximadamente 26 milhões de unidades.



A proporção de lares com acesso a posse segura (quer dizer, o direito de todos os indivíduos e grupo a contar com a proteção eficaz do Estado frente à expulsão do terreno ou residência) melhorou em termos relativos a escala regional entre 1990 e 2000, e se encontra ao redor de 80% de proprietários e inquilinos. Entretanto, em países como Colômbia, Costa Rica, Guatemala, México, Nicarágua e Paraguai se observa uma diminuição da porcentagem de lares com posse segura. A durabilidade dos materiais de construção melhorou em 70% a 76% das moradias entre 1990 e 2000, o que em termos absolutos significa uma melhora para mais de 17 milhões de unidades habitacionais nos 15 países da América Latina e do Caribe considerados. Entretanto, em alguns casos, como os do Equador e o Paraguai, a situação piorou. Na Região, a precariedade da moradia poderia estar afetando a saúde de milhões de pessoas. Particularmente as mais pobres e vulneráveis, como as crianças menores de 5 anos, as que padecem doenças crônicas como o HIV/AIDS, os deficientes físicos e os idosos, que passam a maior parte do tempo na moradia (228). Desde 1995, a estratégia de moradia saudável contribuiu para fortalecer as atividades que promovem e protegem a saúde destas populações e contribuem ao desenvolvimento local integrado das comunidades. A estratégia deve contar com um forte compromisso político, uma sólida experiência técnica e intercultural, uma colaboração intersetorial permanente, a adoção de um enfoque multidisciplinar e um elevado nível de participação por parte da comunidade. Por isso, um mecanismo eficaz para a implementação da estratégia é o estabelecimento de redes nacionais de moradia saudável, intersetoriais e multidisciplinares, associadas à Rede Interamericana de Moradia Saudável (Rede VIVSALUD). Em 2005, a Rede VIVSALUD elaborou seu plano de atividades para os próximos dois anos com as seguintes linhas de ação (236): avaliação do impacto de políticas, planos, programas e projetos na saúde com foco na equidade; fortalecimento dos sistemas de vigilância dos fatores de riscos e os fatores protetores em saúde; pesquisa das relações entre moradia e saúde; execução de projetos de avaliação-ação-participação; construção e desenvolvimento de capacidades, e desenvolvimento institucional da rede.

## ESCOLAS PROMOTORAS DA SAÚDE

A Promoção da Saúde e a Atenção Primária de Saúde são estratégias fundamentais para abordar os determinantes sociais da saúde, e conseqüentemente avançar nas conquistas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (MDMs) sob um compromisso de equidade. A escola é concebida como o motor da saúde e do desenvolvimento comunitário, e conseqüentemente qualquer abordagem de saúde dentro dos diferentes níveis, da educação inicial até a vocacional, fortalece ao escolar para responder aos diversos desafios do seu ciclo de vida e adicionalmente fortalece os vínculos entre os setores da saúde e a educação.

A Iniciativa de Escolas Promotoras da Saúde da OPAS (EPS) vem trabalhando nos níveis de educação pré-escolar, primária e secundária, e comprovou a necessidade de trabalhar em ações de promoção da saúde centradas no triângulo famílias-escolas de saúde. A incorporação da EPS à educação inicial envolve uma maior colaboração do primeiro nível de atenção em saúde com os centros de educação inicial. Esse enfoque abre a possibilidade de trabalhar com a mãe a partir dos primeiros meses de gestação, apoiando os processos de estímulo precoce que redundarão em melhores condições para o desenvolvimento intelectual das crianças. Estudos recentes em neurociência (237) confirmam a necessidade de desenvolver programas educacionais e de saúde que, junto a uma adequada nutrição, priorizem a atenção às crianças em situação de vulnerabilidade, de forma de oferecer condições de maior equidade. A escola promotora da saúde a partir da educação inicial constitui um espaço educacional privilegiado para trabalhar com a mãe e a criança, para assim modificar padrões de comportamento que levem a maiores estímulos à aprendizagem e assegurar a construção de ambientes mais saudáveis. A educação em saúde desde essa etapa precoce incide também na redução da mortalidade e morbidade infantil.

A Iniciativa Regional Escolas Promotoras da Saúde (IREPS) (238) nas Américas, originada a partir de múltiplas consulta entre países, foi lançada oficialmente pela OPAS em 1995. O propósito da iniciativa é formar futuras gerações que disponham dos conhecimentos, habilidades e destrezas necessárias para promover e cuidar da sua saúde, a da sua família e sua comunidade, bem como para criar e manter ambientes de estudo, trabalho e convivência saudáveis. A OPAS/OMS, por meio desta iniciativa, apóia os Estados Membros no desenvolvimento e execução de atividades de promoção da saúde, criando consenso e estabelecendo alianças entre os setores de saúde, educação e outros, e através de associações de pais, estudantes e outras organizações relevantes. A iniciativa está centrada em três componentes principais: 1) educação para a saúde com um enfoque integral que compreende o ensino de habilidades para a vida; 2) criação e manutenção de ambientes físicos e psicosociais saudáveis, e 3) provisão de serviços de saúde e alimentação saudável, assessoria psicológica, alimentação saudável e vida ativa.

O primeiro componente proporciona ao escolar os conhecimentos necessários para reconhecer, adotar, desenvolver e consolidar as habilidades necessárias para obter e manter um nível ótimo de bem-estar e qualidade de vida. Essas habilidades se constroem a partir dos valores pessoais, familiares e da comunidade, e tomando em consideração as necessidades e características individuais, sociais e culturais dos escolares. Fortalece-se assim a auto-estima e a capacidade de adquirir e manter hábitos higiênicos e estilo de vida saudáveis. A informação facilita o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e destrezas orientados a consolidar modos de vida saudáveis mediante intervenções participativas que incluem discussões grupais e projetos de trabalho comunitário.



A educação em habilidades e destrezas para a vida e a aquisição de competências psicossociais promove a adoção e manutenção de comportamentos, atitudes e hábitos que permitem responder às demandas e desafios da vida, tais como as habilidades para fazer, pensar e comunicar-se.

O escolar aprende a valorizar as relações pessoais, a utilizar os recursos de sua comunidade imediata, e a adotar e manter comportamentos saudáveis. As EPS promovem um sentido de responsabilidade e potencializam a capacidade de resolver situações muitas vezes conflitivas, mediante o diálogo e a negociação, como fatores preventivos da violência e instrumentos de convivência harmoniosa. Estes, por sua vez, facilitam o desenvolvimento humano integral e o sentido de responsabilidade cívica.

O segundo componente favorece o desenvolvimento da capacidade de criar e manter os estabelecimentos escolares e suas dependências em condições adequadas de limpeza e segurança, incluídas as instalações de saneamento básico, a provisão de água, assim como os diferentes espaços físicos utilizados, e um âmbito psicossocial livre de agressão física, verbal e psicológica, ou de qualquer outra forma de violência. Este componente presta atenção especial ao clima emocional na escola e às interações sociais que afetam ao bem-estar e a produtividade dos estudan-

tes e do pessoal escolar, como à formação e capacitação contínuas do professor, e à execução de estratégias de promoção da saúde dirigidas aos familiares no marco das associações de pais e as organizações comunitárias.

O terceiro componente facilita o fortalecimento da relação entre as equipes de saúde, educação e outros setores pertinentes, e sua capacidade para complementar-se e fortalecer-se mutuamente. Através deste podem ser detectados e prevenidos problemas de saúde, incluindo fatores de risco e hábitos nocivos. O acesso a serviços de saúde e alimentação saudável facilita também a detecção precoce de deficiências ou doenças.

### O avanço da iniciativa

A iniciativa regional do EPS encontra-se em pleno processo de desenvolvimento nos países da América Latina e Caribe, conforme manifestado por 90% dos participantes na primeira pesquisa regional sobre o EPS realizada em 2001 (239), cujos resultados se apresentam no quadro 29.

A partir da consulta, constata-se que a maioria dos países da Região conta com iniciativas de promoção da saúde escolar, que vão do uso do espaço educacional para aumentar a cobertura de

### JANELA 3. Funções e tarefas das escolas promotoras da saúde

- *Colocar em operação políticas* que apóiem a dignidade e o bem-estar individual e coletivo e oferecer múltiplas oportunidades de crescimento e desenvolvimento para crianças e adolescentes, em um contexto de aprendizado e fortalecimento da comunidade escolar, com a participação de professores, alunos e famílias.
- *Definir estratégias que promovam e apóiem o aprendizado e a saúde*, utilizando para isso todos os meios e recursos disponíveis e comprometendo o pessoal do setor saúde e educação e aos líderes da comunidade na realização de atividades escolar planejadas (por exemplo, educação para a saúde em forma integral e treinamento em formação de habilidades e destrezas para a vida, fortalecimento de fatores protetores e diminuição de comportamentos de risco, facilitação do acesso a serviços de saúde escolar, nutrição e educação física).
- *Comprometer todos os membros da escola e da comunidade*, incluindo professores, pais, estudantes, líderes e ONGs, na tomada de decisões e na execução de intervenções para a promoção do aprendizado, o incentivo de modos de vida saudáveis e a realização de projetos comunitários para a promoção da saúde.
- *Ter um plano de trabalho* para o melhoramento do ambiente físico e psicossocial no âmbito escolar e seus arredores (que inclui normas e regulamentos para ambientes livres de fumaça, drogas, abuso e qualquer forma de violência; acesso à água potável e instalações sanitárias; alimentos saudáveis), e procurar dar o exemplo mediante a criação de ambientes escolares saudáveis e a realização de atividades que se estendem fora do âmbito escolar.
- *Executar ações* para avaliar e melhorar a saúde dos estudantes, a comunidade educativa, e as famílias e os membros da comunidade em geral, e trabalhar com os líderes comunitários para assegurar o acesso a serviços de saúde e de referência, de aconselhamento, nutrição e outros, assim como a espaços para as atividades físicas e recreativas.
- *Oferecer formação* adequada e efetiva, e material educacional para docentes e estudantes.
- *Contar com um comitê local de educação e saúde* onde participam ativamente as associações de pais, as ONGs e outras organizações da comunidade.

**QUADRO 29. Resultados da Primeira Pesquisa Regional de escolas promotoras da saúde na América Latina e Caribe, 2001.**

Grau de difusão do enfoque do EPS	94% dos países estão desenvolvendo a iniciativa do EPS. A proporção do EPS com em relação ao total de escolas mostra uma situação de grande heterogeneidade entre os países segundo o grau de implementação da estratégia.  Em 90% dos casos, a estratégia se aplica em escolas públicas de educação primária e em zonas urbanas; em 60% dos casos se executa no nível pré-escolar e em igual proporção no nível secundário.
Políticas e planos nacionais de promoção da saúde da população escolar	94% dos países contam com um amplo marco legislativo e político sobre saúde escolar.  82% dos países contam com políticas ou normativas específicas sobre o EPS. A maior parte das políticas pertinentes a esta iniciativa se originou a partir de 1997, e em 82% dos casos entre 1999 e 2001, que coincide com o lançamento oficial da iniciativa regional da OPAS/OMS em 1995.
Mecanismos de coordenação multisetorial para o apoio da promoção da saúde no âmbito escolar	65% dos países formou comissões nacionais mistas de saúde e educação, e esta percentagem aumenta para 75% quando considerados os casos de existência de outras formas de trabalho participativo.
Educação para a saúde	Todos os países incorporam o ensino da educação para a saúde em seus programas escolares. A modalidade mais empregada consiste na inclusão como tema ou eixo transversal. A tendência predominante de incorporar a de maneira transversal é coincidente e se relaciona com os processos de reforma educativa (curricular).
Conformação e participação nas redes nacionais e internacionais do EPS	47% dos países têm algum tipo de participação na Rede Latino-americana de Escolas Promotoras da Saúde (RLEPS). Na maioria dos casos, esta participação consiste na participação nas reuniões da Rede.  29% dos países formou redes nacionais do EPS. Em 2004, quase todos os países da América Latina participaram da IV RLEPS.
Financiamento de programas e atividades de saúde escolar	30% dos países contam com orçamento alocado a saúde escolar.

**Fonte:** Ippolito-Shepherd J. As escolas promotoras da saúde na América Latina. Resultados da Primeira Pesquisa Regional. Série Promoção da Saúde N° 3. Washington, DC: OPAS; 2005.

vacinação ou a identificação de problemas visuais, até experiências de promoção da saúde integral nos três níveis, sala-de-aula, escola e relação escola-comunidade.

Entretanto, a maioria destes programas são responsabilidade dos ministérios de saúde que utilizam os espaços educacionais para fiscalizar a saúde dos estudantes com modalidades de médicos ou enfermeiras escolares. A cobertura destas experiências é muito heterogênea entre os países, mas em sua maioria se concentra nos estabelecimentos públicos urbanos, deixando de lado as escolas em áreas rurais e urbano marginais, onde os determinantes sociais da saúde são mais acentuados.

Além disso, os Estados Membros estão definindo critérios e procedimentos para a acreditação e certificação do EPS, e inclusive das normas e requisitos mínimos para a acreditassem e certificação por parte dos Ministérios de Saúde e Educação, como também as atividades de monitoramento e acompanhamento do EPS, os requisitos de informação, e a periodicidade da acreditação e certificação. Estes processos se estão desenvol-

vendo no contexto da Iniciativa Regional de Escolas Promotoras da Saúde e com a participação de diretores e docentes, estudantes, pais, pessoal administrativo e organizações da comunidade educativa.

O papel das comissões nacionais mistas de saúde e educação é significativo, dada sua capacidade para promover a mobilização de todos os participantes e dos recursos materiais necessários. A colaboração técnica para a implementação desta estratégia consiste em difundir o conhecimento e a metodologia, e promover a troca de experiências entre os países. Com essa finalidade, foram realizadas reuniões regionais e sub-regionais onde se apoiou à constituição e extensão das Redes Latino-americana e Caribenha de Escolas Promotoras da Saúde.

A criação e fortalecimento destas redes facilitou um espaço para o intercâmbio de idéias, recursos e experiências entre os países, para alimentar a mística e o entusiasmo dos professores, alunos e pais participantes, e dos defensores da promoção da saúde no âmbito escolar. As Redes Latino-americana e Caribenha

*“Milhões de famílias no mundo vivem, ou lutam por sobreviver, em choças, cabanas, carpas, ghettos e assentamentos desolados, superpovoados e inseguros. Estão expostos às crueldades climáticas. Os ratos e os insetos levam doenças aos seus lares. A ventilação inadequada, a falta de luz e a necessidade de reparações permanentes agravam a tragédia. Estas condições são especialmente opressivas para as crianças, para seus corpos, seu crescimento e desenvolvimento e seus solos. Vivem sem água potável, sem saneamento decente e sem serviços básicos que muitas pessoas no mundo desfrutam diariamente e dão por descontados. Mas essas pessoas são seres humanos como nós, são um precioso capital humano, e temos o dever de reduzir os perigos ambientais que enfrentam de forma de melhorar sua saúde.”*

Mirta Roses, 2007

de Escolas Promotoras da Saúde foram criadas a partir de múltiplas consultas regionais da última década.

A Primeira Reunião Constitutiva da Rede Latino-americana de Escolas Promotoras da Saúde (RLEPS) realizou-se em 1996 na Costa Rica, com uma adesão inicial de 10 países, e a Primeira Reunião Constitutiva da Rede Caribenha de Escolas Promotoras da Saúde (RCEPS) efetuou-se em novembro de 2001, em Bridgetown, Barbados, com uma adesão inicial de 14 países. A segunda reunião se realizou em 1998 na cidade do México, e a terceira reunião se levou a cabo em Quito, Equador, de 10 a 13 de setembro de 2002. Ali foi propiciada a oportunidade de compartilhar experiências e fortalecer as comissões nacionais mistas dos países participantes.

A quarta reunião da RLEPS teve lugar na cidade de San Juan, Porto Rico, de 11 a 16 de julho de 2004 (240), e contou com a presença dos delegados oficiais de saúde e educação da Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Porto Rico, República Dominicana e Venezuela, como também de participantes de Aruba, Austrália, Canadá, Colômbia, Equador, Espanha, Estados Unidos da América, Itália, e Trinidad e Tobago. O evento também contou com a participação ativa de representantes de Programas Integrados de Atenção Primária da Saúde, da Universidade Industrial do Santander, Colômbia (PROINAPSA), centro colaborador da OPAS/OMS, de ONGs, e de representantes do setor privado, instituições acadêmicas e organismos internacionais, para um total de 115 participantes oriundos de 26 países. Foram criados sete comitês de trabalho que discutiram sete temas chave para o fortalecimento das EPS: 1) organização, estrutura e gestão da RLEPS; 2) capacitação e formação de recursos humanos para a promoção da saúde nas escolas; 3) pesquisa, avaliação e vigilância de fatores protetores e de risco; 4) elaboração de materiais e ferramentas educativas para a promoção da saúde e a educação para uma vida saudável no âmbito escolar; 5)

acreditarão e certificação do EPS; 6) alianças estratégicas e mecanismos de cooperação horizontal entre países para o fortalecimento da promoção da saúde nas escolas, e 7) reforma curricular para a inclusão da promoção da saúde e a educação para uma vida saudável no âmbito escolar. Além disso, a Reunião facilitou a validação técnica do documento *Doadores de vida: Guia Metodológica para Educadores*. Depois da realização da quarta reunião da RLEPS, constituiu-se em Porto Rico a Rede Porto-riquenha de Escolas Promotoras da Saúde.

No Plano de Ação 2003–2012, a OPAS/OMS destaca a importância de promover as redes latino-americana e caribenha (RLEPS e RCEPS) para o fortalecimento e expansão das EPS nas Américas. Seus principais objetivos são: difundir o conceito do EPS; mobilizar a vontade política e o trabalho multisetorial e multidisciplinar, especialmente dos setores de saúde e educação; criar foros onde as escolas possam trocar experiências, assegurando assim o enriquecimento dos processos em andamento; desenvolver programas de capacitação para o pessoal de educação e de saúde; promover a preparação de material didático com enfoques pioneiros e uso de metodologias participativas; difundir metodologias de avaliação e de boas práticas; promover a utilização de meios de comunicação eletrônicos entre os participantes da Rede; e fortalecer a capacidade institucional para executar programas de saúde escolar com enfoque integral que assegurem um tratamento de gênero igualitário. A janela 4 apresenta as diversas modalidades de atividade que cumprem as EPS na Região.

No âmbito regional, a iniciativa permitiu oferecer colaboração técnica e desenvolver atividades específicas (223). O sucesso na formação e no trabalho dos comitês foi evidenciado pelo trabalho virtual contínuo e o comprometimento demonstrado por cada um dos membros dos sete comitês, que continuam trabalhando em forma virtual para finalizar as propostas das Orientações regionais com o propósito de poder as apresentar na Quinta Reunião da RLEPS, para sua discussão e consenso respectivo. Entre outras ações se destacam:

- A promoção e fortalecimento de programas de saúde escolar com enfoque integral, difundindo o conceito do EPS entre os países da Região, mediante a realização de reuniões regionais e sub-regionais, a distribuição do matéria informativo e promocional, e a participação em foros internacionais e nacionais pertinentes.
- A colaboração técnica com os países membros para consolidar mecanismos de coordenação intersetorial; analisar e atualizar as políticas públicas; fortalecer a capacidade institucional; apoiar a difusão e inclusão do enfoque de habilidades para a vida; elaborar, difundir e promover o emprego de instrumentos de diagnóstico e análise rápida; e criar alianças estratégicas.

As EPS oferecem a oportunidade de melhorar a saúde de meninos e adolescentes, que representam o recurso humano mais valioso dos países. Assegurar o desenvolvimento e crescimento

#### JANELA 4. Atividades das escolas promotoras da saúde em alguns países da Região

**Argentina.** Na Província de Salta, o Programa do EPS é executado desde 1998 através da Equipe Interministerial de Saúde e Educação, cujo trabalho visa a obter a descentralização mediante a capacitação de equipes interdisciplinares e o fortalecimento de redes a partir do trabalho intersetorial entre ministérios. Está sendo desenvolvido o Projeto VIGIA Somando EPS, cuja proposta é acrescentar 100 novas escolas e serviços de saúde da província aos 52 já existentes.

**Bolívia.** O programa *Educando em sexualidade com perspectiva de gênero, com ênfase na prevenção do HIV/AIDS, outras doenças sexualmente transmissíveis (DST), gravidez na adolescência, abuso sexual infantil e violência de gênero*, foi realizado a nível nacional em 14 municípios, com 177 escolas beneficiadas, 1.407 docentes envolvidos e 57.691 estudantes formados e informados. A realização do projeto se fez respeitando as particularidades organizativas de cada estado.

**Brasil.** Em 2005 foi criada a Câmara Intersetorial de Educação para a Saúde na Escola, com a participação conjunta dos Ministérios de Saúde e Educação, visando desenvolver ações e práticas de educação para a saúde no âmbito escolar, bem como envolver e ouvir os diferentes atores sociais para aprofundar o conhecimento, delinear estratégias intra e intersetoriais para executar ações de saúde para a educação básica da rede pública de ensino. A institucionalização da promoção da saúde nas escolas como política, abre novas perspectivas para que a temática seja integrada na Política Nacional de Saúde do Brasil. Como exemplos bem-sucedidos podem destacar-se os seguintes:

- Em Rio de Janeiro, estudos de diagnóstico, identificação de atores chave, produção de material educacional, parcerias com universidades e organizações não governamentais, geram ações descentralizadas e intersetoriais que melhoram o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde.
- No Município do Embu, São Paulo, em 2002 foi implementada a estratégia do EPS, como articulação intersectorial e em parceria com a Universidade Federal de São Paulo. As ações de educação para a saúde têm três eixos temáticos prioritários: meio ambiente, sexualidade e promoção da paz.
- No Estado do Tocantins, a escola é um espaço educacional formal, mas também um espaço institucional, social e político, influenciado pela cultura. Estes aspectos são importantes para o apoio e sustentabilidade das estratégias de promoção da saúde. Destaca-se neste contexto a interdependência entre a gestão, a formação e o processo de ensino-aprendizagem para a inter-setorialidade, e os resultados e repercussão obtidos. A estratégia do EPS do Tocantins considera estas dimensões em forma indivisível e como eixos estruturais.

**Colômbia.** O Programa Escola Saudáveis pela Paz é uma estratégia que visa integrar os setores de saúde e educação com a comunidade para promover estilos de vida saudáveis nos centros educacionais. O Programa apresenta um processo que parte da sensibilização, seguida por uma fase diagnóstica que define as atividades de promoção e prevenção em saúde que têm de ser implementadas. *Jenarito Saludable* é uma experiência conformada por três fases: o direito da criança à não-violência, o direito à saúde e cuidado e o direito a uma convivência sadia.

**Cuba.** A iniciativa Seminternado de Primaria-Agustín Farabundo Martí tem como objetivo a motivação e o estímulo para elevar a qualidade de vida da comunidade educativa. São entregues diplomas como *Minha casa alegre e saudável*, a casas de estudantes onde não são praticados hábitos nocivos de tabagismo e alcoolismo; *Aprender para crescer*, por obter conhecimentos reflexivos e criativos; *A Natureza é minha amiga*, que avalia o cuidado das plantas, os animais e a água, como também o aproveitamento na alimentação humana.

**Chile.** Desde 1997 desenvolve a estratégia EPS em conjunto com o setor educação e o setor saúde. Desde 1999 o trabalho se fortaleceu com a incorporação das instituições encarregadas das creches. Em 2004 se incorporaram ao trabalho as instituições vinculadas ao meio ambiente e a prevenção de drogas. Como resultado de um trabalho interse-

(continua)

### JANELA 4. Continuação

torial, durante 2004 foram realizadas intervenções em cerca de 30% do total de estabelecimentos (mais de 3.000) no país, nos níveis pré-escolar, básico e médio. A partir de 2001, iniciou-se um processo de acreditação com o propósito de motivar os estabelecimentos, e padronizar critérios e exigências mínimas para constituir-se em Estabelecimento de Educação Promotor da Saúde. No período 2001–2004 foram acreditados 2.554 estabelecimentos.

**El Salvador.** O Programa de Escola Saudável tem como uma das suas linhas de ação a alimentação escolar, e visa que os escolares aproveitem melhor sua estadia na escola, aumentando sua concentração e capacidade de aprendizado mediante a satisfação das necessidades alimentares imediatas. Do mesmo modo, 363.360 estudantes receberam o *Suplemento nutricional à refeição escolar*. Por sua parte, 300 escolas optaram pelas hortas escolares como alternativa para fortalecer as refeições.

**México.** Em Mazatlán, Sinaloa, o Programa Intersetorial de Educação Saudável tem como propósito fortalecer a auto-assistência da saúde em suas centenas de escolares e sensibilizá-los na preservação do meio ambiente. A comunidade escolar, o pessoal de saúde e as autoridades municipais elaboraram conjuntamente um programa de educação saudável que compreende três linhas de ação: educação para a saúde; prevenção e detecção de problemas de saúde, e ambientes saudáveis.

**Peru.** Em Lima, a proposta promove a participação organizada dos estudantes em atividades decorrentes dos seus próprios interesses e motivações. Assim, o projeto *Mãos limpas, carinhas felizes* estimula práticas de higiene pessoal e saneamento para melhorar as condições de saúde dos escolares. Em 2004, foi assinado um convênio para utilizar os materiais educacionais e a metodologia a nível nacional em 2.000 escolas adicionais. Em Belém, Departamento do Loreto, foram planejadas e desenvolvidas ações em favor da promoção da saúde, entre elas a manutenção de pátios e salas de aula, e incorporação nos programas escolar de temas de higiene, nutrição e de prevenção de doenças, como o dengue e a malária.

**Venezuela.** Em Aragua, para que um centro educacional seja certificado como EPS deverá cumprir critérios tais como ter pelo menos dois professores promotores de saúde, executar um plano de promoção da saúde de acordo com os resultados do diagnóstico de saúde efetuado na escola, assegurar que o refeitório escolar ofereça lanches saudáveis, executar o Programa de Saúde Bucal, traçar e implementar projetos comunitários de saúde integral e manter um Sistema de Segurança Escolar para Casos de Emergências. Em Miranda, mediante atividades lúdicas se formam novos leitores e futuros doadores de sangue. Os participantes são sensibilizados, informados e educados a respeito da doação; recebem explicações sobre a importância e utilidade da doação, promovendo neles o uso da criatividade mediante a composição de contos e a realização de murais coletivos.

da população escolar em ótimas condições de saúde física e mental, e com consciência de responsabilidade social, é indispensável para alcançar uma melhor qualidade de vida, para construir um mundo melhor e para cumprir os ODMs.

#### Referencias

1. Pruss A, Corvalán C. Preventing disease through health environments. Towards an estimate on the environmental burden of disease. Genebra: WHO; 2006.
2. Zimmerman R. Social equity and environmental risk. Risk Analysis. 1993;13(6):649–66.
3. Organización Panamericana de la Salud; Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente; Fundación Oswaldo Cruz. Proyecto GEO Salud. En búsqueda de herramientas y soluciones integrales a los problemas de medio ambiente y salud en América Latina y el Caribe. México: OPAS/PNUMA/FIOCRUZ; 2005.
4. Firpo de Souza M. Public health and environmental justice in Brazil: joint perspectives. (Apresentado no Colóquio Internacional de Justiça Ambiental e Cidadania, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil, setembro de 2001.)
5. Roque J.A. Environmental equity: reducing risk for all communities. Environment. 1993;35(5): 25–28.



6. Organización Panamericana de la Salud. El agua, fuente de vida. Equidad y calidad en los servicios. Decenio Internacional para la Acción: el agua, fuente de vida, 2005–2015. Disponible em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsadiao/diao/material.htm>.
7. Ramírez GL. La visión de políticas sobre el derecho humano al agua potable en el Perú. Documento preliminar. 2004.
8. Consejo Mundial del Agua. IV Foro Mundial del Agua. Disponible em: <http://www.bvsde.OPAS-oms.org/bvsacg/e/foro4/ponencias.html>.
9. Nicaragua, Ministerio de Salud. Informe final de la evaluación rápida de la calidad del agua en Nicaragua. Managua: Ministerio de Salud; 2005.
10. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la evaluación regional de los servicios de manejo de residuos sólidos municipales en América Latina y el Caribe. Washington, DC; OPAS; 2005. Disponible em: <http://www.cepis.org.pe/bvsars/fulltex/informe/informe.html>.
11. Organización Mundial de la Salud; Programa de Naciones Unidas par la Infancia. Evaluación de medio término del Programa Conjunto de Monitoreo (PCM) del abastecimiento de agua y saneamiento. OMS/UNICEF; 2006.
12. Organización Panamericana de la Salud. Salud, agua potable y saneamiento en el desarrollo humano sostenible. Washington, DC: OPAS; 2001. (Documento CD43/10). Disponible em: [http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd43\\_10-s.pdf](http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd43_10-s.pdf).
13. Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos. El Reto de las Barriadas. Informe global sobre los asentamientos humanos 2003. UN-HABITAT; 2003. Disponible em: <http://hq.unhabitat.org/mediacentre/documents/whd/GRHSB6.pdf>.
14. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación 2000. Agua potable y saneamiento: información sectorial. Disponible em: <http://www.cepis.org.pe/sde/OPAS-sde/eva2000.html>.
15. Declaración de Ottawa. Reunión de los Ministros de Salud y Ambiente de las Américas, Ottawa, Canadá, 2002.
16. Declaración de Mar del Plata, IV Cumbre de las Américas, Mar del Plata, Argentina, 2005.
17. Costa Moreira J, Oliveira da Silva AL, Meyer A, Esparza MLC de. Improving environmental and health laboratories in Latin America and the Caribbean countries: diagnosis of the analytical capabilities and identification of the most important problems. CEPIS/PAHO; CDC; 2003.
18. Organismo Internacional de Energía Atómica, Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente; Organización Panamericana de la Salud. Ejercicio de intercomparación para laboratorios de análisis ambiental de América Latina y el Caribe (Proyectos ARCAL RLA 8031 y RLA 2021). 2004. Disponible em: <http://www.cepis.org.pe/bvsala/e/proyecto/proyecto.html>.
19. Andrei S. Jouravlev. El abastecimiento de agua y saneamiento en las ciudades de Iberoamérica. III Congreso Ibérico sobre Gestión y Planificación del Agua. La directiva marco del agua: realidades y futuros. CEPAL; 2002.
20. Grupo Conjunto de Expertos de las Naciones Unidas sobre Aspectos Científicos de la Protección Medioambiental Marina. Un mar de problemas [relatório de investigação]. GESAMP; 2001.
21. Organización Mundial de la Salud. Guías para ambientes seguros en aguas recreativas: volúmenes 1 y 2. Ginebra: OMS; 2003.
22. Organización Panamericana de la Salud. Agua y desastres: los servicios en la mira. Material de difusión del Día Interamericano del Agua 2004. Disponible em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsadiao/diao04/diao2004/folleto.pdf>.
23. Organización Panamericana de la Salud. Huracanes George y Mitch: crónicas de desastres N° 7. Washington, DC: OPAS; 1999.
24. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. El terremoto del 13 de enero de 2001 en El Salvador. Impacto socioeconómico y ambiental. México: CEPAL; 2001.
25. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. El impacto socioeconómico y ambiental de la sequía de 2001 en Centroamérica. México: CEPAL; 2002.
26. Naciones Unidas. Protocolo de Kyoto de la Convención marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. Nueva York: NNUU; 1998. Disponible em: <http://unfccc.int/resource/docs/convkp/kpspan.pdf>. Acceso em janeiro de 2007.
27. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, Secretaría del Ozono. Protocolo de Montreal relativa a las sustancias que agotan la capa de ozono. PNUMA; 2000.
28. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe. Santiago do Chile: CEPAL; 2005.
29. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de los efectos de la contaminación del aire en la salud de América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPAS; 2005.
30. Cohen AJ, Anderson HR, Ostro B, Pandey KD, Krzyzanowski M, Kuenzli N, et al. Mortality impacts of urban air pollution. En: Ezzati M, López AD, Rodgers A, Murray CJL (eds.). Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Vol. 2. Ginebra: WHO; 2004. Pág. 1353–1433.
31. World Health Organization. WHO Air Quality Guidelines Global Update 2005. Report on a working group meeting, Bonn, Germany, 18–20 October 2005. Copenhagen: WHO; 2006.
32. Maisonet M, Correa A, Misra D, Jaakkola J. A review of the literature on the effects of ambient air pollution on fetal growth. Environ Res. 2004;95:106–15.



33. Câmara VM, Tambellini AT. Considerações sobre o uso da Epidemiologia em saúde ambiental. *Rev Bras Epidemiol*. 2003;6(2):95–104.
34. Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Avanços e perspectivas da vigilância em saúde ambiental no Brasil*. Brasília: CGVAM/SVS; 2006. Inédito.
35. Comisión para la Cooperación Ambiental. *Salud infantil y medio ambiente en América del Norte. Un primer informe sobre indicadores y mediciones disponibles*. Montreal: CCA; 2006.
36. Santos ECO, Câmara VM, Jesús IM, Brabo ES, Loureiro ECB, Mascarenhas AFS, et al. A contribution for the establishment of reference values for total mercury levels in hair and fishes in Amazonia. *Environ Res*. 2002;90(1):6–11.
37. Organización Panamericana de la Salud. *Vigilancia sanitaria de plaguicidas: experiencias de PLAGSALUD en Centroamérica*. Washington, DC: OPAS; 2004.
38. Organización Panamericana de la Salud. *Boletín epidemiológico*. 2001;22(4). Disponível em: [http://www.paho.org/spanish/sha/EB\\_V22n4.pdf](http://www.paho.org/spanish/sha/EB_V22n4.pdf).
39. Organización Panamericana de la Salud; Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente; Facilidad del Medio Ambiente Global. *Programa Regional de Acción y Demostración de Alternativas Sustentables para el Control de la Malaria sin el Uso de DDT en México y América Central (PAEDDT)*. Washington, DC: OPAS; 2002.
40. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. *Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos*. Ginebra: PNUMA; 2002.
41. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente; Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. *Convenio de Rotterdam sobre el procedimiento de consentimiento fundamentado previo aplicable a ciertos plaguicidas y productos químicos peligrosos objeto de comercio internacional*. Ginebra: PNUMA; 2005.
42. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. *Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes*. Ginebra: PNUMA; 2002.
43. Kosek M, Bern C, Guerrant RL. The magnitude of the global problem of diarrheal disease from studies published 1992–2000. *Bull World Health Org*. 2003;81(3):197–204.
44. Binsztein N, Fernández A, Caffer MI, Agudelo CI, Arias MI, Ugarte C, et al. WHO Global Salm-Surv (WHO GSS) in the South American Region: five years (2000–2004) of *Salmonella* surveillance. *International Conference on Emerging Infectious Diseases*, Atlanta, Georgia, 21 março 2006.
45. Organización Mundial de la Salud. *Reunión de consulta en Estudios de Carga de Enfermedad en Enfermedades Transmitidas por Alimentos*. Ginebra, 25–27 setembro de 2006. Disponível em: [http://www.who.int/foodsafety/publications/foodborne\\_disease/burden\\_sept06/en/](http://www.who.int/foodsafety/publications/foodborne_disease/burden_sept06/en/).
46. Diemert DJ. Prevention and self-treatment of traveler's diarrhea. *Clin Microbiol Rev*. 2006;19:583–94.
47. Torres R, Skillicorn P. Montezuma's revenge: how sanitation concerns may injure Mexico's tourist industry. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*. 2004; 45(2):132–44.
48. Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis. *Evaluación de los sistemas de inocuidad de alimentos de la región de América*. OPAS; 2004. Disponível em: <http://www.panalimentos.org/evaluacion/evaluacion.espaniol/index.html>.
49. Flint JA, Van Duynhoven YT, Angulo FJ, DeLong SM, Braun P, Kirk M, et al. Estimating the burden of acute gastroenteritis, foodborne disease, and pathogens commonly transmitted by food: an international review. *Clin Infect Dis*. 2005; 41:698–704.
50. Aguiar Prieto PH, Castro Domínguez A, Pérez E, Coutin Marie G, Triana Rodríguez T, et al. *Carga de la shigelosis Z en tres sitios centinelas de Cuba*. 2005 Disponível em: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/rtv0405.pdf>.
51. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Panorama social de América Latina*. Santiago do Chile: CEPAL; 2006.
52. Castro G. Los riesgos del trabajo en América Latina. *International Social Security Review* 2005;58(2–3):125–39.
53. Organización Internacional del Trabajo, Departamento de Integración de Políticas, Oficina de Estadísticas. *LABORSTA: estadísticas en línea*. Ginebra: OIT; 2006.
54. Dong C, Platner J. Occupational fatalities of Hispanic construction workers from 1992 to 2000. *Am J Ind Med*. 2003; 45(1):45–54.
55. Organización Internacional del Trabajo. *Panorama laboral 2005*. Ginebra: OIT; 2005.
56. World Bank. *Regional activities: Latin America and the Caribbean* [site na Internet]. World Bank; 2006.
57. Bullinger HJ. The changing world of work: prospects and challenges for health and safety. *Magazine of the European Agency for Safety and Health at Work*. 2000;(2):8–13.
58. Organización Internacional del Trabajo. *El fin del trabajo infantil: un objetivo al alcance*. Ginebra: OIT; 2006.
59. Organización Internacional del Trabajo. *Tendencias mundiales del empleo 2007*. Ginebra: OIT; 2007.
60. Fundación Iberoamericana de Seguridad y Salud Ocupacional; Banco Interamericano de Desarrollo. *Encuesta de evaluación del Plan Regional de Salud de los Trabajadores*. Bogotá: FISO/BID; 2002.
61. Organización Internacional del Trabajo. *Panorama laboral 2005: América Latina y el Caribe (Avance primer semestre)*. Ginebra: OIT; 2005.

62. Eijkemans G. WHO occupational health fact sheet. Geneva: WHO; 2007.
63. Fingerhut M, Nelson DI, Driscoll T, Concha-Barrientos M, Steenland K, Punnett L, et al. The contribution of occupational risks to the global burden of disease: summary and next steps. *Med Lav*. 2006;97(2):313–21.
64. Chile, Ministerio de Salud. Equidad en salud ocupacional, la salud de los trabajadores de Chile [apresentação em PowerPoint do Ministro de Saúde]. 2005.
65. Chile, Dirección de Trabajo, Departamento de Estudios. Encuesta Laboral 2004. Relaciones de trabajo y empleo en Chile. Resultados de la Cuarta Encuesta Laboral. Santiago do Chile; 2005.
66. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Estadísticas del sistema general de riesgos profesionales; 2005. Disponible em: <http://www.minproteccion-social.gov.co/MseContent/images/news/DocNewsNo658301.pdf>.
67. Argentina, Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Anuario estadístico 2003. Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Buenos Aires: SRT; 2004. Disponible em: <http://www.srt.gov.ar/nvaweb/data/data2003.htm>.
68. Heiremans E. Las mutualidades de empleadores en Chile. Em: Federación de Aseguradores Colombianos. Memorias del Primer Encuentro Internacional de Riesgos Profesionales. Bogotá: FASECOLDA; junho de 2001.
69. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Estadísticas del sistema general de riesgos profesionales; 2005. Disponible em: <http://www.minproteccion-social.gov.co/MseContent/images/news/DocNewsNo658301.pdf>.
70. Wesseling C Aragón A, Morgado H, Elgstrand K, Hogstedt C, Partanen T. Occupational health in Central America. *Int J Occup Environ Health*. 2002;8:125–36.
71. Declaración de Mar del Plata. Cuarta Cumbre de las Américas, Mar del Plata, Argentina, noviembre de 2005.
72. Amador-Rodezno R. An overview to CERSO's self evaluation of the cost-benefit on the investment in occupational safety and health in the textile factories: a step by step methodology. Organización Panamericana de la Salud; Centro Regional de Seguridad y Salud Ocupacional; 2005.
73. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Cumbre para la Tierra. Río de Janeiro, junho de 1992.
74. Naciones Unidas. Resolución aprobada por la Asamblea General. 55/2 Declaración del Milenio. Nueva York; 2000. Disponible em: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/ares552.html>.
75. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Johannesburgo sobre la salud y el desarrollo sostenible. Johannesburgo: OMS; 2002.
76. Reunión de Ministros de Salud y de Ambiente de las Américas, Mar del Plata, Argentina, 16–17 de junho de 2005.
77. Organización Panamericana de la Salud. Informe del taller regional sobre amenazas ambientales a la salud infantil en las Américas. Lima: CEPIS; 2003.
78. Organización Panamericana de la Salud. Ambientes sanos: niños sanos. Caja de herramientas para el aula. Washington, DC: OPAS; 2004.
79. Comisión para la Cooperación Ambiental. Salud infantil y medio ambiente en América del Norte. Un primer informe de indicadores y mediciones disponibles. Montreal: CCA; 2006.
80. Ruiz A, Henao S, Galvão L. Indicadores de salud ambiental: una herramienta para lograr la salud de los niños. Washington, DC: OPAS; 2004.
81. Ruiz A. Taller sobre indicadores de salud ambiental para los niños de América Latina y el Caribe. Informe final. San José: OPAS; 2004.
82. Partanen T, Wesselin C. Efectos sobre la salud humana de los contaminantes orgánicos persistentes: aldrín, dieldrín, endrín, clordano, DDT, toxafeno, mirex, heptacloro, hexacloro-benceno, los bifenilos policlorados, Dioxins-Para-Dibenzo policlorados y dibenzofuranos policlorados. Un examen. Costa Rica; 2004.
83. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de los efectos de la contaminación del aire en la salud de América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPAS/OMS; 2005.
84. Delgado HL, Palma P, Palmieri, M. La iniciativa de seguridad alimentaria nutricional en Centroamérica. Guatemala: INCAP/OPAS; 1999.
85. Bermúdez O, Tucker L. Trends in dietary patterns of Latin American populations. *Cad Saúde Pública*. 2003;(19) Sup. 1:S87–S99.
86. Organización Mundial de la Salud. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de informes técnicos 854. Ginebra: OMS; 1995.
87. Popkin BM. An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting. *Public Health Nutrition*. 2002;5(1A):93–103.
88. World Bank. Repositioning nutrition as central to development, a strategy for large-scale action. Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank; 2006.
89. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe. Santiago do Chile: CEPAL; 2005.
90. Roses M. Integración entre salud y agricultura para el bienestar y la calidad de vida. Disponible em: <http://mirtaroses.paho.org/index.php?language=es-es> en 13/09/06.
91. Gibbs EPJ. Emerging zoonotic epidemics in the interconnected global community. *Veterinary Record*. 2005;157: 673–79.

92. Organización Panamericana de la Salud. 13a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA 13). Informe final y documentos seleccionados. Washington, DC: OPAS; 2003.
93. Organización Panamericana de la Salud. Informe de situación de los países presentado por el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa a la COSALFA XXVIII. OPAS; 2002.
94. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Comisión Sudamericana para la Lucha contra la Fiebre Aftosa (COSALFA) XXIX. Informe final. Rio de Janeiro: PANAFTOSA; 2003.
95. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Comisión Sudamericana para la Lucha contra la Fiebre Aftosa (COSALFA) XXX. Informe final. Rio de Janeiro: PANAFTOSA; 2004.
96. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Plan de acción Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA), 2005–2009. Washington, DC: OPAS; 2004.
97. Organización Panamericana de la Salud. Informe de Situación de los Países a la COSALFA XXXIII. Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. OPAS; 2006.
98. Organización Mundial de Sanidad Animal. Distribución geográfica de los países que declararon casos confirmados de EEB desde 1989. París: OIE; 2006. Disponible em: [http://www.oie.int/esp/info/es\\_esb.htm](http://www.oie.int/esp/info/es_esb.htm).
99. Organización Mundial de la Salud. Variante de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. OMS; 2006. Disponible em: <http://www.who.int/zooses/diseases/variantcjd/en/>.
100. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Listado de verificación de los sistemas de prevención y vigilancia de las encefalopatías espongiformes bovinas. PANAFTOSA/OPAS; 2003. Disponible em: [http://www.panaftosa.org.br/inst/DOWNLOAD/evaluacion\\_EEB.pdf](http://www.panaftosa.org.br/inst/DOWNLOAD/evaluacion_EEB.pdf).
101. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Los recursos de diagnóstico para EEB identificados por PANAFTOSA. OPAS; 2006. Disponible em: <http://www.panaftosa.org.br>.
102. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Situación actual y perspectivas de acción en relación a influenza aviar (IA) en América. Documento de trabajo. Conferencia Hemisférica de Vigilancia y Prevención de la Influenza Aviar. Brasilia: OPAS; 2005.
103. Webster R. Influenza: an emerging disease. *Emerg Infect Dis.* 1998;4(3):437–41.
104. Horimoto T, Kawaoka Y. Pandemic threat posed by avian influenza A viruses. *Clin Microbiol Rev.* 2001 Jan;12:29–49.
105. Swayne DE, Suárez DL. Highly pathogenic avian influenza. *Rev Sci Tech. Off Int Epiz.* 2000;19(2):463–82.
106. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Estadísticas agropecuarias. Roma: FAO; 2006. Disponible em: <http://faostat.fao.org/site/568/default.aspx>.
107. World Health Organization. Cumulative number of confirmed human cases of avian influenza A/(H5N1) reported to WHO. septiembre de 2006. Disponible em: [http://www.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/country/cases\\_table\\_2006\\_09\\_30/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2006_09_30/en/index.html) Rev.
108. World Health Organization. Avian influenza: assessing the pandemic threat. Ginebra: WHO; enero de 2005. Disponible em: <http://www.who.int/entity/csr/disease/influenza/H5N1-9reduit.pdf>.
109. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la 14ª Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA 14). Washington, D C: OPAS; 2005.
110. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS; 2002.
111. Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas de salud de las Américas. Washington, DC: OPAS; 2006.
112. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet.* 2006 Aug 19;368(9536):647–58.
113. Danaei G, Vander Hoorn S, López AD, Murray CJ, Ezzati M. Comparative risk assessment collaborating group (cancers). Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet.* 2005 Nov 19;366(9499):1784–93.
114. Estados Unidos, California Environmental Protection Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke: final report. Sacramento: OEHHA; 2005. Disponible em: [http://www.oehha.ca.gov/air/environmental\\_tobacco/2005etsfinal.html](http://www.oehha.ca.gov/air/environmental_tobacco/2005etsfinal.html). Acceso em 31 de outubro de 2006.
115. Estados Unidos, Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta: CDC; 2006.
116. Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; Organización Mundial de la Salud. Encuesta Global de Tabagismo en los Jóvenes (GYTS). Disponible em: [http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS/spanish/GYTS\\_intro\\_es.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS/spanish/GYTS_intro_es.htm). Acceso em 1 de outubro de 2006.
117. Navas-Acien A, Peruga A, Breyse P, Zavaleta A, Blanco-Marquizo A, Pitarque R, et al. Secondhand tobacco smoke in public places in Latin America, 2002–2003. *JAMA.* 2004; June 9;291(22):2741–45.
118. Barnum H. The economic burden of the global trade in tobacco. *Tob Control.* 1994;3:358–61.
119. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs, United States,

- 1995—1999. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2002 Apr 12;51(14):300–03.
120. Behan D, Eriksen M, Lin Y. Economic effects of environmental tobacco smoke [informe en Internet]. Schaumburg: Society of Actuaries; 2005. Disponível em: [http://www.soa.org/ccm/cms-service/stream/asset/?asset\\_id=13389116&g11n](http://www.soa.org/ccm/cms-service/stream/asset/?asset_id=13389116&g11n).
  121. Adams EK, Melvon C, Merritt R, Worrall B. The costs of environmental tobacco smoke (ETS): an international review. Genebra: WHO; 1999.
  122. González-Rozada M. Economía del control del tabaco en los países del Mercosur y estados asociados: Argentina: 1996–2004. Washington, DC: OPAS; 2006.
  123. Alcaraz VO. Economía del control del tabaco en los países del Mercosur y Estados Asociados: Bolívia. Washington, DC: OPAS; 2006.
  124. Iglesias R. Economía del control del tabaco en los países del Mercosur y Estados Asociados: Brasil. Washington, DC: OPAS; 2006.
  125. Debrott Sánchez D. Economía del control del tabaco en los países del Mercosur y Estados Asociados: Chile. Washington, DC: OPAS; 2006.
  126. Ramos A. Economía del control del tabaco en los países del Mercosur y Estados Asociados: Uruguay. Washington, DC: OPAS; 2006.
  127. Organización Panamericana de la Salud. La rentabilidad a costa de la gente. Actividades de la industria tabacalera para comercializar cigarrillos en América Latina y el Caribe y minar la salud pública Washington, DC: OPAS; 2002.
  128. Organization Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Genebra: OMS; 2003.
  129. World Health Organization. Policy recommendations on protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Genebra: WHO; 2007.
  130. Canadá, Physicians for a Smoke-free Canada. Fact-sheet. Background on protection from second-hand smoke in Canada [site na Internet]. Ottawa: Physicians for a Smoke free Canada; 2006. Disponível em: <http://www.smoke-free.ca/factsheets/pdf/Q&A-smokefreecommunities.pdf>.
  131. Estados Unidos, American Nonsmokers' Rights Foundation. Smokefree air on the increase—More than 50% of U.S. population to be protected by smokefree air laws [comunicado á imprensa em Internet]. Berkeley: Americans for Non smokers' Rights; 2006. Disponível em: <http://www.no-smoke.org/pdf/smokefreeairincrease.pdf>.
  132. Organización Panamericana de Salud. Exposición al humo de tabaco ajeno en las Américas: Una perspectiva de derechos humanos. Washington, DC: OPAS; 2006.
  133. Banco Mundial; Organización Mundial de la Salud. La epidemia de tabagismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington, DC: Banco Mundial; 1999.
  134. Blecher EH, van Walbeek CP. An international analysis of cigarette affordability. *Tob Control.* 2004; 13:339–46.
  135. Brasil, Instituto Datafolha. Encuesta de opinión pública realizada entre marzo y diciembre de 2002 [dados Instituto Nacional del Câncer, Ministério de Saúde, Brasil].
  136. Hammond D, Fong GT, McDonald PW, Cameron R, Brown KS. Impact of the graphic Canadian warning labels on adult smoking behaviour. *Tob Control.* 2003;12:391–95.
  137. Hammond R. Tobacco advertising and promotion: The need for a coordinated global response. Background paper for the WHO international conference on global tobacco control law: towards a WHO Framework Convention on Tobacco Control. WHO; 2000.
  138. Saffer H. Tobacco advertising and promotion. En: Jha P, Chaloupka F, eds. Tobacco control in developing countries. Washington, DC: World Bank; WHO; 2000.
  139. Dalton M, Sargent J, Beach M, Titus-Ernstoff L, Gibson J, Ahrens M, et al. Effect of viewing smoking in movies on adolescent smoking initiation: a cohort study. *Lancet.* 2003; 362(9380):281–5.
  140. Estados Unidos, Smoke Free Movies. [Site na Internet]. Disponível em: <http://www.smokefreemovies.ucsf.edu/index.html>. Acesso em dezembro de 2006.
  141. México, British American Tobacco. Acomodando a ambos, "fumadores" y "no fumadores" [site na Internet]. Monterrey: British American Tobacco México; 2006. Disponível em: [http://www.batmexico.com.mx/oneweb/sites/BAT\\_5NNARK.nsf/vwPagesWebLive/DO5PKSKK?opendocument&SID=&DTC=&TMP=1](http://www.batmexico.com.mx/oneweb/sites/BAT_5NNARK.nsf/vwPagesWebLive/DO5PKSKK?opendocument&SID=&DTC=&TMP=1). Acesso em dezembro de 2006.
  142. British American Tobacco. Social Report 2005 [site na Internet]. British American Tobacco; 2005. Disponível em: <http://www.bat.com/OneWeb/sites/uk3mnfen.nsf/vwPagesWebLive/C1256E3C003D3339C12571690056085D?opendocument&DTC=&SID>. Acesso em dezembro de 2006.
  143. Nobleza Piccardo. Leyendas de advertencia [site na Internet]. San Martín (Argentina): Nobleza Piccardo. Disponível em: [http://www.noblezapiccardo.com/OneWeb/sites/NOB\\_58LMXM.nsf/vwPagesWebLive/DO6HGQHP?opendocument&SID=&DTC=&TMP=1](http://www.noblezapiccardo.com/OneWeb/sites/NOB_58LMXM.nsf/vwPagesWebLive/DO6HGQHP?opendocument&SID=&DTC=&TMP=1). Acesso em dezembro de 2006.
  144. Estados Unidos, Department of Justice. National Campaign for Tobacco-Free Kids. Special report: Justice Department Civil Lawsuit. Disponível em: <http://www.tobaccofreekids.org/reports/doj/>. Acesso em 6 de dezembro de 2006.
  145. British American Tobacco. Annual Review and Summary Financial Statement 2005. Disponível em: [http://www.bat.com/OneWeb/sites/uk\\_3mnfen.nsf/vwPagesWebLive/DO52AK34?opendocument&SID=&DTC=&TMP=1](http://www.bat.com/OneWeb/sites/uk_3mnfen.nsf/vwPagesWebLive/DO52AK34?opendocument&SID=&DTC=&TMP=1). Acesso em 6 de dezembro de 2006.



146. Wiehe SE, Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, Rivara FP. A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. *J Adol Health*. 2005;36:162–69.
147. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS; 2002.
148. Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;18(4/5):241–48.
149. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, et al. Alcohol use. En: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease due to selected risk factors (Vol. 1)*. Ginebra: WHO; 2004. Pág. 959–1108.
150. Harwood, H. Updating estimates of the economic costs of alcohol abuse in the United States: estimates, update methods, and data report. Preparado por el grupo Lewin para el Instituto Nacional de Abuso de Drogas y Alcoholismo, 2000.
151. Single E, Robson L, Xie X, Rehm J. The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada. *Addiction*. 1992; 93(7):99–100.
152. World Health Organization. *Global Status Report on Alcohol 2004*. Ginebra: WHO; 2004.
153. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Tempos C. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*. 2003;98:1209–15.
154. 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.
155. World Health Organization. *Global Status Report: Alcohol and Young People*. Ginebra: WHO; 2001.
156. Mandelbaum D. Alcohol and culture. Em: Marshall M (ed.). *Beliefs, behaviors and alcoholic beverages*. Ann Arbor: University of Michigan Press; 1979. Pág. 14–30.
157. Pan L. Alcohol in colonial Africa. Helsinki: Finish Foundation for Alcohol Studies Vol. 22; 1975.
158. Seale P, Shellenberger S, Rodríguez C, Seale JD, Alvarado M. Alcohol use and cultural change in an indigenous population: a case study from Venezuela. *Alcohol and Alcoholism*. 2002;37(6):603–8.
159. Organización Panamericana de la Salud. *Alcohol y salud de los pueblos indígenas El Alto, Capital Aymara*. Washington DC: OPAS; 2006.
160. Room R, Jernigan D, Carlini-Marlatt B, Gureje O, Makela K, Marshall M, et al. Alcohol in developing societies: a public health approach. Vol. 46. Finnish Foundation for Alcohol Studies/WHO; 2002.
161. Babor T, Caetano P, Casswell S, Edwards G, et al. *Alcohol: no ordinary commodity*. Research and Public Policy. Oxford: Oxford University Press; 2003.
162. Duailibi S, Ponicki W, Grube J, Pinsky I, Laranjeira R, Raw M. Does restricting opening hours reduce alcohol related violence? *Am J Public Health*. 2006. (Em impressão).
163. Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost effectiveness analysis. *J Stud Alcohol*. 2004;65: 782–93.
164. Organización Panamericana de la Salud. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC: OPAS; 2003. (Publicación científica y técnica 588).
165. Organización Panamericana de la Salud. *Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos*. Washington DC: OPAS; 1996–2005.
166. Ellsberg M, Peña R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. *Soc Sci Med*. 2000;51(1 1):1595–1610.
167. Equipo de Reflexión Investigación y Comunicación; Instituto de Encuestas y Sondeos de Opinión; Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales; Instituto Universitario de Opinión Pública. *Maras y pandillas en Centroamérica. Pandillas y capital social*. Vol. II. San Salvador: UCA Editores; 2004.
168. Santacruz M, Concha-Eastman A, Cruz JM. Barrio adentro. *La solidaridad violenta de las pandillas*. San Salvador: OPAS/OMS; Universidad Centro America J.S. Cañas; Instituto Universitario de Opinión Pública; 2001.
169. Peres MFT. *Violencia por armas do fogo no Brasil: relatório nacional*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Núcleo de Estudos da Violência; 2004.
170. Colombia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Forensis, Datos para la vida*. Bogotá; 2001–2005. Disponible em: <http://www.medicinalegal.gov.co/>.
171. Londoño, JL, Gaviria A, Guerrero R (eds.). *Asalto al desarrollo. Violencia en América Latina*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, Red de Centros de Investigación; 2000.
172. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Cuánto le cuesta la violencia a El Salvador*. San Salvador: PNUD; 2005.
173. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión (CIE-10)*. Vol. I. Washington DC: OPAS; reimpresión actualizada 2003.
174. Garfield R, Llantén Morales CP. The public health context of violence in Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2004; 16(4):266–71.
175. Concha-Eastman A. Ten years of a successful violence reduction program in Bogota, Colombia. Em: McVeigh C, Hughes

- K, Lushey C, Bellis MA (eds.). Preventing violence: from global perspective to national action. Liverpool: Center for Public Health, John Moores University; 2005. Pág. 13–18.
176. Guerrero R, Concha-Eastman A. An epidemiological approach for the prevention of urban violence: the case of Cali, Colombia. *Journal of Health and Population in Developing Countries*. 2001;4(1). Disponível em: [www.jhpdc.unc.edu](http://www.jhpdc.unc.edu).
  177. Colombia, Sistema Unificado de Información sobre Violencia y Delincuencia de Bogotá. Disponível em: <http://www.suivd.gov.co>.
  178. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. Homicide trends and characteristics, Brazil, 1980–2002. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2004 Mar 5;53(8):169–71.
  179. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. Homicides among children and young adults, Puerto Rico, 1999–2003. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2006 Apr 7;55(13):361–64.
  180. Guatemala, Instituto Nacional de Estadísticas. 2000–2005.
  181. El Salvador, Mesa Técnica, Policía Nacional, Fiscalía General de la República, Instituto de Medicina Forense. [Dados de 2005]. Fiscalía General de la República. [Dados de 1999–2004].
  182. Costa Rica, Instituto Nacional de Estadística y Censos. 1996–2005. Disponível em: <http://www.inec.go.cr/>.
  183. Belice, Ministry of Health. Homicide rates. 2001–2005.
  184. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Panamá. Informe de la jornada de trabajo sobre indicadores de seguridad humana. agosto de 2006.
  185. Ward E. Application of an injury surveillance system for targeting interventions or violence prevention. En: McVeigh C, Hughes K, Lushey C, Bellis MA (eds.). Preventing violence: from global perspective to national action. Liverpool: Center for Public Health, John Moores University; 2005. Pág. 53–58.
  186. Lemard G, Hemenway D. Violence in Jamaica: an analysis of homicides 1998–2002. *Inj Prev*. 2006 Feb;12(1):15–18.
  187. Briceño-León R. Violencia interpersonal y percepción ciudadana de la situación de seguridad en Venezuela. Inédito; 2006.
  188. Cruz JM (ed.). Maras y pandillas en Centroamérica. Vol. IV. Las respuestas de la sociedad civil organizada. San Salvador, El Salvador: UCA Editores; 2006.
  189. Honduras, Asociación Cristiana de Jóvenes; Save the Children. Las maras en Honduras. Investigación sobre pandillas y violencia juvenil, consulta nacional. Plan Nacional de Atención. Ley especial. Tegucigalpa: Frinsa Impresos; 2002.
  190. Castro M, Carranza M. Las maras en Honduras. En: Maras y pandillas en Centroamérica. Vol. I. Managua: UCA Publicaciones; 2001.
  191. Smutt M, Miranda JL. El fenómeno de la violencia en El Salvador. San Salvador: PNUD; 1998.
  192. Cruz JM, Portillo PN. Solidaridad y violencia en las pandillas del gran San Salvador. Más allá de la vida local. San Salvador: UCA Editores; 1998.
  193. Estados Unidos, Agency for International Development, Bureau for Latin American and Caribbean Affairs, Office of Regional Sustainable Development. Central America and Mexico Gang Assessment. abril 2006.
  194. Organización Panamericana de la Salud. Fomento del Desarrollo Juvenil y Prevención de la Violencia. OPAS/GTZ; 2006. Disponível em: <http://www.paho.org/CDMEDIA/FCHGTZ/principal.htm>.
  195. Organización Panamericana de la Salud. Salud y desplazamiento. ¿Quiénes son los desplazados por la violencia? Bogotá: OPAS.
  196. Colombia, Sistema Único de Registro. Registro único de población desplazada. 2005. Disponível em: [http://www.accionsocial.gov.co/SUR/Registro\\_SUR\\_Acumulado.xls](http://www.accionsocial.gov.co/SUR/Registro_SUR_Acumulado.xls).
  197. Organización Panamericana de la Salud. Disponível em: <http://www.disaster-info.net/desplazados/>. Acesso em 27 de fevereiro de 2007.
  198. World Health Organization. Injury Surveillance Guidelines. Genebra: WHO; 2001. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/en/).
  199. Organización Mundial de la Salud. La Clasificación Internacional de las Lesiones por Causa Externa. Disponível em: <http://www.iceci.org>.
  200. Colombia, Universidad del Valle, Instituto de Promoción de Coexistencia y Prevención de Violencia. Disponível em: <http://www.cisalva.univalle.edu.co/>.
  201. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito. Washington DC: OPAS; 2004. (Publicação científica y técnica 599).
  202. Acero-Velásquez H, Concha-Eastman A. Road safety: a public policy problem in the Americas. Washington, DC: PAHO; 2004.
  203. World Health Organization. Injury severe enough to need medical attention [quadro]. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/gbdwhoregionincidence2002.xls>.
  204. Hajar M, Vásquez-Vela E, Arreola-Risa C. Pedestrian traffic injuries in Mexico: a country update. *Injury Control and Safety Promotion*. 2003;10:37–43.
  205. Argentina, Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas e Información de Salud. 2002.
  206. García González M. Muertes en accidentes de tránsito. Forensis 2002: datos para la vida. Bogotá: Centro de Referencia Nacional sobre Violencia; 2003.
  207. Venezuela, Comisión Interministerial para la Atención, Prevención y Educación Vial. Coordinación programa prevención de accidentes y otros hechos violentos. (Presentado al Seminario Internacional sobre Seguridad Vial, Organiza-



- ción Panamericana de la Salud, Brasília, 28–30 de junho de 2004.)
208. Cuba, Ministerio de Transporte, Comisión Nacional de Vialidad y Tránsito; Ministerio de Salud Pública; Policía Nacional Revolucionaria; Instituto Medicina Legal. Perfil nacional sobre seguridad vial, 2004. (Presentado al Seminario Internacional sobre Seguridad Vial, Organización Panamericana de la Salud, Brasília, 28–30 de junho de 2004.)
  209. Trinidad y Tabago, Ministry of Planning and Development, Central Statistical Office. Disponível em: <http://www.cso.gov.tt/statistics/psvs/default.asp>. Acesso em 11 de junho de 2004.
  210. Costa Rica, Ministerio de Salud. Perfil nacional sobre seguridad vial, 2004. (Presentado al Seminario Internacional sobre Seguridad Vial, Organización Panamericana de la Salud, Brasília, 28–30 de junho de 2004.)
  211. Organización Mundial de la Salud. Proyecto carga global de enfermedad. Versión 1. Ginebra: OMS; 2002.
  212. Vasconcelos EA. Strategies to improve traffic safety in Latin America. Documento presentado al taller del Banco Mundial sobre Revisión de la Estrategias para Transporte Urbano. Santiago, Chile, 6–9 de novembro de 2000.
  213. México, Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes. Modelo de Atención Prehospitalaria. (Presentado al Seminario Internacional sobre Seguridad Vial, Organización Panamericana de la Salud, Brasília, 28–30 de junho de 2004.)
  214. Perú, Policía Nacional; Ministerio del Interior; Instituto de Medicina Legal; Ministerio de Salud. Perfil nacional sobre seguridad vial, 2004. (Presentado al Seminario Internacional sobre Seguridad Vial, Organización Panamericana de la Salud, Brasília, 28–30 de junho de 2004.)
  215. Organización Panamericana de la Salud. 47° Consejo Directivo. Promoción de la salud: logros y enseñanzas extraídas entre la Carta de Ottawa y la Carta de Bangkok. Washington, DC: OPAS; 2006.
  216. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá, 17–21 de novembro de 1986.
  217. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de Adelaide sobre las políticas públicas favorables a la salud. Segunda Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Adelaide, Australia, 5–9 de abril de 1988.
  218. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Ministerio de Salud de Colombia. Promoción de la salud y equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Bogotá: OPAS/OMS; 1992.
  219. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington DC: OPAS; 1996. (Publicação científica 557).
  220. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Quinta Conferencia Mundial de la Promoción de la Salud, Cidade do México, 5 de junho de 2000.
  221. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall sobre los entornos propicios para la salud. Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Sundsvall, Suécia, 9–15 de junho de 1991.
  222. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Guía de evaluación participativa para municipios y comunidades saludables, OPAS/OMS; 2003. Disponível em: <http://www.bvsde.OPAS-oms.org/bvsdemu/fulltext/guiaeval/guiaeval.html>.
  223. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Escuelas promotoras de la salud. Estrategias y líneas de acción 2003–2012. Serie Promoción de la Salud N° 4. Washington, DC: OPAS/OMS; 2003.
  224. Chile, Ministerio de Salud. Presentación de la experiencia de Chile. Santiago do Chile; janeiro de 2006.
  225. Estados Unidos, Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. Washington, DC: HHS; 2000. Disponível em: <http://www.health.gov/healthypeople>.
  226. Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI. Adoptado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Yakarta, República de Indonesia, 21–25 de julho de 1997.
  227. Cerqueira MT, Conti C, De La Torre A. La promoción de la salud y el enfoque de espacios saludables en las Américas. En: FAO. Food, Nutrition and Agriculture. 2003;33:36–44.
  228. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe. Santiago do Chile: CEPAL; 2005.
  229. Argentina, Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludable. 2006. Disponível em: <http://municipios.msal.gov.ar/>.
  230. Akerman M, Mendes R (orgs.). Avaliação participativa de municípios, comunidades e ambientes saudáveis: a trajetória brasileira—memória, reflexões e experiências. São Paulo: CESCO; CEPEDOC; Mídia alternativa; 2006.
  231. Canadá, Ontario Healthy Communities Coalition. 2006. Disponível em: <http://www.healthycommunities.on.ca/>.
  232. Canadá, Réseau québécois de villes et villages en santé. 2006. Disponível em: <http://www.rqvvs.qc.ca/anglais/reseau/intro.htm>.
  233. Estados Unidos, Center for Civic Partnerships. 2006. Disponível em: <http://www.civicpartnerships.org>.
  234. Estados Unidos, Indiana University, WHO Collaborating Center for Healthy Cities. 2006. Disponível em: <http://www.iupui.edu/~citynet/citynet.htm>.
  235. Perú, Red de Municipios y Ciudades Saludables. 2006. Disponível em: [www.miraflores.gob.pe/redmunicipiosaludables](http://www.miraflores.gob.pe/redmunicipiosaludables).

236. Organización Panamericana de la Salud. Vivienda saludable: reto del milenio en los asentamientos precarios de América Latina y el Caribe. Guía para las autoridades nacionales y locales; 2005.
237. Zuluaga, J. Neurodesarrollo y estimulación. Bogotá: Editorial Médica Panamericana SA; 2001.
238. Ippolito-Shepherd J, Cerqueira MT, Ortega D. Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud en las Américas. *IUHPE Promotion and Education* 2005;XII(3-4):220-29.
239. Ippolito-Shepherd J. Las escuelas promotoras de la salud en América Latina. Resultados de la Primera Encuesta Regional. Serie Promoción de la Salud N° 3. Washington, DC: OPAS; 2005.
240. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Memoria de la Cuarta Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud y Asamblea Constitutiva de la Red Puertorriqueña de Escuelas Promotoras de la Salud, San Juan, Porto Rico, 11-16 de julio de 2004. Serie Promoción de la Salud N° 11. Washington, DC: OPAS/OMS; 2006.

# Capítulo 4

## AS POLÍTICAS PÚBLICAS E OS SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

A saúde é uma condição indispensável para atingir os objetivos traçados nas políticas sociais projetadas para alcançar as metas nacionais de crescimento econômico e de bem estar, inclusive o desenvolvimento social e o da saúde. De acordo com o que se exporá neste capítulo e como aspecto central na concretização de tais objetivos, a abordagem das políticas de saúde que determinam as características do funcionamento do sistema sanitário continua problemático porque as necessidades sociais são multidimensionais, os efeitos adversos tendem a ser acumulativos, os recursos são limitados e as soluções, na maioria das vezes, encontram-se fora da estrutura do setor de saúde. Por conseguinte, levar a cabo transformações que reforçam a importância do sistema de saúde com a instituição central social capaz de criar oportunidades diferenciais na estrutura e na prestação de bens e serviços, requer uma abordagem sistêmica das políticas públicas e de sua formulação. A política pública pode entender-se por como um conjunto de decisões bem fundamentadas geradas por qualquer das ramificações e em todos os níveis do governo, e moldadas em um conjunto de normativas. As políticas públicas comunicam objetivos, meios, estratégias e regras para as tomadas de decisões utilizadas na administração pública e na legislação. As leis, normas, regulamentações, interpretações e decisões operativas e judiciais, os estatutos, os tratados e as ordens executivas são exemplos da expressão real das políticas.

Pondere a falta de definições universalmente acordadas, as políticas públicas refletem na resposta do governo e as condições ou circunstâncias que geram ou gerariam necessidades em uma quantidade considerável de pessoas. Em teoria, estas respostas coincidem com o interesse público. Mas os governos ainda utilizam políticas públicas, morais, éticas ou econômicas, ou quando o mercado não se torna eficiente. Não responder também é uma opção pela qual a política pública se converte “no que o governo faz e no que o

governo decide ignorar” (1). Ao contrário, a determinação de políticas públicas é uma função primordial do governo e um processo político essencial. Como tal, implicam em relações de poder, influência, cooperação e conflito cujos valores, interesses e motivações determinam o projeto final e sua implantação. De fato, as políticas determinam, na realidade, quem obtêm o quê, quando e como na sociedade (2).

As políticas de saúde são importantes porque afetam direta ou indiretamente todos os aspectos da vida quotidiana, as ações, os comportamentos e as decisões. Podem proibir condutas consideradas de risco, incitar as que se consideram benéficas, proteger os direitos e o bem estar de algumas cidades, impulsionarem certas atividades ou proporcionar benefícios diretos aos cidadãos necessitados. As políticas moderadoras podem definir créditos profissionais, estabelecer controle de preços para os bens e serviços, determinar critérios de qualidade, segurança e eficácia para os serviços da saúde, e abordar questões de regularização social e ocupacional, a imunização, os alimentos e os medicamentos, e a contaminação ambiental.

Ao examinar o conteúdo deste capítulo, o leitor descobrirá que a grande variedade de expressões regionais, nacionais e locais que se apresentam, reflete tanto a diversidade regional como algumas tendências, ganhos e desafios comuns. Por exemplo, as pressões em busca de melhorias mais substanciais geraram tendências no sistema de saúde que incluem: a redefinição do papel do Estado que deixou de ser provedor único em matéria de assistência à saúde para assumir as funções de regularização e coordenação, a expansão assimétrica do seguro privado da saúde; a privatização das instituições de Previdência social (que afetou os rendimentos bem como a outras formas de proteção social) e dos serviços médicos, e a expansão das associações entre as instituições públicas e privadas. Contudo, simultaneamente à penetração generalizada no mercado, a sociedade civil aumentou sua participação no desenvolvimento de políticas em toda a Região através de sociedades, associações, grupos organizados ou representantes para promover tema de interesse.

Um dos legados mais importantes que nos deixaram as reformas na saúde, e em particular dos processos de descentralização e devolução, é que as transformações nem sempre conseguiram melhorar o acesso, a equidade, a qualidade dos serviços, ou a prestação de contas, ou inclusive aumentar a participação local. Em alguns casos, o aproveitamento incompleto destes objetivos esteve associado a peculiaridades das condições locais e as que não se prestou à devida atenção. No contexto da “modernidade globalizada”, este é um fator de importância crescente devido à natureza das dialéticas globais e locais, nas quais os limites da “comunidade” são cada vez mais difusos e, ao mesmo tempo, mais heterogêneos (3). As experiências atuais mostram cada vez mais que as intervenções que alcançam bons resultados são as que valorizam o conhecimento e a capacidade locais e funcionam melhor quando se adaptam a condições e populações heterogêneas, as quais os países têm intensificado o intercâmbio, a adaptação e a adoção das lições de êxito.

As inovações em políticas de saúde em relação à assistência da saúde são uma proeza difícil, especialmente porque, em uma era de mudança global, as transformações sistemáticas desafiam os valores e as práticas predominantes, requerem assumir compromissos significativos a respeito dos recursos e muitas vezes implicam riscos políticos. Um ponto importante é que se considerem as crescentes demandas que geram as tendências demográficas e epidemiológicas, a competência entre as necessidades e a limitação dos recursos, os governos das Américas, sozinhos ou associados com finalidades específicas, que se mantenha o compromisso de alcançar sistemas de alto rendimento os quais possam garantir o acesso equitativo aos serviços, ampliar a cobertura e fortalecer as redes de proteção social. Contudo, embora a estrutura legal e normativa do sistema de saúde, inclusive os aspectos relacionados com a administração, a regularização, o financiamento, o seguro, a qualidade e a harmonização tenham melhorado; os problemas persistentes relacionados com a produção, a aquisição e a regularização de produtos farmacêuticos, vacinas e tecnologias médicas não puderam, entretanto, ser solucionados.

A renovação da assistência primária de saúde representa uma contribuição substancial para estes objetivos; o processo renova compromissos de longa data e constitui um passo em direção ao futuro para melhorar a saúde da população. Os sistemas de saúde baseados na assistência primária contribuíram para revestir as ações em curso com tendências a oferecer uma assistência integral centrada na promoção, na prevenção e na reabilitação junto aos pacientes, às suas famílias e às comunidades onde vivem. Sem dúvida, o componente crítico que significam os recursos humanos para a saúde, ocupa um lugar de destaque na agenda regional e aparece quase irrefutável afirmar que, a menos que estes recursos sejam competentes, estejam distribuídos com equidade e sejam devidamente remunerados, os objetivos dos sistemas de saúde resultarão inacessíveis.

Neste capítulo reconhece-se o importante papel que desempenham as políticas de saúde e os sistemas e serviços de saúde ao responder às necessidades, atenuar os riscos e proteger as populações contra danos, enfermidades e deficiências, e ao mesmo tempo seu potencial para, através do contato, aumentar as disparidades e a exclusão de modo que se justifique uma análise mais detalhada, alguns dos fatores que poderiam possibilitar um ou outro desempenho, parecem incluir condições estruturais iniciais possivelmente defeituosas, governabilidade fraca, ou inclusive o período de maturação de alguns benefícios. Em outras ocasiões ou de forma concomitante, a capacidade limitada para formular políticas por parte de setores públicos freqüentemente desvalorizados, inclusive o da saúde, dificultou a possibilidade de utilizar o conhecimento disponível para elaborar argumentos de êxito e de traçar e implantar políticas. A execução tardia e os desajustes organizacionais e administrativos podem ter posto em risco os objetivos desejados de quali-



dade e segurança dos serviços de saúde, inclusive a eficácia dos medicamentos, as tecnologias médicas e os serviços clínicos os quais dependem da qualidade da assistência que a eles se destina.

Condições difíceis de controlar podem frustrar as melhores intenções. Por exemplo, sociedades permeáveis e plurais, situações de incerteza, panoramas institucionais turbulentos e uma base organizacional heterogênea, aumentam a dificuldade de atingir soluções na área da saúde. Com certeza, não existem receitas universais para as políticas e na realidade nem uma boa decisão garante um bom resultado. Mas ainda, a qualidade das políticas de saúde e a viabilidade de trocas no sistema de saúde orientados em direção a uma maior equidade estão limitadas pela história, cultura, política economia e os fundamentos sociais dos contextos nos quais se aplicam. Quase todos os aspectos da política econômica e social influem sobre as condições de saúde e por fim sobre as disparidades na saúde. Uma maior harmonia entre as políticas de saúde e de desenvolvimento social direcionada para uma maior equidade e que também se levem em consideração os temas de eficácia e responsabilidade, é animadora. Mas, na maioria dos países a coerência entre a política social e a econômica e a subordinação das políticas sociais e de saúde, a decisões em outras esferas políticas, são assuntos que ainda permanecem para serem solucionados. Se considerarmos por último a complexidade dos temas tratados e sua interdependência, pareceria que garantir o princípio de acesso universal e alcançar benefícios significativos na saúde requererá não apenas a modificação da perspectiva atual das políticas sanitárias e dos sistemas e serviços da saúde, bem como também de enfrentar o desafio de novas formas de governança no Estado e a sociedade, temas que transcendem ao setor da saúde.

## ORGANIZAÇÃO, COBERTURA E DESEMPENHO DOS SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

### Valores, princípios e propósitos dos sistemas de saúde

Entende-se por sistema de saúde o conjunto de entidades encarregadas das intervenções na sociedade que têm como principal propósito a saúde (4). Estas intervenções ou ações de saúde englobam a assistência às pessoas e ao seu redor, realizada com a finalidade de promover, proteger ou recuperar a saúde, ou de reduzir ou compensar a incapacidade irreversível, independentemente da natureza pública, estatal, não estatal ou privada dos agentes sanitários (5). Os sistemas de saúde são o reflexo de importantes valores sociais que também se expressam nos limites jurídicos e institucionais nos quais se enquadra a formulação das políticas de saúde.

Indica-se a seguir alguns dos valores, princípios e propósitos que a maioria dos países da Região expressa para seus sistemas de saúde em suas constituições ou leis:

- *Valores*: direito a saúde, universalidade, solidariedade, equidade, dignidade, desenvolvimento sustentável, governabilidade democrática.
- *Princípios*: eficiência, eficácia, qualidade, participação/control social, integridade da assistência, interculturalidade, descentralização, transparência.
- *Propósitos*: proteger a saúde das pessoas e melhorar a qualidade de vida, reduzir as desigualdades e iniquidades, direcionar os serviços às necessidades da população, oferecer proteção financeira mediante riscos e conseqüências de adoecer, e satisfazer as expectativas da população, respeitando sua dignidade e autonomia e garantindo seu direito de confidencialidade.

Os países optam por determinados acertos organizacionais para seus sistemas de saúde a fim de satisfazer valores e princípios estabelecidos, cumprir com seus propósitos e alcançar os objetivos sanitários estabelecidos, os que por sua vez geram modalidades distintas de orientar o sistema e ajustar seu funcionamento, financiar e destinar os recursos e prover os serviços de saúde. A definição do sistema de saúde, de seus diversos subsistemas, as organizações que o constituem e as relações existentes entre eles, mencionam-se nas constituições, nas leis gerais da saúde ou nos códigos sanitários de todos os países da Região. Estes limites normativos estabelecem as relações entre o subsistema público e os diversos subsistemas, inclusive o privado e os de Seguridade Social, educação e formação de recursos humanos para a saúde. Estes limites normativos estabelecem as relações entre no subsistema público e os diversos subsistemas, inclusive no privado e os de Seguridade Social, educação e formação de recursos humanos para a saúde. Quase todas as constituições dos países da região reconhecem a saúde como um direito humano; entretanto a história mostra que os governos e as sociedades conseguiram melhores resultados na hora de elaborar a legislação sanitária que na de introduzir as trocas necessárias para seus sistemas de saúde e proteção social para garantir este direito.

### Antecedentes históricos

As características específicas de cada sistema de saúde dependem da história e das condições políticas e socioeconômicas de cada país, bem como o grau de influência que exercem os diversos grupos de interesse e o jogo das forças políticas. A história e a criação do desenvolvimento dos sistemas de saúde na Região vinculam-se estreitamente com a evolução dos regimes de proteção social no contexto do Estado benfeitor, que surgiram no mundo ocidental desde os primórdios do século XX e alcançaram sua expansão máxima durante o período imediatamente posterior à Segunda Guerra Mundial. A institucionalidade e a estrutura dos sistemas de proteção social variam de forma significativa no que diz respeito ao Estado, ao mercado, à sociedade e à família.

As modalidades operativas dos Estados benfeitores exerceram grande influência no desenvolvimento dos sistemas de saúde; contudo, os modelos organizacionais correspondem a tipos ideais e na realidade não se apresentam em estado puro, de modo que nenhum deles foi aplicado de forma completa pelos países. Ao contrário, a incorporação de versões parciais cedeu lugar a universos institucionais distintos, com conciliações organizacionais separadas da condução / regulamento, ou financiamento / garantia e a provisão de serviços.

Em síntese, os sistemas de saúde da Região basearam-se em modelos ocidentais de proteção social, porém a diferença dos modelos instaurados na maioria dos países europeus, os subsistemas latino-americanos orientaram-se em direção a camadas sociais específicas da população agrupadas por classe social, nível do direito à saúde. Devido a ele, a estrutura organizacional

tradicional dos sistemas de saúde na América Latina e no Caribe consistiu-se em uma conciliação na composição de subsistemas direcionados às classes sociais específicas da população, o que levou à sua maior segmentação e à fragmentação e afetou profundamente seu desempenho.

Os sistemas segmentados apresentam marcas diferenciais ao passo que a garantia dos direitos assegurados, os níveis de consumo por cabeça e o grau de acesso aos serviços por parte de distintas camadas da população, uma governança fraca caracterizada por uma estrutura reguladora insuficiente e fiscalização inadequada e custos de transação elevados. Mostram também regressão e insuficiência do financiamento com predominância do pagamento direto ou de valores irrisórios, com riscos catastróficos para a segurança financeira dos lares.

As redes de provisão de serviços foram estabelecidas por cada subsistema. Com integração limitada e comunicação entre as unidades assistenciais que as formavam, tanto dentro de um mesmo subsistema como entre os distintos subsistemas e para os diferentes níveis de complexidade. A prestação de serviços concentrou-se em sua maioria nas zonas urbanas mais ricas e na população assalariada e isto cedeu lugar para um emprego ineficaz dos recursos setoriais que deixaram desprotegidos aos mais pobres, ao setor informal da economia e, em muitos países, aos grupos indígenas, aos descendentes afros e às populações rurais e urbanas marginalizadas. Na Região, a provisão de serviços de saúde se caracterizou pela superposição das redes assistenciais, bem como pela falta de complementaridade dos serviços e da continuidade das assistências: isto tudo impede que as pessoas recebam uma assistência integral, coloca obstáculos ao estabelecimento de padrões adequados de qualidade e não garante um mesmo nível de assistência sanitária às populações servidas por diferentes sistemas de proteção à saúde. Essa fragmentação operativa é o resultado de vários fatores, entre os quais a segmentação estrutural, as dificuldades de governabilidade, a falta de planificação integrada, as interações muitas vezes inadequadas entre o setor estatal e o não-estatal, e a debilidade dos mecanismos de referencia e contra-referência. (7,8) Em alguns países da Região como no Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica e Cuba, introduziram-se mudanças destinadas a romper com as barreiras que separam estes diversos mundos institucionais, porém a separação persiste na maioria deles e seus sistemas de saúde mostram altos graus de segmentação e fragmentação, com a conseqüente segregação populacional.

### Resenha dos processos de reforma setorial durante os decênios de 1980 e 1990 na Região

Não é possível analisar as mudanças ocorridas no campo da saúde durante os decênios de 1980 e 1990 sem levar em conta o contexto geral de reformas macroeconômicas que ocorreram na maioria dos países do mundo durante estes anos. Deve-se considerar assim mesmo o processo de globalização que, ao promover uma ampla liberalização do movimento internacional do capital e

## Definições de segmentação e fragmentação dos sistemas de saúde

A segmentação é a coexistência de subsistemas com distintas modalidades de financiamento, filiações e provisões de serviços de saúde, cada um deles “especializado” em diferentes segmentos da população de acordo com sua inserção laboral, nível de renda, capacidade de pagamento e posição social. Este tipo de organização institucional consolida e aprofunda a iniquidade no acesso à assistência da saúde entre os diferentes grupos de população. Em termos organizacionais, coexistem uma ou várias entidades públicas (dependendo do grau de descentralização ou concentração), a Previdência social (representada por uma ou várias entidades) e diversos financiadores; seguradoras e provedores privados de serviços (dependendo do grau de introdução de mecanismos de mercado e de gestão empresarial durante as reformas setoriais das décadas de 1980 e 1990).

A fragmentação do sistema de provisão de serviços da saúde é a coexistência de várias unidades ou estabelecimentos integrados dentro da rede sanitária assistencial. A presença de numerosos agentes de saúde opera de forma desintegrada, não permite a adequada normalização dos conteúdos, d qualidade e do custo da assistência, e conduz à formação de redes de provisão de serviços que não funcionam de maneira coordenada, coerente e sinérgica, mas que tendem a ignorar-se ou competir entre si, o que gera incrementos nos custos de transação e promove uma atribuição ineficiente dos recursos no sistema como um todo.

aprofundar os processos de transnacionalização da indústria, desempenhou um papel central na definição de políticas que exercera grande influência no setor da saúde. Estes processos têm provocado também um debate mais amplo em torno da viabilidade e o futuro dos sistemas de proteção social no mundo, em circunstâncias em que a aplicação massiva de políticas de ajuste estrutural trouxe consigo mudanças profundas no mercado de trabalho, junto a ele a debilidade da rede de serviços sociais provida pelo Estado, o surgimento do setor privado como ator importante em espaços tradicionalmente ocupados pelo setor público, tais como a administração de serviços sociais e de monopólios naturais e a redução da capacidade de condução e regulamentação do Estado, com o conseqüente aprofundamento da segmentação e da fragmentação associadas à aparição de novos planos de pensões e de garantia e provisão de serviços de saúde.

Assim, os esquemas de proteção social em saúde oferecidos pelas instituições dependentes do Ministério da Saúde e pela Previdência social resultaram insuficientes, ao excluir milhões de pessoas do acesso a bens e serviços de saúde (9, 10, 11), o qual também se traduziu em um elevado consumo de valores irrisórios, que ainda persistem. Diversos estudos mostram que quando o consumo de valores irrisórios ocupa uma proporção importante do consumo total na saúde, a capacidade de pagamento se converte em fator determinante da demanda de cuidados que uma pessoa requer (4).

Na estrutura das reformas macroeconômicas que ocorreram nas décadas de 1980 e 1990, os países da Região introduziram uma série de mudanças em seus sistemas de saúde direcionados fundamentalmente para incrementar a efetividade, garantir o apoio financeiro, promover a descentralização e atribuir um papel mais importante ao setor privado. Os resultados destes processos de reforma foram vários e seus legados se percebem na atual or-

ganização dos sistemas. No quadro 1, apresentam-se alguns de seus acertos e dificuldades.

Em geral, as reformas na área da saúde não consideraram as características próprias de cada país quanto à sua estrutura geográfica, social e demográfica, sua história e cultura política, e o grau de desenvolvimento das instituições do setor, mas que, sobretudo, tenderam a adotar os modelos promovidos de modo normalizado pelos organismos multilaterais de assistência financeira, centrados nas trocas financeiras e de gestão, a desregulamentação do mercado de trabalho, a privatização e a descentralização.

Estas reformas também dispensaram pouca assistência ao efeito das mudanças sobre os atores e grupos de interesse do setor saúde, em particular aos trabalhadores da saúde, não promoveram a indispensável articulação e sinergia das funções dos sistemas, descuidando de suas complexas inter-relações, e não estimularam a definição dos objetivos sanitários nacionais. Deste modo, embora os propósitos dos processos de reforma estivessem direcionados para o desenvolvimento de uma agenda regional centrada no ganho de maior pluralismo, eficiência e qualidade na entrega dos serviços de saúde, ocorreu, na prática, uma redução da capacidade governante do Estado, debilitou-se em seu conjunto ou funcionamento do sistema de saúde e os demais temas da esfera sanitária ficaram relegados a um segundo plano.

### Organização, cobertura e desempenho dos sistemas de saúde

O grau de integração e o tipo de interações existentes em um sistema de saúde constituem fatores críticos para determinar sua capacidade de resposta às demandas de seus beneficiários. Outros elementos cruciais que também vão determinar limitações no desempenho adequado dos sistemas são: a ausência ou insu-

**QUADRO 1. Principais resultados e problemas das reformas setoriais na saúde da década de 1980 e 1990 nos países da América Latina e no Caribe.**

Resultados	Problemas
Identificaram-se as diversas funções que realizam os sistemas de saúde e em muitos países separaram-se tais funções. O setor privado adquiriu maior importância na garantia e provisão de serviços de saúde.	A criação, promoção e desregulamentação dos mercados de segurança e a provisão de serviços de saúde conduziram à multiplicação de agentes intermediários em competência. Isto intensificou a segmentação do sistema, elevou os custos de transação e debilitou a função governante do Ministério da Saúde.
Introduziu-se a idéia de disciplina fiscal no setor público de saúde, insistindo na sustentabilidade financeira. Iniciou-se a busca de novas fontes de financiamento na saúde.	O consumo público reduziu-se drasticamente na maioria dos países. A aplicação de mecanismos estritos de controle de custos conduziu às perdas na infra-estrutura pública da saúde e em recursos humanos, o que por sua vez traduziu-se na piora dos resultados da saúde. A introdução de quotas de cobrança aos usuários e outros mecanismos de pagamento no ponto de assistência aumentaram o consumo direto ou de valores irrisórios.
Em muitos países melhorou-se a gestão de serviços, em alguns casos através do estabelecimento de compromissos de gestão. Iniciou-se a aplicação de critérios de eficiência na provisão de serviços da saúde.	A introdução da lógica de “quase mercados” no setor público da saúde deteriorou as funções da saúde pública. A promoção da competência entre seguradores e provedores para captar clientes com a capacidade de pagamento aprofundou a segmentação. A incorporação de incentivos econômicos à provisão de serviços de saúde individuais levou a priorizar os serviços curativos diante das medidas preventivas.
Aplicaram-se diversos mecanismos, procedimentos e instrumentos para estender a cobertura e atingir as populações marginalizadas. Muitos países adotaram a idéia de criar “pacotes básicos” para os pobres ou para grupos específicos da população.	A introdução de pacotes básicos para os pobres aprofundou a segmentação dos sistemas de saúde. A criação de fundos separados para a população com capacidade contributiva e para os que não podem contribuir conduziu à perda de solidariedade dentro do sistema e aprofundou a iniquidade em matéria de acesso aos cuidados de saúde e de resultados de saúde. A cobertura não aumentou como se esperava e em muitos casos, não foi possível satisfazer o incremento da demanda de serviços de saúde devido à escassez de recursos destinados a melhorar a oferta de serviços.
Na maioria dos países procurou-se aumentar a participação local na administração de serviços mediante processos de descentralização.	Os processos incompletos de descentralização aprofundaram o enfraquecimento da capacidade governante do Ministério da Saúde e a iniquidade geográfica na provisão de serviços de saúde.

**Fonte:** elaboração própria a partir de Perfis de Sistemas de Saúde dos Países (2000-2002) disponíveis no [www.lac.healthsys.org](http://www.lac.healthsys.org).

ficiência de esquemas de preparo e sistemas de associação de riscos e o predomínio do pagamento direto ou em valores irrisórios.

O grau de integração e o tipo de interações existentes em um sistema de saúde constituem fatores críticos para determinar sua capacidade de resposta às demandas de seus beneficiários. Outros elementos cruciais que também vão determinar limitações no desempenho adequado dos sistemas são: a ausência ou insuficiência de esquemas de preparo e sistemas de associação de riscos e o predomínio do pagamento direto ou de valores irrisórios e os mecanismos fracos ou pouco desenvolvidos da governança / regulamentação, que dificultam tanto a definição das regras do

jogo entre os agentes (usuário — prestador de serviços fiador — financiador) do sistema como a fiscalização adequada pelo Estado do cumprimento dessas regras. Em geral, pode-se observar que o maior grau de integração em um sistema único ou entre os distintos subsistemas em um sistema misto, maior capacidade de resposta do sistema em seu conjunto com menor custo de operação (12).

Os sistemas únicos estão, por definição, integrados verticalmente (uma única entidade executa todas as funções) e horizontalmente (uma única entidade cobre toda a população), enquanto os sistemas mistos podem ter diversos graus de integração ou

segmentação/fragmentação, ou seja, das funções do sistema ou de segregação dos distintos grupos de população cobertos, e cada sub-setor mantém seu próprio sistema de financiamento.

A partir do ponto de vista dos usuários, a demanda de bens e de serviços de saúde orienta-se de acordo com as características organizacionais e a estrutura dos sistemas de saúde. A segmentação do financiamento e a garantia, a segregação populacional e a fragmentação das redes de provisão determinam que os afiliados a planos diferentes, quer sejam privados ou da Seguridade Social, ou as pessoas que tendo a capacidade de pagamento não estão filiados a nenhum seguro, como muitos trabalhadores por conta própria, pequenos empresários, comerciantes, etc., recorram aos estabelecimentos públicos quando estes oferecem serviços de boa qualidade, alta complexidade ou são os únicos prestadores do serviço em uma determinada zona geográfica.

Uma proporção importante da população de baixos recursos também utiliza serviços de saúde privados — especialmente serviços farmacêuticos, de medicina tradicional ou assistência médica de baixa complexidade — como alternativa diante das barreiras ao acesso à assistência, a reduzida oferta e integralidade dos serviços públicos e as exclusões dos planos de seguro de saúde, e se vê obrigada a efetuar desembolsos diretos. Deste modo, devido às limitações dos planos de benefícios ou as barreiras administrativas à utilização de serviços, as camadas sociais média e alta da população que taxam a Previdência social também utilizam modalidades paralelas de financiamento mediante a compra de seguros privados de saúde individuais ou coletivos — o fenômeno de dupla cobertura-, ou mediante pagamento direto, o que cria distorções no financiamento e na demanda da Seguridade Social.

Neste contexto, pode-se analisar o desempenho dos sistemas de saúde através da estrutura organizacional e a cobertura alcançada pelos diversos sub-componentes do sistema como se pode observar no quadro 2.

### Exclusão social e barreiras de acesso ao sistema de saúde

A fragmentação operativa observada em nível de provisão de serviços, acrescida à segmentação institucional desses sistemas de saúde e à segregação populacional, constitui uma causa importante de exclusão de grupos populacionais e de injustiça no acesso aos serviços de saúde devido a barreiras institucionais / legais, econômicas, culturais, geográficas, étnicas, de gênero ou de idade. Estima-se que na América Latina e no Caribe entre 20% e 25% da população (cerca de 200 milhões de pessoas) carecem de acesso regular e oportuno aos sistemas de saúde (13). Cifras conservadoras eles indicam que nos Estados Unidos, mais de 46 milhões de habitantes carecem de cobertura adequada de saúde.

O reconhecimento da exclusão social em saúde, definido como “a falta de acesso de indivíduos ou grupos aos bens, serviços e

oportunidades em saúde que outros indivíduos ou grupos da sociedade desfrutam” (14), além de ser suscetível de caracterização, constituiu um avanço importante na compreensão dos fenômenos que afetam o acesso à saúde.<sup>1</sup>

As principais causas identificadas de exclusão na saúde variam entre os países, mas em geral elas estão relacionadas à pobreza, às condições rurais, à informalidade no emprego e fatores relacionados com o desempenho, a estrutura e a organização dos sistemas de saúde (quadro 3). A exclusão é, essencialmente, a negação do direito de satisfazer as necessidades e demandas da saúde daqueles cidadãos que não contam com recursos econômicos suficientes ou que não pertencem aos grupos dominantes da sociedade.

### Evolução da agenda de proteção social e de fortalecimento dos sistemas de saúde no período de 2001–2005

A discussão em torno do que se deve entender por proteção social e qual é o espaço institucional no qual deve ocorrer a formulação e implantação das políticas de saúde tem adquirido importância crescente nos últimos anos na América Latina e no Caribe, em um contexto regional dominado por quatro elementos: (a) o questionamento das reformas setoriais realizadas entre os anos oitenta e noventa; (b) a inexistência de uma rede de proteção social capaz de constituir-se na base do desenvolvimento social em um contexto novo e substituir o que anteriormente provia o Estado, a previdência social ou ambos; (c) o compromisso de atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para o ano de 2015; e (d) a preocupação crescente ao redor dos problemas de injustiça, exclusão e pobreza predominantes nos países da Região.

Neste contexto, aparecem novas figuras institucionais que tentam substituir ou completar os modelos prévios; alguns dos quais representam mudanças profundas na forma como o Estado se organiza para formular e implementar as políticas sociais, e dentro deste projeto global incorporam as instituições de saúde tais como o Sistema Único de Saúde no Brasil, o Ministério da Previdência Social na Colômbia, o Sistema de Previdência Social em Saúde na República Dominicana, os seguros nacionais de saúde em Aruba, Bahamas e Trinidad e Tobago, e as Garantias Explícitas em Saúde no Chile.

Outros países optaram pela criação de planos quotizados de financiamento e provisão de bens e serviços de saúde os quais

<sup>1</sup>Para apoiar aos países a caracterizar e medir a exclusão em saúde, a OPAS/ OMS, com apoio da Agência Sueca para o Desenvolvimento Internacional (ASDI), elaborou e validou uma guia metodológica que já foi aplicada em oito países da Região (Bolívia, Equador, no Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguai, Peru e na República Dominicana), em dois estados sub-nacionais do México e em cinco associações de Honduras.



**QUADRO 2. Sistemas de saúde nas Américas: cobertura populacional de acordo com o subsistema, 2001–2006<sup>a</sup>**

País	Ano	Fonte <sup>b</sup>	Subsistema	Cobertura populacional de acordo com o subsistema
<b>Anguila</b>	2006		Público	... A Autoridade de Serviços de Saúde (órgão descentralizado do Ministério da Saúde) é responsável pelos cuidados da saúde pública.
			Privado	... Oferecem-se serviços de saúde privados à população com capacidade de pagamento através de seguros privados de saúde.
<b>Antigua e Barbuda</b>	2006		Público	... O Governo financia as assistências da saúde pública.
			Previdência social	... Todos os trabalhadores contribuem para o plano de seguro social e para o plano de benefícios médicos
			Privado	... Seguros privados de saúde.
<b>Antilhas Holandesas</b>	2006		Seguridade social	100%: seguro de saúde: PPK (“pro-paupere kaart”), público para a população pobre ou com condições preexistentes; seguro público para empregados (blue collar); fundo de seguro para empregados retirados do sector público, e planos privados.
<b>Argentina</b>	2001	Mesa-Lago C. As reformas de saúde na América Latina e no Caribe: seu impacto nos princípios da Seguridade Social. CEPAL, 2005	Público	37,4% da população têm acesso à rede pública de serviços de saúde a cargo dos ministérios da saúde nacional e provinciais
			Seguridade social	51,2%: obras sociais.
			Privado	7,9%: medicina pré-paga.
			Outros	3,2%: população com dupla cobertura de seguro, principalmente através de planos privados (filiação voluntária em pré-pagos, mútuos, etc.).
<b>Aruba</b>	2006		Público	100%: seguro geral de saúde.
			Privado	A oferta privada começou a crescer, sem maior controle.
<b>Bahamas</b>	2005	Site do Ministério da Saúde das Bahamas: <a href="http://www.bahamaas.gov.bs/">http://www.bahamaas.gov.bs/</a>  Bahamian Report of the Blue Ribbon Commission on National Health Insurance, 2004	Público	100% com acesso a cuidados primários e a outros serviços, a tecnologias de saúde no território nacional, com o cumprimento de funções de saúde pública e prestação de serviços de saúde populacional e individual
			Seguridade social	Todos os trabalhadores públicos e privados são obrigados por lei a participar do Departamento de Seguro Nacional. Atualmente está em discussão no Parlamento um Sistema Nacional de Seguro de Saúde
			Privado	51% da população adquirem seguros privados de saúde
<b>Barbados</b>	2006		Público	100%: acesso à oferta de serviço nacional de saúde.
			Privado	20–25%: seguros de saúde oferecidos a grandes organizações e cooperativas de crédito.

**QUADRO 2. (continuação)**

País	Ano	Fonte <sup>b</sup>	Subsistema	Cobertura populacional de acordo com o subsistema
<b>Belize</b>	2006	Site do Ministério da Saúde de Belize: <a href="http://www.health.gov.bz">http://www.health.gov.bz</a>	Público	100%: acesso à oferta do Ministério da Saúde. O sistema público nacional de saúde garante aos indivíduos e à população o acesso universal a serviços de saúde, mediante a rede de serviços públicos e programas. 30% estimado por compra de serviços através do seguro nacional de saúde (junho de 2006).
			Privado	Serviços médicos privados em crescimento em zonas urbanas. Na cidade de Belize oferecem-se seguros de saúde privados.
<b>Bermuda</b>	2000	Bermuda Health Systems and Services Profile, 2005, <a href="http://www.gov.bm">http://www.gov.bm</a>	Seguridade social/privada	95% cobertura de garantia (pacote médico idosos: 85%, cobertura básica de saúde: 10%). Planos de seguro de saúde para empregados públicos, empresas de seguros privados para empregados privados e trabalhadores autônomos, seguros dos empregadores em casos de grandes empresas. A Comissão Nacional do Seguro de Saúde oferece um plano de seguro de saúde de baixo custo.
			Sem cobertura	4% dos residentes carecem de seguro de saúde; 1% SD.
<b>Bolívia</b>	2003–2004	Instituto Nacional de Seguros de Saúde (INASES), Proteção em saúde desagregada por prestador, Bolívia, 2003	Público	30%: acesso à oferta do Ministério da Saúde Pública e Esportes (cobertura teórica).
			Seguridade social	25%: Caixa Nacional de Saúde [CNS] (20,8%); outras caixas de seguro social em saúde (4,2%): Caixa Petroleira de Saúde [CPS], Seguro Social Universitário [SSU], Caixa de Saúde da Banca Privada [CSPB], Corporação de Seguro Social Militar [COSS-MIL], CSC, CSCO, SINEC, COTEL.
			Privado	12% Pagamento direto de serviços e seguros médicos privados.
			Sem cobertura	45% sem acesso a serviços de saúde. 72,8% sem cobertura de seguro social ou seguro médico privado.
<b>Brasil</b>	2003–2006	Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Ministério da Saúde, Brasil, Caderno de Informação de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2006.	Público	80,4%: cobertura exclusiva pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (cobertura de cuidados básicos 98%; cobertura do Programa de Saúde da Família 68,4%).
			Privado	19,6%: Cuidados Médicos Suplementares (planos coletivos de empresas privadas 14,4% e planos individuais e familiares 5,2%); 3,8% Cuidados Odontológicos Suplementar. Os beneficiários dos seguros privados mantêm o direito integral de cobertura pelo SUS.
<b>Canadá</b>	2006	Site do Ministério de Saúde do Canadá: <a href="http://www.hc-sc.gc.ca/index_e.html">http://www.hc-sc.gc.ca/index_e.html</a> .	Público	100%: Medicare (Programa Nacional de Seguro de Saúde integrado por 13 planos de seguro de saúde provinciais ou territoriais) pertence aos serviços necessários de hospitalização, cuidados médicos, cirurgia dental e alguns serviços de cuidados crônicos, exceto a prescrição de medicamentos.

**QUADRO 2. (continuação)**

País	Ano	Fonte <sup>b</sup>	Subsistema	Cobertura populacional de acordo com o subsistema
		Dewa CS, Hoch JS, Steele L. Prescription drug benefits and Canada's uninsured. <i>J Law Psychia-try</i> . 2005 Sep-Oct; 28(5): 496-513; <i>Health Affairs</i> 25(3): 878-879; 2006.	Privado	65% da população conta com seguros privados de saúde para serviços não cobertos por Medicare (50% dos serviços de odontologia e 30% dos medicamentos).
<b>Chile</b>	2003		Público	100%: prestações garantidas pelo plano de Acesso Universal de Garantias Explícitas (AUGE) (provisão pública ou privada).
			Seguridade social	68,3%: Fundo Nacional de Saúde (FONASA) (cobertura legal).
			Privado	17,6%: Instituições de saúde previdenciária (ISAPRE)
			Outros	3%: Forças Armadas.
			Sem cobertura	12,8%: sem cobertura conhecida de seguro público ou seguro médico privado (costumam estar cobertos por outros mecanismos privados).
<b>Colômbia</b>	2004	Cardona JF, Hernández A, Yepes, F. a Previdência social na Colômbia. <i>Rev Gerenc Polit Saúde</i> . 2005; 4(9)81-99	Público	29%: "vinculados" (população não filiada a um regime de Previdência social com acesso à oferta de planos de serviços e benefícios limitados com recursos da Nação, os governos dos municípios); cobertura teórica pelo Plano de Cuidados Básicos (saúde pública coletiva).
			Seguridade social	67,1% (32,8%, regime contributivo; 34,3%, seguradoras privadas: empresas promotoras de saúde [EPS], regime subsidiado e parcialmente subsidiado; seguradoras públicas: administradoras do regime subsidiado [ARS]). (Os regimes de Previdência social contributivo e subsidiado, e os diversos planos parcialmente subsidiados têm diferentes programas de serviços e benefícios.)
			Outros	3,9%: regimes especiais (Forças Armadas, Polícia, trabalhadores petroleiros).
<b>Costa Rica</b>	2003	Mesa-Lago C. Op. cit. Conferencia Interamericana de Previdência social (CISS). Reformas dos esquemas da Seguridade Social; e Informe sobre a Previdência social em América, 2004.	Público	100%: saúde pública coletiva.
			Seguridade social	86,8%: Caixa Costarricense de Seguro Social (CCSS) (75% Trabalhadores, pensionistas e familiares dependentes; 11,8% indigentes sob a responsabilidade do Estado).
			Outros	O Seguro de Riscos do Trabalho cobre 71% da PEA.
			Privado	30% dos habitantes (afiliados ou na CCSS) utilizam pelo menos uma vez por anos serviços privados diretamente ou através da delegação da CCSS.
			Cobertura parcial	12,1% a 14,7%: cobertura de cuidados de urgências pelo Seguro Obrigatório Automotivo (SOA).
<b>Cuba</b>			Público	100%: Sistema Nacional de Saúde.
			Sem cobertura	27%: sem acesso a serviços de saúde. 76%: sem cobertura de seguro social ou seguro médico privado.

**QUADRO 2. (continuação)**

País	Ano	Fonte <sup>b</sup>	Subsistema	Cobertura populacional de acordo com o subsistema
<b>El Salvador</b>	2006	Conferencia Interamericana de Previdência social (CISS). Op. cit., 2005. Mesa-Lago C. Op. cit. Pesquisa da Direção Geral de Estadística e Censos (DIGESTYC), 2002. OPAS. Exclusão social na saúde em no Salvador, 2004, <a href="http://www.lachealthsys.org">http://www.lachealthsys.org</a> .	Público	40,0%: acesso à oferta do Ministério da Saúde Pública e Assistência Social (cobertura teórica. A meta do Ministério é oferecer cobertura a 81% da população).
			Seguridade social	15,8%: Instituto Salvadoreño de Seguro Social (ISSS).
			Outros	4,6% (Sanidade Militar 3% e Bienestar Magisterial 1,6%).
			Privado	1,5% a 5,0%: seguros médicos privados e pagamento direto de serviços de saúde.
			Sem cobertura	41,7%: sem acesso a serviços de saúde. 78,0%: sem cobertura de seguro social o seguro médico privado.
<b>Equador</b>	2006	Palácio A. Programa de seguridad universal de salud, Equador, 2006.  Mesa-Lago C. Op. cit.  OPAS. Exclusão na saúde em países da América Latina e no Caribe, 2004	Público	28%: acesso à oferta do Ministério da Saúde Pública (cobertura teórica)
			Seguridade social	21%: Instituto Equatoriano de Seguro Social (IESS): 11% (se-social guro geral 9%, Jubilados 2%); Seguro Social Campesino 7%; Forças Armadas e Policia 3% (Instituto de Seguridad Social das Forças Armadas [ISSFA], Instituto de Seguridad Social de Policia [SSPOL]).
			Privado	26% (sem fins lucrativos 6% [Junta de Beneficência, organizações não governamentais e municipais]; com fins lucrativos 20% [seguros privados de saúde 3%; pagamento direto a serviços privados 17%]).
			Sem cobertura	27%: sem acesso a serviços de saúde. 76%: sem cobertura de seguro social ou seguro médico privado.
<b>Estados Unidos da América</b>	2005	Site da Kaiser Family Foundation, 2006, <a href="http://www.kff.org">http://www.kff.org</a> .	Público	20,6%: Medicaid.
			Seguridade social	16,1%: Medicare.
			Privado	45,5%: seguro de saúde privado, habitualmente do empregador.
			Sem cobertura	17,8%: não tem seguro social ou seguro médico privado, nem garantias subsidiadas pelo Estado.
<b>Granada</b>	2006	Plano Estratégico Nacional de Saúde de Granada, 2006–2010. Site do Ministério de Saúde.	Seguridade social	... A assistência de saúde é oferecida através dos serviços de saúde pública.
			Privado	... Algumas pessoas contratam seguros de saúde individuais ou de grupo.

**QUADRO 2. (continuação)**

País	Ano	Fonte <sup>b</sup>	Subsistema	Cobertura populacional de acordo com o subsistema
<b>Guadalupe, Guiana Francesa e Martinica</b>	2006		Seguridade Social	100%: plano de seguro universal de saúde, baseado em contribuições obrigatórias do salário e subsídios públicos. 25% a 33% têm cobertura suplementar do seguro universal de saúde básico.
			Privado	Os serviços de saúde privados e públicos prestam serviços de saúde no seguro universal.
<b>Guatemala</b>	2005	Mesa-Lago C. Op. cit.  OPAS. Exclusão em saúde em países da América Latina e no Caribe, 2004.	Público	27,0%: oferta do Ministério da Saúde, exclusivamente com pacote básico de cuidados (cobertura teórica). O Ministério tem como objetivo cobrir 60% da população como pacote básico).
			Seguridade Social	18,3%: Instituto Guatemalteco de Seguridade Social.
			Privado	30,0%: principalmente organizações não governamentais e outras entidades que oferecem o pacote básico de cuidados. 10,0%: pagamento direto de serviços. 0,2%: cobertura de seguros privados.
			Sem cobertura	12,8% a 27,4% sem acesso a serviços de saúde. 82,2% sem cobertura de seguro social ou seguro médico privado.
<b>Guiana</b>	2006		Público	...
			Seguridade social	... Não existe um sistema nacional de seguro de saúde. O Plano Nacional de Saúde administra um programa de seguro social obrigatório para empregados e trabalhadores por conta própria de 16 a 60 anos.
<b>Haiti</b>	2004	Haiti, Ministério da Saúde Pública e da População. OPAS/OMS. Análise do setor da saúde, 2004.	Público	21%: acesso para a rede de serviços do Ministério de Saúde Pública e da População.
			Seguridade social	1%: seguro médico dos funcionários públicos.
			Privado	37% (com fins lucrativos inclui despesas de valores irrisórios em serviços privados básicos, 19%; sem fins lucrativos: organizações não governamentais, missões religiosas e missões internacionais 18%).
			Outros	70% da população recorrem à medicina tradicional em primeiro lugar.
			Sem cobertura	40%: sem acesso a serviços de saúde. 99%: sem cobertura de seguro médico privado.
<b>Honduras</b>	2004–2006	OPAS. Exclusão social em saúde em países de América Latina e no Caribe, 2004.  Ministério de Saúde de Honduras. Plano Nacional de Saúde, 2001-2006.	Público	60%: acesso a oferta do Ministério da Saúde (cobertura teórica).
			Seguridade social	18%: Instituto Hondurenho de Previdência Social.
			Privado	5%: seguro privado de saúde.
			Sem cobertura	30,1%: sem acesso a serviços de saúde. 77%: sem cobertura de seguro médico privado.



**QUADRO 2. (continuação)**

País	Ano	Fonte <sup>b</sup>	Subsistema	Cobertura populacional de acordo com o subsistema
<b>Ilhas Caimã</b>	2006		Público	...
			Seguridade social	24% CINICON: Prestadora governamental de seguro social.
			Privado	59%
			Sem cobertura	17%
<b>Ilhas Turcas e Caicos</b>	2005		Público	80% Ministério de Saúde (cobertura teórica).
			Seguridade social	O governo está favorecendo a criação de uma Autoridade Nacional de Saúde que administre um plano de seguro nacional de saúde de cobertura universal.
			Privado	20% da população tem seguro médico privado.
<b>Ilhas Virgens Britânicas</b>	2006	Site do Governo das Ilhas Virgens Britânicas: <a href="http://www.bvi.gov.vg/">http://www.bvi.gov.vg/</a> .  Pacto para desenvolver o programa de seguro médico das Ilhas Virgens Britânicas, 2006.	Público	... O Ministério da Saúde cobre os cuidados de saúde dos menores de 15 anos e dos idosos.
			Seguridade social	... Filiação obrigatória para os empregadores, empregados e trabalhadores autônomos.
			Privado	50% das consultas médicas locais se realizam no setor privado. Pessoas não cobertas pelo Ministério de Saúde Pública e pela previdência social devem pagar pelos serviços, embora eles estejam altamente subsidiados.
<b>Jamaica</b>	2005	Site do Ministério da Saúde da Jamaica: <a href="http://www.moh.gov.jm/">http://www.moh.gov.jm/</a> .  Jamaican Survey of Living Conditions, 2001.	Público	95% da assistência hospitalar e 50% da assistência ambulatoria estão cobertos pela oferta pública
			Seguridade social	13,9% da população com seguro de saúde em 2001.
			Privado	50% da assistência ambulatoria e de diagnóstico e a maioria dos serviços farmacêuticos.
<b>México</b>	2002–2006	Site da Secretaria de Saúde do México: <a href="http://www.salud.gob.mx/">http://www.salud.gob.mx/</a> .	Público	41,8%: oferta da Secretaria Federal e Secretarias Estaduais de Saúde (cobertura teórica, corresponde à população não assegurada, trabalhadores informais, população rural e desempregados). 14,8%: seguro popular (estimado a partir de 5,1 milhões de famílias filiadas, em novembro de 2006).
		Mesa-Lago, C. Op. cit.	Seguridade social	58,2%: Instituto Mexicano da Previdência Social (IMSS): 45,3% (IMSS 34,3%; IMSS Oportunidades 11%); Instituto de Previdência e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado (ISSSTE); 7% (Instituto de Previdência social para os Trabalhadores do Estado), PEMEX (Petróleos Mexicanos), Forças Armadas, Secretaria de Marinha e vários seguros para trabalhadores estatais: 5,9%). Parte dos assegurados está coberta por mais de um seguro.

**QUADRO 2. (continuação)**

País	Ano	Fonte <sup>b</sup>	Subsistema	Cobertura populacional de acordo com o subsistema
<b>México</b> (continuação)		Frenk J, et al. Health system reform in Mexico 1: Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. Lancet 2006; 368:1524-1534.	Privado	2,8%: seguros privados de saúde (5%-23% de filiados ao IMSS também têm seguro privado).
			Sem cobertura	1% sem acesso a serviços de saúde.
<b>Montserrat</b>	2006	Site do Ministério de Educação, Saúde e Serviços Comunitários de Montserrat: <a href="http://www.mehcs.gov.ms">http://www.mehcs.gov.ms</a>	Público	100%: serviços de saúde de primeiro e segundo nível. Ministério da Saúde, Departamento de Saúde e Departamento de Saúde Comunitária.
<b>Nicarágua</b>	2004	Mesa-Lago C. Op. cit.	Público	60,0%: acesso à oferta do Ministério da Saúde (cobertura teórica estimada).
			Seguridade social	7,7%: Instituto Nicaragüense de Seguro Social (INSS) (filiados e familiares, cônjuges e menores de 12 anos).
			Privado	4,0%: pagamento direto de serviços.
			Outros	0,4%: Forças Armadas e Governo.
			Sem cobertura	27,9%: sem acesso a serviços de saúde.
<b>Panamá</b>	2004	Conferencia Interamericana de Previdência Social (CISS). Op. cit., 2004.  Governo do Panamá, Plano de Desenvolvimento Social, 2000-2004.	Público	35,4%: Ministério de Saúde (cobertura teórica. Corresponde à população não assegurada à Caixa de Seguro Social [CSS] que deve ser legalmente coberta pelo Ministério da Saúde).
			Seguridade social	64,6%: Caixa de Seguro Social.
			Sem cobertura	20,0%: população sem acesso aos serviços de saúde.
<b>Paraguai</b>	2005	Mesa-Lago, C. Op. cit.  OPAS. Exclusão social em saúde em países da América Latina e no Caribe, 2003.	Público	35% a 42%: acesso à oferta do Ministério da Saúde (cobertura teórica estimada).
			Seguridade social	18,4%: Instituto de Previdência Social [IPS] ou de outro tipo (individual, laboral, familiar, militar, policial ou no exterior).
			Privado	7,0%: pagamento direto de serviços.
			Sem cobertura	38,6% sem acesso a serviços de saúde. 81,1% sem cobertura de seguro social ou seguro de saúde privado.
<b>Peru</b>	2006	Peru, Ministério da Saúde. Seguro Integral de Saúde, 2006.	Público	27,8%: Seguro Integral de Saúde, Ministério da Saúde.
			Seguridade social	28,1% (Saúde 25,1%; Entidades Prestadoras de Serviços de Saúde [EPS], Forças Armadas e Polícia 3%).
			Privado	10,0% (seguros privados 2%; pagamento direto de serviços e medicina tradicional 8%).
			Sem cobertura	42,1%: sem cobertura de seguro social ou seguro de saúde privado.

**QUADRO 2. (continuação)**

País	Ano	Fonte <sup>b</sup>	Subsistema	Cobertura populacional de acordo com o subsistema
<b>Porto Rico</b>	2003		Público	40,0%: Plano de Saúde do Estado Livre Associado (ELA) (Medicaid).
			Seguridade social	26,0% (Medicare 14%; empregados públicos 12%).
			Privado	37,0%: seguro de saúde privado.
			Sem cobertura	7,1%: sem seguro social ou seguro médico privado.
<b>República Dominicana</b>	2001	OPAS. Exclusão social em saúde em países de América Latina e no Caribe, 2004.	Público	60,0%: acesso à oferta do Ministério de Saúde/Secretaria Estadual de Saúde Pública e Assistência Social (SESPAS) (cobertura teórica estimada). a SESPAS tem como meta cobrir 76% da população.
			Seguridade social	7,0%: Instituto Dominicano de Seguros Sociais (IDSS).
			Privado	12,0%: seguros privados de saúde pagos por empresas e seguros pessoais.
			Outros	5,0% (Forças Armadas e polícia: 3%; Auto-administrados: 2%).
			Sem cobertura	16,0% sem acesso a serviços de saúde. 76,4% sem cobertura de seguro social o seguro médico de saúde.
<b>Saint Kitts e Nevis</b>	2006		Público	100%: Ministério da Saúde. Os serviços não disponíveis na ilha são financiados por subsídios públicos.
<b>Santa Luzia</b>	2000 e 2002	Ministério da Saúde, Assuntos de Família, Serviços Humanos e Relações de Previdência Gênero. Propostas de social reforma do setor saúde, 2000.	Público	Ministério da Saúde.
			Seguridade social	... Plano Nacional de Seguro e seguros de saúde privados para indivíduos e grupos. Em processo de introduzir um plano nacional de saúde (Assistência Universal de Saúde) para a assistência secundária e terciária através de uma combinação público-privada.
<b>São Vicente e as Granadinas</b>	2006		Público	... Ministério da Saúde.
			Seguridade social	... Plano Nacional de Seguro de Saúde.
<b>Suriname</b>	2005		Público	54% (Ministério da Saúde: 30%; Ministério de Assuntos Sociais: 24%).
			Seguridade social	27%: Fundo de Seguro Médico do Estado (SZF): 21%: Missão Médica (com subsídio do Governo de Suriname: 6%).
			Privado	13% seguros privados (planos de seguro empresarial: 10%; seguros médicos privados: 3%).
			Outros	1%
			Sem cobertura	5%

**QUADRO 2. (continuação)**

País	Ano	Fonte <sup>b</sup>	Subsistema	Cobertura populacional de acordo com o subsistema
<b>Trinidad e Tobago</b>	2006		Público	...
			Seguridade social	A meta do governo é implantar um seguro nacional de saúde em 2007.
			Privado	As empresas privadas oferecem seguros de saúde em grupo previstos para os empregadores.
<b>Uruguai</b>			Público	45,3%: Ministério da Saúde e Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE).
			Seguridade social	45,0%: mútuais.
			Outros	7,6% (Saúde das Forças Armadas 5,3%; Saúde Policial 2,3%).
			Privado	1,8%: seguros privados de cobertura integral.
<b>Venezuela</b>	2000 2005 2006	Mesa-Lago C. Op. cit. OPAS. Periferia: direito à saúde e inclusão social na Venezuela, 2006.	Público	65,6% Acesso à oferta do Ministério da Saúde (cobertura teórica estimada da população não assegurada pelo Instituto Venezuelano dos Seguros Sociais [IVSS]): Missão Periferia: 73% da população com assistência primária.
			Seguridade social	34,4%: IVSS.
			Privado	30,0% (estimado, pode ser uma combinação pública e privada).

<sup>a</sup>Notas metodológicas: o presente quadro não tem o propósito de apresentar uma classificação/topologia exaustiva ou exclusiva, senão a de sintetizar a informação disponível mais atualizada para cada país. Quando os dados correspondentes a algum subsistema não se encontram disponíveis, a linha correspondente foi suprimida para abreviar a extensão do quadro. É possível que em alguns casos a soma dos percentuais de coberturas seja maior a 100, devido à duplicação de garantia de alguns grupos de população associados a mais de um esquema de proteção social, ou menor a 100 por falta de informação.

<sup>b</sup>Quando não se indica a fonte específica, as informações provêm dos materiais elaborados durante 2006 pelas Secretarias do País da OPAS/OMS para a publicação Saúde nas Américas 2007. Quando se indica outra fonte, esta é adicional.

tentam eliminar as barreiras de acesso e melhorar os resultados de saúde nos grupos específicos de população. Assim, criaram-se Seguro Universal Materno-Infantil (SUMI) na Bolívia, o Seguro Integral de Saúde (SIS) no Peru, o Seguro Popular de Saúde no México e os Seguros Provinciais de Saúde Materno-infantil na Argentina; sancionou-se a Lei de Maternidade Gratuita e Assistência da Infância no Equador, e se pôs em andamento a iniciativa denominada Missão Periferia na Venezuela, a Extensão de Cobertura de Serviços de Saúde a populações rurais na Guatemala, em Salvador e em Honduras, e a política de proteção à família da Nicarágua. A aparição destas novas figuras institucionais ou planos de extensão da proteção social em saúde é uma manifestação do reconhecimento da importância deste tema e da busca de um novo enfoque para orientar as mudanças nos sistemas de saúde.

O lugar central que ocupa a luta contra a pobreza, a exclusão social e a iniquidade na agenda política dos países e dos organismos internacionais, na estrutura do cumprimento dos ODM, permitiram avançar no primeiro quintil do século XXI em direção a crescentes graus de acordo com o volume de uma nova perspectiva de mudanças nos sistemas de saúde, centrada no conceito de proteção social da saúde como direito universal do cidadão, universal, não mais dependente do emprego ou de outras características individuais ou de grupo, e orientada por uma estratégia renovada da assistência primária da saúde. A alta prioridade atribuída à saúde nos ODM destaca a perspectiva de que esta não apenas não é o resultado de um maior desenvolvimento, mas que se encontra mesmo no núcleo do desenvolvimento.

Em 2002 os países das Américas, reunidos na XXVI Conferência Sanitária Pan-americana, aprovaram a Resolução CSP 26. R19,

**QUADRO 3. Exclusão social em saúde: incidência e principais causas, países selecionados das Américas.**

País	Exclusão social em saúde (%)			Principais causas da exclusão social em saúde
	Incidência na população	Exclusão devida a		
		Barreiras ao acesso	Oferta insuficiente	
Bolívia	77	60	40	Pobreza / falta de educação da mãe / origem étnica
Equador	51	41	59	Insuficiente infra-estrutura de saúde
El Salvador	53	54	46	Falta de meios de transporte aos centros de saúde
Honduras	56	45	55	Insuficiente infra-estrutura de saúde / insuficiente provisão de serviços de saúde
Paraguai	62	53	47	Origem étnica: ser monolíngüe em guarani / falta de serviços públicos mais além do setor saúde (eletricidade, saneamento)
Peru	40	54	46	Pobreza / residência na zona rural / origem étnica

*Fonte:* OPAS/OMS; ASDI. Exclusão em saúde em países da América Latina e no Caribe, 2003.

que expressa no compromisso de assegurar a todos seus cidadãos no acesso a bens e serviços de saúde em iguais condições de oportunidade, qualidade e dignidade, combatendo as iniquidades na utilização de ditos bens e serviços e nos resultados da saúde mediante a extensão da proteção social em saúde, compreendida como “a garantia que a sociedade outorga através dos poderes públicos para que um indivíduo ou um grupo de indivíduos possa satisfazer suas necessidades e demandas de saúde, sem que a capacidade de pagamento seja um fator restritivo”.

Em Topo Especial das Américas de 2003, os governos da Região aprovaram a Declaração do Novo Leão, que esboça três objetivos: crescimento econômico com equidade para reduzir a pobreza, desenvolvimento social e governabilidade democrática. A proteção social em matéria de saúde foi considerada essencial para o progresso nacional, e os países comprometeram-se a adotar estratégias mais amplas de prevenção, assistência e promoção, dando particular suporte aos setores mais vulneráveis da sociedade. Por sua vez, em 2005 a 58ª. Assembléia Mundial da Saúde aprovou a Resolução WHA58.33 (15), a qual insiste sobre os estados membros a fortalecer seus sistemas de saúde e a orientar suas políticas no sentido da cobertura universal e no financiamento sustentável.

Sobre esta base, pode-se considerar que o desafio principal que enfrentam os países da América Latina e do Caribe no novo milênio é “garantir a todos os cidadãos a proteção social universal em matéria de saúde, eliminando ou reduzindo ao máximo as desigualdades evitáveis na cobertura, no acesso e na utilização dos serviços, e assegurando que cada um receba assistência segundo suas necessidades e contribua para o financiamento do sistema segundo suas possibilidades” (16). Alguns países já assumiram esta tarefa reorientando seus sistemas de saúde no marco da proteção social e em conformidade com os princípios da assistência primária de saúde, para que contribuam para a construção de so-

ciudades mais equitativas e inclusivas e mais conformidades com as novas necessidades da população da Região. Exemplos disto são: a definição dos objetivos sanitários nacionais em consonância com as necessidades de saúde da população e em particular dos grupos mais postergados; a implantação de mecanismos de integração funcional das redes de provisão da Previdência social e no Ministério da Saúde, reduzindo a fragmentação na provisão de serviços e melhorando a equidade geográfica; a introdução de um único plano de saúde integral garantido para toda a população, independentemente do tipo de seguro, do tipo de provedor e da capacidade contributiva do usuário, a fim de reduzir a segmentação no seguro e melhorar a equidade; a utilização de ferramentas para as análises da equidade e a exclusão em saúde, e a consideração de elementos econômicos, sociais, étnicos, culturais e de gênero na definição dos planos e políticas de saúde; a criação de serviços de assistência primária direcionados à família; nas análises do desempenho das funções em saúde pública como elemento central na formulação de políticas sanitárias; no fortalecimento da função governante e de liderança das autoridades sanitárias nacionais mediante a criação das condições institucionais para a condução e planificação setorial e intersetorial no desenvolvimento das ações de saúde; o andamento de mecanismos de regulação e fiscalização da atuação dos distintos atores que participam na produção de cuidados em saúde; a incorporação da saúde como elemento central nos processos de diálogo social destinados a definir a plataforma produtiva do país; e a inserção das políticas de saúde no marco institucional mais amplo do sistema de proteção social, junto ao ingresso, no trabalho, no emprego, no lar e na educação. Estes exemplos de busca de mecanismos para eliminar a segregação populacional e a segmentação institucional, reduzir a fragmentação operacional e combater a exclusão em saúde, iluminam o caminho a seguir na agenda da saúde pública nos anos vindouros.

## CONSUMO NACIONAL EM SAÚDE E FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

### Consumo nacional em saúde nas Américas e em outras regiões do mundo, 2004: o consumo público em saúde aumenta a partir do desenvolvimento econômico dos países

Em 2004, no consumo total em saúde estimou-se em 8,7% da economia mundial (US\$ 4,50 bilhões).<sup>2</sup> Na renda per capita mundial calculou-se em US\$ 8.284 e no nível de consumo em saúde per capita, em US\$ 742. No quadro 4 compara-se o consumo nacional em saúde das Américas com o de diferentes regiões do mundo para o ano 2004. Como se mostra no quadro, o consumo em saúde é relativamente elevado nos países de rendas altas. Estes países, entre os quais se incluem o Canadá e os Estados Unidos, representam 15% da população e 71% do consumo mundial em saúde. No consumo per capita em média em saúde calcula-se, para este grupo de países, em US\$ 3.226. Todos os países de rendas baixas e médias do mundo agrupados — incluídos os da América Latina e no Caribe — representavam 85% da população em 2004, porém somente 29% do consumo mundial em saúde. No consumo per capita em média em saúde nos países de rendas baixas e médias calcula-se em US\$ 248.

As cifras do quadro 4 ilustram a diferença opressora dos níveis de despesa em saúde na Região das Américas. O Canadá e os Estados Unidos explicam 39% da população e 86% da despesa total em saúde, enquanto que na América Latina e no Caribe, correspondem a 61% da população e somente 14% da despesa regional total em saúde. Na despesa nacional per capita em média em saúde nos países da América Latina e no Caribe calcula-se em US\$ 501. Na despesa média per capita em saúde no Canadá (US\$ 2.875) é quase seis vezes maior que em nível de consumo em média em saúde nos países da América Latina e no Caribe. Na despesa em média per capita em saúde nos Estados Unidos (US\$ 4.791) é ainda maior que no Canadá, e mais de nove vezes maior que em nível de despesa em média em saúde nos países da América Latina e no Caribe.

A participação da Região das Américas na despesa mundial em saúde foi relativamente ampla (44%). a participação do consumo nacional em saúde como porcentagem do produto interno bruto (PIB) (GNS/PIB) estima-se por volta de 12,7%. Esta cifra é superior à dos países da União Européia (9,6%) e significativamente mais elevada que a correspondente à região da América Latina e no Caribe somente (6,8%). a cifra que se destina ao consumo em saúde constitui um indicador do peso dos recursos econômicos dedicados ao consumo em assistência preventiva e curativa. Na despesa nacional em saúde também pode ser um

bom indicador das desigualdades no acesso aos serviços entre as regiões do mundo, entre os países, ou entre os distintos grupos de ingressos de um mesmo país.

A análise da composição pública e privada da despesa nacional em saúde ajuda a ponderar no grau de eficiência do governo e do mercado que controla os recursos para a saúde. Os recursos que se direcionam através das instituições públicas são suscetíveis ao fracasso governamental (devido às falhas de distribuições, a subutilização ou a baixa produtividade do financiamento público). Os recursos que se transferem dos consumidores aos provedores mediante a compra e venda de bens e serviços de saúde, inclusive a compra de seguros médicos, estão sujeitos às falhas do mercado. No debate sobre a política pública em questões relacionadas com a eficiência deveria basear-se na importância relativa dos setores público e privado no gasto, é falar da proporção pública / privada do consumo nacional em saúde (quadro 4).

Como se pode observar no quadro 4, a proporção da participação dos setores público e privado no consumo nacional em saúde difere entre as diversas regiões do mundo.<sup>3</sup> a proporção público-privado do consumo sanitário nacional vai de 74/26 nos países da União Européia que contam com sistemas sanitários nacionais de caráter universal, a 26/74 nos países de rendas baixas da Ásia Meridional. Nas Américas a proporção público-privado do consumo sanitário varia de 71/29, no Canadá — que permaneceu muito estável durante a última década — uma proporção ao redor de 45/55 nos Estados Unidos, e de 48/52 na região da América Latina e no Caribe. Entre os países desenvolvidos, o sistema nacional americano de assistência de saúde parece ser o que mais se orienta no sentido do mercado. Lá, a participação do consumo público como porcentagem do consumo nacional em saúde total é de 45%, enquanto que nos países da União Européia é de 74%. Não parece haver um padrão claro entre a proporção pública / privada do consumo nacional em saúde e no nível de renda per capita. Não obstante, a participação do consumo público em saúde como porcentagem do PIB constitui um melhor indicador do papel do Estado na provisão de bens e serviços de saúde,<sup>4</sup> e se correlaciona positivamente com o nível de desenvolvimento econômico de um país. Por exemplo, no consumo público em saúde representa por volta de 7,1% do PIB nos países de ingressos altos da União Européia; em torno de 7,3% do PIB no Canadá e 7,2% do PIB nos Estados Unidos, enquanto que

<sup>3</sup>O consumo público em saúde compreende os pagamentos do governo central e dos governos locais, e no consumo dos planos de Previdência social de afiliação obrigatória, enquanto que no consumo privado em saúde compreende o consumo direto dos lares e dos pagamentos efetuados pelos diversos setores institucionais da economia através de seguros médicos e planos de saúde pré-pagos.

<sup>4</sup>De acordo com a definição geralmente utilizada na literatura sobre finanças públicas, o termo “provisão” não se limita à produção governamental de serviços de saúde, mas inclui os sistemas normativos e obrigatórios que fazem com que uma quantidade adequada de um tipo particular de bens e serviços (serviços para a assistência de saúde ou seguros médicos) estejam a disposição da população ou sejam utilizados (consumidos) por esta.

<sup>2</sup>Salvo indicação contrária, todas às cifras se expressam em dólares americanos do ano 2000, ajustadas por igualdade do poder de compra [US\$ PPA 2000], segundo dados provenientes dos Indicadores do Desenvolvimento Mundial 2006, do Banco Mundial.



**QUADRO 4. Consumo nacional em saúde em as Américas e em outras regiões do mundo, 2004.**

Regiões	Renda per capita, US\$ PPA 2000	Consumo nacional em saúde como porcentagem do PIB	Consumo Nac. em saúde per capita em US\$ correntes	Consumo nacional em saúde per capita, US\$ PPA 2000	Proporção pública/privada	Consumo público em saúde como porcentagem do PIB
<b>Américas</b>	18.149	12,7	2.166	2.310	47/53	6,0
Canadá	28.732	10,3	2.669	2.875	71/29	7,3
Estados Unidos	36.465	13,1	5.711	4.791	45/55	7,2
América Latina e no Caribe	7.419	6,8	222	501	48/52	3,3
<b>Países de renda alta<sup>a</sup></b>	28.683	11,2	3.449	3.226	60/40	6,7
União Européia	25.953	9,6	2.552	2.488	74/26	7,1
Outros países	24.490	8,2	1.997	1.997	64/36	5,2
<b>Países de renda baixa e média<sup>b</sup></b>	4.474	5,5	79	248	48/52	2,6
Europa Oriental e Ásia Central	7.896	6,5	194	514	68/32	4,5
Oriente Médio e Norte da África	5.453	5,6	92	308	48/52	2,7
Ásia Meridional	2.679	4,4	24	119	26/74	1,1
Ásia Oriental e no Pacífico	4.920	5,0	64	247	38/62	1,9
África ao Sul do Saara	1.820	6,1	36	111	40/60	2,4
<b>Todas as regiões e países</b>	8.284	8,7	588	742	58/42	5,1

<sup>a</sup>Inclui o Canadá e os Estados Unidos.

<sup>b</sup>Inclui América Latina e Caribe.

**Fonte:** elaborado pela Unidade de Desenvolvimento de Políticas e Sistemas de Saúde da Área de Fortalecimento de Sistemas de Saúde da Organização Pan-americana da Saúde; dados dos Indicadores do Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial e da base de dados de Consumo Nacional em Saúde da OPAS.

esta cifra se aproxima de 3,3% nos países da América Latina e no Caribe.

### O consumo nacional em saúde e a participação pública e privada dos sistemas nacionais de assistência de saúde nas Américas 2004–2005: comparações entre os países<sup>5</sup>

A magnitude geral dos recursos nacionais gastos em bens de saúde como porcentagem da economia nacional varia, e muito, entre os diferentes países das Américas. Esta ampla variação na

participação do consumo em saúde como proporção do PIB sugere que, embora a renda per capita desempenhe um papel na explicação da parcela do PIB destinada ao consumo nacional em saúde, existem outros fatores que podem estar desempenhando um papel mais importante na determinação do nível e da composição do consumo nacional em saúde. O fato de que os países gastem relativamente mais ou menos de seu PIB em saúde depende mais de decisões políticas, e reflete a maneira como se organizam e financiam os sistemas nacionais de saúde.

A Região apresenta amplas variações na composição pública e privada do consumo nacional em saúde em função da estrutura dos sistemas nacionais de saúde. Esta informação se resume no quadro 5, que apresenta no PIB per capita, no consumo nacional em saúde total como porcentagem do PIB, o consumo nacional em saúde per capita e a importância relativa do consumo público e privado como porcentagem do consumo nacional total em saúde.

Como já foi mencionado, não parece existir um padrão claro na relação entre a composição pública e privada do consumo nacional em saúde e dos níveis de renda per capita nos países. Possivelmente haja uma ligeira associação entre estes fatores, porém em todos os níveis de rendas produzem-se variações significativas na composição da participação pública e privada do consumo nacional em saúde. A composição pública e privada do consumo nacional em saúde oscila entre 93/7 em Antigua e Barbuda — onde existe seguro médico nacional — e 27/73 na Guatemala. No quadro 6, classificam-se os sistemas de saúde por tipo

<sup>5</sup>Devido às diferenças nos conceitos, nas classificações nos procedimentos contábeis, os dados que se apresentam nesta seção podem diferir dos cálculos informados nos capítulos dos países ou por outras organizações internacionais. Os métodos e as fontes de dados utilizados nos cálculos que aqui se apresentam são similares aos utilizados nos indicadores básicos de saúde da OPAS 2006 e podem ser consultados no: <http://www.paho.org/english/dd/ais/BI-brochure-2006.pdf>. Os conceitos, as classificações e os procedimentos contábeis utilizados na elaboração regular dos cálculos do consumo nacional em saúde para os 48 países e territórios da Região das Américas aderem às pautas do Sistema de Contas Nacionais das Nações Unidas (SCN 1993), no Manual de Estatísticas de Finanças Públicas do Fundo Monetário Internacional (MEFP 2001), às novas normas internacionais desenvolvidas na estrutura da Comissão de Estatísticas das Nações Unidas, e na Conferência Estatística das Américas (CEA-CEPAL), a implementação de cálculos harmonizados de indicadores econômicos e financeiros em nível de país asseguraria a disponibilidade no uso destes indicadores para a elaboração de políticas. No trabalho das contas de saúde e as contas nacionais de saúde nos países das Américas inclui no desenvolvimento de indicadores econômicos e financeiros relacionados com a saúde os serviços de assistência médica e os sistemas nacionais de saúde.

**QUADRO 5. Consumo nacional em saúde nas Américas: porcentagem do PIB per capita e proporção público-privada, 2004.**

País	PIB per capita, US\$ PPA 2000	Consumo nacional em saúde total como porcentagem do PIB	Consumo nacional em saúde per capita, US\$ PPA 2000	Proporção pública/privada
Anguila	8.310	6,9%	573	68/32
Antigua e Barbuda	11.567	9,4%	1.084	93/7
Antilhas Holandesas	15.481	12,9%	1.997	91/9
Argentina	12.222	8,6%	1.045	55/45
Aruba	21.515	14,2%	3.064	89/11
Bahamas	15.955	6,1%	969	52/48
Barbados	17.217	8,1%	1.389	53/47
Belize	6.201	5,5%	341	77/23
Bermuda	70.313	9,8%	6.914	38/62
Bolívia	2.499	7,1%	178	59/41
Brasil	7.531	7,0%	530	49/51
Canadá	28.732	10,3%	2.959	71/29
Chile	9.993	8,3%	827	53/47
Colômbia	6.669	6,0%	402	57/43
Costa Rica	8.714	8,5%	738	60/40
Cuba <sup>a</sup>	3.483	6,3%	220	...
Dominica	5.186	6,5%	335	68/32
El Salvador	4.633	6,2%	287	39/61
Equador	3.642	4,6%	166	48/52
Estados Unidos da América	36.465	13,1%	4.791	45/55
Granada	7.372	7,7%	571	59/41
Guadalupe	7.759	...	...	...
Guatemala	3.964	6,5%	259	27/73
Guiana <sup>a</sup>	4.080	1,1%	45	...
Guiana Francesa	7.774	...	...	...
Haiti	1.714	5,7%	98	47/53
Honduras	2.644	6,0%	160	58/42
Ilhas Caimã	31.614	3,3%	1.049	...
Ilhas Turcas e Caicos	10.212	3,4%	348	...
Ilhas Virgens Britânicas <sup>a</sup>	36.947	1,8%	681	...
Ilhas Virgens (EUA) <sup>a</sup>	13.938	3,0%	416	...
Jamaica	3.826	7,0%	267	36/64
Martinica <sup>a</sup>	14.026	...	...	...
México	9.010	5,5%	497	44/56
Montserrat	3.072	7,2%	220	85/15
Nicarágua	3.340	8,0%	266	41/49
Panamá	6.689	6,8%	453	66/34
Paraguai	4.423	6,6%	290	33/67
Peru	5.219	3,8%	197	61/39
Porto Rico <sup>a</sup>	23.987	3,5%	828	...
República Dominicana	6.846	4,7%	320	29/71
Saint Kitts e Nevis	11.606	4,3%	497	57/43
Santa Luzia	5.819	5,8%	337	57/43
São Vicente e Granadinas	5.880	4,5%	267	86/14
Suriname <sup>a</sup>	6.188	3,8%	237	...
Trinidad e Tobago	11.196	4,9%	551	60/40
Uruguai	8.658	9,0%	781	71/29
Venezuela	5.554	6,3%	348	56/44

<sup>a</sup>Consumo público somente.

**Fonte:** Organização Pan-Americana da Saúde, Fortalecimento de Sistemas de Saúde, Unidade de Desenvolvimento de Políticas e Sistemas de Saúde.

**QUADRO 6. Classificação dos sistemas nacionais de saúde nas Américas (tipo de sistema e nível de renda), 2004.**

Tipo de sistema de saúde	Nível de renda: Baixo (Menos de US\$ 4.000)	Nível de renda: Médio (Mais de US\$ 4.000; menos de US\$ 11.000)	Nível de renda: Alto (Mais de US\$ 11.000)
Sistema predominantemente público		Anguila Belize	Antigua e Barbuda <sup>a</sup>
A proporção do consumo público supera em 66% o consumo nacional em Saúde	Cuba <sup>a</sup>	Dominica Montserrat <sup>a</sup> Panamá <sup>b</sup> São Vicente e as Granadinas Uruguai <sup>b</sup>	Antilhas Holandesas <sup>b</sup> Aruba <sup>b</sup> Canadá <sup>b</sup>
Sistema misto: <sup>b</sup>		Chile <sup>b</sup> Costa Rica <sup>b</sup>	Argentina <sup>b</sup> Bahamas
A proporção do consumo público supera em 50% porém é inferior a 66% do consumo nacional em Saúde	Bolívia Honduras Nicarágua	Granada Peru Santa Luzia Venezuela	Barbados Saint Kitts e Nevis Trinidad e Tobago
Sistema predominantemente privado orientado ao mercado	Equador	El Salvador	Bermuda
A proporção do consumo público é inferior a 50% do consumo nacional em saúde	Guatemala Haiti Jamaica	Brasil México Paraguai República Dominicana	Estados Unidos da América

<sup>a</sup>Podem se classificar como sistemas nacionais de serviços de saúde.

<sup>b</sup>Os países com amplos sistemas de Previdência social ou de seguro médico (obrigatório), que cobrem 50% da população ou mais (ver quadro 7), podem classificar-se como países com sistemas nacionais de seguros de saúde.

**Fonte:** Baseado no quadro 5.

de sistema nacional de saúde e por nível de ingresso. Os sistemas nacionais de saúde dos países das Américas classificam-se como predominantemente públicos (consumo público superior a 66% do consumo total nacional em saúde), combinados (com um consumo público que oscila entre 50% e menos de 66% do consumo total nacional em saúde) e predominantemente privados orientados ao mercado (com um consumo público inferior a 50% do consumo nacional em saúde).

O aspecto mais fundamental poderia ser que o suprimento de serviços públicos de assistência de saúde tende a ser fraco nos países mais pobres, em especial quando carecem de um sistema de saúde predominantemente público. A rápida associação antes mencionada entre uma participação maior do consumo privado e as rendas per capita do país, provavelmente se deva a que os serviços públicos de saúde são fracos em países como Bolívia, Equador, Guatemala, Haiti, Honduras, Jamaica, Nicarágua e Para-

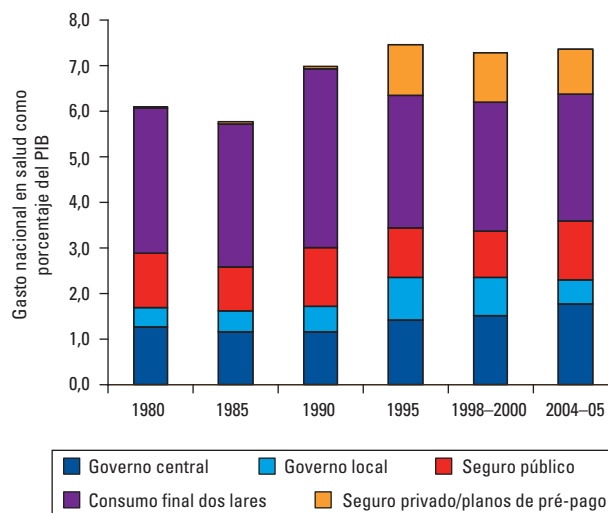
guai. Em geral, lá onde grande parte da população está coberta por sistemas públicos de saúde ou por sistemas de seguro social, no consumo privado tende a abranger uma participação menor do consumo total.

### Mudanças na composição do consumo nacional em saúde: tendências do consumo total e a crescente importância dos seguros privados e dos planos de pré-pago

A dinâmica do consumo nacional em saúde na América Latina e no Caribe tem mudado sua composição ao longo do tempo. As tendências recentes incluem um período que vai de 1980 até aproximadamente 1995, e um segundo período muito diferente que abrange de 1996 a 2005. Durante a década de 1980, nas Américas o consumo nacional em saúde como porcentagem do PIB incrementou-se de modo constante, e ocorreu em meio a um congelamento geral da economia que afetou à maioria dos países da América Latina e no Caribe. A economia regional cresceu lentamente durante a década de 1980, a uma taxa de 1,2% anual. A renda média per capita da população reduziu-se de US\$ 6.600 em 1980 para US\$ 6.200 em 1990. Durante este período, o consumo nacional em saúde aumentou mais rápido que a taxa de crescimento da economia, isto é, por volta de 1,4% por ano. O consumo per capita, em termos reais, incrementou-se de US\$ 380 para US\$ 420. Durante a década de 1990, as taxas de crescimento da maioria das economias da América Latina e no Caribe experimentaram uma recuperação significativa. O consumo nacional em saúde aumentou mais rapidamente ainda em relação GNS/PIB, passou de 6,8 em 1990 para 7,1 em 1995. O consumo per capita em saúde alcançou aproximadamente US\$ 480 dólares. Desde o início dos anos oitenta até meados dos anos noventa, a participação do consumo nacional em saúde como porcentagem do PIB incrementou-se substancialmente, por volta de 5,9% em 1980 e mais ou menos de 6,8% em 1990, e em 1995 atingiu aproximadamente 7,1%.

A partir de meados de 1990, a Região experimentou um período de crescimento econômico acelerado. O consumo em bens e serviços relacionados com a assistência de saúde cresceu a uma taxa inferior à taxa de crescimento econômico, e a participação do consumo nacional em saúde como porcentagem do PIB caiu a 6,8%. A partir do período 1990–2000 até o período 2004–2005, o consumo total em serviços de saúde cresceu a uma taxa média em torno de 4% ao ano, levemente menor que a taxa de crescimento da economia. A participação do consumo nacional em saúde como porcentagem do PIB caiu em torno de 7,1% em meados da década de 1990 em aproximadamente 6,8% em 2004–2005. Durante esse tempo, o nível de consumo per capita em saúde manteve-se praticamente constante (ao redor de US\$ 500); com efeito, entre 1995 e 2005 o consumo per capita em saúde passou de US\$ 485 em 1995 para aproximadamente US\$ 500 e US\$ 510 no período 2000–2005. O consumo nacional total em saúde da região da América Latina e no Caribe alcançou aproxima-

**FIGURA 1. Mudanças na composição do consumo nacional em assistência de saúde através do tempo, América Latina e no Caribe, 1980–2005.**



**Fonte:** Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Fortalecimiento de Sistemas de Saúde. Base de dados de consumo nacional em saúde.

madamente os US\$ 305.000 milhões em 2005. Esta cifra é 50% superior ao seu nível anterior de US\$ 190.000 milhões em 1980, e 5% superior ao consumo regional total na saúde em 2000 (em torno de US\$ 291.000 milhões).

De 1980 a 2005, a composição do consumo nacional em saúde experimentou mudanças significativas. A crise econômica e fiscal de 1980 afetou severamente a capacidade de consumo dos governos. Em 1985, o nível de consumo público em saúde foi inferior ao de 1980. O consumo público como porcentagem do PIB caiu em torno de 2,9% em 1980 para 2,6% em 1985. Durante a década de 1980, o consumo privado cresceu mais rapidamente que o consumo público. A participação do consumo privado como porcentagem do PIB incrementou-se em 3,2% em 1980 a aproximadamente 3,8% em 1990. A figura 1 mostra as mudanças na composição do consumo nacional em saúde na América Latina e no Caribe para 1980–2005.

A recuperação do crescimento da economia durante a década de 1990 teve um impacto positivo sobre o consumo público em saúde. (O consumo público em saúde inclui o consumo do governo central e do governo local, e os gastos do sistema de Seguridade Social.) De 1990 a 1997, o consumo público em saúde cresceu continuamente. A participação do consumo público em saúde como porcentagem do PIB incrementou-se em 3,4% do PIB em 1995–1997, decresceu levemente em 3,2% em 2000 e se manteve nesse nível durante os três anos seguintes. Produziram-se mudanças na composição do consumo público em saúde; os gastos do governo central diminuíram ao longo da década de 1980 e aumentaram em seguida com a recuperação econômica nos anos noventa. Os gastos em saúde do governo local foram

baixos na década de 1980, cresceram na de 1990 e, após um pico em 1995, tem diminuído a partir de 1998. Os gastos do programa de seguro público de saúde diminuíram levemente na década de 1980, antes de aumentar em 1990; na década de 1990 as rendas caíram, porém registraram um incremento aparente durante 2004–2005.

A maior parte do incremento do consumo privado em saúde pode atribuir-se ao aumento significativo do consumo direto dos lares e a rápida expansão dos seguros de saúde privados e os planos de serviços médicos pré-pagos. Com efeito, quando os gastos públicos em saúde diminuíram durante a década de 1980, o consumo direto dos valores irrisórios dos lares cresceu até alcançar um topo em 1990, com uma diminuição posterior na medida em que aumentava a contratação de seguros de saúde privados. Estes, e os planos de medicina pré-pagos, no início dos anos oitenta representavam em conjunto aproximadamente 2% do consumo privado total. Com a expansão do mercado de seguros de saúde privados e os planos pré-pagos, estes desembolsos aumentaram de forma considerável no final da década de 1980 e princípio do seguinte, para alcançar aproximadamente 27,0% do consumo privado total até 1995, que desde então se manteve praticamente constante e representa por volta de 1,2% do PIB.

### Consumo e cobertura dos planos de seguridade de saúde governamentais e sociais

A organização e financiamento dos sistemas de seguros públicos nacionais de saúde se expõem em público no consumo de bens e serviços realizados por governos centrais e locais (provincial, estatal e regional) quer seja de forma direta ou indireta, através de programas de saúde e maternidade das instituições de previdência social, ou de planos (sociais) obrigatórios de seguros de saúde. (Dependendo da prática contábil dos países, estes gastos podem ou não estar incluídos como parte das finanças do governo.) A região da América Latina e do Caribe têm diferenças substanciais no que diz respeito à participação no consumo público total em saúde, a magnitude dos fundos públicos que se investem em previdência social e em outros planos de previdência pública de saúde. O quadro 7 mostra as grandes diferenças entre os países no consumo com saúde, como a porcentagem do PIB, e os níveis de consumo e cobertura dos sistemas de seguro público de saúde para as Américas durante 2004–2005.

Na Região, o consumo público em saúde, como porcentagem do PIB oscila entre uma porcentagem máxima de aproximadamente 12,7 (Aruba) e um mínimo de 1,1 (Guiana). Os países com a participação mais elevada de consumo público como porcentagem do PIB são aqueles cujos sistemas nacionais de saúde oferecem uma cobertura universal ou quase universal através dos planos de seguro de saúde. O governo central participa diretamente da provisão de serviços de saúde na totalidade ou em grande parte da população nestes países. Por exemplo, Cuba e outros países do Caribe, como Antigua e Barbuda e Montserrat têm um consumo público em saúde de 6% do PIB ou superior às Antilhas

Holandesas e Aruba têm gastos públicos totais em saúde em torno de 12% do PIB ou mais. Os países com planos de previdência social de saúde que cobrem mais de dois terços do total da população, tais como, Chile, Costa Rica e Panamá, os quais destinam entre 4,4% e 5,0% do consumo público em saúde como porcentagem do PIB. O Canadá é o único país da Região que brinda cobertura universal com um consumo público em saúde de 7,3% do PIB.

Outros países apresentam níveis elevados de consumo público em saúde, porém baixos em cobertura, como por exemplo, a Colômbia e os Estados Unidos. A participação relativamente alta do consumo público como porcentagem do PIB na Colômbia associa-se com a introdução, no princípio da década de 1990, de um sistema novo de previdência social obrigatório que incrementou a cobertura, em uma porcentagem aproximada de 20% no início do decênio de 1990 em torno de 52% em 2004–2005. O consumo público total em saúde dos Estados Unidos é em torno de 7,2%, com uma taxa de cobertura que alcança a 30% da população. Os principais componentes deste consumo são os sistemas de previdência social destinados aos pobres (Medicaid), às pessoas maiores de 65 anos (Medicare) e as crianças (Programa de Seguro de Saúde Infantil dos Estados [*State Children's Health Insurance Program*, SCHIP]).

O consumo público per capita varia consideravelmente ao longo de toda a Região, desde US\$ 45 no Haiti até mais de US\$ 2.000 em Aruba, Bermudas, Canadá e Estados Unidos. Em países com uma previdência social de saúde, os resultados mostram diferenças significativas no consumo per capita por beneficiário, que varia entre um máximo de aproximadamente US\$ 7.150 por beneficiário da previdência social de saúde nos Estados Unidos e um mínimo em torno de US\$ 136 por beneficiário na Bolívia. O consumo em saúde por beneficiário da previdência social de saúde é, em geral, mais de duas vezes superior ao consumo público em saúde per capita.

As instituições de previdência social têm uma cobertura reduzida para a população em países com um sistema predominantemente direcionado ao mercado privado. É o caso do Equador (20,4%), Guatemala (17,8%), El Salvador (16,8%) e Paraguai (10,9%). Um nível similar de baixa cobertura se observa nos países de rendas baixas com sistemas de saúde mistos, como Honduras e Nicarágua.

Alguns países da Região implantaram programas de saúde com financiamento público orientados a grupos vulneráveis. A execução destes programas aumentou realmente o total do consumo público em saúde e a cobertura em saúde. Estes programas se financiaram mediante a criação de impostos específicos, direcionados a recolher fundos para a melhoria da saúde da mãe e da criança. Os programas foram implantados de maneira gradual. O quadro da página 26 apresenta um resumo breve da informação chave sobre o financiamento de duas destas iniciativas: o Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) na Bolívia e a Lei de Maternidade Gratuita e Assistência à Infância (LMGAI) no Equador.

**QUADRO 7. Consumo público em saúde e cobertura dos sistemas de seguro público de saúde nas Américas, 2004–2005.**

País	População total em (milhões)	Total do consumo público em saúde como porcentagem do PIB	Consumo em previdência social e em seguro social de saúde incluído no total da coluna precedente, como porcentagem do PIB	Cobertura da Previdência social e dos planos de seguro social de saúde como porcentagem da população total	Gasto público per capita, em US\$ PPA 2000	Consumo em saúde por beneficiário do seguro Social de saúde Em US\$ PPA 2000
Anguila	0,01	4,7%			388,3	
Antigua e Barbuda	0,08	8,7%			1.005,1	
Antilhas Holandesas	0,18	11,7%	11,7%	100,0%	1.811,2	1.811,2
Argentina <sup>b</sup>	38,37	4,7%	2,5%	49,6%	574,4	609,1
Aruba <sup>a</sup>	0,10	12,7%	12,7%	100,0%	2.732,4	2.732,4
Bahamas	0,32	3,1%			502,5	
Barbados	0,27	4,3%			739,0	
Belize	0,28	4,2%			262,0	
Bermudas	0,06	3,7%			2.624,9	
Bolívia	9,01	4,2%	1,5%	27,8%	105,1	136,1
Brasil	183,91	3,4%			259,5	
Canadá	31,97	7,3%	7,1%	100,0%	2.097,5	2.040,0
Chile <sup>b</sup>	16,12	4,4%	3,7%	83,5%	441,7	437,0
Colômbia <sup>b</sup>	44,92	3,4%	3,0%	67,8%	229,4	294,9
Costa Rica	4,25	5,0%	4,5%	87,8%	440,0	449,0
Cuba	11,24	6,3%			220,2	
Dominica	0,07	4,4%			228,0	
El Salvador	6,76	2,4%	1,2%	16,8%	111,0	331,6
Equador	13,04	2,2%	1,0%	20,4%	80,1	177,6
Estados Unidos da América	293,66	7,2%	5,9%	30,1%	2.633,0	7.149,8
Granada	0,11	4,5%			334,8	
Guadalupe	0,45					
Guatemala	12,29	1,8%	0,9%	17,8%	71,1	192,1
Guiana	0,75	1,1%			45,3	
Guiana Francesa	0,20					
Haiti	8,41	2,7%			46,3	
Honduras	7,05	3,5%			93,4	
Jamaica	2,64	2,5%			95,7	
Ilhas Caimã	0,04	3,3%			1.048,8	
Ilhas Turcas e Caicos	0,02	3,4%			348,5	
Ilhas Virgens Britânicas	0,02	1,8%			680,6	
Ilhas Virgens (EUA)	0,11	3,0%			415,6	
Jamaica	2,64	2,5%			95,7	
Martinica	0,44					
México	103,80	2,4%	1,7%	56,4%	217,9	275,0
Montserrat	0,01	6,1%			186,0	
Nicarágua	5,38	3,3%	1,9%	10,7%	108,8	
Panamá	3,18	4,5%	2,9%	62,7%	298,8	
Paraguai	6,02	2,2%	1,0%	10,9%	95,7	
Peru	27,56	2,3%	1,1%	27,3%	120,1	
Porto Rico	3,89	3,5%			827,8	
República Dominicana	8,77	1,4%	0,5%	0,0%	94,1	
Saint Kitts e Nevis	0,05	2,5%			285,1	
Santa Luzia	0,16	3,3%			192,9	
San Vicente e Granadinas	0,12	3,9%			228,3	
Suriname	0,45	3,8%			237,0	
Trinidad e Tobago	1,30	3,0%			332,0	
Uruguai <sup>b</sup>	3,44	6,4%	4,5%	44,8%	554,1	876,1
Venezuela	26,13	3,5%	1,3%	38,3%	194,4	192,9

<sup>a</sup>A previdência social de saúde representa mais de 96% do consumo público total.

<sup>b</sup>Inclui gastos dos planos de previdência social de saúde financiados através de contribuições obrigatórias: Argentina (obras sociais); Chile (FONASA e ISAPRES); Colômbia (Fundos de Previdência social de Saúde; contributivo e subsidiado); Uruguai (IAMCS).

**Fonte:** Organização Pan-Americana da Saúde, Fortalecimento de Sistemas de Saúde, Unidade de Desenvolvimento de Políticas e Sistemas de Saúde. Washington, DC: OPAS; agosto de 2006.



## O financiamento dos programas de saúde materno-infantil na Bolívia e no Equador

Tanto na Bolívia como no Equador instituíram-se seguros universais de saúde materno-infantil com financiamento público previsto nas leis e decretos dos respectivos governos nacionais. O Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) estabeleceu-se na Bolívia em janeiro de 2003, em substituição ao Seguro Básico de Saúde (SBS) e do Seguro Nacional de Maternidade e Infância (SNMN). Criou-se o SUMI como um seguro universal amplo e gratuito para mulheres grávidas e cobre até os seis meses posteriores ao parto, além de cobrir os cuidados às crianças desde seu nascimento até os 5 anos de idade. Em 2005 a Lei 3.250 estendeu a cobertura do SUMI a todas as mulheres até aos 60 anos. Os serviços básicos de saúde (SBS) cobertos pelo SUMI foram ampliados de 92 a 546, supridos pelos estabelecimentos de saúde da rede de Segurança Pública e Seguridade Social e pelos centros de saúde operados por organizações não governamentais, a Igreja e outros agentes.

O SUMI é financiado em sua maior parte com fundos do Tesouro Geral da Nação, os impostos nacionais de Participação Tributária Municipal (CTM) e o Fundo Solidário Nacional (FSN). Entre 1999 e 2005 o financiamento do seguro de saúde materno-infantil incrementou-se de US\$ 8 milhões para US\$ 24 milhões. A cifra inicial de US\$ 8 milhões duplicou-se em 2002 com a inclusão dos aportes do CTM e do FSN, e a capacidade de consumo do programa estimou-se de 70% a 85% do total de fundos recebidos. A cobertura de saúde materno-infantil na Bolívia desde a introdução do SNMN em 1996 incrementou-se até atingir 55% da população em 2005.

O consumo per capita estimado em saúde materno-infantil aumentou de US\$ 11 em 1999 para US\$ 25 em 2005, por cada pessoa atendida. Tal soma não é suficiente para cobrir os serviços para toda a população potencialmente destinatária. Com um considerável aumento da cobertura de serviços e uma capacidade maior de consumo por parte do SUMI, o financiamento continuará sendo insuficiente para cobrir a oferta de serviços para a totalidade da população potencialmente destinatária.

No Equador, a Lei de 1994 de Maternidade Gratuita e de Cuidados com a Infância se implantou pela primeira vez em 2000 mediante o Seguro Nacional de Maternidade e Infância (SNMI). Essa Lei estabelece que 3% do Imposto ao Consumo Especial (ICE) sejam na fonte de financiamento do Seguro, complementada com contribuições do Fundo Nacional de Nutrição Infantil (FONNIN) e de órgãos de cooperação internacionais que aportam fundos aos governos locais. Estes últimos financiam as atividades em suas respectivas jurisdições (municípios) e cobrem os custos do transporte nas emergências obstétricas e pediátricas. O pressuposto estimado para a Lei de Maternidade Gratuita e Cuidados com a Infância não inclui os fundos provenientes da causa geral do Ministério da Saúde, que o Governo autoriza anualmente para auxiliar o pagamento de salários, equipamentos das unidades, instrumental e manutenção das instalações dos estabelecimentos.

O financiamento do SNMI passou de US\$ 8 milhões para US\$ 20 milhões aproximadamente entre 1999 e 2005. Este considerável aumento deve-se ao imposto especial concedido diretamente ao seguro. Em 1999 este cobria inicialmente nove serviços, que foram incrementando-se até alcançar a 42 em 2003. No mesmo período a quantidade de beneficiários do seguro saltou de 793.000 para 3 milhões de pessoas, tanto que o consumo per capita aumentou em aproximadamente US\$ 6 a US\$ 10, por pessoa atendida. Segundo as estimativas nacionais, o pacote médio de gastos per capita custa US\$ 34, de modo que o financiamento atual não é suficiente para proporcionar o total de serviços programados. A sustentabilidade deste seguro depende tanto da capacidade do Governo para aumentar os impostos destinados a esses fins como da eficiente utilização de ditos fundos.

*Fonte:* Adaptado de Gordillo A, 2006. Organização Pan-Americana da Saúde, Fortalecimento de Sistemas de Saúde, Unidade de Desenvolvimento de Políticas e Sistemas de Saúde.

### Consumo privado em saúde: consumo dos domicílios

O consumo privado em saúde é um componente importante do consumo nacional total em saúde para a maioria dos países da Região, inclusive naquelas com um consumo público relativamente alto ou naqueles cujo consumo e cobertura da previdência social de saúde são relativamente elevados ou gerais. De qualquer

forma, em geral, parece haver uma relação inversa entre a relativa importância do consumo e a cobertura dos sistemas públicos de saúde e a relativa importância dos gastos privados em saúde.

O gasto de consumo dos lares em serviços de saúde como porcentagem dos gastos de consumo doméstico total mede os custos do cuidado de saúde saldados pelas famílias, quer seja em forma

*“Estamos fazendo muitos esforços para conseguir artigos originais sobre temas de interesses relacionados com a saúde pública escritos pelas mais altas autoridades em saúde das Américas.”*

Hugh Cumming, 1927

de consumo direto, — também denominado consumo de valores irrisórios —, ou indireto, o qual se refere ao consumo dos lares e das empresas em conceito de planos de serviços médicos pré-pagos e planos de seguros médicos privados. Também mede o impacto diferencial dos aumentos sobre os custos com o cuidado de saúde nos custos familiares.

A participação dos gastos de consumo privado em saúde dos lares como porcentagem do PIB é um indicador da importância do consumo privado de bens e serviços vinculado à saúde, em relação ao ingresso e o consumo total de uma economia. As diferenças no nível de gastos de consumo das famílias, em saúde, em termos de renda per capita — ajustada de acordo com a paridade do poder aquisitivo — é um indicador das variações quanto ao acesso e utilização real dos serviços de saúde em diferentes países da Região. Os gastos dos lares em serviços privados de saúde representam uma porcentagem significativa dos gastos de consumo total dos lares na maioria dos países da Região. As estimativas sobre a importância relativa dos gastos de consumo dos lares em bens e serviços relacionados com o cuidado com a saúde que se apresentam no quadro 8 correspondem às cargas dos componentes de gastos em bens e serviços de saúde no índice de preços ao consumidor do país (IPC).<sup>6</sup>

O quadro 8 mostra as grandes variações na importância relativa dos gastos de consumo dos lares em bens e serviços de saúde como porcentagem do consumo total das famílias. Estas variações oscilam em 10% na Argentina e 8,5% nos Estados Unidos, a menos de 2% em Antígua e Barbuda, Aruba, e San Vicente e nas Granadinas. Além disso, em países com níveis relativamente elevados de consumo governamental e cobertura de sistemas de seguro público de saúde, como Canadá, Chile e Costa

Rica, os gastos de consumo dos lares na rubrica saúde representa entre 5% e 6% do consumo total das famílias. Em países de rendas baixas, como Haiti, Honduras e Peru, a participação é baixa (por volta de 3% dos gastos totais de consumo dos lares). Estes gastos privados de consumo dos lares somam-se ao valor dos serviços de cuidado de saúde oferecidos de forma gratuita pelos governos ou por instituições de seguros sociais de saúde. As diferenças nestas participações mostram a grande diversidade de prováveis impactos dos incrementos sobre os custos do cuidado com a saúde nos pressupostos de consumo dos lares entre os países. De modo similar, as grandes diferenças na participação dos gastos de consumo privado dos lares como porcentagem do PIB, mostram a importância relativa das políticas públicas para dirigir as falhas do mercado, características do funcionamento dos mercados privados de cuidado da saúde.

As marcantes diferenças na Região em relação ao nível de gastos de consumo dos lares em termos per capita mostram as amplas desigualdades em matéria de acesso e utilização dos serviços médicos privados entre os países das Américas. O quadro 8 resume os diferentes indicadores para avaliar a importância relativa dos gastos privados em saúde estimados de acordo com a importância dos gastos de consumo dos lares em bens e serviços relacionados com a saúde.

Os seguros privados de saúde e os planos com financiamento baseado no privado estão se convertendo em mecanismos importantes para o financiamento do consumo privado em saúde. O rápido incremento dos recursos gastos em seguros privados de saúde e planos privados é o fator mais importante nas tendências recentes do consumo nacional em saúde e converteu-se em um fator principal para os mercados de cuidado da saúde nos países. Esta tendência estabelece um grande desafio para a política pública. Os regulamentos devem ser idealizados para assegurar a eficácia do funcionamento dos mercados do seguro de saúde e dos planos de pré-pago, bem como também para dominar as desigualdades existentes nos países das Américas em relação ao acesso dos sistemas de saúde. As dimensões dos mercados do seguro privado de saúde e os planos privados parecem ser determinados pela importância do sistema público de saúde, o alcance de cobertura da população, os serviços que cobrem os sistemas de previdência social de saúde e a existência (ou falta) de políticas que regularizam o funcionamento de tais mercados. A presença de corporações transnacionais e nacionais em diferentes países, mais do que o nível de rendas do país, parece ser um fator importante que explica a importância relativa dos mercados de seguros privados e os planos de pré-pago.

A falta de cobertura dos sistemas públicos de saúde não parece ser razão suficiente para o desenvolvimento do mercado do seguro privado de saúde. No caso do México (como nos casos da Coreia, Grécia e Turquia), o desenvolvimento do mercado de seguros de saúde privado é relativamente baixo, apesar das deficiências na cobertura do sistema público de saúde. Por outro lado, inclusive em países com sistemas de seguros sociais de

<sup>6</sup>O IPC mede as mudanças ao longo do tempo em nível geral de preços de bens e serviços adquiridos, usados ou pagos por uma população de referência. Um IPC estima-se como uma série de medidas resumidas da mudança proporcional periódica nos preços de um conjunto fixo de artigos de consumo e serviços, de quantidade e características constantes, adquiridos, usados para pagamentos pela população de referência. Obtêm-se cada medida resumida como um meio ponderado da soma de um grande número de índices elementares. Cada um dos índices elementares somados calcula-se usando uma mostra de preços para um conjunto definido de bens e serviços obtidos em uma Região específica, ou adquiridos por habitantes de uma determinada região, num determinado grupo de negócios ou outras fontes de consumo de bens e serviços. Para uma descrição detalhada dos diferentes nomes e componentes do ponto “saúde e cuidado médico” incluído em diferentes países, ver rodapé das notas metodológicas em Situação de saúde nas Américas. Indicadores Básicos 2006. OPAS/HDN/HA/06.01; Washington D.C.; setembro de 2006.

**QUADRO 8. Consumo privado em saúde: consumo das famílias, Região das Américas, por país, 2004.**

País	Consumo dos lares em saúde como porcentagem do gasto total dos domicílios	Gastos de consumo dos lares em saúde per capita do PIB	Gasto de consumo dos lares em US\$ PPA <sup>a</sup>
Anguilla	3,1	2,2	184,4
Antigua e Barbuda	2,8	0,7	79,4
Antilhas Holandesas	...	...	...
Argentina	10,0	6,9	845,4
Aruba	2,9	1,5	331,1
Bahamas	4,4	2,9	466,5
Barbados	5,9	3,8	649,6
Belize	6,0	4,1	251,6
Bermuda	...	...	...
Bolívia	...	...	...
Brasil	5,9	3,6	270,2
Canadá	6,4	3,5	1.005,3
Chile	6,0	3,9	385,5
Colômbia	4,0	2,6	172,2
Costa Rica	5,0	3,4	298,5
Cuba	...	...	...
Dominica	3,2	2,0	106,5
El Salvador	...	...	...
Equador	3,4	2,7	85,8
Estados Unidos de América	8,5	5,9	2.157,8
Granada	...	...	...
Guadalupe	...	...	...
Guatemala	5,5	4,7	187,7
Guiana	...	...	...
Guiana Francesa	...	...	...
Haiti	3,2	3,2	55,2
Honduras	3,7	2,5	66,4
Ilhas Caimã	...	...	...
Ilhas Turcas e Caicos	...	...	...
Ilhas Virgens Britânicas	...	...	...
Ilhas Virgens (EUA)	...	...	...
Jamaica	7,0	4,5	171,2
Martinica	...	...	...
México	...	...	...
Montserrat	6,9	5,3	162,3
Nicarágua	5,1	4,7	157,2
Panamá	...	...	...
Paraguai	...	...	...
Peru	2,9	2,0	106,4
Porto Rico	...	...	...
República Dominicana	...	...	...
Saint Kitts e Nevis	3,7	1,8	212,0
Santa Luzia	3,6	2,5	143,8
São Vicente e Granadinas	1,0	0,6	38,4
Suriname	...	...	...
Trinidad e Tobago	3,6	2,0	219,3
Uruguai <sup>b</sup>	3,8	2,8	242,2
Venezuela	4,2	2,8	153,2

<sup>a</sup>Dólares americanos ajustados por paridade do poder aquisitivo (PPA), ano 2000.

<sup>b</sup>Excluídas as contribuições e pagamentos aos sistemas sociais de seguros de saúde e dos serviços médicos de instituições de saúde coletivas e mutuas.

**Fonte:** Organização Pan-Americana da Saúde, Unidade de Análises e Estatísticas de Saúde (HA), Situação de Saúde nas Américas. Indicadores básicos 2006. Washington, DC: OPAS; 2006.

saúde quase universais, como a Costa Rica, as grandes companhias oferecem a seus trabalhadores seguros de saúde privados complementares para reduzir a espera nas instalações públicas ou para oferecer acesso a um “cuidado de melhor qualidade”.

A causa da falta de regulamentos, muitos indivíduos com seguros de saúde privados dependem de serviços de cuidados de saúde em hospitais públicos subsidiados para manter baixos aos prêmios dos seguros. O seguro de saúde privado pode ser utilizado para cobrir um grupo limitado de serviços; os procedimentos médicos mais custosos e infrequentes não estão incluídos nos planos de seguros privados porque se entende que são prestações que oferecem os hospitais públicos subsidiados. Isto estabelece um problema adicional em termos de impacto potencial sobre a utilização e financiamento do serviço para os hospitais públicos. Também cria um desafio adicional para a política pública, que deve ser atendido.

### Descrição do consumo dos lares em saúde

A análise do consumo dos lares em saúde é uma maneira de medir a carga financeira que as famílias têm ao buscar cuidado de saúde e de compreender as eleições que realizam ao destinar recursos para a obtenção de bens e serviços de saúde. A análise pode também oferecer uma visão interna limitada de outros temas, tais como a equidade no setor da saúde e o acesso aos serviços de saúde. Numerosos fatores, tais como o ingresso familiar, as restrições horárias, o custo dos serviços e o transporte, a disponibilidade e a qualidade dos serviços, as preferências culturais e a percepção da necessidade de buscar tratamento, desempenham um passo importante na possibilidade das famílias para contar, ou não, com acesso aos serviços de saúde e beneficiar-se deles. As famílias têm suas próprias prioridades que influenciam na decisão sobre quando e onde buscar cuidados. Além disso, os serviços de saúde não são um produto homogêneo e seu custo parece variar de forma considerável entre os provedores do setor privado e o público (onde os serviços podem não custar nada), o

que faz com que os dados sobre gastos sejam ainda menos úteis. De qualquer maneira, a participação e a composição relativa de gastos de saúde no custo familiar e as comparações entre grupos de rendas oferecem informação importante sobre as eleições relacionadas com o consumo dos lares e muitas vezes refletem a disponibilidade dos recursos e serviços públicos.

O quadro 9 apresenta dados sobre a porcentagem de recursos dos lares relacionados ao consumo em saúde entre distintos grupos de ingressos, em nove países da Região. A participação do custo de consumo total dos lares destinados às compras relativas à saúde tende a ser relativamente estável entre os grupos de rendas dentro de um país, com uma diferença que é, habitualmente, de poucos pontos de porcentagem. Em termos absolutos, contudo, os grupos com uma renda mais alta gastam em bens e serviços de saúde muito mais do que os de baixa renda. Uma média aproximada para a Região sugere que, 20% dos mais ricos da população gastam até 12 vezes a quantidade que gastam os 20% mais pobres. Para os nove países incluídos no quadro 9, formou-se uma média ponderada para o consumo em saúde das famílias. Sobre a base destes dados, estima-se que os lares dedicaram em média 6,0% do consumo familiar para a compra de bens e serviços de saúde: de qualquer forma, o quintil mais pobre destina 7,3% dos gastos do lar para serviços de saúde e o quintil mais rico, 5,9%. Em seis países, o quintil mais pobre gasta em saúde uma porção superior de seus recursos que o quintil mais rico. Em alguns países, como a República Dominicana e o Paraguai, os pobres gastam consideravelmente mais em saúde que os ricos. Na República Dominicana, os gastos com saúde representam 29,1% dos gastos do quintil mais pobre, e somente 3,5% dos gastos do quintil mais rico; no Paraguai, os gastos com saúde representam 14% dos gastos para o quintil mais pobre e somente 8,8% dos gastos do quintil mais rico. Em outros países, os gastos com saúde são similares entre os quintis mais pobres e mais ricos; Guatemala é o único país onde o quintil mais rico destina uma porcentagem maior dos gastos a serviço da saúde que o quintil mais pobre.

**QUADRO 9. Distribuição do consumo dos lares em saúde por ingresso/gasto, países selecionados das Américas.**

País	Ano	Total	Renda ou consumo aproximado por quintis				
			Primeiro	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto
Argentina	1996–1997	8,6	9,2	8,6	7,8	8,2	9,0
Brasil	1995–1996	6,5	8,3	6,5	6,9	7,1	6,3
Guatemala	1998–1999	7,3	3,9	5,9	7,0	8,3	7,8
Jamaica	1998	2,6	2,4	2,5	2,5	2,6	2,7
México	1996	2,9	3,7	3,3	3,3	2,9	2,8
Paraguai	1996	10,7	14,0	13,8	10,9	10,1	8,8
Peru	1997	4,4	4,3	4,8	4,7	4,0	4,5
República Dominicana	1996	6,3	29,1	14,7	9,4	7,7	3,5
Uruguai	1994–1995	13,0	11,0	14,0	15,0	13,0	11,0

*Fonte:* Organização Pan-Americana da Saúde, Fortalecimento de Sistemas de Saúde, Unidade de Desenvolvimento de Políticas e Sistemas de Saúde; agosto de 2006.

O consumo privado com a saúde como participação do consumo total dos lares tende a diminuir conforme aumenta o ingresso. Dois fatores parecem ser os que impulsionam esta tendência. O primeiro fator é o impacto relativamente recente do seguro privado sobre o consumo dos lares em saúde. O crescimento do grau de cobertura do seguro privado nos grupos com renda elevada, com prêmios pagos em sua maioria pelos empregadores, reduz os níveis de gastos diretos destes quintis. O segundo fator nesta tendência relaciona-se com a falta de cobertura do sistema público de saúde. Os quintis de menores rendas têm acesso limitado aos programas de seguro de saúde formais, porque os grupos de menores rendas estão compostos primariamente por trabalhadores agrícolas e informais que não estão cobertos por programas de seguro de saúde formais. O quintil de menores rendas também pode ter acesso mais limitado aos estabelecimentos de saúde pública que tendem a estar localizados próximo das zonas urbanas ou dentro delas, e aos que não são fáceis de acessar nas zonas rurais. Com governos que destinam a maioria dos recursos a estabelecimentos secundários e terciários em zonas predominantemente urbanas, os subsídios públicos podem favorecer de forma desproporcional às cidades e aos quintis de renda superior, ao invés de reduzir a carga dos grupos de renda mais baixo, situados nas zonas rurais.

### Impacto distributivo do consumo público em saúde

Parece existir uma variação considerável na eficácia do consumo em saúde como ferramenta distributiva. A análise do consumo governamental em saúde sugere que existem grandes variações nos cálculos do impacto distributivo de tal consumo por grupos de rendas, tanto entre os distintos países como dentro deles. Estima-se que existe, paradoxalmente, uma relação inversa entre o nível de rendas de um país e o impacto distributivo do consumo público em saúde e que tal impacto é progressivo (é dizer, favorece mais aos pobres) nos países com níveis de renda relativamente mais elevados (Argentina, Chile, Costa Rica e Uruguai) e regressivos (favorece aos que não são pobres) nos países com menores níveis de renda (Bolívia, Equador e Guatemala). O impacto distributivo do consumo em saúde foi imparcial no caso do Peru. No quadro 10 examina-se a distribuição dos benefícios do consumo público em saúde por quintis socioeconômicos para a Região da América Latina e o Caribe.

Colômbia é o único país no qual foi possível examinar as tendências do consumo governamental ao longo do tempo, entre 1970 e 1997, devido à disponibilidade e de uma série de conjuntos de dados. Então, é possível observar a mudança de uma distribuição progressiva do consumo governamental em saúde a uma regressiva. Os 20% mais pobres da população receberam mais de 21% do consumo governamental em saúde em 1970 e ao redor de 28% em 1974. Em 1997, os 20% mais pobres da população receberam apenas 17,5% do consumo governamental em saúde, enquanto os 20% mais ricos beneficiaram-se com a maior parte das

mudanças no impacto distributivo: em 1970 recebeu quase 7% do consumo público em saúde e que em 1997 recebeu quase 20%.

O consumo público em saúde tem um impacto redistributivo importante em favor dos pobres nos países cujo consumo representou 2,5% do PIB ou mais (Argentina, Colômbia, Chile e Jamaica). Por outro lado, observou-se um consumo público em favor de dos ricos nos países nos quais o consumo do governo em saúde representou ao redor de 1% do PIB ou menos (Equador e Guatemala). Na maioria dos países o financiamento do sistema (público) foi regressivo, baseado em impostos indiretos. A mudança para um financiamento baseado em impostos diretos permitiria atenuar a regressividade do financiamento dos sistemas de saúde.

Há políticas específicas que podem contribuir para melhorar o impacto distributivo do consumo público em saúde. Por exemplo, considerou-se somente progressivo o caso do Brasil, onde um imposto nas transações financeiras estabelecidas no período 1997–1998 e impostos diretos sobre os lucros líquidos das empresas constituíram as principais fontes de rendas do Ministério de Saúde. O redirecionamento do consumo público para políticas orientadas a melhorar a percepção do próprio estado de saúde e dos riscos sanitários por parte dos indivíduos pode ser uma maneira eficaz de reduzir a brecha existente entre o estado de saúde real e o que resulta da própria avaliação, fazer com que as pessoas tomem consciência de sua necessidade de serviços de cuidado médico, e aumentar a demanda destes serviços.

O consumo público e as receitas fiscais são as ferramentas mais importantes que pode utilizar um governo para obter um financiamento e acesso mais equitativos aos serviços de cuidado médico. Necessita-se de níveis mais elevados de impostos para financiar as atividades governamentais, similares aos sistemas que utilizam os governos dos países agora desenvolvidos. Contudo, os países em desenvolvimento — inclusive os da América Latina e do Caribe — não utilizam plenamente a maioria destes instrumentos fiscais. Os países de rendas baixas da Região da América Latina e do Caribe enfrentam um círculo vicioso de governos fracos e falta de fundos para estabelecer instituições-luz suficientemente sólidas para impor códigos impositivos e políticas fiscais, e assegurar a sustentabilidade dos programas sociais.

A eleição de políticas públicas afeta aos níveis de consumo público em saúde e aos programas sociais. As grandes variações no impacto distributivo do consumo público em serviços de saúde e em programas de saúde pública sugerem que, na maioria dos países da Região, existem possibilidades suficientes para melhorar a utilização das ferramentas de financiamento e consumo público com o objetivo de obter um financiamento e um acesso mais equitativos aos serviços médicos. Os dados apresentados nesta seção sugerem que os governos da Região da América Latina e do Caribe, em particular os dos países de baixas rendas, têm capacidade potencial para utilizar as ferramentas fiscais existentes com maior efetividade para afrontar os temas de saúde e equidade.

**QUADRO 10. Distribuição dos benefícios do consumo público em saúde em países selecionados da América Latina e do Caribe por quintis.**

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Argentina <sup>a</sup>	31,0	18,0	26,0	18,0	7,0
Argentina, 1991 <sup>b,c</sup>	38,7	16,6	25,5	14,8	4,5
Bolívia, 1990 <sup>c</sup>	15,2	14,7	24,4	24,4	21,3
Brasil, 1994 <sup>c,d</sup>	31,5	26,5	19,5	14,2	7,5
Colômbia, 1970 <sup>a</sup>	21,4	26,9	19,0	25,9	6,8
Colômbia, 1974 <sup>a</sup>	28,0	22,0	20,1	17,7	12,2
Colômbia, 1993 <sup>a</sup>	27,4	25,6	18,7	15,9	12,5
Colômbia, 1997 <sup>c</sup>	17,5	19,7	22,2	20,7	19,7
Costa Rica, 1986 <sup>c</sup>	27,7	23,6	24,1	13,9	10,7
Chile <sup>a</sup>	31,0	25,0	22,0	14,0	8,0
Chile, 1996 <sup>c</sup>	30,9	23,2	22,2	16,5	7,2
Equador, 1995 <sup>a</sup>	12,5	15,0	19,4	22,5	30,5
Equador, 1994 <sup>c</sup>	18,8	41,9	16,0	16,3	7,0
Guatemala, 1998–1999 <sup>a</sup>	12,8	12,7	16,9	26,3	31,3
Jamaica, 1993 <sup>a</sup>	25,3	23,9	19,4	16,2	15,2
Peru, 1997 <sup>a</sup>	20,1	20,7	21,0	20,7	17,5
México	...	...	...	...	...
Uruguai, 1993 <sup>c</sup>	34,9	19,9	22,1	13,2	10,0
Média <sup>c,e</sup>	26,9	23,3	22,0	16,7	11,1

<sup>a</sup>Estimativas extraídas de Suárez-Berebuea R, 2001, pág. 142

<sup>b</sup>Distribuição dos lares de acordo com a renda recebida, menos as contribuições para a previdência social, os impostos sobre a renda e os subsídios governamentais.

<sup>c</sup>Estimativas da CEPAL (CEPAL, 2000; CEPAL 2001). Quintis por nível de renda per capita. Inclusive o consumo público com saúde e nutrição.

<sup>d</sup>Os dados correspondem apenas à cidade de São Paulo.

<sup>e</sup>Média dos países incluídos no estudo da CEPAL unicamente.

**Fontes:** Suárez-Berebuea R. Health systems inequalities in Latin America and the Caribbean. Em: Investir em saúde. Benefícios sociais e econômicos. (Publicação Científica e Técnica No. 582). OPAS; 2001.

Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Equidade, desenvolvimento e cidadania. Versão definitiva. Santiago do Chile: CEPAL; 2000.

Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Panorama social da América Latina, 2000-2001. Santiago do Chile: CEPAL; 2001.

Conclusão, os governos têm margem mais do que suficiente para melhorar o impacto distributivo do consumo público em saúde, aumentar a quantidade de recursos para a saúde, reduzir a regressividade no financiamento da saúde e redirecionar o consumo público para intervenções que induzam uma maior utilização dos serviços de cuidado de saúde por parte dos pobres.<sup>7</sup> Os resultados do projeto Equidade na América Latina e no Caribe/ Investimento em saúde, equidade e pobreza (EquiLAC/IHEP, por suas siglas em inglês), e de outros estudos, sobre o impacto distributivo do consumo público em saúde sugerem que a incidência relativa do consumo público sanitário obtém uma troca em termos de equidade no financiamento dos serviços de saúde como proporção do PIB.

<sup>7</sup>Para maior informação sobre o impacto distributivo do consumo público em saúde, veja-se Investir na saúde. Benefícios sociais e econômicos. Publicação Científica e Técnica No. 582 (disponível somente em formato PDF).

## LEGISLAÇÃO EM SAÚDE

A legislação confere às políticas de saúde o sustento necessário para transitar do âmbito do político ao marco do jurídico. Enquanto para os sistemas e serviços de saúde, a legislação prepara uma plataforma de garantias com sua contrapartida de obrigações, define o papel que cumprem os atores públicos, privados e sociais, nacionais e internacionais, bem como suas funções e interações, e estabelece o modelo mediante o qual se dará vigência aos objetivos nacionais de saúde, todo ele exequível através de um sistema judicial. Nos últimos cinco anos, vários países da Região continuaram revisando suas estruturas jurídicas com a finalidade de instrumentar políticas voltadas para a reestruturação dos sistemas e serviços de saúde. Isto incluiu, entre outros aspectos, a redefinição das competências dos ministérios/secretarias de saúde, a criação de planos para estender a cobertura, incluídos o regulamento da participação do setor privado, as garantias de qualidade e os mecanismos de controle, a participação



da sociedade civil e a consolidação dos direitos dos indivíduos em matéria de saúde.

### **Estrutura jurídica para o exercício das funções de governança e regulamento em saúde**

As legislações que reestruturaram os sistemas de saúde reformulam as funções dos ministérios e secretarias, dando apoio para seu papel governante e regulador. Em 2002 aprovou-se na Bolívia o Decreto Supremo No. 26.875, que redefine o sistema nacional de saúde e estabelece competências orgânicas e funcionais baseadas nos níveis de gestão. De acordo com este esquema, compete ao Ministério da Saúde e Previdência Social, atualmente Ministério da Saúde e Esportes, a função diretora-normativa no âmbito nacional. A gerência técnica se encontra a cargo do Serviço Departamental de Saúde (SEDES) e dos municípios através dos Diretórios Locais de Saúde (DILOS) como autoridade máxima local. No Chile, através da Lei No. 19.937 de 2004k, o Ministério da Saúde assume o papel diretor e regulador do Estado em matéria de saúde, com inclusão da formulação, avaliação e atualização do sistema de Acesso Universal com Garantias Explícitas (Sistema AUGE). Na Colômbia, através da Lei No. 790 de 2002 se fundiram o Ministério do Trabalho e da Seguridade Social e o Ministério da Saúde, e constituiu-se o Ministério da Previdência Social para a execução do Sistema de Previdência Social estabelecido pela Lei No. 789 do mesmo ano, um de cujos objetivos é permitir o acesso em condições de qualidade e oportunidade a serviços básicos de saúde. Além disso, por Decreto No. 205 de 2003 definiram-se as funções do Ministério da Previdência Social ao que lhe corresponde a diretoria do sistema.

No Equador promulgou-se a Lei Orgânica do Sistema Nacional de Saúde e sua Regulamentação, Decreto No. 3.611 de 2003, com a finalidade de tornar efetivo o exercício do direito à saúde, garantindo o acesso equitativo e universal a serviços integrais de saúde. De acordo com estas normas, o sistema nacional de saúde atua de maneira descentralizada, desconcentrada e participativa, e cumpre funções de coordenação, provisão, garantia e financiamento. A função de coordenação do sistema é competência do Ministério da Saúde em todos seus níveis. Nicarágua promulgou a Lei Geral de Saúde (Lei No. 423 de 2002) e sua Regulamentação, Decreto No. 001 de 2003, que regem as distintas ações da saúde e definem as competências e atribuições do Ministério, entre as quais se encontra a regulamentação do regime de configuração de benefícios que ela instituiu e o caráter de ente diretor do setor.

No Peru, a Lei do Ministério da Saúde (Lei No. 27.657 de 2002) determina que este organismo seja o ente diretor que conduz, regula e promove o sistema nacional de saúde com a finalidade de obter o desenvolvimento integral das pessoas. Com posterioridade, a Lei No. 27.813 do mesmo ano estabelece-se o Sistema Nacional Coordenado e Descentralizado de Saúde (SNDCS) para obter o cuidado integral da saúde da população e avançar em direção à seguridade social universal, conferindo também ao Mi-

nistério de Saúde a diretoria do setor. Na República Dominicana, a Lei Geral de Saúde (Lei No. 42 de 2001) regulamenta todas as ações que permitem ao Estado tornar efetivo o direito à proteção da saúde reconhecida pela Constituição. Esta lei organiza o sistema nacional de saúde cuja diretoria encontra-se na Secretaria de Estado de Saúde Pública e Assistência Social (SESPAS). Na Venezuela expediu-se o Decreto No. 3.753 de 2005, através do qual se re forma parcialmente a organização e o funcionamento da administração pública central. Por conseguinte, o Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social converte-se no Ministério da Saúde, cabendo-lhe, entre outras funções, a elaboração, formulação, regulamentação e dar prosseguimento às políticas relacionadas com a saúde integral da população.

No Caribe de fala inglesa estabeleceram-se normas direcionadas para a criação de sistemas de regulamentação abaixo da supervisão de autoridades, comissões e comitês, com a finalidade de tornar mais efetiva e eficiente a administração de hospitais e de outras instituições de saúde. A Lei sobre a Direção de Serviços de Saúde das Ilhas Virgens Britânicas (*BVI Health Service Authority Act*) de 2004 estabelece que esta seja a autoridade administrativa do Hospital Peebles e dos serviços comunitários de saúde. A norma cria um conselho nomeado pelo ministro da saúde, por entre cujas funções encontram-se o traçado de políticas baseadas nas necessidades de saúde do território e o desenvolvimento e implantação de um programa de garantia de qualidade sujeito às políticas do Ministério.

Na Guiana promulgaram-se em 2005 a Lei sobre Autoridades Regionais (*Regional Authorities Act*) e a Lei do Ministério da Saúde. A primeira cria autoridades regionais para a provisão e administração de serviços e programas em zonas específicas e encomenda ao Ministério a tarefa de aplicar a lei e estabelecer parâmetros para o cumprimento das funções das autoridades mencionadas, enquanto que a Lei do Ministério da Saúde define as funções desta instituição, entre as quais se encontram o controle dos serviços de saúde e o desenvolvimento dos mesmos de modo compreensivo, balanceado, consistente e equitativo. A Lei sobre Administração de Serviços de Saúde Institucionais (*Institution-Based Health Services [Management] Act*) de Saint Kitts e Nevis de 2002 estabelece a Diretoria encarregada da gestão e administração de serviços institucionais de saúde (17). No Canadá criou-se, por Ordem do Conselho de 2004, a Agência de Saúde Pública do Canadá, com a finalidade de facilitar a comunicação entre as províncias, liderar a vigilância sanitária e iniciar programas de ação comunitária (18).

### **Regulamentação do financiamento, a garantia e a inserção privada em saúde**

Na Argentina aprovou-se um conjunto de prestações básicas essenciais garantidas pelos agentes do seguro de saúde no âmbito do Programa Médico Obrigatório de Emergência (PMOE), com vigência até 31 de dezembro de 2002. Posteriormente, o

prazo se prorrogou até 2003. A Lei No. 25.929 de 2004 ampliam as prestações obrigatórias que deverão oferecer todas as obras sociais e entidades de medicina privadas, ao incluir a gravidez, o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, os quais ficam incorporados de direito pleno ao Programa Médico Obrigatório (PMO), na estrutura de um regime de direitos para os pais e a pessoa recém nascida. Em 2005, por Decreto No. 317 do Presidente da Nação, aprovou-se o Sistema de Contratações Regionais das Obras Sociais, o qual se implanta de forma progressiva nas distintas regiões do país e cujo objetivo é evitar as intermediações nas contratações entre os grupos de obras sociais incorporadas ao sistema e ao conjunto de prestadores. Este decreto estabelece as regras gerais para assegurar a cobertura médico-assistencial aos beneficiários das obras sociais.

Em 2001 reformou-se em Belize a Lei de Seguridade Social para estabelecer um Plano Nacional de Seguro de Saúde que cubra a provisão de serviços de saúde públicos e privados que determina a lei. Na Bolívia promulgou-se em 2002 a Lei de Seguro Materno-Infantil (SUMI) para o cuidado gratuito da mãe grávida (desde a gestação até após o sexto mês do parto) e da criança até os 5 anos de idade, de caráter universal, integral e gratuito em todos os níveis de cuidado público. O financiamento do SUMI provem de fontes compartilhadas entre a Nação, a coparticipação tributária municipal e a conta especial Diálogo 2000 com caráter subsidiário. Estabelecem-se os Diretórios Locais de Saúde (DILOS) como autoridade máxima local em matéria de saúde.

No Canadá, duas decisões recentes da Corte Suprema de Justiça foram convocadas para ter efeito no sistema Medicare, uma delas por ocasião do debate sobre os serviços que inclui o conceito “medicamento necessário” ou “medicamento requerido” na Lei de Saúde do Canadá, e a outra ao criar a possibilidade de remover a capacidade dos governos provinciais de proibir a alternativa de seguro privado para os serviços cobertos com fundos públicos. Não obstante, no âmbito provincial realizam-se esforços para fortalecer Medicare. Na Columbia Britânica reformou-se a Lei de Proteção pela Medicare (*Medicare Protection Act*) para proibir os custos extras por serviços de diagnóstico médicos desnecessários, com a finalidade de abordar situações criadas por clínicas privadas com fins lucrativos. Em Ontário emitiu-se uma legislação que respalda os compromissos com Medicare e se reintroduziu um aporte obrigatório para garantir o cuidado de saúde (imposto do seguro saúde [*health care premium tax*]) (18).

No Chile, a Lei No. 19.996 estabelece o Regime Geral de Garantias em Saúde, um instrumento regulador que forma parte do Regime de Prestações de Saúde ao qual se refere à Lei No. 18.469, cujo artigo 4 regulamenta o exercício do direito constitucional para a proteção da saúde e cria o regime de prestações de saúde de 1985. O Regime Geral de Garantias em Saúde compreende as Garantias Explícitas relativas ao acesso, à qualidade, à proteção financeira e à oportunidade, que devem ser obrigatoriamente garantidas pelo Fundo Nacional de Saúde (FONASA) e pelas Insti-

tuições de Saúde Provisional (ISAPRE). Na nova estrutura, adquire um papel relevante a Superintendência de Saúde, um organismo descentralizado com personalidade jurídica e patrimônio próprio que se relaciona com o Presidente da República através do Ministério da Saúde. A Superintendência, que exerce suas funções através da Intendência de Instituições de Saúde de Suprimentos e a Intendência de Prestadores correspondem-lhes, entre outras tarefas, a de vigiar e controlar as ISA-PRE, e velar pelo cumprimento de obrigações tais como as relativas ao Regime de Garantias em Saúde. Também vigia e controla ao Fundo Nacional de Saúde e fiscaliza a todos os prestadores de saúde públicos e privados no que diz respeito à credibilidade e certificação ao cumprimento dos padrões de credibilidade.

Na Colômbia, através do Ato Legislativo No. 01 de 2001 modificou-se os artigos da Constituição Política de 1991 e criou-se o Sistema Geral de Participações dos Departamentos, Distritos e Municípios, uma vez que se estabelecem os critérios para a distribuição dos recursos com ênfase na equidade. Como consequência, promulga-se a Lei No. 715 de 2001, que define a competência da Nação e das entidades territoriais no setor de saúde e o regime de distribuição de recursos para o financiamento. No Equador, a Lei Orgânica do Sistema Nacional de Saúde estabelece o Plano Integral de Saúde garantido pelo Estado como estratégia de proteção social na saúde acessível e de cobertura obrigatória para toda a população por meio da rede pública e privada de provedores, que se estrutura com base em um enfoque pluricultural. Este plano define um modelo de assistência que dá suporte ao cuidado primário, na promoção da saúde e da inter-relação com a medicina tradicional, alternativa ou ambas, e inclui mecanismos de gestão desconcentrada, descentralizada e participativa. O plano orienta-se a lograr o princípio de universalidade através de três regimes articulados: ou contributivos, ou no contributivo e ou voluntário, incorporando às instituições provedoras de serviços de saúde de caráter público, privado ou misto.

Em El Salvador, por Decreto Legislativo No. 775 de 2005 promulgam-se a Lei do Sistema Básico de Saúde Integral, e por Decreto No. 1.024 de 2002 emitem-se disposições relativas às garantias de saúde e seguridade social. Considera-se a saúde da população um bem público e os serviços de saúde pública são de natureza obrigatória conforme estabelecido na Constituição Nacional. O decreto proíbe a privatização, concessão, compra de serviços ou outra modalidade direcionada a transferir para instituições privadas a provisão de serviços de saúde pública e os de previdência social a cargo do Instituto Salvadorenho do Seguro Social.

Em 2002 promulgaram-se nos Estados Unidos da América as Reformas nos Adendos da Rede de Apoio à Saúde (Health Care Safety Net Amendments), que criava o Programa Comunitário de Acesso à Saúde (Health Community Access Program), direcionado a prover assistência sanitária àqueles que não possuem seguro de saúde (ou tenham um insuficiente), mediante a ação conjunta de provedores, organizações e governos locais; estava

previsto que o programa concluir-se-ia com o ano fiscal de 2006. A Lei de Melhoria e Modernização da Prescrição de Medicamentos através do Medicare (Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act [MMA]) de 2003 modifica a opção Medicare + livre escolha (Medicare + Choice) ao incluir um componente concernente a benefícios para medicamentos de baixa renda ao qual se denominou Vantagens do Medicare (*Medicare Advantage*). A reforma tem incidência no acesso aos medicamentos, uma vez que transfere parte das responsabilidades do Medicare aos planos privados e aos próprios beneficiários. Através da Lei de Redução do Déficit de 2005, o governo federal exigiu prova de cidadania para se ter acesso aos benefícios do Medicare e ao Programa de Seguro de Saúde Infantil dos Estados (CHIP). Vários estados, entre os quais Massachussets e Maine (Iniciativa Dirigida de Saúde), emitiram legislações para reformar amplamente seus sistemas de saúde. O Plano Massachussets proverá cobertura universal de saúde com obrigatoriedade de participação, ao passo que o Plano Dirigido, embora se destine à mesma finalidade, não cria por si a obrigação de filiar-se (19).

Em 2002, Granada promulgou a Lei sobre Hospitais e Lares Privados de Anciãos, para regularizar as atividades deste tipo de instituições através do Comitê de Hospitais Privados. Na Jamaica, a Lei do Fundo Nacional de Saúde de 2003 refere-se à aplicação do Plano Nacional de Seguro de Saúde denominado Fundo Nacional de Saúde, como esquema contributivo destinado a melhorar a qualidade de vida da população. Este plano inclui a provisão de benefícios de saúde destinados a todos os residentes do país, sem distinção de idade, gênero ou ingresso (17).

Em 2003 reformou-se no México a Lei Geral de Saúde para estabelecer o Sistema de Previdência Social em Saúde, financiado de maneira solidária pela Federação, os estados, o Distrito Federal e os próprios beneficiários. Por Acordo da Secretaria de Saúde, no mesmo ano tornaram-se conhecidas as regras de operação e os indicadores de gestão e avaliação do Programa Saúde para Todos, do Seguro Popular de Saúde, com caráter de seguro público e voluntário orientado a instrumentar o sistema. O objetivo principal do seguro popular são as famílias e as pessoas que não sejam beneficiárias das instituições de previdência social ou não contem com algum outro mecanismo de previsão social em saúde. Também por Acordo da Secretaria de Saúde de 2001 criou-se o Comitê Nacional do Programa de Ação “Arranque Semelhante na Vida”, cujo objetivo é contribuir com o cuidado da mulher durante a gravidez, o parto e o puerpério, assim como a uma vigilância adequada das crianças desde sua gestação até os 2 anos de vida, mediante um estreito acompanhamento e avaliação das ações que se instrumentem no marco do programa mencionado.

Em 2002, aprovaram-se no Peru a Lei No. 27.812, que determina as fontes de financiamento do Seguro Integral de Saúde (SIS) para sua sustentabilidade no tempo e o cumprimento de seus objetivos, e o Decreto No. 9-2002-SA de 2002, que regula sua organização e funções. O financiamento do SIS surge, entre outras quotas, dos recursos que lhe transfira o Fundo Intan-

gível Solidário, criado pela Lei No. 27.656 de 2002 e destinado unicamente a favorecer o acesso a prestações de qualidade a população excluída. Como complemento, por Decreto No. 3-2002-SA de 2002 foram emitidas normas para os serviços prestados pelo SIS com a finalidade de incorporar como prioritários os serviços agrupados nos componentes mãe e filho, crianças e jovens. Na República Dominicana promulgou-se a Lei No. 87 de 2001, que cria o Sistema Dominicano de Previdência Social, estruturado com base em três regimes: contributivo, subsidiado e contributivo subsidiado, com o propósito de lograr a universalidade. Garante-se aos afiliados a livre eleição entre o Seguro Nacional de Saúde como assegurado de caráter público e as Administradoras de Riscos de Saúde de natureza pública, privada ou mista. Também na República Dominicana, por Resolução No. 48-13 de 2002 emitiram-se os Regulamentos sobre o Seguro Familiar de Saúde e o Plano Básico de Saúde que têm por objetivo regularizar a prestação dos benefícios, as condições, as limitações e eclosões do seguro familiar de saúde em todo o território nacional.

No Uruguai, por Decreto No. 133 de 2005, criou-se o Conselho Consultivo para a Implementação do Sistema Integrado de Saúde na órbita do Ministério da Saúde Pública, como objetivo principal da política de saúde. Na Venezuela, promulgou-se em dezembro de 2002 a Lei Orgânica do Sistema de Previdência Social, com a finalidade de efetivar o direito à previdência social. Entre os regimes que instituem, encontra-se o Regime Contributivo de Saúde, que estará abaixo da governança do Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social e será gerida através do Sistema Público Nacional de Saúde, mediante políticas, estruturas e ações dirigidas à universalidade, a equidade, a promoção da saúde e a qualidade de vida, e a integralidade das prestações.

### Regulamentação da qualidade do cuidado

Vários países ditam normas sobre a qualidade do cuidado. Na Argentina, pela Resolução No. 482 de 2002 aprovam-se as normas de organização e funcionamento da área de serviço social de estabelecimentos, assistenciais que se incorporam ao Programa Nacional de Garantia de Qualidade do Cuidado Médico. Por Decreto No. 140 de 2004 aprovou-se no Chile o Regulamento Orgânico dos Serviços de Saúde que mediante a função de auditoria destina-se a garantir a qualidade destes serviços. Na Costa Rica, por Decreto No. 30.571 de 2002 aprova-se a regulamentação geral sobre a autorização e funcionamento dos estabelecimentos de saúde e a Lei No. 8.415 de 2004 agrega um inciso ao artigo 30 do Capítulo IX da Lei da Autoridade Reguladora dos Serviços Públicos No. 7.593, para incluir dentro das condutas sancionáveis o não cumprimento das normas e princípios de qualidade na prestação dos serviços públicos. Mediante o Acordo No. 06 de 2005, Honduras emite-se o Regulamento para o Controle Sanitário de Produtos, Serviços e Estabelecimentos de Interesse Sanitário.

No México, por Acordo do Conselho de Salubridade Geral de 2002, assentam-se as bases para o desenvolvimento do Programa

Nacional de Certificação de Estabelecimentos de Cuidado Médico, enquanto que por Regulamento do Conselho de Salubridade Geral de 2003 emite-se o Regulamento Interno da Comissão para a Certificação de Estabelecimentos dos Serviços de Saúde, que tem por objetivo apoiar ao Conselho de Salubridade Geral na coordenação e desenvolvimento do Programa Nacional de Certificação de Estabelecimentos de Cuidado Médico. A Lei Geral de Saúde da Nicarágua estabelece o Sistema de Garantias de Qualidade do Setor Saúde, e seu Regulamento institui as auditorias de qualidade do cuidado médico.

Em Dominica, através da Lei sobre Hospitais e Instituições de Saúde de 2002 regularizam-se as licenças destes estabelecimentos e de outros que o governo opera e mantém. Em Saint Kitts e Nevis, a Lei sobre a Administração de Serviços Institucionais de Saúde de 2002 estabelece um Comitê de Gerencia Executiva entre cujas funções encontra-se a de coordenar com o Ministério da Saúde o monitoramento de atividades direcionadas à qualidade dos serviços. Em 2004 sanciona-se a Lei do Conselho de Crédito de Trinidad e Tobago. O Conselho, nomeado pelo Presidente, tem a finalidade de conduzir e assessorar quanto ao crédito e ao reconhecimento de instituições de educação secundária e terciária de saúde bem como a promoção de padrões de qualidade para tal finalidade. No mesmo sentido, as Normas da Direção de Hospitais Públicos (Pessoal Médico) (*Public Hospitals Authority [Medical Staff] Bylaws*) das Bahamas de 2003 estabelecem uma série de comitês cuja função é garantir a qualidade das prestações e assegurar que, no exercício de suas funções, o pessoal médico cumpra com as políticas, os termos e os regulamentos estabelecidos (17).

### Canais para a participação da sociedade civil

Em relação à participação, a Lei do Modelo de Gestão e DILOS, e a Lei do Seguro Universal Materno-Infantil da Bolívia estabelece na gestão compartilhada com a participação popular para o cumprimento da política nacional de saúde e a implantação dos Diretórios. A Lei No. 19.937 do Chile cria o Conselho Consultivo dos Usuários para assessorar ao Diretor do estabelecimento de saúde na fixação de políticas e na definição e avaliação dos planos institucionais. Na Colômbia, a Lei No. 715 estabelece para todos os níveis de gestão a necessidade de impulsionar mecanismos para uma participação social adequada no exercício pleno de direitos e deveres dos cidadãos em matéria de saúde e previdência social. A Lei Orgânica do Sistema Nacional de Saúde do Equador define entre as funções do Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Municipais de Saúde, a de promover a participação, o controle social e a exigibilidade dos direitos dos usuários, enquanto a Lei Geral de Saúde da República Dominicana cria as organizações populares, as associações de vizinhos e as organizações de usuários ou pacientes como entidades consultivas do Conselho Nacional de Saúde. Na Venezuela emite-se o Decreto No. 2.745 de 2003, que cria a Comissão Presidencial para a Implantação e Coordenação Institucional do Programa Integral de Prestações de Cuidado Primário de Saúde denominado Bairro

Adentro > Arredores do Bairro, como novo modelo de gestão fundamentado em princípios de interdependência, coordenação, responsabilidade, cooperação e participação ativa e protagonista da comunidade organizada. A Lei Orgânica do Sistema de Previdência Social, por sua vez, estabelece que, em virtude de sua relevância pública as comunidades organizadas têm o direito e o dever de participar da tomada de decisões sobre a planificação, execução e controle de políticas específicas nas instituições de saúde pública.

### Fortalecimento dos direitos na saúde

A Lei Geral de Saúde da Nicarágua e a Lei Geral de Saúde da República Dominicana contêm capítulos referentes aos direitos e obrigações dos usuários do setor de saúde público e privado, e os direitos, obrigações e responsabilidades da população em relação à saúde, respectivamente. Na Bolívia, a Lei do Exercício Profissional de 2005 (Lei No. 3.131) estabelece os direitos e deveres do paciente e do profissional médico, e a auditoria médica no que diz respeito ao ato médico e à gestão da qualidade dos serviços de saúde. O Regulamento desta lei, emitido por Decreto Supremo No. 28.562, também de 2005, inclui entre suas disposições a obrigação de difundir os direitos e obrigações mencionados, e exige que o profissional médico conheça o idioma nativo do lugar onde exerça sua profissão; menciona também as normas e protocolos para a gestão de qualidade dos serviços.

No Canadá, o governo federal reformulou o Código de Trabalho para permitir às pessoas que cuidem de familiares com enfermidades terminais até oito semanas de ausência compassiva com vantagens de pagamento. A maioria das províncias procedeu à reforma de seus códigos de trabalho com a mesma finalidade. Também no Canadá, a Lei para a Proteção da Informação Pessoal e os Documentos Eletrônicos é aplicada desde 2002 no âmbito da privacidade da informação de saúde (18). Na Costa Rica, a Lei No. 8.239 de 2002 sobre direitos e obrigações dos usuários de todos os serviços de saúde públicos e privados cria a Auditoria Geral de Serviços de Saúde como organismo descentralizado do Ministério da Saúde, com a finalidade de promover a melhoria constante dos serviços de saúde. No Panamá, a Lei No. 68 de 2003 regulamenta os direitos dos pacientes, as pessoas sadias e os profissionais nos centros de saúde públicos e privados em matéria de informação e decisão livre e interada para os efeitos clínicos e terapêuticos. No México, o Acordo mediante o qual a Secretaria de Saúde traz o conhecimento das regras para a gestão e avaliação do Programa Saúde para Todos (Seguro Popular de Saúde) inclui um catálogo de direitos e obrigações para os filiados.

Nos Estados Unidos o governo federal não atuou para regularizar as organizações para a manutenção da saúde (HMO), porém em 2005 nove estados (Arkansas, Carolina do Norte, Colorado, Connecticut, Indiana, New Hampshire, Rhode Island, Texas e Virginia Ocidental) emitiram cartas detalhadas sobre os direitos dos pacientes que recebem cuidados através de tais organizações (19).



## RECURSOS HUMANOS

### A importância dos recursos humanos na saúde

O principal desafio que se pleiteia no campo dos recursos humanos em saúde é lograr o reconhecimento de sua importância no conjunto dos países da Região, e neste sentido a situação experimentou uma mudança promissória. Com efeito, há duas décadas passadas nas quais os desequilíbrios sanitários acentuaram-se e os recursos humanos para a saúde consideravam-se mais como um custo que dever-se-ia reduzir como um investimento, a partir de 2004, e de forma progressiva, reconhece-se que constituem um componente crítico para o desenvolvimento da saúde.

Numerosas iniciativas de caráter nacional e internacional manifestam sua relevância e exortam a concentrar esforços neste campo. Assim, em 2006 a OMS dedicou o Dia Mundial da Saúde para reconhecer o trabalho dos profissionais sanitários sob o lema “Colaboremos para a saúde”, e definiu esta área como prioritária para os planos de trabalho 2006–2015. Por outro lado, a adoção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) — nos que a melhoria de diversos indicadores de saúde ocupa um lugar central — colocou em destaque a importância de contar com um número suficiente de recursos humanos qualificados para avançar com maior rapidez. Diversos estudos sobre as possibilidades de atingir as ODM reconheceram que o êxito depende em grande parte dos recursos humanos em saúde. Instituições tais como a Universidade de Harvard, fundações privadas como Rockefeller, Atlantic Philanthropies, e Bill e Melinda Gates, e órgãos de cooperação como a Agência Sueca para o Desenvolvimento Internacional (ASDI), uniram-se à OMS para formular a Iniciativa de Aprendizagem Conjunta (JLI, por suas siglas em inglês), na qual se denuncia a falta de investimento, esforços e financiamento neste campo, e declara-se que a meta de alcançar os objetivos relacionados com a saúde não será realizável sem a participação ativa da força laboral na saúde (20).

Nos últimos anos tem-se reunido dados estatísticos sobre os efeitos da disponibilidade e de recursos humanos na em décadas passadas o tema do desenvolvimento dos recursos humanos em saúde nas Américas não ocupou um lugar destacado, o que nota-se ao comprovar que entre 1980 e 2001 os Corpos Diretivos da OPAS não aprovaram nenhuma resolução a respeito. No último período, todavia, a Região ficou fora do movimento mundial de valorização do desenvolvimento do pessoal sanitário, fato que se manifesta na preocupação crescente dos governos no lugar que ocupa o tema nas agendas de suas reuniões e compromissos (22, 23). De modo paralelo, começa a reconhecer-se a estreita relação entre a disponibilidade de trabalhadores sanitários e a situação da saúde da população. O agrupamento de países de acordo com sua disponibilidade e de recursos humanos (baixa, média e alta) permite apreciar a redução das taxas de mortalidade por algumas causas na medida em que esta aumenta (quadro 11).

Uma avaliação da incidência do Programa de Saúde Familiar no Brasil no período de 1990-2002 indicou que a taxa de mortalidade infantil diminuiu nestes 12 anos de 49,7 a 28,9 para cada

**QUADRO 11. Taxas de mortalidade selecionadas e cobertura de partos em grupos de países, de acordo com a disponibilidade e de recursos humanos em saúde.**

Recursos humanos por 10.000 habitantes	Taxa de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos	Taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos	Taxa de mortalidade em menores de 5 anos por 1.000 nascidos vivos	Partos (por pessoal qualificado)
< 25	148	31	43	74%
25 a 50	65	22	25	95%
> 50	9	7	8	99%

*Fonte:* Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores básicos. OPAS; 2005.

1.000 nascidos vivos, enquanto que a cobertura do Programa de Saúde Familiar chegava a 36%. As análises realizadas indicaram que controlando os outros fatores determinantes da saúde, um aumento de 10% da cobertura do programa estava associado a uma diminuição de 4,5% na taxa de mortalidade infantil (24), valor similar ao obtido pela investigação realizada para a JLI, o que indica que um aumento de 10% nos recursos humanos para a saúde conduz a uma diminuição de 2% a 5% nas taxas de mortalidade materna, infantil e de menores de 5 anos.

Neste contexto, em 2005 realizou-se em Toronto, Canadá, a VII Reunião Regional do Observatório de Recursos Humanos, na qual participaram 28 países e numerosos órgãos de cooperação. Durante este evento formulou-se o “Chamado à Ação de Toronto”, com o propósito de “mobilizar os atores nacionais e internacionais do setor saúde, de outros setores relevantes e da sociedade civil, para construir coletivamente políticas e intervenções para o desenvolvimento de recursos humanos em saúde, que ajudem a atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, das prioridades nacionais de saúde e ao acesso a serviços de saúde de qualidade para todos os povos das Américas para 2015” (25).

Para esta reunião identificaram-se cinco desafios críticos:

1. Definir políticas e planos de longo prazo para adequar a força de trabalho dos serviços de saúde às mudanças previstas nos sistemas de saúde e desenvolver a capacidade institucional para colocá-los em prática e revisá-los periodicamente.
2. Fazer com que as pessoas adequadas encontrem-se nos lugares certos para garantir uma distribuição equitativa do pessoal de saúde nas diferentes regiões e de acordo com as diferentes necessidades de saúde da população.
3. Regularizar os deslocamentos dos profissionais sanitários de modo que permita garantir o cuidado de saúde a toda a população.
4. Gerar vínculos entre os trabalhadores e as organizações de saúde que permitam o compromisso com a missão institucional de oferecer bons serviços de saúde a toda população.

- Desenvolver mecanismos de interação entre as instituições de formação profissional (universidades, escolas) e as de serviços de saúde que permitam adequar a formação de profissionais de saúde para um modelo de cuidado universal, eqüitativo e de qualidade que sirva às necessidades de saúde da população.

Uma pesquisa realizada em 28 países da Região em 2005 (26) indagou sobre a situação em que se encontravam cada um deles com respeito aos desafios mencionados e mostrou a necessidade de superá-los. Nas seções subseqüentes revisa-se a situação da Região em relação a estes desafios, tanto em seus aspectos qualitativos como quantitativos.

### **Políticas e planos de longo prazo para a adequação da força de trabalho às necessidades de saúde, e desenvolvimento da capacidade institucional para colocá-los em prática**

#### *Os processos de planificação dos recursos humanos e suas características*

A produção e a utilização da informação sobre recursos humanos variam de um país para outro. No período considerado, a disponibilidade e a utilização da informação para a tomada de decisões melhoraram em muitos países da Região, porém também é certo que as limitações em ambos os aspectos persistem em muitos outros. Na pesquisa mencionada anteriormente, 75% dos 28 países admitiram não dispor de informação suficiente sobre os trabalhadores da saúde, suas ocupações e competências.

Alguns países realizam grandes esforços para conhecer a quantidade de médicos e enfermeiros com os quais contam, e em geral recorrem à informação proveniente de bancos de dados pré-existentes (censos de população, registros em colégios profissionais, etc.), porém são poucos os que, como o Brasil, desenvolvem processos de informação original direcionados a responder a problemas específicos.

Não obstante, a informação sobre recursos humanos em saúde fortaleceu-se em muitos países. Assim, na República Dominicana, na Guatemala e na Costa Rica, estão se organizando sistemas de informação sobre a força de trabalho em saúde, enquanto que em outros, como Bahamas, Canadá, Colômbia, Cuba, Jamaica, México, Suriname, e Trinidad e Tobago, contam com sistemas de informação sobre recursos humanos de maior força relativa.

#### *Institucionalização da gestão nacional do desenvolvimento de recursos humanos*

A complexidade institucional do campo dos recursos humanos levou à criação de instâncias coletivas de discussão, negociação e tomada de decisões acertadas, em um número crescente de países. Em muitos outros, impulsionou-se também a institucionalização das capacidades de condução do desenvolvimento

nacional de recursos humanos para a saúde. Em alguns, como Brasil, Chile, Cuba, Peru e Honduras, existem direções de recursos humanos ou similares, entre cujas funções figuram a orientação e o apoio ao desenvolvimento setorial dos recursos humanos em saúde. Outros fortaleceram a capacidade dos Ministérios ou Secretarias de Saúde de conduzir os processos nacionais de desenvolvimento destes recursos. Por exemplo, a Guatemala criou a unidade responsável pelo desenvolvimento dos recursos humanos no Ministério da Saúde Pública e Assistência Social (MSPAS); no Brasil, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde desenvolve funções de informação, planificação, investigação, regulamentação e assessoria em recursos humanos. O Peru, com a criação do Instituto de Desenvolvimento de Recursos Humanos, e o Chile, com sua Divisão de Gestão de Pessoas, fortaleceram as unidades administrativas cuja responsabilidade é a gestão do desenvolvimento do setor de recursos humanos em saúde.

Não obstante, dos 28 países consultados em 2005 sobre a capacidade das direções ou dependências dos Ministérios ou Secretarias de Saúde encarregadas de reunir informação, planificar e propor políticas de recursos humanos, 23 estima que existam importantes debilidades nesta matéria (26).

#### *Regulamentação do exercício profissional dos recursos humanos em saúde*

O grau de desenvolvimento da regulamentação do exercício profissional é diferente entre os países, porém em geral pode-se afirmar que o tema está tomando importância crescente. Na maioria dos países esta responsabilidade tende a recair nas escolas profissionais, enquanto as respectivas autoridades de saúde se mantêm relativamente à margem. Na Costa Rica, somente as Escolas de Médicos, de Odontólogos e de Farmacêuticos contam com um sistema de re-certificação profissional. Na República Dominicana, recentemente elaborou-se um regulamento de certificação e re-certificação profissional. Em outros países implantaram-se processos de re-certificação periódica. Nas Bahamas, por exemplo, o Conselho de Profissionais da Saúde (*Health Professionals Council*) exige a renovação anual das licenças profissionais. Na Bolívia, desenvolveu-se um processo de re-certificação dos profissionais que se baseia nos créditos dos certificados obtidos. O Conselho de Enfermagem da Jamaica (*Nursing Council of Jamaica*) estabeleceu um sistema de registro bianual. No México, os Conselhos de Especialidades Médicas certificam e re-certificam os profissionais de suas respectivas especialidades. No Canadá, as autoridades de cada província e território definem a maioria dos mecanismos de regulamentação. E no Peru, a re-certificação profissional só foi implantada para a profissão médica, e estão se realizando esforços que tendem a estabelecer mecanismos similares para as Escolas de Enfermagem, Obstetrícia e Odontologia.

Entre os esforços sub-regionais no campo da regulamentação do exercício profissional destacam-se as iniciativas para estabe-



lecer acordos de reconhecimento recíproco de títulos de graduação para a docência e para o prosseguimento de estudos de pós-graduação nas universidades dos países membros do MERCOSUL.

### Fazer com que as pessoas idôneas encontrem-se nos lugares adequados para assegurar uma distribuição equitativa do pessoal de saúde

#### *Disponibilidade do pessoal de saúde*

A Região conta na atualidade com 1.872.000 médicos e 3.580.000 enfermeiros, o que significa uma taxa média de 22 a 42 por 10.000 habitantes respectivamente. No último período (2000-2004) estas taxas aumentaram em um ritmo anual de 0,15 para os médicos e de 0,20 para os enfermeiros.

Mantém-se um crescimento positivo dos recursos humanos de saúde, porém confirma-se a tendência à diminuição deste incremento. No período 1980–1992, o crescimento anual médio do número de profissionais da saúde em toda a Região foi de 5,8% para os médicos e de 8,2% para os enfermeiros, valores que no período 1992–2000 caíram para 3,7% e 2,7% respectivamente. No período 2000–2004 esta tendência acentuou-se, registrando-se um crescimento anual médio de 1,0% no número de médicos e de 0,8% no de enfermeiros. Estes valores também indicam que a queda no aumento do número de enfermeiros é sensivelmente maior pela qual passou o número de médicos.

Estima-se que um grande número de nações na Região não conta com o pessoal necessário para alcançar um nível de cobertura mínima de serviços de saúde.<sup>8</sup> Em contraste, outro grupo de países tem uma disponibilidade cinco vezes maior. A densidade média de profissionais de cuidado sanitário por habitante nos grupos de países com índices de disponibilidade baixos, médios e altos, é de 18,4, 27,7 e 122,6 (recursos humanos por 10.000 habitantes), respectivamente.<sup>9</sup> Cabe assinalar que, enquanto a taxa de profissionais da saúde correspondente ao grupo de países com menor número de funcionários (18,4) encontra-se abaixo do parâmetro mínimo proposto pelas OMS (25 profissionais por 10.000 habitantes), não se alcançará a meta de 80% dos partos atendidos por pessoal idóneo.

<sup>8</sup>Para calcular o número de médicos e enfermeiros para uma população determinada, a OMS e a JLI propôs utilizar uma medida denominada “densidade de recursos humanos para a saúde”, constituída pela soma dos indicadores disponíveis para todos os países por 10.000 habitantes. A medição assim obtida é imperfeita porque não leva em consideração a todos os demais trabalhadores sanitários, porém é a única viável para efetuar comparações globais.

<sup>9</sup>Para analisar a disponibilidade de pessoal de saúde, os países se agruparam em função da densidade de recursos humanos, com ajuste de três categorias: (1) países com uma taxa maior de 50 por 10.000; (2) países com uma taxa de 25 a 50, e (3) países com uma taxa menor de 25, em harmonia com o estabelecido no Informe sobre a saúde mundial 2006 da OMS, a qual indica que se requer uma densidade de 25 profissionais por 10.000 habitantes para assegurar um nível mínimo de cobertura (definido como 80% de nascimentos assistidos por pessoal sanitário capacitado).

*“O futuro da saúde nas Américas depende do desenvolvimento pleno dos serviços de saúde adequados em cada país e não de alguma agência internacional.”*

Fred Lowe Soper, 1954

Os 15 países com menor densidade de pessoal sanitário somam 19% da população da Região e contam com 10% dos médicos e 3% dos enfermeiros, enquanto que os 11 países com maior densidade de pessoal sanitário têm 40% da população e 52% dos médicos e 90% dos enfermeiros. Ao comparar o comportamento destes grupos de países em 2000 com o de 2004, observa-se que a concentração de pessoal de saúde tende a aumentar. Naquele ano, os países com maior disponibilidade de pessoal sanitário contavam com 73% dos médicos e enfermeiros da Região, enquanto que atualmente dispõem de 77%.

A densidade total de pessoal sanitário (médicos mais enfermeiros por 10.000 habitantes) nos países de maior densidade foi de 122,6, cifra que representa um moderado incremento desde o ano 2000 (120,1). O grupo de densidade média tem uma taxa de pessoal sanitário de 27,7 (similar à que se apresentou no ano 2000). Nos países com menor densidade de pessoal sanitário sua disponibilidade de recursos humanos aumentou no período de 2000–2004 de 13,3 a 18,4 por 10.000 habitantes, enquanto a mortalidade infantil baixava de 34,0 a 31,4 e a de menores de 5 anos o fazia de 51,6 a 42,6 falecimentos por 1.000 nascidos vivos.

A taxa de pessoal sanitário de vários países do grupo de menor disponibilidade está significativamente abaixo da densidade mínima sugerida como requisito para lograr uma cobertura básica: Haiti (3,6), Paraguai (9,1), Bolívia (10,8), Guiana (11,2), Honduras (11,9) e Guatemala (13,3). Para alcançar essa taxa, os países mencionados requisitaram 124.000 médicos e enfermeiros, dos quais o Haiti necessita 18.000, a Guatemala 14.500, a Bolívia 12.000, o Paraguai 9.500 e Honduras 8.500.

No período 2000–2004 verificaram-se aumentos importantes no número de funcionários sanitários em alguns países: Bolívia aumentou sua taxa em 120%, Nicarágua 88%, Paraguai 44%, Costa Rica 25% e Colômbia 24%; porém em outros países as taxas de pessoal sanitário passaram por uma redução: San Vicente e Granadinas 18%, Belize 15% e Guatemala 13%.

É importante mencionar a formação de recursos humanos em saúde, especialmente de médicos, que se realiza em Cuba e que inclui a Estudantes procedentes de outros países. Na data, a matrícula da Escola Latino-americana de Medicina (ELAM) em Havana ascende a 8.222 alunos de 24 países, 20 dos quais pertencem à Região. Da ELAM saiu em 2005 a primeira geração composta de 1.372 médicos da Região. Também a Escola de Santiago de Cuba forma na atualidade a 726 alunos de três países, entre eles Haiti, país do qual procedem 128 dos médicos recentemente graduados.

Em relação às ODM, é interessante assinalar que ao ritmo de crescimento dos recursos humanos do período 2000–2004, alguns países não atingiram em 2015 a taxa de 25 profissionais de saúde por 10.000 habitantes, estabelecida como requisito. Paraguai necessitará 32 anos, Bolívia 15, Colômbia 11 e Equador 9, e em todos os casos o prazo vai mais além de 2015. É ainda mais grave a situação dos países com crescimento negativo de seus recursos humanos, tais como Belize e Guatemala (não se pode determinar a taxa de crescimento de alguns países como Guiana, Haiti e Honduras, por falta de informação).

A falta de recursos humanos capacitados é um problema que vai mais além dos complexos e prolongados processos de formação de profissionais sanitários, e os países com maiores carências de pessoal de saúde têm grandes dificuldades para criar e financiar postos de trabalho que consigam atrair e manter estes profissionais nos lugares onde são mais necessários.

#### *Composição do pessoal de saúde*

A Região em seu conjunto conta com 21,8 médicos por 10.000 habitantes, cifra que representa um incremento de apenas 0,6 em relação ao ano de 2000. Cuba é o primeiro país da Região quanto à disponibilidade de médicos por habitante: aproximadamente 60 por 10.000, cifra que o transforma no segundo país do mundo no que se refere a este indicador. As taxas de médicos por habitante do Uruguai e da Argentina também são das mais elevadas da Região (superiores a 30 por 10.000 habitantes). No outro extremo, Haiti e Guiana apresentam valores de 2,5 e 2,6 médicos por 10.000 habitantes.

As tendências das mudanças nas taxas de médicos por habitante variaram enormemente em toda a Região, desde uma redução de 11% na Guatemala, a um aumento de 165% na Nicarágua e de 130% na Bolívia. A taxa de enfermeiros por habitante em toda a Região é de 41,7 por 10.000, valor que praticamente duplica a dos médicos; não obstante, seu crescimento tende a reduzir-se de forma acelerada. As tendências na variação das taxas de enfermeiros por habitante foram diferentes entre os países: na Costa Rica aumentou 178%, e na Bolívia, 100%, ao passo que na Nicarágua reduziu-se a 58%, em Belize 24%, e na Guatemala 12%.

A taxa de enfermeiros por habitante alcançou um alto índice nos Estados Unidos (97,2 por 10.000 habitantes), nas Bermudas (89,6 por 10.000) e no Canadá (73,4 por 10.000), ultrapassando a dos médicos em uma proporção de 3 para 1 nos Estados Unidos, no Canadá e em vários países do Caribe inglês. Contrariamente, os médicos ultrapassaram aos enfermeiros em uma relação de 5 para 1 nos países do MERCOSUL. A concentração de pessoal de enfermagem da Região faz-se evidente ao considerarmos que em 2004, 83% dos enfermeiros atuavam nos Estados Unidos ou no Canadá.

Dados provenientes de pesquisas e censos de população efetuados em 13 países da Região (Belize, Bolívia, Costa Rica, Chile, Equador, El Salvador, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, e República Dominicana, Trinidad e Tobago, e Venezuela), que re-

presenta um total de 2,4 milhões de trabalhadores sanitários, assinalam que a proporção de mulheres oscila entre 65% e 70%. Por outro lado, diversos documentos destacam que a importância numérica do sexo feminino no setor saúde destaca as iniquidades de gênero, uma vez que os cargos hierárquicos estão em sua maioria ocupados por homens, tanto nas instituições públicas como nas privadas.

#### *Gastos públicos em recursos humanos*

Os gastos por conceito de remunerações e outras distribuições de despesas relacionadas com o pessoal sanitário constituem um dos rótulos mais importantes das despesas de saúde na Região. As limitações pressupostas e a rigidez administrativa financeira derivada da submissão do financiamento das instituições públicas de saúde aos ministérios da economia afetam a muitos países. A consulta de 2005 mostrou que em 64% dos países à custa das instituições públicas de saúde não são adequadas para satisfazer as principais necessidades da população. Reconhece-se que os pressupostos de saúde não permitem planejar de maneira adequada as necessidades demográficas e epidemiológicas dos países com a quantidade e tipo de pessoal requisitado. Além disso, 75% dos países consultados em 2005 estimam que o planejamento e elaboração das despesas das instituições públicas de saúde são inadequados e não permitem dispor de trabalhadores suficientes em lugares distantes e de menores recursos (26).

As instituições e autoridades de saúde apresentam uma relativa deficiência quanto à sua capacidade para negociar as atribuições de despesas. Em parte estas dificuldades originam-se das limitações existentes para obter e processar informação confiável que vincule o consumo nos serviços com os resultados na saúde populacional. Neste sentido, são exceções: o Canadá, onde cada jurisdição tem a potestade de adequar o pessoal de saúde em função das necessidades detectadas; Cuba, onde se adéqua o pressuposto de acordo com os requerimentos necessidades; o Brasil, onde o Programa de Saúde da Família transfere recursos específicos para recolocar profissionais nos serviços de cuidado primário, e o Chile, onde se têm realizado recentes reformas legais que tendem a outorgar maior flexibilidade ao favorecimento de recursos humanos dos serviços de saúde.

### **Deslocamentos dos profissionais de saúde**

#### *Distribuição do pessoal de saúde*

A escassez de trabalhadores sanitários em alguns países se agrava pela tendência dos profissionais de estabelecer-se em zonas urbanas, o que restringe o já limitado acesso a serviços de saúde das populações residentes em zonas rurais. Apenas nove dos 28 países da Região manifestam estar satisfeitos com a disponibilidade de informação sobre distribuição do pessoal de saúde em relação à população. Ao mesmo tempo, 82% dos países reconheceram debilidades na adoção de políticas e na instru-

**QUADRO 12. Taxas de médicos e enfermeiros por 10.000 habitantes em províncias e departamentos de maior e menor dotação em países selecionados das Américas, 2000–2005.**

	Ano	Médicos			Enfermeiros		
		Taxa de maior alocação	Taxa de menor alocação	Proporção	Taxa maior	Taxa menor	Proporção
Argentina	2000	105,0	10,4	10/1	7,2	0,3	24/1
Bolívia	2001	5,3	1,3	4/1	4,6	0,8	6/1
Colômbia	2000	14,7	6,0	2/1	4,3	1,9	2/1
Equador	2001	24,4	5,7	4/1	9,2	1,5	6/1
Guatemala	2004	30,5	4,5	7/1	n/d	n/d	n/d
Nicarágua	2003	15,0	0,6	25/1	11,0	0,7	16/1
Panamá	2005	7,4	0,6	12/1	n/d	n/d	n/d
Paraguai	2003	19,6	1,2	16/1	n/d	n/d	n/d
Peru	2003	17,7	3,3	5/1	14,5	2,9	5/1

**Fontes:** Organização Pan-Americana da Saúde, Unidade de Recursos Humanos.

Merino, C. Dados básicos sobre formação e distribuição de pessoal de saúde. Equador 1981-2001.

Peru, Ministério da Saúde, Instituto de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Situação e desafio dos recursos humanos em saúde. Lima: IDREH; OPAS/OMS; 2005.

Bolívia, Ministério da Saúde. Indicadores de recursos humanos de 2001.

Guatemala, Ministério da Saúde, Inventário de recursos humanos. Informes nacionais, 2005.

Panamá, Ministério da Saúde. Inventario de recursos humanos do setor público em saúde. Disponível em: <http://www.observatoriorh.org>

mentação de planos orientados a mobilizar e atrair aos trabalhadores de saúde as regiões de maior necessidade (26).

Existem diferenças notáveis quanto à distribuição urbano-rural dos recursos humanos em saúde. Em geral, a disponibilidade de médicos nas zonas urbanas supera 1,5 a 4 vezes a taxa nacional, e é 8 a 10 vezes maior que nas zonas rurais (quadro 12).

Na maioria dos países que dispõem de informação sobre a concentração do pessoal de saúde, a proporção de médicos e enfermeiros disponíveis entre as regiões de maior e menor número de funcionários, é menor que 10 para 1, enquanto que em outros países (Argentina, Nicarágua, Panamá e Paraguai) a diferença entre regiões é maior. Destacam-se os casos opostos da Nicarágua, cuja proporção de médicos disponíveis em algumas regiões é 25 vezes maior que a das zonas de menor número de funcionários e 16 vezes maior no que diz respeito aos enfermeiros, e da Colômbia, que apresenta a maior homogeneidade na distribuição do pessoal de saúde.

#### *Migração de pessoal de saúde*

A migração de recursos humanos na saúde é um fenômeno de grande complexidade, cuja visibilidade cresce conforme vão se desenvolvendo a extração e a expulsão de pessoal sanitário no âmbito nacional, e entre países. Este fenômeno está relacionado com a falência dos mercados de trabalho nos países expulsos, e tende a extrair os quadros jovens e mais qualificados, os quais se inserem mais facilmente no mercado de trabalho receptor.

Destacam-se dos processos onde os profissionais desempenham-se fora de seus países de origem: (a) a migração definitiva

de pessoal de saúde, especialmente de enfermeiros, desde o Caribe até aos países desenvolvidos, principalmente nos Estados Unidos e no Canadá; (b) e o desempenho temporal de médicos e outros trabalhadores de saúde provenientes de Cuba em diversos países da Região.

Em algumas nações a migração de pessoal de saúde constitui um aporte importante de força de trabalho sanitária. Na Venezuela, o Programa no Bairro utiliza mais de 25.000 colaboradores cubanos na área da saúde. No Chile, a migração de pessoal de saúde do Equador, o Peru e Colômbia aportam contingentes de profissionais aos serviços municipais de cuidado primário. Vários países do Caribe, como Haiti e Santa Luzia, incrementaram sensivelmente a disponibilidade de médicos com o regresso dos estudantes que receberam formação médica em Cuba.

Uma investigação realizada nos Estados Unidos, no Reino Unido, Canadá e Austrália (27) indica que entre 25% e 28% dos médicos que exercem nestes países graduaram-se fora destes países, e que entre 40% e 75% destes profissionais provêm de países de rendas baixas. Enquanto nas Américas, nos quatro países estudados exercitaram-se 1.589 médicos jamaicanos (70% dos que exercem em seu país), 1.067 haitianos (55% dos que exercem em seu país), 3.262 dominicanos (21% dos que exercem em seu país), e cifras variáveis de médicos peruanos, bolivianos, guatemaltecos, panamenhos, costarriquenses e colombianos que representam entre 4% e 5% dos que permanecem nos países correspondentes. O caso do Haiti é muito significativo, porque embora tenha menor número de médicos por habitante da Região — ainda sem considerar destinos diferentes que os quatro países

## Migração de trabalhadores da saúde no Peru e no Equador

De acordo com uma investigação sobre a migração dos recursos humanos de saúde na Área Andina, existem 16.000 médicos e 17.000 enfermeiros peruanos trabalhando Fora do país. De acordo com a Direção de Migrações, os médicos emigrantes passaram de 1.060 em 1992 a 1.667 em 2004, enquanto que os enfermeiros mantiveram-se em 1.400. Os países de destino dos enfermeiros peruanos são Itália, seguido dos Estados Unidos e Espanha (Investigação de migração dos recursos humanos de saúde na Área Andina).

Uma investigação realizada no Equador indica que 10% dos profissionais de saúde graduados nos três anos anteriores, haviam deixado o país. Os médicos emigram em porcentagens mais elevadas que os enfermeiros, os homens com maior frequência que as mulheres, e a saída do país é maior entre profissionais graduados nas universidades privadas (26% contra 7%). Os Estados Unidos são o destino mais freqüente dos profissionais jovens equatorianos e, por conseguinte, México e Chile. O trabalho estável e bem remunerado, e as boas oportunidades de capacitação são os fatores que mais retêm aos profissionais jovens no país (Maria Cristina Merino de Rojas. *Migração de médicos e enfermeiras recém graduados, em cidades selecionadas do Equador*. Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Equador. Disponível em [www.opsecu.org/orhs-ecuador](http://www.opsecu.org/orhs-ecuador))

analisados—, apresenta uma alta taxa de emigração de médicos equivalente a 55% de sua força laboral sanitária. No estudo mencionado omitiram-se os países com menos de 1.000 médicos, onde não figuram os do Caribe inglês, com exceção de Jamaica, fato que cobra juros se considerarmos que a taxa de postos vagos chega a 35% em alguns países desta sub-região.

A investigação citada manifesta que o Canadá e o México demonstram a maior emigração de recursos humanos em saúde, fato que se relaciona com a proximidade de ambos os países ao mercado de trabalho dos Estados Unidos, que atualmente tem 170.000 vagas em enfermagem e projeta-se um incremento de até 260.000 para 2010 (esse déficit corresponde a 90% dos enfermeiros de América Latina e o Caribe). A demanda anual de residentes de especialidades médicas nos Estados Unidos superam em uns 6.000 aos médicos que ingressam das escolas de medicina desse país, cujos lugares se cobrem com médicos provenientes do exterior, muitos dos quais adquirem residência permanente naquele país (28).

A compreensão do processo de migração do pessoal de saúde exige considerar a influencia de agências que facilitam e asseguram essa migração, e que parecem ser contratadas pelos serviços de saúde dos países para recrutar enfermeiros ou médicos dispostos a emigrar. Por outro lado, alguns programas de formação de profissionais sanitários dos países da Região contribuem indiretamente para facilitar a migração de suas saídas e existe constância da qual algumas escolas de medicina têm programas que não estão alinhados com a problemática de saúde nacional, nem com os níveis tecnológicos disponíveis, o que gera uma insatisfação com as oportunidades existentes e contribui a incrementar a emigração do pessoal de saúde.

Embora muitos países reconheçam que a migração do pessoal de saúde é um problema importante, são poucos os esforços dire-

cionados a contar com melhor informação a respeito. Na pesquisa realizada em 28 países da Região mencionada anteriormente, apenas três consideraram conhecer as tendências de migração interna e externa das principais profissões de saúde (26).

### *Acordos internacionais sobre a migração de pessoal de saúde*

Apenas três dos 28 países consultados informam ter firmado acordos internacionais para que regulem os movimentos mais freqüentes dos profissionais de saúde, desde ou até o país (26).

Os países pertencentes ao Commonwealth estabeleceram um acordo para encerrar o recrutamento de enfermeiros de outros Estados Membros, porém, ao mesmo tempo, os países do Caribe Inglês, exigem recrutamento externo de médicos. Por sua vez, o MERCOSUL avança em direção à regulamentação da migração dos profissionais de saúde nesta sub-região.

### **Vínculos dos trabalhadores com as instituições de saúde para prestar bons serviços**

#### *Evolução das características do emprego e dos sistemas de contratação*

Já se assinalou que, de acordo com dados provenientes de pesquisas e censos de população efetuados em 13 países da Região com 2,4 milhões de trabalhadores da saúde, a proporção de mulheres oscila entre 65% e 70%, porém os postos hierárquicos nas instituições tanto públicos como privadas do setor saúde são ocupados em sua maioria por homens (29, 30). Estes estudos assinalam que em 2002 a taxa de desemprego geral era de 6,2%. Nos países analisados, a porcentagem de mulheres empregadas em ambos os setores oscilava entre 49% e 70% no setor público e entre 64% e 76% no setor privado. Entre os trabalhadores de-

sempregados, a porcentagem de mulheres foi significativamente maior que a de homens (31).

O pluri-emprego é uma condição generalizada que está ligada ao incremento de postos de trabalho em tempo parcial e às baixas remunerações que levam a obter rendas de distintas fontes. Em muitos países da Região configurou-se um mercado de trabalho “duplo”, que combina melhores salários e condições de trabalho no sub-setor privado e maior proteção social e outros benefícios no sub-setor público. O pluri-emprego aprecia-se em maior grau na Argentina, Brasil, Uruguai e Peru, e em menor medida no Chile, Panamá e El Salvador. No caso do Peru, um estudo detectou que 71% dos médicos tinham dois ou mais empregos. No Uruguai, de acordo com estudos realizados nos últimos 20 anos, mantém-se uma média de 2,6 postos de trabalho por médico. Entre os trabalhadores da área de enfermagem, o pluri-emprego é consideravelmente menor, o que se explica pela relativa maior quantidade de horas requeridas em cada posto de trabalho. No Uruguai, a média de cargos por enfermeira é de 1,34, a metade do registrado para os médicos.

#### *Diversidade de regimes laborais*

As novas tecnologias, a redução do tempo de internação e o aumento dos serviços ambulatoriais e de cuidado domiciliar repercutem no emprego no setor saúde, onde tendem a diminuir os postos nos hospitais e a aumentar os correspondentes na rede de cuidado básico. Assim, e em contraste com o que ocorre em outras áreas, o conjunto da força de trabalho em saúde mantém-se em processo de crescimento. O efeito mais destacado das reformas setoriais não tem sido a redução do pessoal de saúde senão a flexibilização das modalidades de vinculação laboral, mediante a adoção de formas alternativas de sub-contratação, muitas vezes precária, com empresas privadas, organizações não governamentais, cooperativas de trabalhadores ou outras associações de trabalhadores (32).

Diversos estudos e fontes de informação latino-americanas e internacionais expõem a deterioração da situação laboral dos trabalhadores sanitários nos últimos anos (33). Os mercados de trabalho em geral, e os de saúde em particular, cederam lugar à expansão das formas assalariadas e de trabalho precárias, quer seja por falta de proteção, por ocultação do trabalho assalariado baixo, supostas formas autônomas, ou pela fugacidade das relações estabelecidas.

A tendência à redução da proteção para os trabalhadores da saúde agravou-se em muitos países (Argentina, Brasil e Peru, entre outros). Esta redução supõe a coexistência de modalidades de contratação e, portanto, de proteção diferente para trabalhadores que realizam tarefas similares, o que estabelece preocupação sobre sua possível incidência na qualidade do cuidado.

A terceirização ou sub-contratação em saúde centralizava-se inicialmente na área de serviços gerais (limpeza, alimentação, manutenção e previdência); Contudo, na atualidade incluem-se serviços profissionais que se recrutam mediante a contratação de cooperativas médicas, de organizações de enfermagem para cui-

dados a domicílio, ou de serviços de reabilitação, entre outros. Uma investigação realizada no Brasil indicou que 49% da mão de obra dos hospitais de 150 a 300 leitos encontravam-se sub-contratada, cifra que nos hospitais de mais de 300 leitos era de 38% (34). A parcela pressupostamente destinada para a contratação externa na Caixa Costarricense da Previdência social tem aumentado paulatinamente ano após ano, há pouco menos de uma década.

A deterioração das condições de trabalho, agravado pela extensão da jornada, pelo incremento na intensidade do trabalho e pela desintegração das equipes de saúde, constitui um conjunto de problemas que afetam à gestão em saúde e dificulta o cumprimento dos objetivos das instituições. Por sua parte, a deterioração das condições de trabalho repercute nos trabalhadores, razão pela qual a saúde ocupacional do pessoal passou a ser uma preocupação manifesta para as autoridades de saúde de muitos países da Região.

Diante do incremento da flexibilidade das relações laborais não ter resultado nos benefícios esperados e de estar criando dificuldades imprevistas, muitos países estão começando a desenvolver políticas de “desprecarização” laboral em saúde. No Peru, onde se observou uma forte expansão do número de contratados a prazo fixo ou por serviços não pessoais (setor laboral que aumentou 430% em oito anos), um contingente importante de médicos e outros trabalhadores foram nomeados de forma estável no último período. Também no Brasil, onde grande parte do pessoal recrutado nos municípios traz a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) havia sido contratada de forma precária (35), está aplicando-se políticas de desprecarização das condições laborais dos trabalhadores sanitários.

#### *Descentralização da gestão de recursos humanos em saúde*

Na década passada muitos países impulsionaram processos de descentralização da gestão dos serviços de saúde, que produziram profundas mudanças na gestão dos recursos humanos no setor público. Uma pesquisa aplicada em 18 países da Região mostrou que a delegação de competências para gerenciar o recurso humano de forma descentralizada realizou-se em 16 deles, com variações no grau de descentralização, de autonomia, ou de ambas (36). Estes processos em geral não foram acompanhados por um fortalecimento da capacidade regulatória em escala nacional e nem sempre significaram a transferência de financiamento e o fortalecimento de capacidades descentralizadas para a gestão dos recursos humanos. O Brasil constitui uma exceção, uma vez que a descentralização realizou-se com transferência de financiamento, e delegaram-se capacidades de regulamentação, enquanto no âmbito nacional, presta-se atenção especial à formulação de políticas e à planificação de recursos humanos em saúde.

#### *Planos de cargos e carreira sanitária*

Há uma crescente insatisfação em torno às formas de relação laboral no setor saúde. Dos países da Região consultados em



**QUADRO 13. A carreira sanitária em 19 países da Região.**

	Países	Número
Existe	Brasil, Chile, República Dominicana	3
Em regulamentação	Colômbia	1
Projeto em discussão	Bolívia, Equador, Nicarágua, Paraguai e Uruguai	5
Não tem	Argentina, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Panamá, Peru e Venezuela	10
Total		19

*Fonte:* Organização Pan-Americana da Saúde, Programa de Recursos Humanos.

2005, 75% consideram que os sistemas de contratação, incentivos e avaliação do pessoal de saúde que utilizam não promovem a identificação dos trabalhadores com a missão de oferecer bons serviços de saúde (26). Alguns dos países latino-americanos e caribenhos estão discutindo regulamentações que tentam colocar as relações de trabalho em uma estrutura mais definida. Neste sentido, considera-se o estabelecimento da carreira sanitária como uma resposta à falta de identificação dos trabalhadores sanitários com sua função e como uma ferramenta adequada para melhorar a qualidade da relação laboral.

Persistem diferenças em matéria de nomenclatura e quanto ao conteúdo dos regulamentos que regularizam a gestão do pessoal público de saúde. Em geral utiliza-se o nome da carreira sanitária, mas fala-se também de regulamento ou Lei de recursos humanos, estatuto do funcionário de saúde, Lei médica ou “plano de encargos e salários”. Em alguns casos estes regulamentos são exaustivos e em outros são genéricos; uns tentam ser aprovados por Lei nacional e outros constituem estatutos internos do Ministério da Saúde que não abrangem todo o setor (quadro 13) (33).

#### *Competências, recrutamento e carreira do pessoal diretivo em saúde*

Muitos países da Região não contam com sistemas de gestão de recursos humanos em saúde diferenciados dos regimes gerais do pessoal público, o que determina sérios problemas por falta de sua adequação às situações reais do trabalho em saúde. Os processos de descentralização levados a cabo, a necessidade de reduzir custos em uma estrutura tecnológica cada vez mais complexa e custosa, e as mudanças na composição do pessoal, por um lado, e maior conflito laboral por outro, impõem novas direções para a gestão de recursos humanos em saúde.

Dos países consultados em 2005, 65% consideram que os sistemas de seleção e capacitação de gerentes que utilizam não facilitam o desenvolvimento das capacidades das equipes de direção,

nem estimulam aos trabalhadores a oferecer bons serviços de saúde (37). Não obstante, no período considerado alguns países melhoraram os processos de seleção de diretores de serviços, e em quase todos se capacitou aos gerentes de saúde. No Chile instalou-se o sistema de seleção da Alta Direção Pública através de concurso público e incrementaram-se os esforços para formar os quadros gerenciais de saúde. No México implantou-se o serviço profissional de carreira mediante o qual se realizaram sistemas de concurso de gestores e implantou-se uma série de estratégias de capacitação direcionadas ao desenvolvimento de competências em gestão de serviços de saúde.

#### *Gestão e regulamentação de conflitos do pessoal de saúde*

Durante 2004, o conflito laboral no setor saúde expressou-se na realização de 64 greves de âmbito nacional em 10 países, o que significou um crescimento de 73% do conflito laboral em relação ao ano anterior. As greves foram convocadas por 31 organizações (12 de trabalhadores, 10 de médicos, seis de enfermeiros e obstetras, e três de outros profissionais da saúde). Em três países da Região levou-se a cabo 56% das greves, e 81% delas tiveram o incremento de remunerações e de pressuposto para o setor saúde como principal demanda (38).

Em alguns países o direito de greve é regulado de maneira diferencial nos serviços públicos essenciais para a comunidade, entre eles a saúde, com o propósito de garantir o direito inalienável dos cidadãos à prestação de tais serviços. As regulamentações tratam de compatibilizar o interesse geral com os interesses dos trabalhadores, garantindo a manutenção dos serviços para o qual estabelecem restrições ou limitações ao direito à folga.

#### *Capacitação dos trabalhadores de saúde*

Os projetos de reforma dos países da Região destacaram a necessidade de contar com pessoal idôneo para implantá-los. As demandas de novas competências e as modificações dos perfis ocupacionais de grandes grupos de trabalhadores sanitários cederam lugar a programas massivos de capacitação e a adoção de novos estilos de gestão de programas e projetos educativos. Gerou-se assim, um mercado ativo de capacitação.

Uma avaliação de 15 projetos de capacitação realizados em oito países da Região (39) revelou que os montantes destinados à capacitação do pessoal de saúde foram diferentes de acordo com o país. Os projetos nacionais receberam entre US\$ 700.000 e US\$ 350 milhões, dos quais o componente educativo representou entre 2,8% e 6,5% do total dos fundos dos projetos. A avaliação destes componentes mostra que se por um lado melhoraram as competências e habilidades do pessoal de saúde e provocaram mudanças favoráveis nos serviços, por outro não contribuíram para o desenvolvimento de políticas de recursos humanos. Os projetos não melhoraram a capacidade institucional para a gestão do desenvolvimento dos recursos humanos nem permitiram encobrir os fenômenos de precariedade, ou a alta mobilidade dos trabalhadores do setor. Cabe assinalar que o investimento em

capacitação do pessoal de saúde, que na década anterior foi significativa em quase todos os países da Região, viu-se reduzida no último período.

### Interação entre as instituições de formação profissional e as de serviços de saúde

#### *Programas e experiências de integração docência-serviço*

Existem inumeráveis experiências na Região que refletem a inter-relação das instituições de formação de profissionais da saúde com as de serviços e os ministérios ou secretarias de saúde, interações que neste último período foram incrementadas e continuaram se consolidando. No Chile criou-se a Comissão Nacional Docente Assistencial (CONDAS), e no Brasil, a consolidação da Rede de Observação de Recursos Humanos estabeleceu um espaço de colaboração entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e o universo acadêmico. Também se atingiu avanços importantes na Bolívia, Costa Rica, Equador, Guatemala, México e Paraguai. Cuba constitui um caso particular, uma vez que os processos de formação de pessoal sanitário se desenvolvem nos serviços de saúde os quais funcionam simultaneamente como centros de formação profissional.

**Reformas de planos de estudos direcionados em relação à assistência primária de saúde.** A oferta de formação profissional existente na maioria dos países da Região e os perfis dos gastos mantêm diferenças significativas com a demanda dos serviços de saúde e com as necessidades da população, o que se agrava por deficiência dos mecanismos necessários para a atualização permanente do pessoal de saúde. Leve-se em conta a aceitação unânime da importância de estabelecer sistemas de saúde baseados na assistência primária, observa-se uma relativa carência de profissionais com formação direcionada para a saúde familiar. A incorporação de conteúdos de assistência primária de saúde é geralmente fraca nos planos de estudo básicos de profissionais e técnicos sanitários, embora ocupe um lugar importante na formação de pessoal de enfermagem.

A proporção diferenciada de médicos e enfermeiros nos países da Região manifesta estratégias heterogêneas diante dos problemas de saúde, e em geral denota aos médicos como grupo dominante. Existem, contudo, importantes experiências de formação de equipes de saúde de nível primário, tais como os constituídos em Cuba, onde o médico e a enfermeira integram a equipe profissional de base; os serviços sociais de formação preparatória, profissional e profissional especializada na Bolívia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Peru e Venezuela onde se designam médicos, enfermeiros, obstetras e odontologistas para a assistência de saúde em zonas rurais e periferia, e o Programa de Saúde da Família no Brasil o qual conta com equipes integradas por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (40).

**Regulamentações para reorientar a formação do pessoal de saúde para a assistência primária.** Uma maior flexibilidade quanto à formação dos profissionais sanitários permitiu a proliferação de centros privados, os quais, unidos à carência ou debilidade de mecanismos de regulamento para garantir a qualidade da formação, fazem com que as receitas nem sempre possuam as especificações requeridas para o exercício de sua atividade. A respeito disto, cabe destacar que 90% dos países consultados fazem com que as regulamentações gerais do Estado sobre os conteúdos de formação sejam inadequados e que os incentivos que promovem o traçado de planos organizacionais da saúde adequados às realidades nacionais sejam limitados (26).

No último período avançou-se na Região em matéria de regulamentações educativas. Assim, por exemplo, na Colômbia baixou-se um decreto para garantir a qualidade da formação de profissionais; no Peru estabeleceram-se os requisitos para a formação preparatória obrigatória para a graduação para as faculdades ou escolas de medicina, na Bolívia várias carreiras do sistema público desenvolvem processos de certificação. Como iniciativa sub-regional no campo da regulamentação educativa em saúde destaca-se o “Sistema centro-americano para qualificar programas acadêmicos”, conduzidos pelo Conselho Superior Universitário Centro-Americano (CSUCA).

## FUNÇÕES DOS SISTEMAS DE SAÚDE: EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO ATUAL

### O setor saúde e o sistema de saúde

O setor da saúde se define como o conjunto de valores, normas e instituições, bem como dos atores que desenvolvem atividades de produção, distribuição e consumo de bens e serviços cujos objetivos primordiais são promover a saúde de indivíduos ou grupos populacionais. Supõe-se que as atividades que estes atores e instituições realizam estão direcionadas à prevenção e controle da enfermidade; a provisão de serviços de saúde pessoais e não impessoais à população; a investigação científica em saúde; a capacitação de pessoal de saúde, e a disseminação de informação à população em geral.

Esta definição inscreve-se em um marco conceitual que contempla: 1) o conceito de saúde adotado pela OMS em sua Constituição de 1946, como um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidades ou infecções, inclusive seus fatores determinantes e condicionantes; 2) o reconhecimento de que cada país organiza seu próprio sistema de saúde; 3) as relações do setor saúde com outros setores sociais e econômicos; 4) uma visão dinâmica do setor, que leva em consideração as mudanças nas instituições e atores que o ajustam, assim como o giro econômico no qual desenvolvem suas atividades e o conjunto de seus valores, conhecimentos, habilidades, organização, recursos, tecnologias, interesses e assimetrias de poder, e 5) a análise funcional do sistema de serviços de saúde

e suas implicações para a ação. Portanto, o setor saúde abarca todas as ações que contribuem para a melhoria da saúde, inclusive as atividades econômicas e produtivas relacionadas com a saúde (41).

Os sistemas de saúde têm sido caracterizados de maneiras diferentes. Embora seja substancial definir seus limites, é necessário recordar que os sistemas de saúde atuam como mediadores e articuladores, dentro de um marco político, econômico e técnico, e em um determinado momento histórico. Conseqüentemente, a definição, os limites e os objetivos de um sistema de saúde são específicos de cada país de acordo com seus próprios valores e princípios.

A OPAS resume três noções do que constitui um sistema de saúde.<sup>10</sup> Em seu significado mais restrito, um sistema de saúde reduz-se a concluir atividades fora do controle direto do Ministério da Saúde, de modo que fiquem excluídas muitas outras iniciativas públicas ou privadas alheias a esta instituição. Em alguns países, o anterior compreende ações tradicionais de saúde pública e a oferta parcial de serviços médicos pessoais, porém não inclui todas as intervenções necessárias para melhorar a saúde, e inclusive podem estar excluídos os serviços médicos pessoais que prestam outras instituições do Governo, organizações não governamentais do setor privado. A segunda noção de sistema de saúde envolve os serviços médicos individuais e os serviços de saúde dirigidos à coletividade, porém não inclui as ações inter-setoriais destinadas a melhorar a saúde. Assim, considerar-se-iam parte do sistema de saúde as intervenções tradicionais de saúde pública, tais como a disseminação de informação sanitária, porém não as atividades inter-setoriais de caráter ambiental, como o saneamento e a subministração de água potável. A terceira definição considera como parte do sistema de saúde qualquer medida cuja finalidade primordial seja melhorar a situação da saúde, inclusive ações inter-setoriais tais como o estabelecimento de normas para reduzir as disfunções causadas por acidentes de trânsito.

Mais recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o sistema de saúde como o conjunto de organizações, indivíduos e ações cuja intenção primordial é promover, recobrar ou melhorar a saúde. Isto engloba as ações direcionadas a incidir nos determinantes da saúde, bem como as direcionadas a melhorar a situação sanitária. No marco da definição da OMS, o sistema de saúde engloba, além dos estabelecimentos sanitários, o cuidado da saúde no lar, os fornecedores privados, as campanhas para o controle de vetores, e as asseguradas, entre outras, e compreende também ações que realizam outros sectores e que afetam à saúde (42).

<sup>10</sup>Baseado no: OPAS/OMS. Critical issues in health systems performance assessment (documento de informação geral), Washington, D.C., 2001, e Health systems performance assessment and improvement in the Region of the Americas. OPAS/OMS: Washington D.C., 2001, e Reunión Consultiva Regional das Américas sobre a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde. Revista Pan-americana de Saúde Pública 2001; 10 (1).

A eleição de uma ou outra destas definições está diretamente vinculada ao conceito de responsabilidade que tem o Estado em relação à saúde. Não obstante, é evidente que apesar dos diferentes sentidos existentes de sistema de saúde e setor de saúde, a evolução de ambos os conceitos tem levado a uma fusão progressiva dos mesmos. Atualmente, ambos denotam que o campo de ação da saúde requer intervenções indelegáveis por parte do Estado para atuar sobre os determinantes da saúde, inclusive nos fatores sociais, econômicos e produtivos que incidem nos resultados da saúde, bem como as intervenções acordadas entre diversos setores e agentes que influem nos resultados da saúde da população.

### Diferenças conceituais sobre o alcance operativo das funções dos sistemas de saúde

Nos últimos anos intensificou-se o debate sobre os enfoques conceituais e metodológicos para analisar e entender os sistemas de saúde. Empregaram-se enfoques que estudam os sistemas de acordo com seus modelos de financiamento e de provisão de serviços, que podem ser de dois tipos, público e privado, classificação que tem contribuído progressivamente ao debate. Outro enfoque relacionado é o centrado na oferta e na demanda, e que envolve a participação do Estado.

Uma das expressões mais importantes do debate sobre o papel do Estado no sistema de saúde está centrada na definição das funções do sistema de saúde, as atribuições que competem a cada uma delas e sua relação com a estrutura do sistema de saúde. Neste sentido, a taxonomia tradicional dos sistemas nacionais de saúde tem se fundamentado primordialmente no tipo de propriedade que impera no sistema, quer fosse público ou privado, e incluía a responsabilidade que se atribuía a cada um quanto ao financiamento e a provisão de serviços. Atualmente, devido à complexidade crescente dos sistemas de saúde, têm-se desenvolvido relações diferenciadas entre o Estado, o setor público, os esquemas de financiamento/garantia e o setor privado. Por conseguinte, a taxonomia utilizada anteriormente não é mais útil, a qual tem conduzido ao desenvolvimento de uma tipologia baseada nas funções do sistema de saúde (43), uma vez que permite analisar o sistema de saúde em função de sua capacidade para integrar a população ou as instituições. No que diz respeito à população, integração refere-se ao nível de acesso de diferentes grupos às instituições do sistema. Integração das instituições refere-se aos acertos organizacionais e funcionais que se elaboram para desempenhar efetivamente as funções do sistema de saúde.

A publicação do Informativo Mundial da Saúde 2000 (4) promoveu uma ampla discussão no âmbito internacional, centrada na definição das funções centrais dos sistemas de saúde e a avaliação de seu desempenho. O Informativo pleiteou que as funções chave dos sistemas de saúde compreendem: a provisão de serviços, a geração de recursos, o financiamento (inclusive a arrecadação, o aprovisionamento e a compra), e a governabilidade. O

informativo argumentou também que o objetivo fundamental das funções do sistema proposto é lograr níveis ótimos de saúde e eliminar as iniquidades no acesso. Os objetivos ou indicadores de desempenho incluem a saúde da população, a capacidade de resposta, e uma contribuição financeira justa. Tal posição conduz à necessidade de definir prioridades e racionalizar a distribuição de serviços essenciais em saúde, utilizando critérios de custo-benefício e de aceitação social. Neste contexto, visualiza-se ao indivíduo como um provedor de serviços, um profissional, um contribuinte de impostos ou um consumidor, porém não como um cidadão com direitos a receber benefícios sociais em saúde. Conseqüentemente, se utilizarmos tal estrutura, esta deverá precisar as responsabilidades que efetivamente terá o Estado no campo da saúde (44).

Baseado na análise dos processos de reforma e reorganização dos sistemas de saúde em curso nos países da Região, a OPAS/OMS utiliza uma classificação que leva em consideração três funções básicas dos sistemas de saúde: governabilidade, financiamento/garantia, e provisão de serviços de saúde.

### **Tendências gerais das reformas sanitárias na América Latina e no Caribe que tem influenciado nas funções tradicionais dos sistemas de saúde**

#### *Tendências relativas à função de governabilidade*

Historicamente, na estrutura dos subsistemas públicos e dos sistemas nacionais de saúde, os ministérios da saúde têm centrado em seus afazeres nas funções normativas e de provisão de serviços de saúde. Não obstante, os processos de reforma do setor saúde impulsionaram fortemente a descentralização, tanto do Estado como do setor saúde, o qual, unido ao surgimento de novos atores públicos setoriais e privados, têm repercutido numa forte tendência a reduzir a responsabilidade tradicional relacionada com a provisão de serviços de saúde e a aumentar seu campo de ação em funções relativas à governabilidade do sector. Os processos de seguimento e avaliação das reformas setoriais concluídos nas Américas entre 2000 e 2003, destacaram as tendências regionais que tem repercutido diretamente na capacidade dos países para exercer a governabilidade da saúde (45, 46, 47).

Como produto da crescente tendência à separação das funções do sistema de saúde, tais como o financiamento, a garantia e a provisão de serviços, as tendências derivadas das reformas que tem tido maior repercussão incluem em primeiro lugar a segmentação e em segundo lugar a fragmentação. Do mesmo modo, tem incidido nas assimetrias que se observam nos processos de descentralização e no surgimento de novos atores públicos e privados no setor saúde, caracterizado pelo aumento progressivo na participação dos seguros privados. Como resultado, os países da Região procuram fortalecer o papel diretor dos ministérios da saúde dentro do setor e consolidar a liderança do setor em seu conjunto a fim de contar efetivamente com as competências ne-

cessárias para advogar pela saúde e negociar com outros setores que incidem sobre o setor saúde (48).

#### *Tendências relativas às funções de financiamento e seguridade*

**Mudanças na composição do financiamento.** Na Região registram-se grandes variações na composição (proporção público-privada) do financiamento da saúde. Já se mencionou que os países com maior gasto público em saúde como porcentagem do PIB parecem contar com sistemas sanitários nacionais de seguros de saúde com cobertura de serviços universal o quase universal, que atinge 64,0% na Bolívia, 78,8% na Costa Rica, 84,1% no Canadá e 86,8% em Cuba, segundo informações sobre Indicadores do desenvolvimento do Banco Mundial 2006.

Em média, o gasto privado em saúde (a compra de bens e serviços de saúde) sobe para 52% o gasto nacional em saúde nos países da Região.<sup>11</sup> Como já foi mencionado na seção sobre o gasto nacional em saúde, na maioria, o aumento do gasto privado em saúde corresponde ao incremento do gasto direto dos lares e à expansão das seguradoras privadas e os planos médicos pré-pagos, rubricas estas últimas incrementadas desde fins dos anos oitenta e princípios dos noventa até alcançar a proporção já assinalada de 27% do gasto privado total em saúde por volta de 1995, e estabilizada desde então neste nível, aproximadamente 1,2% do PIB.

Um segundo fator que explica o incremento do gasto de valores irrisórios são as deficiências de cobertura dos sistemas públicos. Os quintis da população mais pobre têm acesso limitado ao seguro social devido à alta porcentagem de trabalhadores do setor agrícola ou informal, e também tem acesso limitado aos serviços públicos em si. Alguns governos destinam a maior parte de seus recursos aos níveis secundários e terciários de assistência, e em zonas predominantemente urbanas com os quais o subsídio público pode favorecer de forma desproporcional à população urbana e os quintis de maiores rendas.

**Variação na distribuição do gasto público.** Há uma ampla variação na magnitude dos recursos nacionais que se destinam à assistência de saúde como porcentagem da economia nacional. O amplo intervalo de variação sugere que embora a renda per capita desempenhe um papel importante na determinação da parcela do PIB dedicado ao gasto nacional em saúde, outros fatores também podem estar desempenhando um papel muito importante. Por exemplo, o fato de que os países gastem relativamente mais ou menos de seu PIB em saúde parece estar mais influenciado pelas decisões de política nacional referentes ao acesso e cobertura universal ou à expansão de serviços básicos de saúde para toda a população, que pela forma em que os sistemas nacionais de saúde estão organizados e financiados. Por exemplo, nos

<sup>11</sup>Este cálculo inclui os gastos privados de consumo que puderam ter sido financiados diretamente pelos lares mediante o gasto de valores irrisórios, ou indiretamente através de seguros de saúde ou planos de pré-pago ou de transferências de outros sectores institucionais da economia.



países com alta porcentagem de população pobre e onde ao mesmo tempo o gasto direto ou de valores irrisórios constitui o principal meio de financiamento da assistência sanitária, o gasto nacional tende a ser baixo. Já se assinalou que existe uma relação inversa entre os níveis de renda dos países e o impacto distributivo do gasto público em saúde, impacto que parece ser progressivo nos países com maiores níveis de renda e restituição nos países de baixos níveis de renda. Isto sugere que nestes últimos, as políticas de gasto em saúde não estão direcionadas para a equidade ou não estão devidamente monitoradas para garantir o benefício da população mais necessitada.

As iniquidades são ainda maiores quando se comparam as diferenças com o gasto per capita por beneficiário nos programas de seguro social de saúde. O efeito positivo de redistribuição observou-se em países onde este gasto representa uma porcentagem igual ou maior que 2,5% do PIB (Argentina, Colômbia, Chile e Jamaica), enquanto que o efeito de redistribuição negativo observou-se em países cujo gasto representa em torno de 1% ou menos do PIB (Equador e Guatemala). Há muito espaço para melhorar o uso dos instrumentos de financiamento e gasto de governo para obter maior equidade em matéria de financiamento e acesso. Dados apresentados em outras seções deste documento sugerem que os governos da Região da América Latina e do Caribe, e em particular os países de baixa renda, têm potencial para fazer uso mais eficaz dos instrumentos fiscais existentes para enfrentar os desafios em matéria de saúde e equidade.

**A proteção social em saúde constitui um tema marginal.** Nos últimos anos os seguros privados e os planos pré-pagos tem se convertido em importantes mecanismos para o financiamento privado de saúde em muitos países da Região. O rápido incremento no montante dos recursos que se destinam a estas rubricas é o fator mais importante que explica as tendências recentes do gasto nacional em saúde.

O tamanho dos mercados de seguro privado e de planos pré-pagos parece ser determinado pela relativa importância do sistema público de serviços de saúde, inclusive tanto a cobertura como o alcance dos serviços, bem como a existência ou a falta de políticas que favoreçam o surgimento destes mercados e regulem seu funcionamento. A presença de grandes corporações nacionais ou transnacionais também parece ser fator relevante na explicação da distinta importância relativa dos mercados de seguro privado e dos planos pré-pagos de saúde. No Peru, por exemplo, a existência de grandes empregadores privados que oferecem benefícios de saúde não apenas tem contribuído para o desenvolvimento das seguradoras, mas também para incrementar a oferta de serviços privados de saúde de alta complexidade.

Por outro lado, a falta de cobertura de serviços públicos de saúde não parece ser razão suficiente para o crescimento do mercado privado de seguros de saúde. No caso do México, o desenvolvimento do mercado privado de seguros de saúde é relativa-

mente baixo, apesar das deficiências de cobertura do sistema público de saúde. Por outro lado, ainda em países com sistemas quase universais de seguro social, como a Argentina, Costa Rica e o Uruguai, as grandes empresas proporcionam a seus trabalhadores um seguro complementar de saúde para reduzir o tempo de espera nos serviços públicos, prover o acesso a uma “melhor qualidade de assistência”, ou ambas.

A importância crescente do gasto privado em saúde em conceito de seguros privados ou planos pré-pagos é um fator que está transformando os mercados de assistência de saúde na Região. Esta tendência representa um grande desafio para as políticas sanitárias, especificamente no que se refere ao traçado de regulamentações que assegurem eficiência no funcionamento destes mercados, bem como para solucionar as iniquidades de acesso à assistência sanitária. Devido à falta de regulamentações adequadas, ou à limitada aplicação das existentes, muitas pessoas com seguros privados de saúde utilizam os serviços de assistência subsidiados pelo Estado, por exemplo, os hospitais públicos, com objetivo de manter baixas suas contribuições ao seguro ou diminuir o custo de sua apólice. Os seguros privados de saúde podem optar por incluir no pacote de prestações somente um número limitado de serviços médicos, baixo ou hipotético de que os procedimentos mais custosos, porém geralmente não muito frequentes, serão subsidiados pelos hospitais públicos.

#### *Tendências relativas à função de provisão de serviços de saúde.*

Na Região ainda persistem grandes desafios em relação aos serviços de saúde (49). O acesso à assistência sanitária não é universal e em muitos casos é praticamente inexistente para os grupos sociais que mais a necessitam. A oferta de serviços de saúde nem sempre reflete as expectativas, valores sociais e preferências culturais de suas populações. Em muitos casos, a entrega de serviços é ineficaz e de baixa qualidade técnica. Do mesmo modo, os recursos disponíveis nem sempre se utilizam adequadamente, o que por sua vez gera ineficiências nos serviços e contribui para incrementar o custo da saúde. Em alguns casos, o financiamento dos serviços é insuficiente e insustentável (41).

Como resultado das reformas setoriais e os processos de mudança nos sistemas de saúde, introduziram-se novas modalidades de assistência nos países, e naqueles cujo mercado de seguro é forte a oferta de serviços está agora mais direcionada para a demanda. No Chile, por exemplo, o direcionamento dos serviços é para uma assistência mais integral, centrada na família, com ênfase na assistência primária em centros de saúde familiar ao invés de consultórios individuais, e com uma capitação que busca incrementar a capacidade de resposta dos serviços ambulatoriais. No México, a criação do seguro popular de saúde representa de fato uma modificação ao modelo de assistência da Secretaria de Saúde, ao esclarecer que os benefícios do usuário são um direito, ao mesmo tempo em que se subsidia o custo dos serviços limitando o aporte do paciente a um co-pagamento. Nos Estados Unidos introduziu-se recentemente, reformas nos siste-



mas de seguro público em saúde para Medicare, com a finalidade de estender seus benefícios à compra de medicamentos, cujo alto custo é um fator importante do gasto nacional em saúde e uma carga econômica substancial para os aposentados.

Outros países estão pleiteando mudanças que respondam a diferentes prioridades nacionais. Por exemplo, Nicarágua modificou a entrega de serviços de acordo com sua transição epidemiológica, e, como em outros países, efetuou mudanças nos três níveis de assistência. O primeiro nível de assistência foi modificado em resposta às populações vulneráveis, destacando o gênero e a distribuição geográfica, e definindo critérios de focalização e de exoneração do pagamento por serviços. No Brasil, aumentou-se a prestação de serviços ambulatoriais e os cuidados no lar através de uma variedade de estratégias que vão desde a modificação do modelo básico de assistência até a preparação de planos para a regionalização dos serviços públicos, adicionando-se assim aos esforços que outros países vinham realizando nestas áreas.

Vários países têm dado prioridade à assistência de saúde dos grupos vulneráveis. No Paraguai, por exemplo, está se centralizando a gestão dos programas de serviço em uma Secretaria Geral de Programas para lhe dar prioridade à assistência materno-infantil e concentrar-se na assistência às populações rurais e indígenas. Bolívia e Colômbia possuem programas focalizados em grupos vulneráveis, como os direcionados à saúde da mãe e da criança, aos menores de 5 anos, às populações indígenas e da terceira idade, e a grupos de risco epidemiológico. Em Cuba introduziram-se serviços mais eficazes e inovadores, tais como a cirurgia ambulatorial, uma convalescência em hospital mais curta, e a continuidade em domicílio. Em Cuba, e em menor quantidade na América Central, também se fortaleceu os serviços de referencia e contra-referencia e a avaliação sistemática dos serviços através de indicadores quantitativos e qualitativos, o que permite identificar melhor os problemas e tomar decisões corretas e oportunas. A maioria dos países expressa seu compromisso com a entrega de serviços adequados às necessidades da população e de qualidade, porém muitas vezes persistem problemas na concessão dos recursos necessários ou na organização dos serviços requerida para cumprir com este objetivo.

Referente ao modelo de gestão, muitos países comunicam a introdução de mudanças gerais no modelo. No Panamá a principal mudança foi a participação ativa do Conselho de Gestão na administração do Hospital Integrado San Miguel Arcángel, e a criação de uma entidade coordenadora nacional de saúde (CONSALUD), uma entidade privada de utilidade pública constituída pelo Ministério da Saúde e a Caixa de Seguro, para o financiamento e compra de serviços de assistência aos provedores sem fins lucrativos em todo o território nacional. Cuba experimentou uma transformação profunda de seu modelo de assistência que serviu para fortalecer o nível comunitário, promover o intercâmbio de informação e incrementar a função de regulamentação do Ministério de Saúde Pública. Tudo isto melhorou o controle e a aplicação de programas nas províncias, e fortaleceu o conheci-

*“Os governos das Américas têm enfatizado que as estatísticas vitais e de saúde são essenciais em todas as etapas da planificação programática e de avaliação das atividades desenvolvidas pelos serviços de saúde, bem como dos efeitos sociais alcançados.”*

Abraham Horwitz, 1966

mento dos atores chaves na identificação de problemas prioritários no setor e no traçado de soluciones.

Introduziram-se compromissos e contratos de gestão entre os diferentes níveis do sistema público de saúde em vários países. Na Guatemala, as autoridades do nível central do Ministério de Saúde e os gerentes regionais assumiram o compromisso de incrementar a cobertura e reduzir a incidência de certas enfermidades. Da mesma maneira, na Nicarágua e na Bolívia se firmaram compromissos de gestão, e a Bolívia os introduziu como parte do seguro materno-infantil. No ano 2000, em alguns distritos da Bolívia, começaram a firmar-se estes acordos com hospitais autônomos, também quando o limite regulatório destes mecanismos ainda não estava definido.

Alguns países também estão tomando medidas com tendência a eliminar os obstáculos legislativos para a compra e venda de serviços por terceiros. Na Argentina, a regulamentação em apoio à descentralização de hospitales proporcionou uma estrutura jurídica para a compra e venda de serviços de saúde. Esta legislação permite que os hospitais estabeleçam acordos com os serviços do seguro social e outras entidades, captem tarifas por serviço de usuários com capacidade de pagamento ou de pagamentos a terceiros, e funcionem como uma rede de serviços. O Instituto de Seguridade Social iniciou um estudo para determinar a viabilidade da sub-contratação de certos serviços de apoio a terceiros, como os de cozinha e lavanderia. No Chile existe também a possibilidade legal e institucional de comprar e vender serviços a terceiros através do sistema público. Isto geralmente se aplica a serviços de manutenção e a instituições especializadas, e em jurisdições administradas pela população.

Não obstante as mudanças ao modelo de gestão aqui assinado, poucos países estão considerando a privatização dos serviços públicos. A Argentina, por exemplo, comunicou que a descentralização da gestão de hospitales tem oferecido flexibilidade administrativa aos gerentes de hospitales, e tem permitido que as autoridades locais privatizem alguns serviços. El Salvador e Guatemala consideraram a possibilidade de uma gestão privada de serviços públicos. Por outro lado, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Honduras, Nicarágua, Paraguai e Uruguai não entregaram a operação de nenhum serviço público à iniciativa privada. Como parte das mudanças que estão se introduzindo, vários países expõem a criação de procedimentos de certificação de serviços de saúde. Por exemplo, El Salvador está revisando os requeri-

mentos de certificação nos centros de ensino superior com objetivo de melhorar a qualidade dos profissionais que estão se preparando. No ano 2000, a República Dominicana criou a Comissão Nacional de Qualidade para normalizar os processos e criar protocolos orientados a melhorar a entrega de serviços. Na Argentina, puseram-se em andamento novos procedimentos para a autorização, certificação e classificação dos serviços de saúde, a certificação e renovação de certificação profissional, ou controle sanitário, e supervisão e avaliação da qualidade da assistência médica e dos serviços de saúde. Não obstante, é difícil avaliar o cumprimento destes procedimentos, uma vez que as províncias são as responsáveis por concluir estas funciones. Na sub-região Andina — Peru, Bolívia e Colômbia — institucionalizou-se processos de certificação em vários níveis de serviços.

Além de definir os procedimentos de certificação e de entrega de serviços, vários países notificam a criação de programas nos Ministérios de Saúde para melhorar a qualidade. Assim, Trinidad e Tobago estabeleceram uma Diretriz de Gestão da Qualidade, responsável pela organização de um sistema que coadjuve a melhorar a qualidade na assistência. A Diretoria compreende um sistema de certificação de serviços dos níveis primário e terciário, bem como o desenvolvimento de um sistema de auditorias clínicas. A Diretoria também passou a definir um plano para fortalecer a avaliação de tecnologia em saúde e a capacidade de gestão. Em Honduras, a Nova Agenda de Saúde inclui iniciativas sobre qualidade técnica e qualidade recebida. Costa Rica incorporou iniciativas similares centradas na satisfação dos usuários.

Poucos países comunicaram o estabelecimento de programas para avaliar a tecnologia em saúde. Na Colômbia, a Secretaria de Desenvolvimento da Ciência e Tecnologia do Ministério de Saúde melhorou a avaliação da tecnologia incluindo padrões para sua implantação. Em Cuba, o Departamento Nacional de Avaliação de Tecnologia foi implantado em 1996 para determinar a incidência e a viabilidade da tecnologia da saúde nos sistemas existentes e identificar o equipamento que fosse necessário incorporar. Criaram-se também outras instancias nacionais para avaliar e monitorar a tecnologia da saúde durante a fase de implantação.

No que diz respeito à descentralização muitos países da Região a concluíram ao passo que outros estão avançando na aplicação de políticas descentralizadoras, tanto no âmbito do Estado como nos sistemas de saúde. Entretanto, as estruturas administrativas de saúde continuam sendo altamente centralizadas. Na Guiana e no Suriname, os níveis administrativos de saúde estão sendo objeto de um processo de revisão prévio à descentralização dos serviços, porém estes esforços não necessariamente estão vinculados com outras iniciativas de descentralização da administração pública. O Chile descentralizou seu Serviço Nacional de Saúde em 1980, dividindo-o em 26 serviços e transferindo aos municípios a responsabilidade pelo primeiro nível de assistência, ao passo que as funções, competências e recursos de planificação e gestão para a tomada de decisões permaneceram como atribuição do nível central. Não obstante, em muitos casos a descen-

tralização do sistema de saúde se encontra em uma etapa incipiente. Por exemplo, Bolívia promulgou a Lei de Descentralização e Participação Popular em 1994, com a qual se levou a cabo a transferência de infra-estrutura e equipamento de saúde do nível central aos municípios, porém até a data o Ministério de Saúde continua administrando os recursos humanos do sector.

Em muitos países, as responsabilidades, a autoridade e os recursos têm sido transferidos em nível sub-nacional, quer dizer, as regiões, províncias ou departamentos, e em outros em nível municipal. Na Jamaica e em Trinidad e Tobago a descentralização está se atingindo mediante o estabelecimento de Autoridades Regionais de Saúde, as quais gerenciam a provisão de serviços de saúde, se bem que o controle dos recursos continua sendo centralizado. No Brasil, um novo instrumento para a regulamentação da descentralização estabeleceu o Padrão de Operações de Assistência de Saúde, que amplie as responsabilidades primarias das municipais, defina o processo de regionalização da assistência, crie mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), e atualize critérios para a autorização nos estados e municípios. Apesar da existência de conhecimentos, métodos e instrumentos, as atividades de promoção, prevenção e recuperação continuam sofrendo por falta de coordenação no planejamento do sector.

## FUNÇÃO DE GOVERNANÇA

### Evolução conceitual e metodológica da função governante no período 2001–2005

Um dos problemas críticos que hoje enfrentam os países da Região é a debilidade institucional, fator que repercute sobre as possibilidades reais de desenvolvimento econômico. No contexto atual, têm-se trocado temas prioritários para a redefinição dos papéis institucionais e o fortalecimento das funções indelegáveis do Estado, tais como a seguridade cidadã, a saúde pública e a proteção social dos grupos de população vulneráveis ou excluídos. Por conseguinte, os países procuram fortalecer e consolidar sua capacidade de supervisionar o sistema de saúde e de dispor efetivamente das competências necessárias para promover a saúde e negociar com outros setores que interagem com o sistema de saúde (48).

Não tem sido fácil chegar a uma definição operativa de governança (*stewardship*) no campo da saúde, visto que este conceito amiúde se sobrepõe ao de governança. Segundo a OMS, o Estado tem a capacidade e a obrigação de se responsabilizar pela saúde e bem estar dos habitantes e de exercer a direção do sistema de saúde em seu conjunto, e essa responsabilidade de governança deverá exercer-se em três aspectos fundamentais: aportar uma visão e liderança ao sistema de saúde; recolher e utilizar informação e conhecimentos; e exercer influencia mediante a regulamentação e outros mecanismos. O organismo internacional também insiste em que o grau de capacidade e desempenho do

Estado para exercer a governança do sistema de saúde afetará decisivamente a todos os resultados (50, 51).

Por outro lado, a OPAS/OMS utiliza o termo “governança do sistema de saúde” para se referir à governabilidade do sistema de saúde. Neste sentido, e em resposta à Resolução CD40. R12 (52), sobre a governança dos ministérios de saúde nos processos de reforma setorial, no período 2001-2005 a OPAS/OMS abordou o processo de desenvolvimento do conceito e a prática da governança em saúde como um aspecto prioritário e intrínseco ao processo de modernização do Estado. Promoveu-se assim um profundo debate e intercâmbio sobre a conceitualização, âmbito de ação e mecanismos para o fortalecimento da capacidade governante em saúde.<sup>12</sup> Atualmente considera-se que a função governante em saúde é o exercício das responsabilidades e competências substantivas da política pública em saúde, que lhe são próprias e indelegáveis, é competência do governo, e a exerce a autoridade sanitária nacional (50, 51, 53).

### A função governante e o fortalecimento dos sistemas de saúde

As principais organizações públicas depositárias da autoridade sanitária são os ministérios da saúde, e neste sentido constituem os entes primários responsáveis por exercer a função governante. Observa-se na Região uma tendência crescente a não concentrar todas as tarefas em uma só instituição, como parecia ocorrer no passado, mas melhor criando mecanismos institucionais diversos e complementares, que em forma especializada e com atribuições claramente diferenciadas cumprem suas distintas funções.<sup>13</sup> Observam-se variações estruturais na composição da autoridade sanitária em função do caráter federal ou unitário do país e da organização institucional do setor saúde (5, 54). Entretanto, a consolidação da função da autoridade sanitária requererá redimensionar e adequar suas responsabilidades e funcionamento às novas realidades, o que por sua vez exigirá a circulação de uma ação fundamentalmente executora a uma dimensão de ação substancialmente ordenadora e articuladora de múltiplos atores (55).

<sup>12</sup>Ver: Organização Pan-Americana da Saúde. Informe Final. Reunião de especialistas: desenvolvimento da capacidade institucional da autoridade sanitária para exercer a governança setorial. Washington DC 18-20 junho de 2001, e Informe Final. Reunião de especialistas em governança do setor saúde em processos de reforma. Washington DC 14-15 junho 2004. Organização Pan-Americana da Saúde. Marco conceitual e instrumento metodológico: função governante da autoridade sanitária nacional: desempenho e fortalecimento. Edição Especial No. 17: Washington DC: OPAS, 2006. <http://www.lachealthsys.org/documents/433-funcio-rectoradelaautoridadsanitarianacionaldesempenoyfortalecimiento-ES.pdf>

<sup>13</sup>Durante o XL Conselho Diretivo da OPAS (1997), os Estados Membros discutiram e ratificaram as dimensões da governança setorial em saúde, as quais compreendem seis grandes áreas de responsabilidade e de competência institucional que incumbem à autoridade sanitária: condução, regulamentação, segurança, financiamento, provisão de serviços e funções essenciais em saúde pública. OPAS/OMS, XL Conselho Diretivo da Organização Pan-Americana da Saúde. Resolução CD40. R12: a governança dos ministérios da saúde nos processos de reforma setorial, 1997.

### Marco conceitual da função governante em saúde

Sem desconhecer que podem se adotar diferentes taxonomias sobre a função governante, a OPAS definiu seis grandes áreas de responsabilidade e competências institucionais que compreendem as dimensões da função governante (veja-se a nota 12), é dizer: 1) condução setorial, 2) regulação e fiscalização, 3) modulação do financiamento, 4) vigilância do seguro, 5) harmonização da provisão de serviços, e 6) execução das funções essenciais em saúde pública (FESP) (figura 2). Segundo o grau de descentralização do setor, bem como as características da separação de funções que adota a organização institucional em cada país, estas dimensões se estabelecerão em um ou outro nível da autoridade sanitária (nacional, intermediária ou local), e às vezes as responsabilidades se compartilharão entre dois ou mais níveis.

### Caracterização de uma condução efetiva em saúde

A condução setorial constitui uma das três dimensões da função governante que é responsabilidade exclusiva da autoridade sanitária nacional (41). A condução é de grande relevância quando os objetivos estabelecidos apontam para mudanças significativas na situação existente (56). Em tal caso, as estratégias projetadas procurarão gerar quotas de poder que mobilizem apoio necessário para sua realização, e aumentem a capacidade operativa. Para tal, a autoridade sanitária necessita desenvolver ou fortalecer sua capacidade para orientar efetivamente às instituições do setor e mobilizar instituições e grupos sociais em apoio da política nacional de saúde mediante: 1) a análise da situação de saúde, inclusive a definição das prioridades e objetivos sanitários; 2) a formulação, disseminação, monitoramento e avaliação das políticas, planos e estratégias de saúde; 3) a mobilização de atores e recursos; 4) a promoção da saúde e a participação e controle social em saúde; 5) a harmonização da cooperação técnica internacional; 6) a participação política e técnica em organismos nacionais e sub-regionais, e 7) a avaliação do desempenho do sistema de saúde, inclusive a medição do ganho das metas e dos recursos utilizados.

Neste contexto, observa-se que os países da Região que exibem uma boa condução compartilham atributos comuns (57). Entre eles destacam-se os seguintes: 1) o apoio político é fundamental para lograr uma condução efetiva; 2) a disponibilidade de informação verídica, oportuna e confiável é imprescindível para estabelecer prioridades e objetivos sanitários; 3) a elaboração de políticas e estratégias de saúde deve complementar-se com sua avaliação; 4) a tomada de consciência dos atores setoriais sobre a importância da função governante facilita a consolidação da autoridade sanitária como ente governante; 5) a mobilização de atores interessados e a participação da sociedade civil na promoção da saúde são, em muitas ocasiões, elementos chaves do êxito; 6) para que a cooperação internacional em saúde no país seja eficaz, responda às necessidades identificadas e seja sustentável, a autoridade sanitária deve participar dos processos de negociação, coordenação e avaliação com os organismos colaboradores.

**FIGURA 2. Dimensões da função governante da autoridade sanitária.**

**Fonte:** Organização Pan-Americana da Saúde; United States Agency for International Development. Fortalecimiento dos Sistemas de Saúde na América Latina e no Caribe.

#### *Caracterização de uma regulamentação efetiva e fiscalização em saúde*

A regulamentação e a fiscalização são necessárias para garantir a função do Estado de ordenar as relações de produção e distribuição dos recursos, bens e serviços de saúde. Para que um Ministério ou uma secretaria de saúde possam exercer completamente sua função normativa, devem contar com representatividade política e social, solvência e autoridade técnica, e desempenhar suas tarefas de um modo transparente, submetido ao escrutínio social quanto às decisões que adote (57). A regulamentação em seu sentido mais amplo é um instrumento de supervisão que o governo utiliza em combinação com outras ferramentas para alcançar seus objetivos políticos, e como princípio, regula outro tipo de normativa, condiciona e governa o comportamento dos cidadãos e das organizações ou instituições.

A fiscalização e o controle são atividades fundamentalmente técnicas que apontam para verificar o cumprimento concreto das disposições normativas e que requerem especialização profissional e comprovada independência a respeito dos fiscalizados. O exercício do trabalho fiscalizador é altamente dependente da dotação de recursos humanos e técnicos, bem como das atribuições que as normas conferem a respeito aos entes que devem executá-la. A fiscalização que se traduz na aplicação de sanções deve estar sujeita a revisão por parte dos tribunais de justiça a fim de garantir um devido processo e prevenir tendências abusivas ou caprichosas do fiscalizador (58). Nos países da Região que exibem um bom regulamento distinguem-se os seguintes atributos comuns: 1) a estrutura legal na qual se respalda a autoridade sanitária no exercício de sua função é congruente com a condução que, como ente governante, esta pretende exercer sobre o sector;

2) a função normativa complementa a fiscalização, e 3) os profissionais que cumprem a função governante estão devidamente capacitados para esta tarefa (57).

#### *Caracterização da função de financiamento*

A separação de funções que caracterizam os processos de reforma setorial na região mostra três grandes mecanismos de financiamento. O primeiro mecanismo corresponde à criação de fundos nacionais específicos para a saúde, procedentes de impostos especiais. Este mecanismo está geralmente relacionado com planos de extensão de cobertura em programas específicos, como no caso da saúde materna, financiado com um aumento do imposto de produtos especiais tais como o tabaco e o álcool. O segundo mecanismo se caracteriza pelo incremento da proporção do financiamento público arrecadado nas instancias intermediárias e locais do governo ou de transferências do governo central às administrações locais. O terceiro mecanismo relaciona-se com a crescente participação dos seguros privados de saúde e de algumas modalidades de serviços pré-pagos. A combinação destes três mecanismos de financiamento implanta novos desafios aos ministérios da saúde no que diz respeito à ordenação do financiamento setorial.

A separação de funções que caracterizam os processos de reforma setorial na Região apresenta três grandes mecanismos de financiamento. O primeiro corresponde à criação de fundos nacionais autônomos para a saúde separada dos ministérios da saúde, que concentram as contribuições públicas procedentes de impostos gerais; as instituições específicas de serviços de saúde quando estas existem, e as contribuições dos trabalhadores e os empregadores quando se deram os passos para fusionar os regi-

mes contributivos de seguridade social em saúde com as atribuições gerais do Estado para este propósito. Isto pode estar relacionado tanto com um plano de seguro de caráter público como com planos múltiplos de seguro que podem adotar modalidades públicas ou privadas. A segunda tendência refere-se ao incremento da proporção do financiamento setorial público que provem das instâncias intermediárias e locais do Estado, procedente de arrecadações tributárias próprias de cada um destes níveis da administração pública ou das transferências fiscais nacionais das administrações centrais e destinadas a ações em saúde. A terceira tendência relaciona-se com a crescente participação na composição do financiamento setorial global em alguns países da Região, dos seguros privados de saúde e de algumas modalidades de serviços pré-pagos que se custeiam com recursos próprios dos beneficiários, de seus empregadores, ou de ambos, pelo menos no que diz respeito a algumas coberturas que complementam os planos obrigatórios que o Estado estabelece. A combinação destes três elementos nos países que deram os passos para superar a segmentação do seguro e a provisão de serviços aos quais dão lugar os mecanismos de financiamento diferenciados pleiteia novos desafios e atribuições aos ministérios da saúde no que diz respeito à ordenação do financiamento setorial (41).

#### *Caracterização da função de seguro*

Em matéria de seguro, o Estado tem a responsabilidade de tutelar uma efetiva proteção social em matéria de saúde, garantindo o acesso a um plano básico de serviços de saúde para todos os habitantes, ou mediante planos específicos orientados a grupos especiais de população. Ele exige o fortalecimento da capacidade institucional dos ministérios ou secretarias de saúde para definir o conteúdo dos planos de prestações básicas que têm caráter obrigatório para as pessoas amparadas sob os sistemas de proteção social em saúde de responsabilidade pública. Além disso, deverá definir as populações e territórios que serão cobertos pelo conjunto das prestações, bem como proteger os direitos dos usuários e difundi-los. Por último, deverá regularizar e controlar o cumprimento público e privado das prestações, e garantir que nenhum beneficiário dos planos obrigatórios de proteção social em saúde seja excluído por riscos relacionados com a idade ou por patologias pré-existentes, e contar com os mecanismos que permitam a compra ou prestação de serviços para cumprir com os planos de cobertura garantidos.

#### *Caracterização da função de provisão de serviços de saúde*

As tendências à descentralização e à diminuição da intervenção governamental na provisão de serviços de saúde mediante diferentes mecanismos que abrem espaços à participação de múltiplos atores sociais (públicos autônomos, privados e organizações solidárias não governamentais) influi na prática da harmonização da provisão dos serviços estatais de saúde. O anterior continua situando os ministérios ou secretarias de saúde, mais como coordenadores da gestão e prestação de serviços por

parte dos entes públicos, que como administradores diretos da provisão de serviços. A função da harmonização na provisão dos serviços de saúde é, portanto, de particular importância em sistemas caracterizados pela presença de múltiplos atores, de natureza pública e privada, e sobre cuja gestão é preciso influir para fazer com que se alcancem os objetivos comuns. Em tal função fixa-se a capacidade da autoridade sanitária para promover a complementaridade dos diversos provedores e grupos de usuários para estender a cobertura de assistência de saúde de forma equitativa e eficiente.

### **Ações de fortalecimento da função governante na América Latina e no Caribe**

#### *Fortalecimento da capacidade para regularizar e fiscalizar ao setor farmacêutico: o caso do Brasil (57)*

O Brasil é o primeiro país em desenvolvimento que implantou, em nível nacional, um programa de distribuição de medicamentos anti-retrovirais. O programa está amparado pela política geral de medicamentos do país, que propõe “garantir o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível”. A autoridade sanitária nacional leva a cabo dois tipos de regulamentação farmacêutica: técnica e econômica. A regulamentação técnica introduz normas sanitárias para garantir a qualidade e segurança dos fármacos, utilizando mecanismos tais como o registro, a inspeção e a vigilância sanitária. A regulamentação econômica está direcionada à introdução de políticas para reduzir a influência da indústria farmacêutica no mercado e a aumentar o acesso dos consumidores aos produtos farmacêuticos. Os instrumentos que utiliza incluem no controle de preços, o monitoramento do mercado e o desenvolvimento de políticas de acesso e políticas para promover o uso de genéricos. Embora a acessibilidade aos medicamentos sempre ocupasse um lugar destacado na agenda pública, sua importância se acentuou por causa da epidemia da AIDS, e o controle dos preços adquiriu um papel preponderante na regulamentação econômica.

#### *Fortalecimento da capacidade de condução da autoridade sanitária no Chile*

O processo de reforma da saúde do Chile, iniciado em maio de 2000, impulsionou uma profunda transformação do sistema sanitário, tanto público como privado, com os objetivos de ampliar o acesso e melhorar os serviços de saúde, reduzir os tempos de assistência, ampliar a rede de estabelecimentos e eliminar barreiras econômicas. Este processo de reforma incluiu duas ações fundamentais que resultaram no fortalecimento da autoridade sanitária na dimensão de condução. A primeira ação foi priorizar o conceito de governança e sua articulação com uma série de propostas que se tornaram a base do setor da saúde chileno. Em segundo lugar, a autoridade sanitária fomentou a participação ativa da sociedade civil na identificação de problemas, a planificação e



a implantação das ações no campo da saúde. A proposta de reforma baseou-se em cinco temas principais, tratados cada um, respectivamente, em um projeto de lei. O primeiro dos projetos de lei aprovado pelo Congresso Nacional foi a denominada Lei de Autoridade Sanitária, cuja finalidade foi estabelecer uma nova concepção do organismo normativo. Em consequência, o processo de reforma da saúde no Chile conseguiu de forma exemplar instaurar mudanças legais, institucionais e funcionais para poder encaminhar ao setor em direção ao logro das bases governantes da reforma: aumentar a efetividade sanitária, a equidade e a solidariedade, e melhorar a eficiência da gestão setorial.

#### *Fortalecimento da capacidade governante do Ministério da Saúde na Costa Rica*

Costa Rica é um país que historicamente outorgou prioridade ao desenvolvimento da saúde pública. Seu compromisso com a cobertura de saúde para toda a população, em harmonia com um tolerável investimento no setor e a provisão de serviços sociais básicos, fez com que na década de 1990 o país chegasse a ter uma das melhores situações de saúde da Região, em muitos aspectos comparável à de países industrializados. Entretanto, a crise econômica pela qual passou a Região nas décadas anteriores também afetou a Costa Rica. Os problemas de déficit fiscal e dívida externa e interna, bem como a excessiva centralização, ineficiência e crescimento burocrático do aparelho estatal, resultaram numa redução dos aportes do Estado ao financiamento do setor saúde (59), o que por sua vez repercutiu na qualidade dos serviços de saúde, na cobertura e no nível de investimento no setor. Não obstante, devido a seu compromisso com a saúde pública, o país opta por centrar a reforma do setor saúde no fortalecimento do sistema público de saúde (60).

Em princípios do decênio de 1990 inicia-se um debate nacional sobre as opções para enfrentar a situação que afetou ao Ministério da Saúde e à Caixa Costarricense de Seguro Social (CCSS). Em 1994 começaram a serem executadas reformas estruturais importantes na organização, financiamento e provisão dos serviços de saúde, mantendo-se sempre os princípios básicos de cobertura universal e o financiamento público da CCSS. Elabora-se o Projeto de Governança e Fortalecimento do Ministério da Saúde, cujo objetivo é apoiar ao Ministério para que assuma o efetivo exercício da governança da saúde, trasladando à CCSS as atividades relacionadas com a assistência direta das pessoas. As ações concentraram-se em separar as funções de prestação e financiamento (assumidas pela CCSS) das de regulamentação e condução (a cargo do Ministério da Saúde), para eliminar duplicidades quanto aos recursos humanos e a infra-estrutura. A redefinição das funções institucionais no sistema de saúde, produto da reforma, exigiu maior capacidade do Ministério de Saúde para exercer sua função de governança: conduzir ao sector, regularizar os bens e serviços de saúde, medir o desempenho das funções essenciais em saúde pública, modular o financiamento da assistência sanitária, vigiar o seguro e harmonizar a provisão dos serviços. Os lucros alcançados desde o início do projeto em

1994 até a data são numerosos. Até 2002, o Ministério da Saúde tinha realizado importantes esforços para reorganizar seus afazeres a fim de corresponder às crescentes demandas que requisitavam um efetivo exercício da governança do sector.

#### **Desafios**

Os países da Região estão realizando importantes esforços para fortalecer a função governante das autoridades sanitárias. Entretanto, cada um deles, no marco de sua realidade e suas possibilidades, deverá fazer uma auto-avaliação que permita analisar o desempenho de sua capacidade para exercer a função governante, e definir possíveis ações com tendência ao seu fortalecimento. Para ele, dever-se-á considerar as lições aprendidas que começam a surgir das experiências nacionais, entre as quais se incluem as seguintes: 1) o estabelecimento de prioridades e objetivos sanitários requer contar com informação verídica, oportuna e confiável; 2) a formulação de políticas e estratégias de saúde deve complementar-se com sua avaliação; 3) o marco legal que respalda a autoridade sanitária no exercício de sua função deve ser congruente com a condução que, como ente governante, esta pretende exercer sobre o setor; 4) para que a regulação seja efetiva, a função normativa deve complementar-se com a fiscalização; 5) para que a cooperação internacional em saúde seja eficaz, responda às necessidades detectadas e seja sustentável, a autoridade sanitária deve intervir em sua negociação, coordenação e avaliação; 6) dever-se-á contar com recursos humanos qualificados para a execução das funções de governança.

Em suma, o grande desafio está em se implantar a governança como função do Governo e de sua condução superior, e encaminhar os esforços de fortalecimento ao desenvolvimento das funções de planificação, financiamento, atribuição e desenvolvimento de recursos, gestão pública e do conhecimento.

#### **A PROVISÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE COMO FUNÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE**

Prover serviços eficientes, equitativos e de boa qualidade, e permitir que a população acesse aos mesmos é uma das três funções principais do sistema de saúde. Provavelmente esta seja a função que se reconhece com maior facilidade, tendo em vista que encarna o propósito de todos os sistemas de saúde, e seu grau de implantação atinge diretamente a capacidade para manter a saúde e prevenir as enfermidades tanto no nível individual como da comunidade. A função dos serviços de saúde é também facilmente identificável porque está incorporada nas organizações de assistência de saúde, nos trabalhos dos profissionais sanitários, e nas intervenções e na tecnologia para a saúde que cada sociedade põs à disposição para satisfazer esta necessidade humana básica.

Os serviços de assistência de saúde incluem tanto os serviços pessoais como os públicos, ou seja, respondem tanto às necessidades dos indivíduos como da população. Cobrem todos os níveis

de assistência e abarcam desde as atividades de promoção da saúde e prevenção da enfermidade até os tratamentos curativos e paliativos, a reabilitação e a assistência em longo prazo. Compreendem também os serviços físicos, mentais, odontológicos e oftalmológicos.

### Níveis dos serviços de saúde

Segundo o nível de assistência, os serviços de saúde se classificam em primários, secundários e terciários. Estes níveis definem-se pelo tipo de serviços prestados, pelo grau de complexidade e pela capacidade para tratar diversos problemas e enfermidades. A designação de primário, secundário e terciário parece caracterizar a infra-estrutura do sistema de serviços de saúde, em particular as instalações, tais como hospitais e clínicas. Neste contexto, a assistência primária refere-se somente a um nível de cuidados e no conjunto mais amplo de valores, princípios e elementos essenciais de um sistema de saúde, segundo tratado previamente na alínea sobre a estratégia de assistência primária de saúde.

A assistência de emergências é fundamental em todos os níveis; entretanto, talvez seja a modalidade menos desenvolvida na maioria dos países da Região, visto que somente alguns puseram em prática programas especiais para reforçá-la. No Brasil, por exemplo, as unidades móveis de serviço médico de emergência estabeleceram-se em 2003, como parte do sistema único de saúde (SUS). A partir de 2006, o Ministério de Saúde introduziu 94 destas unidades móveis, que provêem serviços em 647 municipalidades. Chile tem expandido seus serviços de urgência ambulatorial com unidades de resgate de complexidade múltipla e um centro local de emergências supervisionado por profissional especializado. Em Cuba se criaram 121 áreas intensivas municipais (AIM) que desde 2004 oferecem cuidados intensivos de emergência à população que reside em zonas de difícil acesso a serviços médicos, ou demasiado distantes da assistência de emergências hospitalares. Cada AIM presta serviços 24 horas e conta com um médico e um enfermeiro especializado.

### Acesso a os serviços de saúde

Entende-se por *acesso* aos serviços de saúde a possibilidade de obter assistência quando a necessitamos. A acessibilidade se refere ao grau em que os serviços médicos alcançam um nível aceitável para a população e correspondem a suas necessidades. A acessibilidade, em última instância, manifesta-se na possibilidade de utilização dos serviços de saúde por determinados grupos de população que a priori supor-se-iam desfavorecidos (61). A acessibilidade se vê atingida pelas características do sistema de prestação aos indivíduos e às comunidades (62). O acesso a uma fonte regular de assistência — um provedor de assistência primária ou uma instituição específica — aumenta a probabilidade de que os indivíduos recebam os serviços médicos adequados e, por sua vez, obtenham melhores resultados de saúde (63). Como

se tratou em capítulos anteriores, as mudanças na situação de saúde requerem uma reorientação dos serviços, tradicionalmente centrados na cura, para que reforcem as atividades de promoção da saúde e prevenção da enfermidade, tratem tanto as enfermidades crônicas como as agudas e respondam à crescente ameaça dos problemas de saúde relacionados com o abuso de substâncias e a violência, entre outros.

A avaliação e a promoção de um acesso equitativo aos serviços médicos necessários são funções essenciais da saúde pública (5). Um estudo realizado em 2004 a partir de uma pesquisa administrada aos responsáveis da tomada de decisões de 16 países da América Latina e do Caribe indicou que as estratégias para ampliar a cobertura e o acesso aos serviços de assistência primária constituem um dos elementos mais comuns nas políticas de reforma dos sistemas de saúde na Região (64). Estas estratégias incluem incrementar a quantidade de centros de assistência primária e orientar a prestação de um conjunto de serviços básicos a populações com limitações de acesso, a grupos vulneráveis, como crianças, mães, ou populações indígenas em países como Brasil, Costa Rica, Equador, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua e Panamá, entre outros.

Por exemplo, uma das iniciativas utilizadas no Brasil para estender a cobertura e reduzir as desigualdades é a execução do denominado Piso de Assistência Básica (PAB), que transfere fundos aos municípios para que concluam as atividades previamente definidas e consigam cumprir com as metas de desempenho pactuadas. Os municípios são responsáveis por garantir o acesso da população a um conjunto de serviços básicos e por ele recebem uma taxa captada do Ministério de Saúde. No México, o Programa Oportunidades inclui um conjunto de ações integradas direcionadas a melhorar a saúde, a nutrição e o nível educativo de famílias. O programa ocupa-se das populações mais vulneráveis que residem em localidades rurais marginadas, às que oferecem de forma gratuita um pacote mínimo de serviços básicos de saúde que inclui: intervenções nutricionais para as crianças; promoção do cuidado pessoal nas famílias e na comunidade mediante estratégias de comunicação e educação para a saúde; maior subministração de serviços para satisfazer a demanda crescente, e subsídios às famílias para que possam aumentar o consumo de alimentos (65).

Levando-se em consideração os esforços realizados por vários países, somente 28% dos responsáveis pela tomada de decisões pesquisadas no estudo anteriormente mencionado consideraram que os serviços de assistência primária provinham de uma cobertura adequada e que não restaram grupos importantes da população sem acesso aos serviços. De acordo com um estudo exploratório patrocinado pela OPAS, apenas alguns países na Região alcançaram taxas equivalentes à cobertura universal (por exemplo, Chile, Costa Rica, Cuba e, no hemisfério norte, Canadá). O estudo revelou que aproximadamente 27% da população da América Latina e do Caribe carecem de acesso permanente a serviços básicos de saúde, 30% não tem acesso à assistência devido a barreiras econômicas, e 21%, devido a barreiras geográficas (66).

## Qualidade dos serviços de saúde

Ao longo do tempo se tem oferecido definições diferentes de qualidade da assistência. Um dos autores que analisou a qualidade da assistência médica é *Donabedian*, o qual a define como “a aplicação da ciência e da tecnologia médicas de tal maneira que renda o máximo de benefícios para a saúde, sem aumentar os riscos de forma proporcional. O grau de qualidade é, portanto, na medida em que se espera que a assistência fornecida logre o equilíbrio mais favorável entre os riscos e os benefícios” (67, 68). *Donabedian* assinalou também que a qualidade da assistência consta de dois componentes: a dimensão técnica e a dimensão interpessoal (69).

Mais recentemente, o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos definiu a qualidade como “a medida onde os serviços de saúde para os indivíduos e as populações aumentam a probabilidade de obter os resultados esperados em saúde e são coerentes com o conhecimento profissional atual”. Os serviços médicos de alta qualidade definem-se como seguros, eficazes, centrados no paciente e adequados (70, 71).

*Assistência segura* refere-se a não causar aos pacientes danos derivados de uma prestação cujo objetivo é ajudá-los. *Assistência eficaz* refere-se a aplicar práticas ou procedimentos médicos acordes com os conhecimentos científicos disponíveis a todos os indivíduos e comunidades que possam se beneficiar deles, abstendo-se de oferecer-lhes a quem provavelmente não se beneficiariam (quer dizer, evitar a subutilização e a super utilização). A *assistência centrada no paciente* estabelece uma associação entre os profissionais e os pacientes para fazer com que as decisões referidas à assistência respeitem os desejos, necessidades e preferências destes últimos. Assim, dever-se-ia gerar uma satisfação maior entre os usuários. Esta estreita associação há de garantir também que os pacientes e suas famílias recebam a informação e o apoio necessários para adotar decisões e participar em seu próprio cuidado. Ao invés de ocupar-se principalmente da enfermidade dos sistemas orgânicos, a assistência centrada no paciente leva em conta tanto as dimensões psico-social e cultural da enfermidade como o contexto familiar e da comunidade. Por *assistência oportuna* se entende no apenas minimizar os atrasos desnecessários na obtenção da assistência, mas também prover *assistência coordenada* entre os diferentes prestadores e estabelecimentos, y entre todos os níveis de assistência, desde cuidados preventivos hasta os paliativos.

Melhorar e garantir a qualidade no que se refere aos serviços de saúde pessoais e públicos é uma das onze funções essenciais de saúde pública. Segundo um estudo regional publicado pela OPAS em 2002, esta era uma das funções menos desenvolvidas (55). Vários países da Região definiram e implantaram procedimentos para a certificação de estabelecimentos de saúde, na liderança, os Estados Unidos e o Canadá. Na América Latina, diversos países também desenvolveram programas de certificação, inclusive a Argentina, Belize, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Jamaica, Peru, República Dominicana, Suriname, e Trinidad e Tobago (72). O grau de implantação

destes programas varia de um país a outro e a grande maioria deles está centrada nos hospitais.

## Equidade e eficiência na prestação de serviços de saúde

No contexto da qualidade, a *equidade* é um aspecto que atravessa todas as modalidades dos serviços médicos e refere-se à distribuição de serviços de qualidade entre todos os grupos populacionais, mais em função da necessidade do que de outros critérios não vinculados com a saúde de forma inerente, como o grupo étnico, a localização geográfica, o nível socioeconômico ou a cobertura do seguro médico. A cobertura universal e o acesso igualitário à assistência são os elementos fundamentais de um sistema de saúde equitativo, de acordo com o que se descreve em outras partes desta obra. O segundo aspecto que deve permear os serviços de saúde de alta qualidade é a *eficiência* na destinação dos recursos e na utilização dos serviços, com o objetivo de evitar o uso ineficiente dos recursos e tirar o máximo proveito dos recursos utilizados (73).

## Desenvolvimento de sistemas de prestação de serviços de saúde de alto rendimento

### Desafios para o desenvolvimento de modelos de prestação de serviços médicos de alto rendimento

A maioria dos países na Região enfrenta desafios comuns quanto ao rendimento dos sistemas de saúde, que incluem: o rápido aumento do custo dos serviços, a insuficiência dos serviços, o acesso desigual aos serviços, a escassa eficiência técnica, o baixo nível ou a falta de indicadores para medir a efetividade e rentabilidade da maioria dos serviços prestados, a qualidade insuficiente dos serviços e os baixos níveis de satisfação do usuário e de participação social na saúde.

Uma análise da situação em relação à assistência hospitalar mostra que (66):

- atribui-se uma excessiva importância à assistência altamente especializada e ao uso de tecnologias custosas;
- os estabelecimentos de saúde se concentram nas zonas urbanas;
- amplia-se cada vez mais a brecha entre a demanda e a oferta de serviços;
- existe um desequilíbrio na distribuição de pacientes entre os hospitais do setor público e privado, baseado nos planos financeiros, através dos quais o sistema público geralmente se preocupa pelos casos mais custosos ao passo que os hospitais privados selecionam antecipadamente os pacientes e limitam o acesso aos procedimentos mais custosos;
- faltam sistemas de gerenciamento suficientemente desenvolvidos;
- não se conta com sistemas de controle de qualidade vinculados aos procedimentos hospitalares, especialmente para os de complexidade média e alta.

Por outro lado, a maioria dos modelos de prestação de serviços de saúde tende a acentuar os serviços de assistência individual mais do que os serviços de saúde pública; na assistência curativa mais do que na preventiva, e nos serviços centrados em um episódio de enfermidade específico ou uma consulta, mais do que no tratamento da pessoa como um todo e o estabelecimento de uma estreita associação entre pacientes e profissionais da saúde, no contexto familiar e comunitário. Além disso, os serviços parecem caracterizar-se também pela descontinuidade da assistência devido à falta de acesso a um provedor regular e à ausência de uma rede integrada e coordenada de serviços.

#### *Tendências emergentes nos modelos de prestação de serviços de saúde*

Geralmente, as mudanças na prestação de serviços de assistência primária se centralizaram atinge uma melhor adequação entre a prestação de serviços e as necessidades e demandas de assistência por parte da população, insistindo na assistência ambulatorial, e na melhoria do acesso e da equidade. A intensificação dos esforços neste sentido deveria ajudar a abordar algumas das deficiências previamente destacadas.

Embora não possamos nos referir a um modelo dominante único de prestação de serviços de saúde, existem várias tendências comuns, em particular no campo da assistência primária (64). Sua importância relativa e o nível de implantação variam entre os países da Região. Uma das tendências mais manifestas tem sido a mudança da assistência do paciente internado, fundamentalmente em hospitais, à assistência ambulatorial especializada, inclusive o crescente uso da cirurgia ambulatorial, na qual o paciente é operado e enviado para sua casa no mesmo dia, os hospitais diurnos e a assistência domiciliar, a fim de reduzir as custosas estadias hospitalares. Esta tendência é mais evidente nos países de altas rendas como os Estados Unidos e o Canadá, porque parece requerer tecnologias complexas, investimentos custosos e uma nova capacitação do pessoal. Entretanto, esta tendência está se observando cada vez mais em outros países na Região. No Panamá, por exemplo, o sistema de seguro social de saúde oferece assistência domiciliar à pacientes com infecções crônicas. No Chile, uma das estratégias foi o desenvolvimento de novas formas de prestação de assistência ambulatorial especializada independente dos hospitais, como o uso de centros de referência de assistência de saúde para as especialidades e os diagnósticos mais comuns e os centros de tratamento para a assistência ambulatorial mais complexa.

No Brasil, Chile e Cuba também se observa um interesse crescente em estratégias de saúde familiar mais do que na assistência individual. Esta abordagem tende a favorecer a modalidade de assistência integrada ao invés da utilização de um conjunto de serviços selecionados, e tem estimulado a estratégia baseada em equipes, nas quais os enfermeiros e o pessoal auxiliar são membros integrais, no lugar do modelo hierárquico mais tradicional onde a maior parte ou a totalidade do poder de decisão reside nos médicos. Embora 58% dos responsáveis pelas decisões em saúde

pesquisados em 16 países de América Latina e o Caribe informaram a existência de políticas ou programas de assistência familiar, em torno da mesma proporção informou que estes somente cobrem a metade ou menos da população do país (64).

Acentuar a promoção e prevenção da saúde, ao invés de somente na assistência curativa e de reabilitação, é outra tendência comum nos novos modelos de prestação de saúde aplicados em vários países da Região. A ênfase relativa na promoção de saúde e na prevenção de enfermidades é maior nos países de rendas baixas do que nos de rendas altas, provavelmente devido aos esforços por ampliar a cobertura através dos serviços preventivos (64).

O traslado dos serviços de assistência de saúde aos lugares onde os usuários vivem, trabalham e estudam, ao invés dos usuários terem que ir à busca dos serviços nos centros de assistência de saúde, esta é outra estratégia para aumentar o acesso utilizado nos modelos de prestação de assistência sanitária. Estabeleceram-se programas escolares estudantis de assistência de saúde, tanto em países de rendas altas como baixas. Nos Estados Unidos, mais de 1.000 escolas (na maioria, secundárias) têm centros de saúde (74). Em 2001, estabeleceu-se na Nicarágua a assistência de saúde escolar em vários estabelecimentos educativos como parte de um programa piloto. Desde 2006, quatro escolas dispõem de centros de saúde. O programa também melhorou a coordenação entre as escolas e os municípios para aumentar a cobertura de imunização infantil e melhorar a nutrição e a saúde bucal das crianças.

Outra maneira habitual de aumentar o acesso à assistência integrada é o estabelecimento de equipes de assistência primária em populações determinadas. Em Cuba nomeia-se uma equipe de assistência primária (que inclui um médico de família e um enfermeiro) cada 120 famílias; e a equipe deve residir na mesma cercania que a população designada. O consultório e o domicílio do médico parecem estar no mesmo edifício. Embora as equipes ofereçam assistência no consultório, também realizam consultas em domicílio e em campo. As escolas e os lugares de trabalhos geralmente têm seus próprios centros de assistência de saúde (75).

Os consultórios e centros de assistência de saúde ambulantes não constituem necessariamente uma nova tendência, porém continua a utilizá-los em muitos países da Região, em particular em zonas de baixa densidade de população ou áreas onde os estabelecimentos e o pessoal de saúde não estão disponíveis de forma permanente. No Panamá, por exemplo, essa população é o principal objetivo das chamadas caravanas itinerantes de saúde.

#### *O objetivo: serviços integrados de saúde*

Os sistemas integrados encontram-se entre os modelos mais recentemente propostos de prestação de assistência sanitária. Estes modelos referem-se às redes de assistência de saúde interorganizacionais que articulam as dimensões clínica, funcional, normativa e sistêmica, e coordenam os serviços de saúde no espaço (a partir do lar até os diferentes tipos de estabelecimentos de saúde) e o tempo (para um episódio de enfermidade e ao longo do ciclo da vida). Um sistema de prestação integrado tem



as faculdades e recursos necessários para abordar a maioria dos problemas de saúde de uma população em várias etapas do ciclo vital (76). A integração dos serviços às vezes descreve-se como de caráter horizontal e outras vezes como de caráter vertical, porém os serviços verdadeiramente integrados requerem ambos componentes. Isto inclui um componente horizontal que articule os estabelecimentos e os serviços ao mesmo nível de assistência (por exemplo, hospitais, centros de saúde) e um componente vertical que integre os serviços e os correspondentes prestadores de serviços ao longo da seqüência da assistência (por exemplo, agências de assistência de saúde domiciliar, consultórios médicos, hospitais, residências para anciãos, asilos).

A partir da perspectiva do paciente, um sistema de prestação de serviços integrados de saúde tem as seguintes características (76):

- O desenvolvimento de um sistema integrado de informação de saúde com a inclusão das histórias clínicas, para que não tenha que repetir seu histórico médico cada vez que realiza uma consulta; as histórias clínicas também deveriam incluir informação sobre a utilização dos serviços e os procedimentos;
- A ausência de duplicação desnecessária de procedimentos de diagnóstico e laboratório;
- O acesso simples e oportuno ao provedor de assistência médica primária;
- O acesso a distintos níveis de assistência que possuam a capacidade de resolver um conjunto específico de problemas de saúde;
- A informação sobre as opções de tratamento e a participação na tomada de decisões em um plano de igualdade com os provedores de assistência de saúde;
- O acompanhamento periódico para evitar problemas com qualquer infecção crônica;
- A assessoria e o apoio para a autogestão e o cuidado pessoal das enfermidades crônicas, para aumentar a autonomia do paciente e o uso informatizado do sistema de saúde.

As experiências com os modelos de serviços integrados de saúde na Região estão aumentando, porém poucas têm sido estudadas e avaliadas. Em Salvador, o primeiro nível de assistência tem sido totalmente reformulado mediante a definição de sistemas básicos de saúde integral (SIBASI) idealizados conforme os princípios de uma estratégia de assistência médica primária, com um alto nível de participação de todas as instituições sociais relevantes. Os SIBASI constituem em nível operativo básico do sistema de assistência de saúde e sua estrutura inclui os estabelecimentos assistenciais do primeiro nível de assistência primária vinculados com os centros de nível secundário e terciário, e organizados em redes coordenadas concebidas para responder às necessidades de assistência de saúde da população. A legislação aprovada em 2006 define as autoridades regionais como o nível

técnico e administrativo responsável da administração dos recursos designados pelos SIBASI. Também estabelece um sistema de referência que permitirá a continuidade e a assistência integrada coordenada.

Puseram-se em prática muitos modelos integrados de assistência de saúde sobre uma base experimental ou piloto para zonas e populações geograficamente restritas, pelo comum em nível local e regional. Por exemplo, no Peru o EsSaúde (o seguro social de saúde) patrocinou um programa piloto em várias policlínicas a fim de aplicar e examinar a adoção de novas estratégias para a integração dos serviços. Entre elas se incluíram uma avaliação e diagnóstico da situação sanitária de grupos de população definidos, ou estabelecimento de mecanismos de seleção correspondentes aos respectivos grupos de população, ou aumento das horas de funcionamento, a reorganização dos recursos físicos, a criação de sistemas melhorados de informação, o estabelecimento de processos de melhoramento da qualidade que incluem a medição segundo parâmetros de referência e a incorporação de serviços de assistência primária ao policlínico (77) (o informe sobre o estudo piloto se centra nas experiências de um policlínico que brinda assistência médica primária, secundária e terciária, inclui dois dos serviços de urgência). Entre as lições aprendidas, cabe assinalar: a importância de identificar e adaptar às práticas mais apropriadas para melhorar a prestação e a integração dos serviços; a necessidade de adotar uma cultura organizacional de apoio às mudanças baseada no estabelecimento de uma boa comunicação entre administradores e provedores de saúde para incrementar a compra direta, e a de informar aos usuários sobre as mudanças na prestação dos serviços de saúde para diminuir suas possíveis resistências à mudança.

#### *Efeitos dos modelos de prestação de serviços de saúde de alto desempenho nos resultados de saúde*

Somente alguns estudos têm mostrado uma associação entre as mudanças nos modelos de prestação de assistência sanitária (especificamente os serviços de assistência primária) e os resultados de saúde. Na Costa Rica, uma reforma integral de assistência primária incluiu um maior acesso centrado principalmente nas zonas mais necessitadas (ao acesso aumentou 15% nestes distritos de saúde), a reorganização dos profissionais de saúde em equipes multidisciplinares de assistência primária, e a consignação a cada equipe básica de assistência integral de saúde (EBAIS) de responsabilidades respeito de uma zona e população particulares. Para cada cinco anos de reforma da assistência primária de saúde, a mortalidade infantil reduziu-se em 13% e a mortalidade adulta em 4%, independentemente de outros fatores determinantes da saúde (78). A equidade no acesso à assistência também melhorou (79).

No caso do Brasil, o Programa de Saúde da Família inclui também equipes multidisciplinares que cobrem a uma determinada população. Em função da disponibilidade de recursos, os dentistas, os trabalhadores sociais e os psicólogos podem integrar



as equipes, ou em todo caso se incorporar para apoiar as redes que utilizam várias equipes. O objetivo do programa, iniciado em 1994, é ampliar o acesso aos serviços básicos de saúde, à prevenção e ao tratamento de baixo custo, e a serviços médicos altamente eficazes. Até 2004, a quantidade de afiliados passou de 1 milhão para mais de 60 milhões, e o programa executava-se em mais de 75% dos municípios (66). A execução deste programa vinculou-se a reduções na mortalidade infantil, como ocorreu com iniciativas similares da Costa Rica e México.

#### *Desafios da organização e administração dos serviços de saúde*

A heterogeneidade da Região das Américas se expressa também em sistemas de saúde de características e níveis de complexidade muito diversificados; entretanto muitos países compartilham os desafios que pleiteiam a organização e a administração do sistema assistencial. Estes incluem:

- um conhecimento deficiente da situação de saúde e das necessidades da população atendida, incluídas as populações vulneráveis, e especialmente nos casos em que não se estabelece a população designada;
- uma articulação débil ou inexistente entre o nível de assistência primária e outros níveis de assistência devido a mecanismos de derivação e sistemas de informação eficazes;
- a centralização da administração e da tomada de decisões;
- diferenças pouco clara entre a prestação de serviços de saúde e o financiamento da saúde e as funções do seguro;
- uma administração dos serviços em função dos aportes e dos recursos, mais do que dos processos e dos resultados;
- uma participação social que parece limitar-se ao âmbito das consultas mais do que à gestão dos serviços.

É importante destacar que a organização e o manejo dos serviços de saúde devem ser definidos levando em conta princípios éticos básicos da assistência de saúde (80). Entre estes princípios incluem-se a justiça e a equidade no acesso a uma assistência de qualidade; o respeito pelas pessoas segundo o reflete o enfoque da assistência centrada nos indivíduos e as famílias, com alto nível de participação comunitária; a beneficência, ou a provisão de uma assistência efetiva de alta qualidade e baseada em provas científicas; e a não maleficência, ou a provisão de serviços mediante procedimentos que garantissem uma assistência segura, é dizer que não causem lesões aos pacientes e evitem a utilização excessiva de serviços ineficazes, ou que também possam provocar danos.

#### *Tendências na administração dos serviços de saúde*

O quadro 14 mostra os resultados de uma pesquisa realizada com 36 responsáveis da formulação de políticas e 46 executivos da assistência de saúde, sobre os modelos de administração hospitalaria mais comumente utilizados, os centros especializados de assistência ambulatorial e as redes de serviços em 15 países da

#### **QUADRO 14. Modelos de administração por tipo de centro ou rede de assistência de saúde.**

Tipo de centro ou rede de assistência	Modelo de administração
Hospitales	Administração pública direta Administração privatizada ou com terceirizados Cooperativas de profissionais da assistência médica Privada com fins lucrativos
Assistência ambulatorial especializada	Administração pública direta Organização pública indireta Administração privatizada ou com terceirizados Cooperativas de profissionais da assistência médica Privada com fins lucrativos
Redes de serviços de assistência de saúde	Administração pública direta Cooperativas de profissionais da assistência médica Privada com fins lucrativos

*Fonte:* Organização Pan-Americana de Saúde. Estudo regional sobre assistência hospitalaria e ambulatorial especializada na América Latina e no Caribe, 2004.

América Latina e do Caribe: Argentina, Bahamas, Brasil, Bolívia, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Chile, Honduras, México, Nicarágua, Peru, a República Dominicana, Santa Luzia, e Trinidad e Tobago (72). Os modelos mais comuns são a administração pública direta, as cooperativas de profissionais da saúde e os modelos de administração privada, quer sejam com ou sem fins lucrativos. Entre 10% e 14% dos pesquisados afirmaram que estes modelos de administração não respondem adequadamente às necessidades de assistência de saúde, e outros 70% responderam que somente o fazem parcialmente.

Na mesma pesquisa identificaram-se as seguintes tendências emergentes nos hospitais e nos serviços especializados de saúde ambulatorial (66):

- maior flexibilidade na gestão dos recursos humanos;
- transformações na organização dos serviços hospitalares;
- mudanças nos mecanismos de financiamento dos serviços hospitalares;
- aumento da assistência regularizada;
- avaliações econômicas e de tecnologia sanitária;
- assistência de saúde baseada em provas científicas;
- incremento do intercâmbio de boas práticas relativas ao diagnóstico e ao tratamento;
- maior manejo dos serviços a partir de uma perspectiva técnica mais do que a partir de um ponto de vista financeiro ou de recursos humanos somente.

Colômbia, Cuba e México encontram-se entre os poucos países da América Latina que puseram em prática um programa de avaliação de tecnologias de saúde. No México, o Centro Nacional de Excelência Tecnológica (CENETEC) criou uma base de dados de tecnologias sanitárias que inclui informação sobre eficácia, segurança, rentabilidade e cumprimento dos requisitos técnicos, e utiliza-se para comprar e designar equipes médicas. A base de dados inclui 22 pautas práticas, 31 pautas tecnológicas, 125 documentos sobre especificações técnicas, oito pautas de equipes médicas, seis publicações com informação para o consumidor e diversos informes acerca da avaliação de tecnologia e a engenharia biomédica (81). Na Colômbia, a Oficina de Ciências e Desenvolvimento da Tecnologia do Ministério de Saúde melhorou a avaliação da tecnologia sanitária e definiu os critérios para sua importação e avaliação. Cuba conta com uma Secretaria Nacional de Avaliação de Tecnologia, para determinar a incidência da tecnologia sanitária nos sistemas atuais e identificar os novos equipamentos médicos que podem ser adquiridos (72).

Os formadores de políticas e os administradores efetuaram sugestões para agilizar o desenvolvimento de modelos de administração adequados e melhorar a administração da assistência, entre elas (66):

- a descentralização da administração dos hospitais públicos e autonomia crescente;
- a descentralização dos serviços de saúde em geral;
- a revisão do sistema de financiamento para eliminar as barreiras econômicas que enfrentam os estabelecimentos públicos quando tentam oferecer serviços com o nível de qualidade mínimo exigido para o perfeito funcionamento do sistema;
- a garantia da coordenação interinstitucional para gerar redes de serviços integrados e outorgar prioridade aos serviços que se oferecem através das redes;
- a definição de critérios de qualidade e a execução de programas de garantia da qualidade e de melhoria da qualidade;
- a definição e estabelecimento de incentivos e de outros mecanismos para motivar ao pessoal de saúde;
- a capacitação e educação contínua do pessoal técnico e administrativo.

A descentralização da administração e a prestação de serviços de saúde continuam sendo um dos principais componentes dos projetos de reforma da saúde em muitos países da Região. O Brasil constitui um dos países onde a descentralização implantou-se amplamente. Em 1990 pôs-se em prática o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos objetivos de acesso universal e equitativo à assistência, mediante um sistema regionalizado de serviços de assistência médica organizado por nível de complexidade baixo a direção das autoridades municipais, estaduais e federais. Uma de suas estratégias mais importantes foi a descentralização de responsabilidades no que se refere à provisão dos serviços de assistência médica, cuja colocação em prática requereu o fortale-

cimento da capacidade de regularização. Assim, em fevereiro de 2006, a Comissão de Gestores Tripartida (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde aprovaram um acordo que estabelece um novo marco para a administração do sistema em todos os níveis do governo.

#### *Criação de capacidades para uma ótima administração dos serviços de saúde*

A capacidade define-se tradicionalmente como a habilidade que tem as pessoas, as organizações e os sistemas de assistência para desempenhar suas funções principais. No contexto dos serviços de saúde parece se referir ao apoio financeiro, às equipes e centros médicos, ao desenvolvimento dos recursos humanos e às destrezas técnicas. Contudo, a criação de capacidades é um processo contínuo de desenvolvimento e fortalecimento do conhecimento e das destrezas que são necessárias para conduzir a assistência de saúde. Estas destrezas incluem: a habilidade para avaliar as necessidades e identificar as desigualdades no acesso e a prestação de assistência; a idealização de um plano para reduzir estas desigualdades mediante a criação de capacidades e a definição de estratégias e medidas específicas; e o desenvolvimento das habilidades para controlar e avaliar os processos e os resultados obtidos (82).

Referente a esta última área, e em relação com o uso de indicadores de resultado dos serviços de saúde, a pesquisa concluída com responsáveis de políticas, administradores de hospitais e gerentes de diversos centros de assistência ambulatorial da América Latina e o Caribe (66) concluiu que:

- 59% dos entrevistados informaram que estes centros realizam análise dos resultados dos serviços de saúde, sobretudo quanto aos indicadores de índole financeira;
- 63% informaram que os centros mediram a taxa de infecções relacionadas com os hospitais (um dos indicadores chave da segurança do paciente);
- 71% informaram que os centros utilizam indicadores de qualidade, porém somente 57% dos entrevistados notificaram o uso de pesquisas aos usuários em relação à satisfação ou às experiências com a assistência, e somente 46% revisaram regularmente as pautas de assistência;
- 63% informaram o uso de indicadores da produtividade do pessoal de saúde, e 52% empregaram indicadores do uso dos recursos materiais (como os equipamentos) e os medicamentos.

As experiências internacionais demonstraram que os fatores chave para a criação de capacidades gerenciais incluem: reconhecer a importância de desenvolver as destrezas necessárias para administrar a mudança; garantir o desenvolvimento das destrezas necessárias para a administração básica dos serviços e tomar consciência da importância da cultura organizativa mediante a promoção de mudanças neste nível; reconhecer a presença de potenciais internos ao sistema de prestação de serviços, como

são, por exemplo, a estrutura política, legislativa e reguladora; e criar capacidades por etapas e não tratar de realizar todas as mudanças ao mesmo tempo.

#### *Controle dos serviços de saúde e medição do desempenho*

O princípio fundamental de uma administração eficaz dos serviços de saúde é a disponibilidade de informação oportuna e precisa para a análise, a notificação, o controle e a medição do desempenho. Para a tomada de decisões é essencial contar com um sistema de informação gerencial flexível, com financiamento adequado, submetido a revisões e atualizações periódicas e sustentáveis. Um sistema com tais características oferece aos administradores a informação para a planificação estratégica bem como para a administração de rotina dos serviços de saúde. Outros princípios para o projeto de um sistema eficaz de informação gerencial (83) incluem a vinculação com objetivos específicos baseados em evidências para lograr melhorias, e a inclusão de medidas para avaliar o progresso em relação com atributos chave dos serviços médicos em qualquer nível do sistema: o acesso, a qualidade (a segurança, a eficácia, o enfoque centrado nas pessoas, a oportunidade da assistência e uma boa coordenação), a equidade e a eficiência.

Vários países da Região empreenderam iniciativas com tendência a aumentar a eficiência, a eficácia e a equidade na prestação e administração dos serviços de saúde mediante a aplicação de métodos e ferramentas para controlar os fluxos dos recursos associados com a prestação de serviços de saúde e avaliar o desempenho institucional com respeito a critérios definidos previamente, tanto para os processos como para as medidas de resultados. É fundamental utilizar métodos que gerem informação para a análise da produtividade, o desempenho e o uso dos recursos, a fim de cumprir os objetivos institucionais, negociar os contratos para a provisão de serviços, incrementar a prestação de contas, controlar o desempenho institucional e melhorar as práticas de administração (84).

No Equador, o seguimento regular dos indicadores de processos permitiu aos administradores dos programas controlarem os efeitos da legislação implantada para oferecer assistência por maternidade e serviços de assistência infantil gratuitos de qualidade. Diversos indicadores de processos de qualidade mostraram melhorias significativas depois de transcorridos apenas nove meses. Por exemplo, a proporção de nascimentos nos lugares onde se considerou um conjunto de pautas normalizadas (por exemplo, o controle da pressão arterial materna e da frequência cardíaca fetal) passou de 44,5% em agosto de 2003 para 83,6% em 2004 (85).

Nas Bahamas, o Departamento de Saúde Pública iniciou a aplicação piloto de uma nova ferramenta de informação em saúde pública em quatro lugares. Trata-se de um sistema de registros médicos e informação do paciente, automatizado e integrado, que respalda a implantação, o seguimento e a informação das intervenções de saúde pública, bem como o seguimento e o manejo de casos em nível individual.

*“O desafio de obter a saúde para todos requererá compromisso constante dos governos, a concessão dos recursos necessários e a reforma e reestruturação dos sistemas de saúde para assegurar a máxima equidade, eficiência e efetividade.”*

Héctor Acuña, 1983

Alguns países da América Latina e o Caribe puseram em prática sistemas de informação gerencial para sua utilização em centros de assistência de saúde. No México, por exemplo, mais de 100 hospitais aplicaram um sistema de informação gerencial. Os módulos de geração de recursos e custos são os mais extensamente desenvolvidos, e inclusive no cálculo dos custos de 1.800 procedimentos hospitalares e programas de recuperação de custos. Em um distrito da Colômbia, em 2004 pôs-se à prova com êxito um sistema de informação gerencial em três hospitais, cuja utilização estendeu-se a 36 hospitais de outro distrito. O sistema tornou-se especialmente útil para os hospitais públicos, que na Colômbia devem negociar e gerenciar contratos de serviços com companhias seguradoras ou de assistência adequada, bem como com autoridades sanitárias provinciais e distritais. Chile colocou em prática em 2003 um sistema de informação gerencial que logo se expandiu para sete hospitais, onde ele foi utilizado adicionalmente para negociar as causas em função dos custos e da complexidade da produção de diversos serviços.

#### *Tendências emergentes nos serviços de saúde*

Certos desenvolvimentos chave dos serviços de saúde que poderiam ampliar o acesso à assistência, ainda se encontram em sua maioria nas etapas iniciais. Entre elas inclui-se no uso da tecnologia da informação e a comunicação, o aumento da globalização e o intercâmbio nos serviços de saúde, a investigação sobre o mapa do genoma humano, e novos tratamentos, medicamentos e tecnologias de assistência de saúde.

Nas zonas rurais ou de difícil acesso, as tecnologias da informação e a comunicação facilitam o aumento do acesso aos especialistas e aos serviços de maior complexidade. Quando se utiliza de maneira adequada, a tele-saúde pode reduzir os obstáculos ao acesso à assistência, provocados pelas barreiras geográficas, a distribuição inadequada dos provedores de saúde, os custos e a falta de supervisão e apoio dos trabalhadores sanitários em nível de assistência primária (86). Por exemplo, na zona rural dos Estados Unidos, os provedores de assistência primária utilizam a tele-saúde para consultar com especialistas sobre casos específicos na presença dos pacientes. Mediante o uso de scanners especiais para transmitir as imagens aos radiologistas que as analisam em outros lugares, estes especialistas podem empregar a tecnologia da informação para incrementar o acesso aos serviços de diagnóstico. Esta classe de tecnologia pode oferecer educação continua aos provedores de assistência de saúde de todo tipo. No México, em 2006, 18 centros de assistência de saúde em quatro

estados capacitaram ao pessoal que podia oferecer serviços de tele-medicina. Outros oito centros federais também proporcionaram serviços de tele-medicina, além de educação contínua, mediante o uso do mesmo tipo de tecnologias.

## MEDICAMENTOS E TECNOLOGIAS PARA A SAÚDE

### Medicamentos

#### *Políticas farmacêuticas*

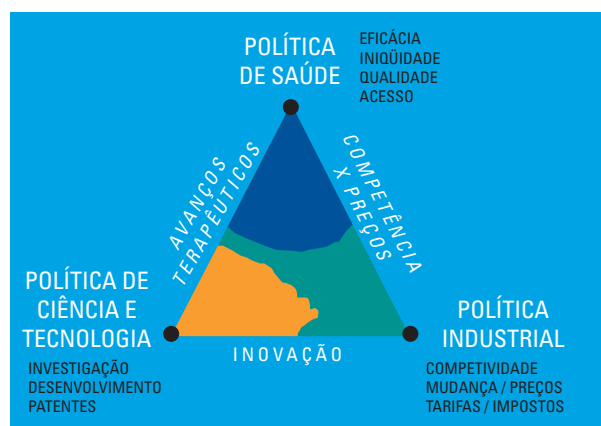
As políticas farmacêuticas, com seus componentes de acesso, qualidade e uso racional harmonicamente inter-relacionado, são parte das políticas sanitárias articuladas aos sistemas de saúde o de seguro em saúde com o propósito de manter a integralidade nos aspectos estruturais, de financiamento e gestão, e principalmente quanto ao cumprimento das metas em saúde fixadas pelos países. A formulação e implantação de políticas farmacêuticas não apenas envolve aspectos sanitários, como também industriais e de ciência e tecnologia. Este trio pode se representar mediante um triângulo em cujos vértices se situam a política industrial, a política de ciência e tecnologia, e a política sanitária (figura 3) (87).

A partir da perspectiva da política industrial, procura-se a competitividade tanto em nível interno como mundial para consolidar a oferta. A partir da perspectiva da política de ciência e tecnologia, a preocupação centra-se na investigação e no desenvolvimento, e na melhoria tecnológica das formas farmacêuticas. A partir da perspectiva da política sanitária, não apenas se procura velar pelo acesso da população aos medicamentos, bem como também fiscalizar e vigiar a qualidade dos produtos, sua segurança e seu desempenho terapêutico. As preocupações sanitárias compartilham com a política industrial a necessidade da promoção da competência através dos preços, e com a política de ciência e tecnologia a preocupação por promover avanços terapêuticos. Por sua vez, esta última compartilha com a política industrial o estímulo para a inovação e para a qualidade.

A partir da perspectiva da política sanitária, o medicamento é, sobretudo, um bem social, enquanto que a partir da óptica da política industrial e de inovação, é especialmente um bem de consumo. Certamente, tendo em vista que a realidade é mais complexa, uma política farmacêutica pode estar centrada em diferentes aspectos segundo o determinem as prioridades nacionais.

Após diversas tendências que se manifestaram nos vértices do triângulo durante as três décadas anteriores, na atualidade parece haver um movimento mais equilibrado. Alguns países contam com estruturas fortalecidas que incluem organismos reguladores. Tal como no caso do Brasil e da Argentina, que estão assumindo uma liderança reconhecida que procura orientar as políticas farmacêuticas até a busca de equilíbrios em diferentes pontos do interior do triângulo mais do que em seus vértices. Outros

**FIGURA 3. Aspectos inter-relacionados na formulação de políticas de medicamentos.**



**Fonte:** Adaptado de Tobar F. Políticas para melhorar o acesso aos medicamentos. Boletim Fârmacos, julho 2002; 5(3).

países realizaram esforços para identificar espaços que lhes permitam mover-se até o centro do triângulo com algumas inovações, ainda agora se mantém mais em nível da normativa do que da implantação. O Equador, por exemplo, aprovou no ano 2000 uma lei de genéricos que abarca todo o ciclo, desde a produção até o consumo, e que não apenas obriga o uso dos fármacos mais baratos no setor público, bem como também exige que 20% da produção de todos os laboratórios concentrem-se nestes produtos, e estabelece margens de benefício maiores para os vendedores de farmacêuticos (88). Igualmente, mediante a expansão das compras públicas, vários países da Região (entre os quais Bolívia, Chile, Jamaica, Peru, República Dominicana e Uruguai) incentivaram uma oferta crescente de produtos competitivos.

Nos países, estas medidas podem fazer parte de políticas farmacêuticas integrais oficialmente formuladas ou pode se tratar de decisões focadas para algum componente específico da política. De acordo com o último informe da OMS (89), de 27 países da Região que responderam uma pesquisa sobre a situação farmacêutica em 2003, 16 países informaram contar com uma política farmacêutica nacional, e em nove deles esta política era oficial.

#### *O mercado farmacêutico*

O dos medicamentos é um dos mercados de mais alto crescimento em nível mundial. Apenas nos últimos cinco anos registrou uma expansão superior a 50%.<sup>14</sup> Os Estados Unidos ocupam a liderança do mercado de medicamentos tanto na Região como no mundo, com US\$ 190.000 milhões de faturamento nos últi-

<sup>14</sup>En 2000 o mercado mundial era de US\$ 356.000 milhões e em 2005 de US\$ 602.000 milhões. Fonte: IMS Health Total Market Estimates and Global Pharma Forecasts (inclui mercados auditados e não auditados pelo IMS).



mos 12 meses.<sup>15</sup> Nas Américas, o segue o Canadá, com US\$ 13.000 milhões (89). Juntos, os dois países representam 50% do mercado mundial e duplicaram seu mercado nos últimos seis anos. Também na América Latina e no Caribe o mercado de medicamentos cresce de modo firme desde 2002 e espera-se que mantenha este ritmo até o fim da presente década (90). A Região representa 8% do mercado mundial. Em 2006, os três países que lideram as vendas são o Brasil (US\$ 8.150 milhões), México (US\$ 7.824 milhões) e a Argentina (US\$ 2.148 milhões) (91).

Como no resto das regiões, expande-se nas Américas a participação dos produtos competidores (também chamados de múltiplas fontes ou genéricos). O crescimento significa maior número de unidades vendidas, visto que este segmento se caracteriza por apresentar preços muito inferiores. 80% dos países da Região incorporaram normas para promover a prescrição por denominação comum internacional (DCI) no setor público, porém somente 33% o fizeram no setor privado (92). A Argentina é um dos mais avançados neste sentido: 78% das receitas incluem o número genérico (93).

**Oferta e demanda.** A indústria farmacêutica está hoje amplamente globalizada. As empresas internacionais intensificam progressiva e rapidamente sua participação no mercado da América Latina. Na Argentina, os produtores de capital nacional detêm uma maior parte do mercado (50% dos laboratórios), em seguida o Chile com 43%, o Uruguai com 26%, o Brasil com 25% e México com 12% (94). A desregulamentação econômica implantada na década passada incentivou para que as multinacionais concentrassem a produção nos maiores países da Região. Desde então, incrementa-se progressivamente o comércio inter-regional. A participação da Europa e dos Estados Unidos exibe uma tendência decrescente com respeito às importações da Região, em especial quando se consideram os volumes ao invés dos montantes.

Nenhum país se auto-abastece por completo. Estados Unidos é o maior produtor mundial de medicamentos; é também o maior importador e apresenta um balanço comercial negativo. Todos os países importam insumos, e no caso dos produtos finais, a dependência é proporcional ao nível de desenvolvimento industrial. Assim, por exemplo, no Brasil os produtos importados representam 19% do mercado (95), na Argentina 30% (96), no Peru 40%,<sup>16</sup> no Uruguai 50% (97) e no Equador 80% (98). A demanda de me-

dicamentos está muito concentrada: mais de 80% da produção mundial se consome nos 12 países mais desenvolvidos.

Mais da metade dos habitantes da Região tem dificuldades para ter acesso a medicamentos essenciais. De acordo com a pesquisa da OMS, 60% dos países da Região tinham em 2003 um acesso a medicamentos essenciais menores do que 80% (92). Os preços constituem a principal barreira, embora o acesso também dependa das rendas da população. Quando se ajustam os preços de acordo com a igualdade do poder aquisitivo (PPA), o Uruguai, país que detém o menor preço médio, resulta ser o mais caro (99). Outra barreira tem sido atribuída a que o altíssimo ritmo inovador da indústria no responde a os problemas prevalentes em países e áreas de menor desenvolvimento (100). Tem-se estimado que somente 3% dos gastos da pesquisa e desenvolvimento da indústria farmacêutica estão direcionados a produzir medicamentos contra essas enfermidades, que representam 90% da carga global de enfermidade que recai sobre o mundo em desenvolvimento (101).

**Financiamento.** Segundo projeções do IMS para 2006, os países da América Latina gastam mais de US\$ 22.000 milhões (quase US\$ 40 per capita/ano) em medicamentos. O financiamento dos fármacos provém de três grandes fontes: de um lado, o gasto dos lares (gasto direto); em segundo lugar, os planes de seguro (público, mutuo e privado), que em geral financiam 100% dos fármacos que necessitam seus assegurados durante a internação, porém uma porção menor da medicação ambulatorial, e em terceiro lugar o gasto dos governos para a provisão de medicamentos a seus serviços públicos.

Dois terços do financiamento dos medicamentos na América Latina provém do gasto dos lares e apenas uma das outras duas fontes. Isto introduz um forte retorno, uma vez que os estratos de menores rendas destinam mais de 70% de seus gastos em saúde à aquisição de medicamentos (102). Os seguros sociais e os seguros públicos (que estão se estendendo na Região) ainda têm cobertura parcial, e somente no caso de Costa Rica este resulta comparável à seguridade social européia ou australiana.

Quanto maior é a participação do financiamento público, maior é o acesso e menor o preço médio. No Chile as compras públicas incrementaram-se com o Sistema AUGE (Acesso Universal com Garantias Explícitas) e estão por volta de 30% do gasto total; no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) provê 25% do total de medicamentos que circulam no país (103); no Peru, representam 21% do financiamento (104), e na Argentina aproxima-se de 15% (105).

#### *Comercio e saúde*

Nos últimos anos, o tema dos direitos de propriedade intelectual relacionados com o acesso a medicamentos tem estado presente na agenda de saúde de maneira permanente. A partir de 1999, quando a Assembléia Mundial da Saúde aprovou a Resolução “Estratégia Revisada de Medicamentos”, a OMS recebeu

<sup>15</sup>Os dados apresentados são do IMS (Estatísticas Médicas Internacionais) e correspondem ao período compreendido entre julho de 2005 e junho de 2006. Em nenhum caso favorece impostos nem as margens de ganho dos vendedores minoritários.

<sup>16</sup>Em 2006 o Instituto Nacional de Estatísticas e Informação do Peru estimou que o mercado estivesse por volta de US\$ 462,5 milhões e suas importações em US\$ 185,5 milhões. Veja-se também M.I Terra, G Bittencourt et al. Estudos de Competitividade Setoriais. Indústria Manufatureira. Departamento de Economia. Faculdade de Ciências Sociais. UDELAR. Documento No 23/05. Montevideu, Uruguai



o mandato de cooperar com os Estados Membros no monitoramento e análise das implicações, para o setor farmacêutico e a saúde pública, dos acordos internacionais, incluídos os acordos comerciais. Nos anos subsequentes, vários países em desenvolvimento lideraram um movimento que resgata permanentemente este assunto e o coloca na ordem do dia dos governos dos Estados Membros. Neste contexto, nos anos 2001, 2002 e 2003 aprovaram-se resoluções específicas relacionadas com o acesso a medicamentos (106, 107, 108), com cláusulas relativas às implicações dos acordos comerciais na saúde pública, em especial o Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Proteção da Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio (ADPIC), da Organização Mundial de Comércio (OMC). Estes aspectos foram incluídos em resoluções relacionadas com a resposta ao HIV/sida (109).

A denominada Declaração de Doha (Declaração Ministerial relativa ao Acordo sobre os ADPIC e a Saúde Pública), adotada em 14 de novembro de 2001 na IV Conferência Ministerial da OMC em Doha, Qatar, representa um marco histórico para a relação entre comércio e saúde pública. Essa Declaração reafirma as flexibilidades previstas no Acordo do ADPIC e o direito dos países de utilizar essas flexibilidades para promover o acesso a medicamentos.

Os tratados de livre comércio bilaterais ou sub-regionais que na atualidade se discutem, negociam ou implantam em diversos países, constitui uma preocupação significativa na Região das Américas, assim como em outras regiões, dada a incidência que sua aplicação pode ter na saúde, e em particular no acesso a medicamentos. Um de os principais motivos da preocupação é a possível imposição de condições mais restritivas que as estabelecidas em acordos anteriormente negociados, em especial o Acordo sobre os ADPIC, e seus efeitos sobre as legislações nacionais. Essa tendência se denomina ADPIC Plus ou OMC Plus. Como esses tratados geralmente se superpõem à legislação vigente, acabam impondo restrições maiores e obrigando os países a alterarem suas legislações. Por outro lado, também é um feito conhecido que se apresentam conflitos nos próprios governos na discussão desses tratados. No passado, esses conflitos levaram os diversos governos a discutir os tratados sem a participação dos representantes do setor saúde. Embora aparentemente este seja um problema que os países em desenvolvimento vêm enfrentando cotidianamente, é possível prever que os sistemas de saúde dos países industrializados não possam seguir suportando os custos crescentes nos sistemas de reembolso de novos medicamentos para importantes problemas de saúde pública.

A patente é um instrumento da política econômica que pode ou não trazer benefícios a um país determinado. Argumenta-se que as patentes estimulam os investimentos no desenvolvimento científico e tecnológico, produzindo inovações e benefícios para a sociedade. Contudo, por sua própria natureza também criam monopólios legais que permitem fixar preços elevados, e retardam a competência no mercado.

### *Harmonização*

Em matéria de harmonização, a Região das Américas experimentou grandes avanços. A Rede Pan-americana para a Harmonização da Regulamentação Farmacêutica (Rede PARF), aconselhada pela OPAS/OMS e que se constituiu em 1999, quando se celebrava a II Conferência Pan-americana sobre a Harmonização da Regulamentação Farmacêutica, desenvolveu-se e está cada vez mais alicerçada como estratégia regional de apoio aos processos nacionais e sub-regionais. Atualmente a Rede conta com 12 grupos de trabalho que são coordenados por representantes de autoridades (agências) de regulamentação de medicamentos de diferentes países da Região, com exceção do grupo de Fármacos, que é coordenado pela Farmacopéia dos Estados Unidos (USP). Atualmente, 110 profissionais peritos provenientes dos Ministérios da Regulamentação, que agrupam representantes da indústria e da academia constituem os diferentes grupos, 72% dos quais provêm dos organismos nacionais de regulamentação. Os grupos de trabalho se estenderam recentemente a grupos de discussão técnica, e incorporaram a mais de 80 profissionais, porém todos eles provenientes de ministérios nacionais de regulamentação.

Até a data, a Rede, cujo objetivo principal é contribuir em todos os aspectos da qualidade, segurança e eficácia dos produtos farmacêuticos, conta com vários produtos tangíveis, dos deles já aprovados pela Conferência: a Guia para a verificação de boas práticas de manufatura (BPM), preparada pelo GT/BPM, e Boas práticas clínicas (BPC): documento das Américas; outros trabalhos já preparados são os seguintes: Estratégia para implantar estudos de bioequivalência; Requisitos comuns para o registro dos medicamentos; Definição e critérios para a classificação dos medicamentos; e a série de documentos sobre a folha de rotina, a estrutura básica, e definições e indicadores para fortalecer a luta contra a falsificação de medicamentos.

Uma das atividades mais bem sucedidas da Rede PARF foi a criação e a realização de atividades educativas em matéria de regulamentação. Com efeito, a Rede realizou aproximadamente 50 cursos sobre qualidade de medicamentos (Boas práticas de manufatura; Boas práticas de laboratórios; Validação de processos; Aplicação prática de HPLC [Cromatografia líquida de alta resolução]; Bioequivalência, e Boas práticas clínicas). Estas atividades contaram com a colaboração de universidades nacionais da Região e são em sua grande maioria de caráter nacional, com o qual se logrou atualizar durante este período a mais de 1.700 profissionais de diversos países.

### *Administração de medicamentos*

Os modelos nacionais de administração de medicamentos na Região são sistemas cíclicos nos quais as funções ou processos primários dependem da execução eficaz de uma função anterior e são apoiados por esta. Assim, por exemplo, a seleção de medicamentos se baseia na avaliação das necessidades e do uso dos

fármacos, e os requerimentos para as aquisições resultam das decisões tomadas durante o processo de seleção.

A Lista de Medicamentos Essenciais serve como guia para a aquisição de medicamentos por parte do setor público, e utiliza-se como referência primária em alguns países para o reembolso dos fármacos financiados pelos planos de seguro privados. Os sistemas de aquisição evoluem à medida que a descentralização do sistema de saúde se intensifica. Nos países maiores, como o Brasil e Colômbia, a responsabilidade das aquisições da maior parte de medicamentos foi transferida em nível local (os departamentos de saúde ou o nível institucional), ao passo que nos menores prosseguem operando os Sistemas de distribuição de maneira centralizada, ou administrados diretamente pelo Ministério da Saúde ou por uma entidade autônoma contratada pelo setor público para esta finalidade.

O processo de descentralização gera alguns problemas já que as áreas de saúde em nível do departamento (o estado), ou município ou o distrito, devem desenvolver a capacidade de organizar um processo de aquisições que assegure a disponibilidade contínua dos medicamentos nos estabelecimentos de saúde. Em alguns casos, a descentralização origina aumentos significativos dos custos dos medicamentos, porque se perdem economias de escala resultantes da consolidação da demanda, sobretudo para os medicamentos mais custosos. Então os países estão considerando a possibilidade de redefinir os critérios para diferenciar entre produtos de custo elevado que serão adquiridos pelo nível central mediante compras consolidadas, e produtos de baixo custo que compararam em forma descentralizada os estados, municípios ou distritos. Os sistemas centralizados de aquisição nos países menores também estão evoluindo na medida em que logram maior autonomia de gestão do Ministério de Saúde; não obstante, o Ministério de Saúde continua sendo o principal agente responsável das aquisições e da distribuição pública dos medicamentos na maioria dos países (86%) (92).

Independentemente do nível da descentralização do sistema de distribuição, todos os países continuam afrontando desafios importantes quanto às aquisições e à regulamentação da oferta dos medicamentos. Os estudos sobre sistemas de abastecimento executados em vários países nos dos últimos anos pela OPAS e a Cooperativa de Hospitais de Antioquia (COHAN), um centro colaborador da OPAS/OMS em matéria de abastecimento de medicamentos essenciais, indicam que as políticas de saúde e as políticas farmacêuticas nacionais, bem como as condições nas aquisições dos medicamentos estabelecidas pelos organismos financeiros externos, não facilitam a integração dos sistemas de distribuição. Em consequência, amiúde se encontram processos de aquisição isolados e desconectados, e sistemas de distribuição paralelos em funcionamento, e repetição das funções no distrito em nível nacional, sem nenhuma coordenação. Com frequência o abastecimento dos produtos se garante através de mecanismos isolados de aquisição que não levam em conta a importância de implantar e monitorar o sistema em sua totalidade, conduzindo

em último caso a desabastecimentos e aumentos nos custos, e não se aproveitam as oportunidades para utilizar o financiamento disponível.

O custo dos medicamentos no setor público prossegue aumentando. Assim, o Brasil informa que em 2006 o custo dos medicamentos representou cerca de 11% do pressuposto sanitário nacional, um incremento significativo a respeito dos 5% notificados em 2002. Além disso, o custo de prover os medicamentos ao setor público está aumentando exponencialmente, como resultado da proliferação dos processos judiciais em toda a Região para garantir os direitos dos pacientes e proporcionar a pacientes individuais ou a grupos de pacientes, medicamentos de custo elevado que não integram as listas de medicamentos essenciais. Com o objetivo de justificar a inclusão ou exclusão dos medicamentos nas listas autorizadas e aplicar mais rigorosamente o uso de estas listas no setor público, o setor saúde está examinando os processos e avaliando a utilização das tecnologias sanitárias mediante um enfoque baseado em provas (científicas e econômicas).

O Fundo Estratégico da OPAS, que já conta com a participação de 17 países, é um instrumento de cooperação técnica criado para apoiar a os países na planificação de aquisição e compra de provisões estratégicas de saúde pública. O Fundo Estratégico oferece apoio técnico para as aquisições e a regulamentação da oferta, sobretudo de produtos básicos relacionados com o HIV, uma área complexa nas aquisições devido aos desafios de projetar as necessidades quando existem diferentes líneas de tratamento; a determinação do status das patentes de os produtos; e as políticas de fixação diferenciada de preços que são aplicadas por alguns fabricantes em toda a Região. Os países participantes do Fundo Estratégico estão procurando trabalhar de forma conjunta para enfrentar os desafios similares nas aquisições e no abastecimento de outros medicamentos complexos de custo elevado, inclusive os imunossupressores e os fármacos utilizados no tratamento do câncer.

#### *Uso racional de medicamentos*

Como já se mencionou, desenvolveram-se esforços importantes para melhorar o acesso a os medicamentos, porém nem sempre foram acompanhados por uma estratégia para seu uso racional. O conceito de medicamento essencial, que em 2007 cumprirá 30 anos de ter sido utilizado pela primeira vez, constitui-se em pilar fundamental das políticas farmacêuticas, e a seleção de uma lista de medicamentos essenciais é um poderoso instrumento para garantir o uso racional dos medicamentos. Em 2003, 22 países informaram contar com lista de medicamentos essenciais, com uma média de 400 medicamentos e percentuais inferiores e superiores de 346 e 618 respectivamente (92). Todavia, estas listas utilizaram-se principalmente para as aquisições do setor público e solo em poucos casos para o reembolso de seguros públicos ou privados. Os Comitês de Medicamentos e Terapêutica (CMT) se constituem formalmente na maior parte de países, porém as funções e incidência real na execução eficaz das pautas,

os formulários e a seleção dos medicamentos variam muito nos países. Os Formulários Terapêuticos Nacionais (FTN) e as Guias de Tratamento Estandarizadas (GTE), embora sejam as de uso obrigatório nas instituições, com frequência não fazem parte da prática médica e se requer muito esforço, capacitação e coordenação institucional para seu cumprimento. O Centro Colaborador de La Plata (Argentina) continua apoiando as capacitações regionais em aprendizagem do fármaco-terapia baseado em problemas. O curso, encaminhado a capacitar a os instrutores, realiza-se anualmente. Nos últimos cinco anos o Centro Colaborador distribuiu cursos na Argentina, Brasil, México, Guatemala e Cuba, países onde se capacitaram por volta de 200 docentes e 50 médicos e coordenadores de assistência primária. O Centro está também colaborando na realização de um curso a distancia sobre o uso racional dos medicamentos para 5.000 prescritores do programa REMEDIAR (uma iniciativa que põe a disposição os medicamentos essenciais para 15.000.000 de pessoas na Argentina).

Por outro lado, o Brasil distribuiu o curso de aprendizagem da fármaco-terapia baseado em problemas em 21 dos 27 estados do país, nos quais se capacitou a 1.022 profissionais: médicos, odontologistas, farmacêuticos, enfermeiros e veterinários. Traçaram-se também algumas iniciativas para educar a comunidade quanto ao uso racional de medicamentos: a partir das campanhas locais nas escolas primárias da Costa Rica até uma edição em espanhol do curso internacional intitulado “Promoção do uso racional de medicamentos na comunidade”, desenvolvido por Ação Internacional pela Saúde (AIS) na Nicarágua.

A automedicação continua sendo um problema na Região, especialmente com o uso de antibióticos. A venda sem receita destes medicamentos, junto com uma alta taxa de prescrição errônea, contribui de maneira significativa para a resistência aos antimicrobianos. Uma pesquisa ambulatorial realizada em 2005 na Nicarágua e em Honduras calculou em mais de 30% a aquisição dos antibióticos sem receita e em quase 50% a receita inadequada (110). Tem sido amplamente documentado o excesso no uso de antibióticos em enfermidades tais como as infecções das vias respiratórias superiores, ainda em países desenvolvidos como os Estados Unidos. Entre as estratégias nacionais para enfrentar este problema cabe mencionar a experiência do Chile, que logrou resultados positivos quanto à diminuição do consumo de antibióticos mediante a adoção, em 1999, de medidas normativas.

Em relação à isenção de medicamentos, desde 2002 o Foro Farmacêutico das Américas, do qual participam associações farmacêuticas nacionais e regionais, a Federação Internacional Farmacêutica e a OPAS, desenvolve em quatro países um projeto de assistência farmacêutica em pacientes com hipertensão (111) que procura melhorar a obtenção de resultados terapêuticos farmacológicos e não farmacológicos. As atividades que se realizam em cada país são coordenadas por um grupo nacional com a participação de profissionais da universidade, o centro de informação de medicamentos, a associação farmacêutica nacional, o Ministério de Saúde e a OPAS/OMS. O Foro pôs também em an-

damento um projeto de boas práticas de farmácia que começou no Uruguai em 2005.

## Vacinas

Durante os últimos 10 anos os países da América Latina e o Caribe aumentaram sua dependência das vacinas importadas produzidas fora da Região. O advento de novos produtos e suas combinações com as vacinas clássicas, produzidas pelos grandes consórcios agrupados em diferentes modalidades de alianças comerciais, deslocou em grande parte as produções nacionais. Agora, desde a introdução da vacina tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba) a produção de vacina anti-sarampo foi interrompida. O advento da vacina penta-valente (difteria, tosse comprida, tétano, hepatite B e *Haemophilus influenzae* tipo b) limitou o uso da DPT somente como dose de reforço. Em alguns países como o Brasil substituiu-se seu uso pela produção nacional de vacina quádrupla DPT-Hib. Algumas produções, tais como a de vacina oral contra a poliomielite (VPO), produzida em cultivos celulares no México, mantêm-se, com grandes probabilidades de serem substituída, em curto prazo, pela vacina anti-poliomielite inativa (VPI). Produções menores no Chile, Venezuela e Colômbia foram diminuídas ou totalmente eliminadas.

Na Região, as tentativas de auto-abastecimento em matéria de vacinas realizados na década de 1990 viram-se atingidas pelo uso dos novos produtos introduzidos pelos programas de imunização na maioria dos países. Atualmente, poucos produtores na Região possuem a capacidade de atualizar sua infra-estrutura técnica e instalações para concluir a produção de vacinas combinadas que são necessárias para satisfazer as demandas de seus programas de imunização. De acordo com a certificação da OMS, atualmente somente dois produtos encontram-se pré-qualificados quanto ao cumprimento de práticas adequadas de fabricação: a vacina contra a febre amarela no Brasil e a vacina contra a hepatite B em Cuba. Alguns produtos, como a vacina de polisacarídeo sintético de *Haemophilus influenzae* tipo b conjugada com o toxóide tetânico em Cuba, e a vacina quádrupla (DPT-Hib) no Brasil, constituem esforços promissores que procuram ser avaliados para a pré-qualificação da OMS. Cabe mencionar as valiosas tentativas realizadas pelos governos da Venezuela, Colômbia e Cuba, de reiniciar as produções de vacinas DPT (Venezuela e Cuba) e febre amarela (Colômbia) com o desenvolvimento de novas plantas produtoras que satisfaçam as demandas das normativas vigentes em matéria de cumprimento de boas práticas de manufatura.

Como alternativa, para dar continuidade a produções competitivas, alguns produtores associaram-se aos fabricantes internacionais fora da Região. Por exemplo, no Brasil, os produtores Bio Manguinhos (para a produção das vacinas Hib e tripla viral) e o Instituto Butantã (para a produção de vacina contra a gripe sazonal) estabeleceram alianças com consórcios farmacêuticos europeus.

### *Regulamentação em matéria de vacinas*

A Autoridade Regulamentadora Nacional (ARN) é a principal responsável para garantir a qualidade das vacinas de uso nos países, para o qual deve trabalhar em colaboração permanente com os programas de imunização. A OPAS concluiu um programa permanente de capacitação nas funções básicas das ARN na área de vacinas, com a finalidade de garantir o cumprimento das seis funções básicas (sistema de registro de produtos, inspeções de boas práticas de manufatura, sistema de liberação de lotes, provas de laboratório, avaliação de estudos clínicos, e vigilância posterior à comercialização) requeridas por a OMS para a ARN de países produtores de vacinas, e pelo menos das funções para a ARN de países que compram produtos a través das Nações Unidas.

Um desafio adicional para as ARN na América Latina foi o surgimento no mercado de novas vacinas cujo desenvolvimento clínico e processo de registro no se levam a cabo no país de produção do biológico. Tradicionalmente, o registro no país de origem (pelo geral um país desenvolvido) era uma garantia de qualidade para as ARN na Região. Entretanto, ao tratar-se de novos produtos que no são uma necessidade no país de origem, o primeiro registro o deve outorgar a ARN que adquire o produto pela primeira vez, e com ele assume a responsabilidade da avaliação integral da vacina, inclusive as análises e a interpretação dos primeiros estudos clínicos obtidos durante seu desenvolvimento. Tal é o caso das novas vacinas contra o rotavírus e o vírus do papiloma humano (VPH), que foi posto à disposição de países de América Latina e o Caribe.

Com o propósito de apoiar às ARN no novo desafio que estabelece a chegada das novas vacinas, a Unidade de Medicamentos Essenciais e Tecnologias para a Saúde, da OPAS, organizou uma série de cursos e seminários nos quais se apresentam alternativas para a avaliação da informação, que se inclui no Documento Técnico Comum (*dossier*), e se oferece material de capacitação para as autoridades, com a finalidade de gerar a experiência técnica que requer a avaliação integral dos novos produtos, desde os aspectos do processo de produção, o controle de qualidade e as provas de estabilidade e pré-clínicas, até os ensaios clínicos. A avaliação da eficácia dos novos produtos constitui um elemento adicional à tarefa das ARN, para as quais a introdução destes novos biológicos na Região supõe um desafio, porém também a oportunidade de crescer, em forma conjunta e individual, em conhecimento e experiência na importante função da regulamentação de vacinas.

### **Serviços de diagnóstico por imagem e radioterapia**

#### *Serviços de diagnóstico por imagem*

A radiologia diagnóstica convencional — básica e especializada—, a radiologia intervencionista, a ecografia e a medicina nuclear diagnóstica e Terapêutica cumprem atualmente uma função essencial nos processos clínicos de assistência da saúde

(112). Estes serviços de diagnóstico por imagem abarcam uma ampla gama de aplicações clínicas, que vão desde o diagnóstico e seguimento de enfermidades e situações muito comuns e de alta incidência na população, tais como as enfermidades respiratórias, os traumatismos, os transtornos digestivos, ou o controle da gestação ou das infecções mamaria, entre outras, até enfermidades mais complexas como as tumorais, a AIDS, as infecções do sistema nervoso central ou as enfermidades cardiovasculares (113). As tecnologias de formação de imagens continuam sendo um campo rapidamente em mutação e continuam revolucionando cada especialidade da medicina. Isto se deve em parte ao alto nível de inovação das empresas fabricantes de equipamentos.

O progresso da tecnologia das comunicações durante o último decênio tem influenciado diretamente nas ciências da saúde no campo da tele medicina, e muito em particular na tele-radiologia. Nos Estados Unidos, a tele-radiologia tem expandido extraordinariamente seu faturamento nos últimos cinco anos. Trata-se de aplicações disponíveis através de redes de comunicações, um mundo virtual no qual a conexão entre o lugar onde se geraram as imagens e o lugar onde se interpretam se determina mais pelos modelos empresariais e as conexões da Internet que por quem está de serviço quando a imagem deve ser lida (114). Estes avanços podem se tornar muito úteis em lugares onde há escassez de radiologistas que interpretam as imagens, como os países do Caribe, a região amazônica, ou em zonas remotas como a Ilha de Páscoa. Todavia, embora esteja se explorando a introdução desta modalidade em vários lugares da América Latina e o Caribe, não se tem notificado nenhum caso de sucesso, devido essencialmente à falta de uma infra-estrutura de comunicações adequada e estável, e à escassez de recursos financeiros para fazer frente aos investimentos iniciais e de manutenção de toda a rede.

Outro exemplo de avanços tecnológicos é o aumento do uso da radiologia intervencionista nos últimos anos. Agora é possível tratar varias enfermidades utilizando cânulas ou meios de embolização (115), o que permite que o paciente seja atendido de forma ambulatorial ao invés de requerer uma estadia longa no hospital. Os governos e o público em todo o mundo apreciaram rapidamente os benefícios da radiologia intervencionista e existe, portanto uma considerável pressão por parte do público e dos meios de comunicação para ampliar a variedade destes procedimentos. Como conseqüência, a prática da radiologia intervencionista tem se difundido amplamente nos países que contam com todos os níveis de assistência de saúde em um período relativamente curto.

A radiologia digital, que emprega dispositivos de armazenamento de fósforo foto estimulável e introduziu-se na prática clínica no decênio de 1980, é outra área de diagnóstico por imagem que tem passado por mudanças surpreendentes e cujo uso tem aumentado de forma gradual na América Latina e no Caribe. Com ela, novos tipos de dispositivos de formação de imagens digitais estão se introduzindo no mercado (116).



“*A equidade e a eficiência são um dos requisitos básicos de um sistema de saúde.*”

Carlyle Guerra de Macedo, 1989

Na área da tomografia computadorizada (TC), com a introdução, primeiro das explorações com técnica helicoidal e mais recentemente com os multicortes, tem-se reduzido sensivelmente os tempos de exploração por paciente. Em consequência, agora é possível realizar mais exames em determinado tempo, ampliar o alcance de alguns exames, bem como introduzir algumas técnicas e exames novos, por exemplo, em cardiologia. Os novos dispositivos de formação de imagens representam uma enorme promessa para o diagnóstico de uma variedade de anomalias cardiovasculares.

O Comitê Científico das Nações Unidas para o Estudo dos Efeitos da Radiação Atômica (UNSCEAR) examina periodicamente a situação mundial dos serviços de radiologia. Na atualidade, o UNSCEAR está elaborando o informe que será apresentado na Assembléia Geral das Nações Unidas em 2007, atividade com a qual a OPAS está colaborando na Região das Américas. Seu último informe apresentado na Assembléia Geral das Nações Unidas é oficialmente publicado em 2000 (117).

Na maioria dos países da Região, o nível de acesso aos serviços de radiologia está longe daquele dos países industrializados. Enquanto que nestes últimos a frequência anual de estudos radiológicos é superior a 1.000 estudos por 1.000 habitantes, nos países de segundo nível de assistência sanitária (entre os quais se incluem 22 países da Região) este valor era em torno de 150, e nos de terceiro nível (cinco países) a cifra era de uns 20. O acesso a serviços de radiologia, além de escasso, é desigual, visto que em sua maioria estes serviços são oferecidos em centros de assistência localizados nas grandes cidades, de modo que grande parte das populações rurais não tem acesso aos mesmos. Por outro lado, seu elevado custo os torna inacessíveis para as populações urbanas pobres.

A eficácia clínica destes serviços depende enormemente da qualidade da assistência prestada. A existência de profissionais bem formados, bem como a implantação de programas de garantia de qualidade, tornam-se essenciais para lograr o objetivo fundamental de um diagnóstico certo. Um estudo multicêntrico realizado pela OPAS na Argentina, Bolívia, Colômbia, Cuba e México demonstrou que existe uma relação direta entre a certeza na interpretação radiológica e a qualidade das imagens radiográficas. Em todos os casos, os radiologistas das instituições participantes e um painel de peritos externos emitiu diagnósticos coincidentes quando se examinaram imagens de boa qualidade, e houve discrepâncias quando as imagens eram deficientes. Na ocasião, a qualidade das imagens esteve diretamente relacionada com o nível de formação e capacitação dos técnicos de radiolo-

gia, bem como com o tipo de revelação e o estado da combinação película/tela. O estudo conclui que se deve apoiar a formação continuada dos técnicos, e na compra e manutenção de equipes e acessórios, em especial os negatoscópios, as telas intensificadoras e as máquinas reveladoras, pela influência que têm na qualidade das imagens e, portanto, na emissão de diagnósticos certos (118). As vantagens clínicas dos serviços de tecnologia de imagem são enormes, porém na prática estes serviços poderiam representar um custo desnecessário para os sistemas de assistência de saúde nos países da Região se a qualidade proporcionada fosse inadmissível (113).

### *Serviços de radioterapia*

Usa-se atualmente a radioterapia para o tratamento de muitos tipos de tumores, e administra-se freqüentemente em combinação com a cirurgia, com quimioterapia, ou com ambas. A meta da radioterapia é lograr níveis citotóxicos da irradiação em volumes brancos bem definidos, minimizando na medida do possível a exposição dos tecidos sadios circundantes. Considera-se internacionalmente que a radioterapia continuará sendo chave para o tratamento do câncer nos próximos decênios. Sua função curativa é particularmente importante nos tumores da cabeça e do colo, cérvico-uterino, da mama e da próstata, sem esquecer sua função paliativa e eficaz em relação ao custo respectivo de todas as enfermidades. Em comparação com outras modalidades terapêuticas, os custos por paciente tratado são relativamente baixos se os equipamentos são utilizados em ótimas condições.

As neoplasias malignas constituem a segunda causa de morte na Região (119). Segundo recente informe de organismos especializados espera-se que continue o crescimento da população, combinado com o envelhecimento paulatino da mesma na América Latina e no Caribe (120). A OMS tem chamado a atenção sobre o considerável aumento previsto no número de pacientes com câncer nos países em desenvolvimento em um futuro próximo, e, consciente desta problemática, a 58ª Assembléia Mundial da Saúde aprovou em 2005 uma resolução sobre a prevenção e controle de câncer, onde reconhece a importância da radioterapia no manejo e tratamento desta enfermidade (121).

A radioterapia se aplica com um dos métodos: a tele-terapia, na qual um feixe de radiação externa ao corpo se dirige em direção ao tecido, ou a braquiterapia, em que fontes radioativas colocam-se em uma cavidade natural corporal ou se inserem diretamente no tecido tumoral. Os feixes de radiação externa com fins terapêuticos mais comumente utilizados são produzidos por máquinas que pertencem a dois tipos: unidades de cobalto-terapia que contêm fontes radioativas de Co-60 e que são as mais usadas na América Latina e o Caribe, e os aceleradores lineares, mais empregados nos países industrializados e que estão se incorporando paulatinamente nos países da América Latina e do Caribe.

De acordo com a base de dados do Diretório de Centros de Radioterapia (DIRAC) do OIEA (Organismo Internacional de Ener-



gia Atômica) /OMS (122), os países industrializados dispunham em 2005 de uma média de 6,4 unidades de radioterapia de alta energia por 1.000.000 habitantes, enquanto que a média na América Latina e no Caribe situa-se em 1,4 por 1.000.000 habitantes, e existem países com uma média muito abaixo desta cifra, como é o caso do Peru, Nicarágua, El Salvador, Guatemala, Haiti, ou outros onde estes serviços são praticamente inexistentes, como muitos do Caribe. Quanto aos recursos humanos recolhidos pelo DIRAC, os dados para os países industrializados arrojam um índice de 9 e 5 radio terapeutas e físicos médicos respectivamente por 1.000.000 habitantes, frente a 1,6 e 0,7 por 1.000.000 na América Latina e no Caribe, ao passo que no campo tecnológico, 86% das unidades de tele-terapia são aceleradores lineares nos primeiros, porcentagem que se reduz a 42% na América Latina e no Caribe. Igualmente, grande parte da tecnologia e as técnicas clínicas em uso datam das décadas de 1960 e 1970, o que reduz seu impacto terapêutico em várias enfermidades. Como consequência, enquanto nos países industrializados se curam aproximadamente a metade dos pacientes com câncer e no mínimo a metade dos pacientes diagnosticados necessita tratamento com radioterapia, em muitos países da América Latina e do Caribe não se dispõe da tecnologia nem dos recursos humanos apropriados para oferecer estes serviços (123), e em alguns casos o acesso a eles é muito reduzido ou inexistente.

Segundo a base de dados GLOBOCAN 2002, do Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer (IARC), um organismo da OMS (124), a incidência anual de câncer na América Latina e no Caribe é de uns 833.000 casos, quer dizer menos de 200 casos por 100.000 habitantes. A cifra pareceria refletir uma subestimação se a comparássemos com os dados numéricos disponíveis em alguns ministérios de saúde da Região, e se distancia muito da incidência dos países mais industrializados, em torno de 500 casos por 100.000 habitantes.

Na efetividade e segurança dos tratamentos de radioterapia influem muitos fatores, tais como o correto diagnóstico e estado da enfermidade, a decisão Terapêutica adequada, a localização precisa da lesão e a planificação e execução do tratamento. Esta complexidade demonstra a necessidade de executar programas de garantia de qualidade para melhorar a efetividade e segurança nos tratamentos. Se levarmos em conta a capacidade limitada Terapêutica antes mencionada e se considerarmos válida a estimativa de 833.000 casos novos anuais, pode-se calcular que na América Latina e no Caribe morreriam anualmente pelo menos uns 120.000 pacientes potencialmente curáveis se tivessem acesso a serviços de radioterapia que funcionassem adequadamente dentro dos programas nacionais de controle do câncer.

#### *Planificação e gestão dos serviços de diagnóstico por imagem e radioterapia*

Os custos associados a estes serviços, tanto no investimento inicial como em suas projeções de funcionamento, obrigam a uma cuidadosa planificação e gestão de seu desenvolvimento. A

gestão e planificação destes serviços nem sempre é a adequada na Região, o que faz com que sua eficiência esteja abaixo do desejável. Frequentemente os custos de aquisição e manutenção do equipamento são muito mais elevados que nos países industrializados, e a distribuição geográfica e o tempo de uso não são ótimos. Todos estes aspectos se tornam mais críticos com a incorporação de modalidades mais complexas e custosas, como a tomografia computadorizada, a ressonância magnética, os aceleradores lineares ou a braquiterapia de alta taxa de dose.

Os países em desenvolvimento afrontam vários desafios ao adotar tecnologias sanitárias, uma vez que a maioria dos dispositivos médicos está projetada para serem usados nos países industrializados. Como consequência, cerca de 30% dos equipamentos complexos permanece sem uso, enquanto que os que estão em operação, entre 25% e 35% do tempo se encontram fora de serviço devido à fraca capacidade existente para sua manutenção. Uma causa fundamental identificada é a gestão ineficaz destas tecnologias, inclusive o planejamento, a aquisição e as operações posteriores (125).

Aos efeitos da gestão, é fundamental diferenciar entre equipamento e serviço: uma ressonância magnética não é um serviço de ressonância magnética, nem um acelerador lineal é um serviço de radioterapia. Um dos erros comuns que cometem alguns gestores sanitários quando incorporam tecnologia complexa é precisamente não levar em consideração, no processo de planificação, muitos dos elementos necessários para o funcionamento dos serviços antes da incorporação tecnológica. Os encarregados de tomar as decisões amiúde centram-se no equipamento ao invés de fazê-lo no serviço, apesar de que o serviço é o que realmente interessa para a assistência em saúde.

Conscientes desta problemática, alguns ministérios da saúde, como os da Argentina, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Venezuela e Uruguai, têm solicitado a cooperação técnica da OPAS para a incorporação e operação mais efetiva e adequada desta tecnologia. É significativo o custo econômico e sanitário dos problemas tecnológicos sofridos nos países como Argentina, Brasil, Colômbia, Dominica, Haiti, Honduras, Panamá, Paraguai e Venezuela, onde equipamento de milhões de dólares comprado ou doado nunca foi posto em funcionamento ou se encontra significativamente subutilizado. As causas destes problemas são numerosas, porém têm o denominador comum de uma falta de análise da situação, por peritos, antes de proceder a sua aquisição. Em particular, deve levar-se em consideração que doadores privados ou institucionais com frequência não contam com a suficiente capacidade técnica para realizar estes processos de incorporação de um modo adequado e satisfatório.

#### *Proteção contra os riscos das radiações*

As vantagens e os riscos do uso de radiações em aplicações médicas, industriais ou de investigação, são bem conhecidos. O alto risco potencial para a saúde que implica seu uso torna necessário adotar medidas especiais para a proteção radiológica

dos pacientes, dos trabalhadores, do público e do meio ambiente. Os organismos internacionais com competência na matéria, entre eles a OPAS, aprovaram as *Normas básicas internacionais de segurança para a proteção contra a radiação ionizante e para a segurança das fontes de radiação (NBIS)* (126), aprovadas pela XXIV Conferência Sanitária Pan-americana (resolução CSP24.R9) (127), que estabelecem entre outros requisitos técnicos, a necessidade de implantar um amplo programa de garantia de qualidade nas exposições médicas à radiação, com a participação de expertos qualificados competentes nas disciplinas correspondentes “levando em conta os princípios estabelecidos pela OMS e a OPAS”, bem como contar com autoridades regulamentadoras nacionais.

Atualmente o mundo está experimentando outro período de importantes mudanças tecnológicas nos campos da tecnologia de imagem e a radioterapia, e os efeitos destas mudanças sobre a dose de radiação que receberá no futuro a população de todo o mundo será muito difícil de prever. A facilidade para a aquisição de imagens das novas tecnologias poderia ceder lugar à exposição desnecessária dos pacientes às radiações se não se adotam as medidas oportunas. Isto, combinado com o aumento do número de equipamentos, terá uma repercussão significativa sobre as doses de radiação que recebe a população, porém é importante que as autoridades reguladoras prossigam avaliando a proteção e segurança em matéria de radiologia médica.

Após as recomendações de uma conferência internacional sobre proteção radiológica do paciente realizada em 2001, o Organismo Internacional de Energia Atômica, junto com a OMS, a OPAS e o UNSCEAR, prepararam o Plano de Ação Internacional para a Proteção Radiológica dos Pacientes (128), que inclui a estratégia para ajudar aos países a vigiar as doses das exposições médicas. Espera-se que a aplicação deste plano, do que já se tem estabelecido nas atividades para 2006/2008, modifique a tendência crescente das exposições médicas no futuro.

Quanto à capacidade reguladora, somente 21 países da Região contam com autoridades com mandato específico nesta esfera, e em muitos casos, onde eles existem, sua capacidade técnica e seus recursos são certamente limitados para cumprir satisfatoriamente com as funções estabelecidas nos regulamentos nacionais adaptados das NBIS. Aonde existe regulamentação, a autoridade competente está localizada nos Ministérios da Saúde, em outras instâncias governamentais ou bem divididas entre ambos. Em qualquer caso, a exposição à radiação médica deveria estar regularizada pelos ministérios da Saúde. A debilidade e a escassez da participação que as autoridades de saúde têm neste aspecto são preocupantes em muitos países, e colocam em risco a segurança dos pacientes, inclusive suas vidas (129, 130).

A falta de gestão das fontes radioativas em desuso parece comum nos países da América Latina e do Caribe. Estreitamente relacionado com este fato e com o impacto meio-ambiente que estes dejetos podem gerar, os resíduos radioativos necessitam de uma adequada gestão que inclua seu acondicionamento e arma-

zenamento seguro. Vários acidentes radiológicos se produziram na Região por esta razão, alguns deles com vítimas mortais (131). Esta circunstância, junto com a atual conjuntura internacional de possíveis atos terroristas com material radioativo e a escassa capacidade de resposta às emergências radiológicas, exigem melhorias na preparação e na resposta neste campo.

É importante ressaltar o fato de que a OMS colocou em andamento um projeto internacional sobre os riscos para a saúde dos campos eletromagnéticos. Na Região existe uma crescente preocupação pública acerca destes riscos, ao passo que as normas e os conhecimentos técnicos nesta esfera são muito heterogêneos entre os países (132).

### Serviços de sangue

A doação voluntária de sangue continua sendo deficiente na Região das Américas. Na edição de 2002 da presente publicação se mencionou Aruba, Bermuda, Canadá, Cuba, Curaçao, Estados Unidos e Santa Luzia como países com doadores universais voluntários; as Ilhas Caimã, Suriname e Uruguai alcançaram este objetivo em 2004. Bolívia, Honduras, Panamá, Paraguai, Peru e a República Dominicana informaram oficialmente o pagamento aos doadores de sangue, porém o intercâmbio de dinheiro entre os familiares dos pacientes e os doadores são habituais nestes países onde a doação de reposição obrigatória é a norma imposta para os bancos de sangue dos hospitais. Apesar de que 2 milhões de doadores potenciais foram pós-postos em 2004 — quando se coletaram aproximadamente 8 milhões de unidades de sangue no Caribe e na América Latina — descartaram-se 150.000 unidades porque os doadores apresentaram um ou mais dos marcadores de infecções transmitidas por transfusões, uma cifra que representa pelo menos US\$ 7,5 milhões em insumos de coleta e testes. Mais importante ainda é que a falta de doadores voluntários se traduz em componentes sanguíneos insuficientes e impede o teste universal do sangue. Em 2004, 16 dos 39 países que dispõem de dados a respeito informaram a realização de provas à totalidade do sangue coletado para transfusões, em comparação com os 14 que o fizeram no ano 2000, porém a Região em seu conjunto não atingiu 100% da cobertura da triagem para nenhum dos marcadores básicos de infecções (quadros 15 e 16), o objetivo estabelecido nas Orientações Estratégicas e Programáticas da OPAS para o período 1999-2002. As análises para a detecção de hepatite C, *Trypanosoma cruzi* e vírus linfotrópico humano de células T tipo II (HTLVII) representam o maior desafio.

Também não se conseguiu o objetivo das Orientações Estratégicas e Programáticas para o período 1999-2002, que estabelece que todos os bancos de sangue deveriam participar de programas de qualidade. Quase a metade dos bancos de sangue não participa de atividades de avaliação externa pelo desempenho e são comuns os resultados incorretos entre os que o fazem. O excessivo número de bancos de sangue — na maioria associados

**QUADRO 15. Serviços relacionados com o sangue. Coleta de sangue e teste para detectar marcadores infecciosos em países da América Latina, 2003 e 2004.**

País	Ano	Quantidade de bancos de sangue	Quantidade de unidades coletadas	VIH	HBsAg	VHC	Sífilis	<i>Trypanosoma cruzi</i>
Argentina	2003	578	780.440	100	100	99	100	100
	2004	578	751.412	100	100	99	100	100
Bolívia	2003	38	38.621	94	93	82	95	80
	2004	25	40.910	99	99	93	99	83
Brasil	2003	367	2.931.813	100	100	100	100	100
	2004	562	3.044.493	100	100	100	100	100
Chile	2003	55	173.814	100	100	100	100	67
	2004	52	186.292	100	100	100	100	68
Colômbia	2003	142	495.004	99	99	99	99	99
	2004	123	502.065	99	99	99	100	99
Costa Rica	2003	24	48.625	100	100	100	100	93
	2004	31	54.258	100	100	100	100	100
Cuba	2003	44	589.106	100	100	100	100	...
	2004	47	528.026	100	100	100	100	...
El Salvador	2003	32	76.142	100	100	100	100	100
	2004	32	79.368	100	100	100	100	100
Equador	2003	33	79.204	100	100	100	100	100
	2004	39	98.695	100	100	100	100	100
Guatemala	2003	48	68.626	99	99	99	99	99
	2004	46	60.638	99	99	100	99	99
Honduras	2003	28	48.783	100	100	100	100	100
	2004	29	47.679	99	99	100	99	99
México	2003	540	1.136.047	100	100	100	100	33
	2004	536	1.225.688	96	96	96	90	32
Nicarágua	2003	24	46.558	100	100	76	100	94
	2004	24	49.416	100	100	85	100	100
Panamá	2003	23	46.176	100	100	100	100	95
	2004	25	44.323	100	100	100	100	86
Paraguai	2003	49	29.718	97	96	96	95	96
	2004	45	41.846	99	99	99	99	99
Peru	2003	92	145.665	99	96	99	94	96
	2004	172	183.489	74	74	74	74	75
República Dominicana	2003	81	77.115	100	100	100	100	...
	2004	66	61.745	99	99	99	99	...
Uruguai	2003	41	99.675	100	100	100	100	100
	2004	67	96.993	100	100	100	100	100
Venezuela	2003	270	342.526	100	100	100	100	100
	2004	270	380.724	100	100	100	100	100

**Fontes:** Organização Pan-Americana da Saúde. Medicina transfusional nos países do Caribe e América Latina, 2000-2003. Washington, DC: OPAS, 2005. Organização Pan-Americana da Saúde. Serie Documentos técnicos Políticas e Regulamentação THS/EV-2005/005. Washington, DC: OPAS; 2006.

com os hospitais — limita a execução de programas de qualidade e contribui para a falta de eficiência dos sistemas nacionais. Em geral, os bancos de sangue coletam e processam em média 1.600 unidades de sangue por ano. A identificação incorreta dos doadores potencialmente infectados é mais comum nos bancos de sangue menores, especialmente nos que empregam provas rápidas de triagem. Além do mais, devido ao que os bancos de sangue com base em hospitais parecem coletar e processar o sangue de maneiras não sistemáticas, praticamente não há possibilidade de que compartilhem entre eles unidades de sangue, uma si-

tuação que em 2004 motivou o descarte de mais ou menos 175.000 unidades de sangue vencidas com um custo estimado de processamento de US\$ 8.750 milhões. Os países com a disponibilidade mais baixa de sangue parecem descartar mais unidades.

#### *Laboratórios clínicos e de saúde pública*

Estima-se em 40.000 o número de laboratórios na Região, dos quais 98% são de diagnóstico clínico e 2% de saúde pública. A maior parte dos laboratórios clínicos pertence ao setor privado e os laboratórios de saúde pública parecem depender dos ministé-

**QUADRO 16. Serviços relacionados com o sangue. Coleta de sangue e teste para detectar marcadores infecciosos em países do Caribe, 2003 e 2004.**

País	Ano	Quantidade de bancos de sangue	Quantidade de unidades coletadas	VIH	HBsAg	VHC	Sífilis	HTLVI/II
Anguila	2003	1	124	100	100	...	100	...
	2004	1	78	100	100	...	100	...
Antigua e Barbuda	2003	2	1.330	100	100	...	100	...
	2004	2	1.227	100	100	11	100	...
Aruba	2003	2	2.651	100	100	100	100	100
Bahamas	2003	3	5.134	100	100	100	100	100
	2004	3	5.521	100	100	100	100	100
Belize	2003	7	2.883	100	100	...	100	...
	2004	7	2.978	100	100	...	100	...
Bermuda	2003	1	2.277	100	100	100	100	...
Curaçao	2003	1	6.066	100	100	100	100	100
	2004	1	6.595	100	100	100	100	100
Dominica	2004	1	804	100	100	...	100	100
Granada	2003	1	808	100	100	100	100	100
	2004	1	703	100	100	100	100	100
Guiana	2003	5	4.250	100	100	100	100	...
	2004	5	4.887	100	100	100	100	...
Haiti	2003	5	8.711	100	100	89	100	...
	2004	8	9.513	100	100	93	100	...
Ilhas Caimã	2003	2	731	100	100	100	100	100
	2004	2	702	100	100	100	100	100
Ilhas Turcas e Caicos	2003	2	211	100	100	60	100	...
Ilhas Virgens Britânicas	2003	1	318	100	100	52	100	...
	2004	1	343	100	100	100	100	...
Jamaica	2003	10	26.092	100	100	100	100	100
	2004	10	23.600	100	100	100	100	100
Montserrat	2003	1	66	100	100	...	100	...
	2004	1	83	100	100	...	100	...
Saint Kitts e Nevis	2003	1	420	100	100	...	100	...
	2004	1	347	100	100	...	100	...
Santa Luzia	2003	2	1.653	100	100	100	100	100
	2004	3	1.782	100	100	100	100	100
San Vicente e as Granadinas	2003	1	939	100	100	100	100	100
	2004	1	942	100	100	100	100	100
Suriname	2003	1	6.240	100	100	100	100	100
	2004	1	7.696	100	100	100	100	100

**Fontes:** Organização Pan-Americana da Saúde. Medicina transfusional nos países do Caribe e América Latina, 2000–2003. Washington, DC: OPAS, 2005. Organização Pan-Americana da Saúde. Série Documentos técnicos Políticas e Regulamentação THS/EV-2005/005. Washington, DC: OPAS; 2006.

rios da saúde. Na maioria dos países, um laboratório nacional de referencia encabeça uma rede de laboratórios de saúde pública incorporados ao setor hospitalar, como parte do sistema de vigilância. Além destas atividades desenvolvidas em coordenação com os departamentos de epidemiologia, os laboratórios de saúde pública podem realizar exames na estrutura do registro sanitário e o controle de medicamentos. O laboratório de referencia de cada país possui autoridade para a normalização, regulamentação, formação, planificação, supervisão, avaliação, pesquisa e difusão da informação.

As instituições de saúde pública, e os serviços de laboratório em particular, são essenciais para a vigilância das enfermidades e intervêm como elemento central na cadeia de pesquisa de epidemias. Contudo, na Região observam-se freqüentes problemas de funcionamento quanto à organização, gestão e os recursos financeiros. O denominador comum às carências observadas refere-se à produção de uma informação que nem sempre é de qualidade comprovada. Estes fatores determinam que o processo de tomada de decisões e o planejamento das intervenções sejam limitados e que os laboratórios de saúde pública não podem

cumprir com o papel essencial que lhes cabe dentro dos sistemas de saúde.

Estes acontecimentos, além de outros fatores relacionados com o contexto e o desenvolvimento das disciplinas envolvidas, estavam forjando um conceito mais claro da função de saúde pública que deve cumprir o laboratório. Inclui a implantação sustentável do sistema de gestão da qualidade nas redes de laboratório, a associação íntima com a vigilância epidemiológica na abordagem das enfermidades de notificação obrigatória e do Regulamento Sanitário Internacional; a integração indispensável nas ações de resposta mediante novas situações e situações de emergência; e o acompanhamento à pesquisa epidemiológica.

A publicação do *Manual sobre sistema de garantia da qualidade, conceitos gerais para laboratórios de saúde pública* em 2002, baseado na norma ISO 9001, deu início à aplicação do sistema de qualidade nas instituições de referência em saúde pública da Região e permitiu assessorar o processo de reestruturação das redes de laboratórios na Bolívia, Colômbia, Equador, Honduras, Panamá, Paraguai, República Dominicana e Uruguai. A organização dos seminários regionais sobre Aspectos gerenciais de laboratório, e Sistema de gestão de qualidade com a participação dos diretores dos laboratórios de referência em saúde pública consolidou a viabilidade do processo.

Para consolidar os vínculos entre laboratório e epidemiologia, e fortalecer a vigilância das enfermidades infecciosas na Região, organizaram-se dois encontros sub-regionais na América Central e na América do Sul sobre Conceitos básicos em epidemiologia e análises de dados por laboratório, e a partir dos acordos estabelecidos nas reuniões anuais da Rede Centro Americana de Prevenção e Controle das Enfermidades Emergentes e Re-emergentes (RECACER) em 2002 e 2003, elaborou-se um questionário modelo para a avaliação da capacidade de resposta das redes nacionais de laboratório para a contenção dos eventos epidêmicos. Utilizou-se esta ferramenta nos processos de reestruturação das redes nacionais de laboratório dos países anteriormente mencionados.

Os últimos desastres naturais ocorridos na Região (fenômeno do *El Niño* e furacões *Mitch* e *George* na América Central e República Dominicana, *Stan* e *Katrina* em Cuba, México e os Estados Unidos, terremoto em El Salvador, erupções vulcânicas no Equador e Colômbia, deslizamentos na Venezuela, inundações no Haiti, Guiana, Guatemala, Argentina e Colômbia, entre outros) manifestaram a necessidade de integrar os laboratórios de saúde pública aos planes de contingência setorial de saúde e revelaram a importância de contar com a confirmação diagnóstica das enfermidades transmissíveis de alta letalidade e dispor de exames básicos para o manejo de feridos e a provisão oportuna de sangue segura.

Direcionaram-se os esforços para a integração do componente laboratorial no sistema de vigilância mediante a definição de sete funções essenciais dos laboratórios de saúde pública: 1) re-

ferencia em saúde pública; 2) fortalecimento do sistema de vigilância; 3) gestão integrada da informação; 4) desenvolvimento de políticas e regulamentação; 5) capacitação e educação contínua; 6) promoção e desenvolvimento da investigação; e 7) comunicação e alianças estratégicas. Previamente à capacitação técnica e gerencial dos diretores de laboratório harmonizou-se a metodologia na América Central mediante a elaboração consensual de manuais de procedimentos para enfermidades diarreicas agudas, infecções respiratórias agudas, meningites bacterianas, dengue, leptospiroses, sarampo, rotavírus, carbúnculo e tuberculose. Em nível regional ampliou-se o processo de avaliação externa do desempenho, com o apoio do Centro Nacional de Enfermidades Tropicais (CENETROP) de Santa Cruz, Bolívia, o programa regional de monitoramento e vigilância de resistência aos antibióticos, e o sistema de redes de vigilância dos agentes bacterianos responsáveis de neomênias e meningites (Sistema Regional de Vacinas [SIREVA] II), em 20 países.

No setor dos laboratórios de diagnóstico clínico, com a colaboração da Confederação Latino-americana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI), revisaram-se e atualizaram-se as regulamentações sobre a habilitação dos laboratórios na Costa Rica, Equador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá. Pós-se em andamento programas amparados por avaliação externa sobre o desempenho em bioquímica clínica direcionado aos laboratórios privados e públicos de sete países. Assim mesmo, através do *United Kingdom International External Quality Assessment Scheme* (UK-IEQAS) realizou-se também uma avaliação externa do desempenho em química clínica, hematologia e parasitologia em 20 países: Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, o Salvador, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Paraguai, a República Dominicana, Suriname, Uruguai e Venezuela.

## A INFORMAÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE: ACESSO E UTILIZAÇÃO

Como atividade produtora de novos conhecimentos aplicáveis em benefício da sociedade, a pesquisa e seus produtos são um exemplo clássico de bem público.<sup>17</sup> Durante estes últimos anos, o acesso à informação científica e sua utilização adquiriram uma importância crítica em um novo cenário mundial onde se exige dos governos, bem como dos usuários e interessados, maior responsabilidade e transparência no manejo e gestão dos recur-

<sup>17</sup>Com efeito, a pesquisa em saúde estuda a influencia de fatores sociais, econômicos, tecnológicos e de comportamento, bem como a de outros aspectos relacionados com a estrutura e organização dos sistemas, sobre o acesso, qualidade e custos da assistência e seus efeitos sobre a saúde e o bem estar dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Seus objetivos principais direcionam-se não apenas a conhecer bem como também a identificar formas de organização, financiamento e gestão mais eficazes, equitativas e seguras para a população. (Fonte: Academy Health, June 2000; Agency for Healthcare Research and Quality, Fevereiro 2002).



sos. Esta realidade se estende às agências e organismos que gerenciam programas sociais, sobre os quais a insatisfação dos cidadãos quanto ao não cumprimento das metas estabelecidas amiúde reflete-se nas urnas. Por conseguinte, é necessário dispor de dados verdadeiros e informação científica confiável para estabelecer as prioridades em saúde, bem como para monitorar e avaliar o desempenho dos sistemas no que se refere às metas estabelecidas aos resultados esperados.

No âmbito dos sistemas de saúde, a pesquisa é uma das onze funções essenciais em saúde pública, e uma das menos desenvolvidas na Região durante a última década (5). Contudo, impulsionaram-se importantes iniciativas orientadas a integrar e fortalecer os mecanismos de governança e governabilidade da pesquisa para a saúde. Algumas delas, como o Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BI-REME), foram catalisadoras do progresso regional das redes que promovem a solidariedade e a equidade (redes de bibliotecas, recursos e centros de informação para a saúde). Por exemplo, a base de dados LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), com mais de 25 anos de existência, que coleta e registra o conteúdo de revistas científicas arbitradas e publicadas na Região, a maior parte das quais não figuram nas bases de dados internacionais. Posteriormente desenvolveu-se a rede SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), que conta com a participação de organismos nacionais de ciência e tecnologia e cujos objetivos são aumentar a visibilidade e a qualidade das revistas científicas da Região, melhorar o acesso a elas e criar indicadores para avaliar seu uso e impacto. Em 1998 impulsionou-se a criação da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), projeto que contou com a contribuição de várias iniciativas nacionais e temáticas e que reúne uma ampla classificação de fontes de informação em saúde. A BVS desenvolve-se em diversos países da Região com distinto grau de evolução, porém conforme um modelo comum e em resposta às condições e necessidades nacionais.

Durante o Encontro Mundial sobre a Sociedade da Informação, que se realizou em duas etapas, a primeira em 2003 e a segunda em 2005 (133), fez-se uma convocação para promover o acesso universal aos conhecimentos científicos que incidam no desenvolvimento e bem estar das populações. Também se advogou pela incorporação de novos formatos que facilitaram o uso dos resultados de pesquisa e a democratização do conhecimento (134). Porém ainda falta um fator essencial para poder dirigir eficientemente os esforços e evitar a duplicação de trabalho. Não se conta com bons indicadores situacionais nem se dispõe de recursos para a pesquisa nos países da América Latina e do Caribe.

### Tendências da produção científica na América Latina e no Caribe: 2000–2005

No que se refere ao desenvolvimento de indicadores para as análises da produção científica em saúde da Região, cabe mencionar a publicação de revisões sistemáticas e ensaios clínicos que refletem os resultados de estudos freqüentemente utilizados para sintetizar e difundir novos conhecimentos que permitam tomar decisões inteiradas em saúde e que são indexados de forma particular. Este tipo de publicação representa cerca de 4,6% do total de documentos indexados entre 2000 e 2005 na base de dados MEDLINE, e 0,8% dos registros de LILACS (quadro 17).

Para analisar a publicação de revisões sistemáticas e ensaios clínicos por país utilizou-se o país de publicação das revistas em LILACS e MEDLINE, levando-se em conta que o índice não vem organizado por país de afiliação (quadro 18). Nos estudos publicados em revistas latino-americanas indexadas em MEDLINE (0,51% do total indexado nesta base) destacam-se Argentina, Brasil e México com 83% do total; em LILACS, Argentina, Brasil e Colômbia contribuem com 76% do total para o período.

Não existe um registro sobre a produção de novos conhecimentos e a informação não está amplamente disponível, porém

**QUADRO 17. Ensaios clínicos e revisões sistemáticas indexados em LILACS MEDLINE, 2000–2005.**

Tipo de artigos	Total	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>LILACS</b>							
EC+RS	994	163	172	177	189	185	108
Outros tipos	116.141	21.909	20.260	20.876	20.386	18.212	14.498
Total de registros	117.135	22.072	20.432	21.053	20.575	18.397	14.606
% total	0,8	0,7	0,8	0,8	0,9	1,0	0,7
<b>MEDLINE</b>							
EC+RS	150.879	21.151	22.130	23.666	25.796	28.313	29.823
Outros tipos	3.158.544	468.630	496.441	516.260	541.243	565.310	570.660
Total de registros	3.309.423	489.781	518.571	539.926	567.039	593.623	600.483
% total	4,6	4,3	4,3	4,4	4,5	4,8	5,0

EC = Ensaios clínicos; RS = Revisões sistemáticas

**Fontes:** MEDLINE; Biblioteca Virtual em Saúde; Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), outubro de 2006.

**QUADRO 18. Ensaio clínicos e revisões sistemáticas publicados em revistas Latino-americanas indexadas em MEDLINE e LILACS, 2000–2005.**

País	Total		2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	MEDLINE	LILACS	MEDLINE	LILACS	MEDLINE	LILACS	MEDLINE	LILACS	MEDLINE	LILACS	MEDLINE	LILACS	MEDLINE	LILACS
Argentina	61	94	6	17	9	12	10	16	13	17	12	19	11	13
Bolívia	0	12	0	1	0	0	0	4	0	5	0	1	0	1
Brasil	417	457	47	68	59	65	64	76	63	96	85	100	99	52
Chile	59	60	14	6	5	10	5	8	7	11	15	16	13	9
Colômbia	9	203	0	30	0	48	0	40	6	39	0	24	3	22
Costa Rica	1	4	0	0	0	0	1	1	0	1	0	2	0	0
Cuba	6	20	1	4	0	6	1	1	3	2	1	4	0	3
Equador	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Estados Unidos (OPAS)	0	5	0	3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Guatemala	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jamaica	15	6	6	4	1	1	1	0	1	0	0	0	6	1
México	166	47	26	17	20	12	32	13	30	4	25	1	33	0
Nicarágua	0	13	0	1	0	4	0	1	0	1	0	5	0	1
Panamá	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paraguai	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Peru	8	9	0	2	2	3	0	0	2	2	1	0	3	2
Puerto Rico	11	6	2	1	0	1	0	0	2	0	3	3	4	1
Uruguai	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Venezuela	20	53	2	7	6	9	2	15	3	10	5	9	2	3
Total LILACS		994		163		172		177		189		185		108
Representação de América Latina no Caribe em MEDLINE	774		104		103		116		130		147		174	
Total mundial em MEDLINE	150.879		21.151		22.130		23.666		25.796		28.313		29.823	
% América Latina no Caribe em MEDLINE	0,5		0,5		0,5		0,5		0,5		0,5		0,6	

**Fontes:** MEDLINE; Biblioteca Virtual em Saúde; outubro de 2006.

**QUADRO 19. Publicações da América Latina e o Caribe em MEDLINE, por país de afiliação do primeiro autor, 2000–2005.**

MEDLINE	Publicações	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total mundial (2000–2005)	3.150.403	483.885	500.961	517.481	544.402	564.440	539.234
Total América Latina e o Caribe	66.322	8.978	9.833	11.229	12.174	13.282	10.826
Porcentagem total mundial	2,1	1,9	2,0	2,2	2,2	2,4	2,0
Total por país							
Antigua	3	1	1	—	—	—	1
Antilhas Holandesas	30	4	4	4	5	8	5
Argentina	9.642	1.496	1.648	1.747	1.658	1.707	1.386
Bahamas	20	3	2	5	6	1	3
Barbados	89	13	14	16	16	19	11
Belize	3	—	—	—	2	—	1
Bolívia	63	14	9	19	8	8	5
Brasil	33.329	4.107	4.574	5.545	6.281	7.015	5.807
Chile	3.913	577	576	657	723	753	627
Colômbia	1.407	171	176	265	253	285	257
Costa Rica	343	40	84	59	67	40	53
Cuba	1.445	226	252	219	278	291	179
Dominica	5	—	2	—	1	2	—
El Salvador	22	2	3	6	1	4	6
Equador	179	24	19	29	43	34	30
Granada	120	39	15	17	12	21	16
Guadalupe	50	19	11	4	7	7	2
Guatemala	87	10	16	21	14	15	11
Guiana	5	1	1	2	—	1	—
Guiana Francesa	65	6	12	8	10	16	13
Haiti	39	5	2	8	5	9	10
Honduras	23	2	2	3	4	5	7
Ilhas Virgens (EUA)	5	2	2	—	1	—	—
Jamaica	377	65	106	67	34	60	45
Martinica	36	7	11	4	2	8	4
México	10.896	1.533	1.647	1.863	1.992	2.164	1.697
Nicarágua	39	5	2	7	5	11	9
Panamá	316	32	46	47	56	80	55
Paraguai	41	6	7	6	9	8	5
Peru	484	54	75	72	95	102	86
Porto Rico	540	47	75	60	105	160	93
República Dominicana	20	6	3	2	4	3	2
Santa Luzia	1	—	—	1	—	—	—
Suriname	26	1	5	2	3	5	10
Trinidad e Tobago	210	40	38	40	35	30	27
Uruguai	749	112	112	113	132	140	140
Venezuela	1.700	308	281	311	307	270	223

Fontes: MEDLINE; Biblioteca Virtual em Saúde, junho de 2006.

utilizaram-se indicadores indiretos da produção de novos conhecimentos em saúde, como o número de estudos científicos originais publicados em revistas indexadas. No período 2000–2005 registraram-se em MEDLINE 66.322 publicações de autores de 37 países da Região (quadro 19). A participação da América Latina e o Caribe na base de dados MEDLINE representa em média 2% da produção mundial.

Na base LILACS estão representados autores de 23 países, responsáveis por 92.794 publicações nesse mesmo período (quadro

20). A identificação de países de afiliação de autores em LILACS foi iniciada no ano 2000 e considera todos os autores, a diferença de MEDLINE, que se concentra nos dados do primeiro autor. Sete países aportam 94% da publicação científica latino-americana e caribenha representada em ambas as bases de dados: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Cuba, México e Venezuela.

Se considerarmos o registro em bases de dados internacionais mais representativas como um indicador de qualidade, pode deduzir-se que recentemente houve um incremento progressivo

**QUADRO 20. Publicações da América Latina e do Caribe em LILACS, por país de afiliação do autor, 2000–2005.**

LILACS (2000–2005)	Publicações	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total da base	92.794	16.558	16.221	16.195	16.849	15.203	11.768
Total com país identificado	77.353	12.251	12.999	13.365	13.984	12.986	11.768
Total América Latina e o Caribe	73.927	12.073	12.709	12.958	13.499	12.503	10.185
Total com país ignorado	16.697	4.307	3.222	2.830	2.865	2.217	1.256
Total por país							
Argentina	6.331	1.142	1.211	1.071	1.133	1.017	757
Barbados	19	2	7	3	2	5	—
Bolívia	270	36	47	53	71	48	15
Brasil	44.716	6.496	6.690	7.830	8.294	8.166	7.240
Chile	7.423	1.399	1.413	1.243	1.270	1.288	810
Colômbia	3.943	651	667	831	782	470	542
Costa Rica	320	75	52	76	73	32	12
Cuba	3.186	334	368	614	765	709	396
El Salvador	5	—	—	2	1	1	1
Equador	186	27	29	45	46	31	8
Guatemala	98	25	29	18	15	9	2
Guiana	1	—	1	—	—	—	—
Honduras	140	17	19	42	30	30	2
Jamaica	292	36	66	49	42	67	32
México	3.535	1.160	1.401	369	273	188	144
Nicarágua	7	1	—	1	1	2	2
Panamá	22	4	3	2	5	4	4
Paraguai	65	12	11	12	19	7	4
Peru	474	86	80	69	110	80	49
República Dominicana	5	—	1	—	—	2	2
Trinidad e Tobago	54	9	17	17	6	3	2
Uruguai	373	39	89	51	87	58	49
Venezuela	3.196	629	612	678	618	438	221

Fonte: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), junho de 2006.

na qualidade das revistas científicas (quadro 21; ver nota ao pé do quadro). Em MEDLINE, o total indexado de títulos latino americano aumentou de 45 (2000) para 66 (2005); nas bases de dados de Thomson Scientific (empresa que controla o registro conhecido previamente como ISI), os títulos indexados de saúde aumentaram de 21 (2000) para 32 (2005). A porcentagem de revistas da Região ainda é muito baixa em relação ao total de revistas indexadas nas bases de dados internacionais: em MEDLINE representam 1,3%, na *Science Citation Index*, 0,4%, e em EMBASE, 1,9% do total.

Um dos objetivos para desenvolver a base de dados LILACS foi indexar as revistas publicadas nos países da Região e trabalhar com as revistas unificando critérios e dando-lhes transparência às publicações regionais. Todas as revistas indexadas em LILACS são escolhidas por Comitês de seleção nacionais e devem preencher requisitos mínimos de periodicidade, regularidade e revisão por pares. Estima-se que na Região publicaram-se em torno de 1.500 revistas sobre saúde e entre elas 738 foram selecionadas para ser indexadas em LILACS. Estas revistas foram publicadas em 19 países da América Latina e do Caribe, e na OPAS (quadro 21). Os critérios de seleção ([http://www.scielo.org/scielo\\_org\\_en](http://www.scielo.org/scielo_org_en).

htm) de SciELO são mais restritos que os de LILACS e comparáveis aos das grandes bases de dados internacionais. SciELO inclui títulos de 11 países da América Latina e do Caribe, da Espanha e de Portugal. Dos 345 títulos de revistas de SciELO nos países da América Latina, 51% correspondem a revistas da área de saúde.

Em MEDLINE estão representados 13 países; no Science Citation Index, oito; no Social Science Citation Index, quatro, e em EMBASE, oito países. A produção científica da Bolívia, Guatemala, Honduras, Paraguai e da República Dominicana está registrada somente em LILACS. A relação das contribuições em quantidade de revistas de saúde da América Latina e do Caribe nas principais bases de dados para a Região das Américas, e as intersecções entre as diferentes bases, aparecem ilustradas na figura 4.

#### Situação atual e iniciativas em desenvolvimento

Há diferentes insumos de informação que contribuem para fortalecer e melhorar diversos aspectos da pesquisa para o desenvolvimento da saúde pública. Cabe destacar os seguintes: a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO, ScienTI, CRICS e RICTSal.

**QUADRO 21. Indexação de revistas Latino-americanas e caribenhas nas bases de dados.**

País de publicação	Revistas indexadas nas bases de dados					
	LILACS (2006)	SciELO (2006)	MEDLINE (2006)	ISI/SCIE (2005)	ISI/SSCI (2005)	EMBASE (2005)
Argentina	120	5	7	3	0	10
Bolívia	9	0	0	0	0	0
Brasil	289	85	31	12	2	46
Chile	66	18	3	4	0	4
Colômbia	59	8	2	0	1	3
Costa Rica	12	9	1	1	0	0
Cuba	34	19	1	0	0	2
Equador	14	0	0	1	0	0
Estados Unidos (OPAS)	3	1	1	0	1	0
Guatemala	4	0	0	0	0	0
Honduras	1	0	0	0	0	0
Jamaica	2	0	1	1	0	1
México	51	4	12	1	3	21
Panamá	0	0	1	0	0	0
Paraguai	4	0	0	0	0	0
Peru	11	11	1	0	0	0
Porto Rico	2	0	2	0	0	0
República Dominicana	1	0	0	0	0	0
Uruguai	10	6	0	0	0	0
Venezuela	46	9	3	2	0	4
Total de América Latina e o Caribe	738	175	66	25	7	91
Total de títulos indexados	738	198	4.959	6.088	1.747	4.872
Porcentagem América Latina e Caribe	100	88,4	1,3	0,4	0,4	1,9

**Fontes:** Listas de revistas indexadas nas diferentes bases de dados.

LILACS: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Lista de títulos indexados em LILACS, outubro 2006. Disponível no: [http://ccs.bv.salud.org/serial/listbase.php?lang=pt&graphic=yes&base%5B%5D=&base%5B%5D=LILACS&country=AL\\_C&orderby=country&Submit=pesquisar](http://ccs.bv.salud.org/serial/listbase.php?lang=pt&graphic=yes&base%5B%5D=&base%5B%5D=LILACS&country=AL_C&orderby=country&Submit=pesquisar).

SciELO: Scientific Electronic Library Online. Lista de títulos de saúde indexados em SciELO, outubro 2006. Disponível em: [http://ccs.bv.salud.org/serial/listbase.php?lang=pt&graphic=yes&base%5B%5D=&base%5B%5D=SciELO&country=AL\\_C&orderby=country&Submit=pesquisar](http://ccs.bv.salud.org/serial/listbase.php?lang=pt&graphic=yes&base%5B%5D=&base%5B%5D=SciELO&country=AL_C&orderby=country&Submit=pesquisar).

MEDLINE-MEDLARS Online. Lista de revistas indexadas em MEDLINE 2006, publicada pela US National Library of Medicine, janeiro 2006. Disponível no: <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>.

ISI/SCIE: Science Citation Index Expanded, de Thomson Scientific (ex ISI). Science Citation Index Expanded 2005, Thomson Scientific, março 2005. Disponível no: [http://scientific.thomson.com/media/pdfs/sourcepub-journals/wos\\_scie\\_a5021\\_final.pdf](http://scientific.thomson.com/media/pdfs/sourcepub-journals/wos_scie_a5021_final.pdf).

ISI/SSCI: Social Sciences Citation Index, de Thomson Scientific (ex ISI). Pagina web da Science Social Sciences Citation Index 2005, publicada por Thomson Scientific, março 2005. Disponível no: [http://scientific.thomson.com/media/pdfs/sourcepub-journals/wos\\_ssci\\_a5022\\_final.pdf](http://scientific.thomson.com/media/pdfs/sourcepub-journals/wos_ssci_a5022_final.pdf).

EMBASE: Excerpta Medica Database. EMBASE lista de revistas indexadas 2005, publicada por Elsevier, junho 2005 (versão impressa).

#### *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (<http://www.bvsalud.org>)*

É uma coleção descentralizada e dinâmica, acessível na Internet, de fontes de informação selecionadas abaixo dos critérios de qualidade. Seu objetivo é oferecer acesso equitativo ao conhecimento científico-técnico em saúde. Em novembro de 2006 o portal regional integrava 101 portais nacionais e temáticos, e 10 portais institucionais.

#### *SciELO (<http://www.scielo.org>)*

É um modelo de publicação eletrônica cooperativa de revistas científicas na Internet, adotado por uma rede de países Ibero-Americanos para aumentar sua visibilidade e o acesso à produção científica da Região. Pode-se acessar aos textos completos das revistas indexadas em SciELO a partir de numerosas bases

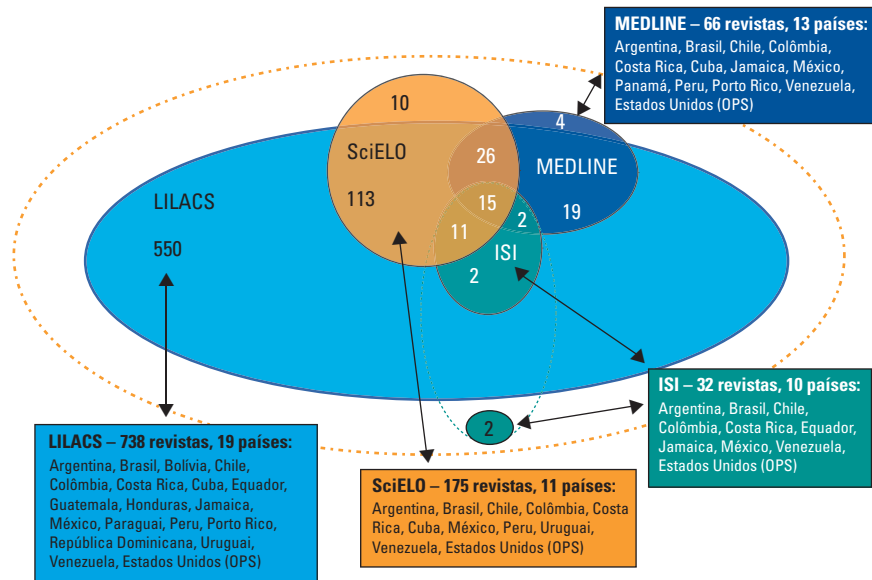
de dados, diretórios e buscadores conhecidos, tais como MEDLINE, Web of Science, Cross Ref, Google, Directory of Open Access Journals (DOAJ). Assim, em 2005 o conjunto de coleções da Rede SciELO teve por volta de 7.000.000 visitas por mês. SciELO Brasil ultrapassou os 3.000.000 e SciELO Chile teve mais de 1.000.000 de visitas mensais.

#### *Rede Internacional de Fontes de Informação e Conhecimento para a Gestão de Ciência, Tecnologia e Inovação (ScienTI) (<http://www.scienti.net>)*

É uma rede pública de fontes de informação e conhecimento, cujo objetivo é contribuir para a gestão da atividade científica, tecnológica e de inovação; está integrada à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). ScienTI é o produto da cooperação internacional



**FIGURA 4. Representatividade das revistas Latino-americanas e caribenhas em saúde nas principais bases de dados, 2006.**



Fonte: Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, 2006.

entre organismos nacionais de ciência e tecnologia, organismos internacionais de cooperação em ciência e tecnologia, grupos de pesquisa e desenvolvimento de sistemas de informação e conhecimento, e instituições promotoras. Oferece além de indicadores sobre pesquisa na Região a possibilidade de acessar aos diretórios nacionais de investigadores e de grupos e instituições de investigação. Em 2006 a rede contava com a participação de Portugal e 11 países da Região.

#### *Congresso Regional de Informação em Ciências da Saúde (CRICS) (<http://www.bireme.br>)*

O CRICS começou em 1992 e realiza-se a cada dois anos para avaliar os avanços regionais e internacionais nas áreas de gestão de informação científica e técnica, comunicação científica, biblioteconomia, tecnologias de informação e suas aplicações nos sistemas nacionais de investigação, educação e assistência à saúde da América Latina e do Caribe. O 7º Congresso (CRICS 7) realizou-se no Brasil em 2005 e contou com mais de 1.200 participantes provenientes de 73 países e peritos em diversos campos, entre eles bibliotecários e especialistas em disseminação científica, profissionais da saúde, gestores do setor saúde, editores de revistas científicas, e pesquisadores. As recomendações emanadas do Congresso estão mencionadas nos documentos: “*Declaração de Salvador: compromisso com a equidade*” (135) e a “*Declaração de Salvador sobre acesso aberto: à perspectiva dos países em desenvolvimento*” (136). Estes documentos expressam que o

acesso universal à informação e ao conhecimento constitui uma condição essencial para promover a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades.

#### *Rede de Indicadores de Ciência e Tecnologia em Saúde (RICTSAL)*

A RICTSAL começou em Buenos Aires em setembro de 2004, com representantes de instituições de ciência e tecnologia e dos ministérios da saúde da Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Uruguai, conjuntamente com a OPAS e a Rede de Indicadores de Ciência e Tecnologia (RICYT). A missão de RICTSAL é promover, em uma estrutura de cooperação internacional, o desenvolvimento conceitual e de instrumentos para a avaliação e a análise da ciência, da tecnologia e a inovação no campo da saúde nas Américas, com a finalidade de aprofundar seu conhecimento e apoiar a tomada de decisões.

#### **Perspectivas e necessidades**

Embora existam varias iniciativas e redes dedicadas a sintetizar o conhecimento e desenvolvimento de capacidades, é indispensável contar com o compromisso, a participação e o respaldo e liderança das autoridades de regulamentação e de saúde (organismos nacionais de ciência e tecnologia) para que estes esforços respondam efetivamente às necessidades de cada país, e para regulamentar e monitorar os avanços da pesquisa em saúde.

“A gestão efetiva da informação é fundamental para frear a propagação de novas epidemias, sejam de origem infecciosa ou não.”

George A.O. Alleyne, 1998

Em novembro de 2004 aconteceu no México o Encontro Ministerial sobre Pesquisa em Saúde. A Declaração do México sobre as investigações sanitárias (137) nele formulada recebeu o respaldo de ministros da saúde e chefes de delegações de 58 Estados Membros da OMS. A declaração exorta aos estados, à comunidade científica e às organizações internacionais a implantar estratégias e atividades para fortalecer a pesquisa orientada a melhorar os resultados de saúde e o desenvolvimento dos povos.

Em resposta à Declaração do México, impulsionaram-se iniciativas orientadas a propiciar a formação e o desenvolvimento dos recursos humanos para a pesquisa em saúde, incrementar a produção e o uso sistemático dos resultados de pesquisa na saúde pública, fortalecer a governança e a governabilidade da pesquisa em saúde, e promover o desenvolvimento de bases de dados e registros que permitam monitorar o estado da pesquisa e conhecer os recursos disponíveis (138, 139, 140). Também está se trazendo à prática estratégias para priorizar a pesquisa em saúde pública e incentivar o investimento neste campo. Isto envolve a coordenação do trabalho de numerosas iniciativas, como as promovidas pelo Conselho de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento (*Council on Health Research for Development*), COHRED: <http://cohred.org>, ou Fórum Global para a Pesquisa em Saúde (*Global Forum for Health Research*): <http://www.globalforumhealth.org/>, a Aliança para a Pesquisa em Sistemas e Políticas de Saúde (*Alliance for Health Policy and Systems Research*: <http://www.alliance-hpsr.org>), entre outros. Assim mesmo, está se promovendo o desenvolvimento de registros e indicadores de produção científica. A tendência atual é fomentar o desenvolvimento de políticas de Estado que permitam dar suporte à pesquisa para a equidade e o desenvolvimento.

Fomentou-se o investimento em áreas de pesquisa sobre temas relegados de pertinência local, inclusive aspectos tais como a pesquisa em sistemas de saúde, a avaliação da massificação das intervenções, e as condições que requerem abordagens multisetoriais (tais como a prevenção de acidentes de trânsito, queimaduras, afogamentos, feridas por arma de fogo, ou as intervenções para diminuir a violência). Por exemplo, a Aliança para a Segurança Mundial dos Pacientes (<http://www.who.int/patient-safety>) está desenvolvendo redes de trabalho cuja principal finalidade é a de criar uma cultura de segurança para o paciente.

Em outras frentes está se promovendo o acesso universal aos resultados de pesquisa que guiem as políticas e a assistência em saúde. A OMS impulsionou o desenvolvimento de um portal

aberto que integra os registros de ensaios clínicos (<http://www.who.int/ictpr>). Promoveu-se também o trabalho em rede com iniciativas existentes dedicadas a promover o uso dos resultados de pesquisa, tais como a Colaboração Cochrane (<http://www.cochrane.org/>). Durante o último lustro puseram-se em andamento importantes acordos para facilitar, aos países em desenvolvimento, o acesso a publicações biomédicas e de saúde, entre eles a InterRed-Saúde Iniciativa de Acesso à Pesquisa (HINARI) (<http://www.who.int/hinari>).

A estratégia de convocar diferentes iniciativas, redes e grupos de trabalho existentes na Região permitiu identificar sinergias, minimizar a duplicação de trabalho, promover a cooperação e o desenvolvimento solidário entre países para reunir esforços, e trabalhar conjuntamente no desenvolvimento e fortalecimento de capacidades, com o amplo propósito de lograr iniciativas bem sucedidas e sustentáveis. A título de exemplo citam-se a continuidade de algumas iniciativas e redes que estão trabalhando de forma amparada na Região das Américas:

- Rede Latino Americana de Epidemiologia Clínica (LatIN-CLEN) (<http://www.latinclen.org>): direcionada à capacitação e pesquisa em áreas como epidemiologia clínica, bioestatística, ciências sociais e economia em saúde.
- Rede Cochrane Ibero-americana (<http://www.cochrane.es>): promove o desenvolvimento de síntese da literatura e a meta-análise, a indexação de relatórios de investigações, desenvolvimento de novas metodologias de pesquisa secundária e oferece uma recopilação de síntese da literatura científica.
- Foro Latino americano de Comitês de Ética em Pesquisa (<http://www.flaceis.org>): um espaço de diálogo para o desenvolvimento e fortalecimento da ética da pesquisa.
- Associação Latino-americana de Escolas de Saúde Pública (ALAESP <http://www.alaesp.sld.cu>).
- Faculdade Latino-americana de Ciências Sociais (<http://www.flacso.org/>).

A informação científica é indispensável, porém não suficiente para melhorar a qualidade das decisões em saúde dirigidas a aumentar a efetividade das intervenções dirigidas a incrementar os ganhos em matéria de saúde e qualidade de vida. Outros fatores críticos que deverão ser considerados, e que moldam os processos de tomada de decisão e seus resultados, incluem as conjunturas sociopolíticas particulares, os valores decisórios e os recursos disponíveis, entre outros. Também deverão ser abordados progressivamente outros aspectos para fazer com que os processos de tomada de decisão, das práticas e políticas sejam suficientemente documentados pelas provas científicas, tais como a variabilidade nos padrões de utilização da informação, a capacidade de apoderar-se do conhecimento e a decisão de interagir diante do novo conhecimento (141). O desenvolvimento de novas tecnologias de comunicação modificou de forma espetacular o pano-

rama do uso da informação científica, e trouxe consigo novas soluções e novos desafios.

Em pouco tempo passou-se de condições de acesso restrito ao conhecimento, para uma situação de grandes contrastes, enquanto que em alguns lugares persistirem, em outros as pessoas sentem-se oprimidas pela quantidade de informação e torna-se difícil estabelecer os limites de uma pesquisa e demarcar o armazenamento de informação e conhecimentos prévios necessários para desenvolvê-lo. Estes novos desafios levaram à aplicação de metodologias para sintetizar o conhecimento e avaliar criticamente a literatura científica, o estabelecimento de padrões para publicar e compartilhar informação, o desenvolvimento de registros de dados básicos e produção científica, a incorporação de novas habilidades informáticas no treinamento de recursos humanos, e muitas outras. Porém os países ainda enfrentam um panorama em mutação e é essencial integrar iniciativas para responder efetivamente a estes desafios, e contar com informação básica que permita realizar uma boa análise situacional e formular respostas estratégicas.

## RENOVAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA DE SAÚDE

A OMS promove a assistência primária de saúde antes de 1978, quando adotou tal estratégia para o logro da meta de “saúde para todos”. Desde então houve mudanças drásticas tanto no contexto mundial como na assistência primária de saúde. O objetivo da renovação da assistência primária é revitalizar a capacidade de todos os países para organizar uma estratégia coordenada, efetiva e sustentável que permita solucionar os problemas atuais de saúde, enfrentar os novos desafios da saúde e melhorar a equidade. A meta deste esforço é obter benefícios de saúde sustentáveis para toda a população.

Diversos motivos justificam a renovação dos princípios da assistência primária, entre os quais se incluem: os novos desafios epidemiológicos; a necessidade de corrigir as debilidades e inconsistências de muitos dos atuais enfoques de assistência primária; o desenvolvimento de novas ferramentas e conhecimentos sobre melhores práticas para incrementar sua efetividade; o reconhecimento crescente de que a assistência primária de saúde fortalece as capacidades da sociedade para diminuir as iniquidades em saúde; e um consenso cada vez mais amplo de que a assistência primária representa uma estratégia poderosa para abordar os determinantes sociais da saúde e a desigualdade.

### O contexto da assistência primária nas Américas

Uma avaliação exaustiva da assistência primária é oportuna, visto que a maioria dos países das Américas experimentou mudanças espetaculares nas três últimas décadas. Estas mudanças

incluem nos processos de democratização e na consolidação da democracia, a redefinição do papel do Estado, a abertura econômica e as reformas dos serviços de saúde e sociais, inclusive a expansão do setor privado em direção às atividades que tradicionalmente eram próprias do setor público. Embora nem sempre bem sucedidas, as reformas foram orientadas para alcançar objetivos de modernização do financiamento da assistência de saúde, transferir às autoridades regionais as funções de planejamento e implantação e, mais recentemente, melhorar a qualidade da assistência e da equidade (142). Na maioria dos países estas reformas ocorreram em um contexto de pobreza generalizada, o que contribuiu para aumentar a desigualdade, a exclusão social, a instabilidade política e a deterioração ambiental (143, 144). Os efeitos da globalização aumentaram a interdependência das nações bem como sua vulnerabilidade às forças externas; por outro lado, as tendências demográficas e epidemiológicas deslocaram a carga das enfermidades, ao mesmo tempo em que se incorporaram novas formas de organização política, social e econômica, e se introduziram diversas inovações tecnológicas.

A adoção de um enfoque renovado de assistência primária de saúde é uma condição essencial para alcançar os objetivos de desenvolvimento acordados em nível internacional. Entre os mais relevantes encontram-se os contidos na Declaração do Milênio das Nações Unidas, direcionados a abordar os principais fatores condicionantes da saúde — tal como os define a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde da OMS — e garantir a saúde como um direito humano — tal como se estabelece em algumas constituições nacionais e o expressam grupos da sociedade civil. A renovação da assistência primária de saúde deve-se construir sobre os alicerces do legado de Alma-Ata e do movimento de assistência primária de saúde, aproveitando as lições aprendidas e as boas práticas acumuladas ao longo de mais de um quarto de século de experiências, e reinterpretando a estratégia e a prática da assistência primária de saúde para enfrentar os desafios do século XXI.

A Região das Américas ostenta uma rica tradição intelectual na pesquisa das causas e conseqüências das disparidades em saúde (145). Independentemente de como se defina a equidade, poucos poderiam negar que as disparidades em saúde existentes na Região são injustas. Uma análise recente determinou que “apesar de uma redução considerável da mortalidade infantil, os níveis de iniquidade entre os países se mantiveram praticamente constantes entre 1955 e 1995” (146). Os resultados são similares quando se analisa a situação nos países onde existem desigualdades importantes referente a diversos indicadores de saúde, entre os quais se inclui a mortalidade materna (mulheres indígenas em comparação com mulheres não indígenas), o acesso aos serviços de saúde (entre as populações urbanas e rurais) e a esperança de vida (entre os grupos étnicos e raciais) (147).

Em nossa Região, as disparidades relacionadas com as rendas estão associadas com piores resultados de saúde, e em alguns

*“Estima-se que entre 25% e 30% da população total da Região não têm acesso à assistência de saúde, apesar do fato de que as declarações universais firmadas pela maioria dos países e leis nacionais de muitos mais garantem o acesso universal à dita assistência. A este respeito, os processos de reforma do setor saúde fizeram progressos desiguais. Em muitos casos existe uma brecha entre o estado de desenvolvimento dos sistemas nacionais de proteção social e as estruturas legais que os mantêm.”*

Mirta Roses, 2005

casos seus efeitos ameaçam reverter os avanços já obtidos em muitos países (148, 149, 150). A redução ou eliminação das desigualdades em saúde justifica, pois, o projeto e o andamento de estratégias de saúde e desenvolvimento verdadeiramente potencializadas pelos valores sociais e com capacidade para incidir sobre as causas e conseqüências das desigualdades. Para melhorar os níveis de equidade em saúde empregaram-se principalmente as seguintes estratégias: 1) aumento ou melhora da provisão de serviços de saúde para os mais necessitados (151, 152); 2) reestruturação dos mecanismos de financiamento da saúde a fim de ajudar às pessoas mais desfavorecidas (153, 154, 155); 3) projeto de programas para ajudar aos pobres a obter bens básicos tais como moradia, água, alimentos e rendas (156), e 4) modificação das estruturas sociais e econômicas para influenciar sobre os fatores determinantes mais remotos da iniquidade (157).

A pesquisa de diversos aspectos da equidade em saúde tomou parte da literatura publicada durante mais de três décadas; entretanto, as provas disponíveis são insuficientes para ditar as estratégias mais efetivas em determinadas circunstâncias (158).

A renovação da assistência primária de saúde supõe algo mais que o simples ajuste do enfoque original às realidades de cada momento: exige um exame crítico de seu significado e de seu propósito. Em geral, a percepção sobre o papel da assistência primária no desenvolvimento de um sistema social e de saúde, classificam-se em quatro categorias (quadro 22). Um estudo realizado em 2003, que incluiu a mais de 200 responsáveis políticos, provenientes de 16 países da América Latina e do Caribe, confirmou a importância da estratégia da assistência primária de saúde para os entrevistados. Porém, o estudo também demonstrou que ainda existem os desacordos e os conceitos errôneos sobre a assistência primária, inclusive dentro de um mesmo país (64) (quadro 23). Independentemente do enfoque predominante adotado, a maioria dos entrevistados (75%) consideraram que a assistência primária de saúde constitui uma estratégia válida que exige uma redefinição e uma revitalização, e consideraram que este redirecionamento requer novas modalidades de implantação, entre as

quais se incluem mudanças na organização e financiamento da assistência primária de saúde, o desenvolvimento de recursos humanos, a formulação de políticas sanitárias, a gestão e administração da saúde, e uma maior transparência por parte dos governos. Acrescentaram que este processo de mudanças deve estimular a formação de associações entre os provedores, as comunidades, os governos e os organismos e redes internacionais, com a finalidade de estabelecer prioridades de saúde; criar incentivos para a pesquisa aplicada e o desenvolvimento dos recursos humanos; alentar a rentabilidade na atribuição dos recursos; advogar por mais recursos e promover políticas de saúde pública.

Em setembro de 2003, o 44º Conselho Diretor da OPAS aprovou uma resolução que solicitava aos Estados Membros que adotaram uma série de recomendações para fortalecer a assistência primária de saúde. No ano seguinte, e em resposta aos mandados mencionados, a OPAS e a OMS criaram o “Grupo de trabalho em assistência primária de saúde”, com a finalidade de assessorar a Organização a respeito de futuras orientações estratégicas e programáticas do enfoque de assistência primária de saúde. Seu primeiro encontro encerrou-se entre 28 e 30 de junho de 2004, em Washington D.C., e o segundo realizou-se em San José, Costa Rica, entre 27 e 29 de outubro.

Para analisar o documento preliminar sobre o quadro da situação, realizaram-se consultas nacionais em 21 países: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Guiana, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Suriname, Trinidad e Tobago, e Venezuela. As recomendações técnicas que gerou a Consulta Regional realizada em Montevidéu, Uruguai, se converteram em parte do documento de posição e da Declaração Regional sobre a Assistência Primária de Saúde (Declaração de Montevidéu), e foram totalmente avaliadas pelo 46º Conselho Diretor da OPAS em setembro de 2005.

A partir da aprovação da Declaração de Montevidéu, vários países renovaram ou revitalizaram seus esforços em incorporar ao desenvolvimento de seus sistemas nacionais de saúde os valores, os princípios e os elementos básicos da estratégia da assistência primária em saúde. A OPAS e a OMS continuam oferecendo aos países cooperação técnica a respeito e intensificaram os esforços para difundir a estratégia renovada de assistência primária na Região. Seus esforços concentraram-se em modernizar a estratégia da assistência primária em todas suas atividades de cooperação técnica e áreas de trabalho.

### **Criar sistemas de saúde baseados na assistência primária**

A renovação da assistência primária de saúde deve ser parte integrante do sistema de saúde dos países, com um enfoque amplo que permita orientar a estrutura e funcionamento dos sis-

**QUADRO 22. Enfoque da assistência primária de saúde.**

Enfoque	Definição do conceito de assistência primária de saúde (APS)	Ênfase
APS seletiva	Direciona-se a um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos problemas de saúde mais preponderante dos países em desenvolvimento. Um dos principais programas que incluiu este tipo de serviço foi conhecido por sua sigla em inglês GOBI (controle do crescimento, terapia de re-hidratação oral, latência materna e imunização) e também ficou conhecido como GOBI-FFF quando se adicionou alimentos suplementares, alfabetização da mulher e planejamento familiar.	Conjunto específico de atividades dos serviços de saúde para os pobres
Assistência primária	Refere-se à porta de entrada ao sistema de saúde, e ao lugar para a assistência continuada de saúde da maioria da população. Esta é a concepção de APS mais comum na Europa e em outros países industrializados. A partir da definição mais estreita, este enfoque relaciona-se diretamente com a disponibilidade de médicos especializados em medicina geral ou familiar.	Um nível de assistência de um sistema de saúde
Alma-Ata “APS integral”	A declaração de Alma-Ata define a assistência primária de saúde como a “assistência essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis, colocado ao alcance de todos os indivíduos e das famílias da comunidade através de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar [..]. Faz parte integrante tanto do sistema nacional de saúde [..] como do desenvolvimento social e econômico da comunidade. Representa o primeiro nível de contacto dos indivíduos, das famílias e das comunidades [..] levando o mais próximo possível a assistência de saúde ao local onde residem e trabalham as pessoas, e constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência à saúde”.	Uma estratégia para organizar os sistemas de assistência de saúde e a sociedade para promover a saúde
Enfoque de saúde e direitos humanos	Concebe a saúde como um direito humano e subtrai a necessidade de responder os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Difere por sua maior ênfase nas implicações sociais e políticas da Declaração de Alma-Ata, mais do que em seus princípios. Defende que, se desejamos que o conteúdo social e político de Alma-Ata logre melhoras na equidade em saúde, este deve direcionar-se mais para o desenvolvimento de políticas “inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos legislativos e financeiros”, do que a aspectos específicos da enfermidade.	Uma filosofia que atravessa a saúde e os sectores sociais

**Fontes:** Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med* 301(18):967–974; 1979.

Institute of Medicine. *Defining primary care: an interim report*. Washington, DC: National Academy Press; 1994.

OMS. *Assistência primária de saúde. Informe da Conferencia Internacional sobre Assistência Primária de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6–12 de setembro de 1978*. Genebra: OMS; 1978.

Tarimo E, Webster EG. *Primary health care concepts and challenges in a changing world. Alma-Ata revisited (Current Concerns ARA paper number 7, document WHO/ARA/CC/97.1)*. Geneva: WHO; 1997.

People’s Health Movement, editor. *Health for All Now! Revive Alma-Ata! The Alma-Ata Anniversary Pack*. Unnikrishnan, Bangalore (India): People’s Health Movement, 2003.

Movement PsH, editor. *The medicalization of health care and the challenge of health for all*. People’s Health Assembly; 2000 December 2000; Dhaka, Bangladesh.

Vuori H. *Primary health care in Europe: Problems and solutions*. *Community Medicine* 1984;6:221–31.

Vuori H. *The role of the schools of public health in the development of primary health care*. *Health Policy* 1985;4(3):221–30.

temas para o logro do direito a alcançar o nível de saúde mais alto possível. Um sistema baseado na assistência primária de saúde maximiza a equidade e a solidariedade e contribui para a obtenção de benefícios de saúde amparados para a população. Tal sistema se rege pelos princípios de capacidade de resposta

diante das necessidades de saúde da população, orientada para a qualidade, responsabilidade e prestação de contas dos governos, justiça social, suporte, participação e intersetorialidade.

Um sistema de saúde baseado na assistência primária se compõe de um conjunto básico de elementos funcionais e estru-



**QUADRO 23. Percepções chave dos entrevistados sobre o papel do cuidado primário de saúde.**

Até que ponto você está de acordo com as seguintes afirmações?	Porcentagem de acordo	N
A APS é o primeiro nível de assistência	80	160
A APS é a porta de entrada ao sistema de saúde	71	152
A APS é considerada de diferentes maneiras pelos distintos provedores de saúde	67	188
A APS é uma combinação de enfoques	62	158
A APS é considerada cuidado de baixa tecnologia	55	187
A APS é considerada como serviços de saúde para os pobres	52	173
A APS é uma estratégia para o desenvolvimento socioeconômico	51	154
A APS é considerada de diferentes maneiras nas diferentes regiões do país	44	184

**Fonte:** Organização Pan-Americana da Saúde. Revisão das políticas de cuidado primário de saúde na América Latina e no Caribe. Washington, DC: OPAS; 2003.

turais que garantam a cobertura universal e o acesso a serviços aceitáveis para a população e que promovam a equidade. Oferecem cuidado integral integrado e apropriado ao longo do tempo, enfatiza a prevenção da enfermidade e a promoção da saúde, e assegura o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. A base fundamental para a planificação e a ação são as famílias e as comunidades para aquelas cujo sistema opera. Um sistema de saúde baseado no cuidado primário requer uma estrutura política legal e institucional sólida, bem como recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis. Emprega boas práticas de administração em todos os níveis, a fim de alcançar a qualidade, a eficácia e a efetividade e estabelece mecanismos ativos para aumentar ao máximo a participação individual e coletiva no âmbito da saúde. Um sistema de saúde baseado no cuidado primário promove ações intersectoriais direcionadas a abordar os fatores determinantes da saúde e da equidade.

A essência da definição renovada do cuidado primário de saúde continua sendo a mesma da Declaração de Alma-Ata. Contudo, a nova definição apresenta uma perspectiva que engloba todo o sistema, é aplicável a todos os países sem distinções, e inclui a todos os sectores relevantes (públicos, privados e sem fins lucrativos). Distingue entre valores, princípios e elementos; destaca a equidade e a solidariedade e incorpora princípios novos como sustentabilidade e orientação para a qualidade. Descarta a idéia que equipara o cuidado primário com um conjunto de serviços pré-estabelecidos, na medida em que estes devem se definir em função das necessidades locais. Mesmo assim, termina com a idéia de que o cuidado primário se define a partir de tipos específicos de pessoal da saúde, visto que as equipes que trabalham no cuidado primário devem se definir em função das necessidades, das preferências culturais, da evidência e dos recur-

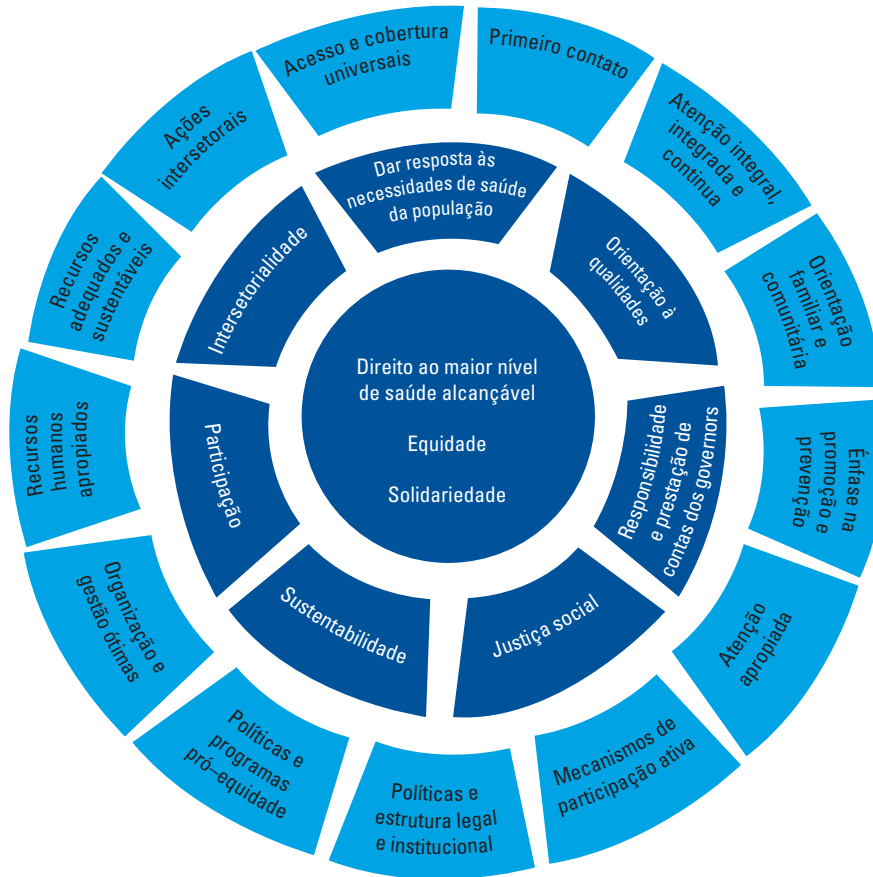
sos disponíveis. Além disso, especifica uma serie de elementos organizacionais e funcionais que podem ser avaliados, e que constituem um enfoque coerente e lógico para basear firmemente os sistemas de saúde na estratégia do cuidado primário. A renovação do cuidado primário orienta-se para conduzir a transformação dos sistemas de saúde de modo que os mesmos possam atingir seus objetivos, conservando por sua vez flexibilidade suficiente para modificar-se e adaptar-se com o transcorrer do tempo, de acordo com os novos desafios que enfrentam. Reconhece que o cuidado primário de saúde transcende mera prestação de assistência sanitária e que o êxito depende de outras funções dos sistemas de saúde e de outros processos sociais.

Na medida de seus recursos econômicos, circunstâncias políticas, capacidades administrativas e desenvolvimento histórico alcançado pelo setor de saúde, cada país deverá traçar sua própria estratégia para a renovação do cuidado primário de saúde. A figura 5 apresenta os valores, princípios e elementos de um sistema de saúde baseado no cuidado primário; o quadro 24 apresenta suas definições, e o quadro 25, os elementos essenciais de um sistema de saúde baseado no cuidado primário.

**O caminho a seguir**

Uma estratégia renovada do cuidado primário de saúde deverá incluir os seguintes objetivos: 1) completar a implementação do cuidado primário onde não se tenha desenvolvido totalmente (agenda de saúde não concluída), garantindo a todos os cidadãos o acesso universal e o direito à saúde, e promovendo ativamente a equidade em saúde, bem como a melhoria e uma melhor distribuição dos indicadores de saúde e qualidade de vida; 2) fortalecer a estratégia de cuidado primário para afrontar os

**FIGURA 5. Valores, princípios e elementos essenciais de um sistema de saúde baseado no cuidado primário.**



**Fonte:** Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Renovação do cuidado primário de saúde nas Américas. [documento marco]. Washington, DC: OPAS, 2007.

novos desafios, melhorando a satisfação do cidadão e da comunidade com os serviços de saúde e com os provedores, maximizando a qualidade do cuidado e a gestão, e fortalecendo as políticas ambientais e a estrutura institucional necessárias para lograr o ótimo funcionamento dos sistemas de saúde, e 3) situar o cuidado primário de saúde em uma agenda mais ampla de equidade e desenvolvimento humano, articulando a nova concepção do cuidado primário com esforços tais como a Declaração do Milênio, para fortalecer os sistemas de saúde, promovendo melhorias sustentáveis da participação comunitária e a coordenação intersetorial, e investindo no desenvolvimento dos recursos humanos. A obtenção de um bom resultado significará aprender com as experiências, impulsionar atividades de promoção, e articular as

funções e responsabilidades previstas para os países, as organizações internacionais e os grupos da sociedade civil comprometidos no processo de renovação.

Existe um renovado interesse no cuidado primário de saúde em todo o mundo. Diversas organizações reconheceram que o fortalecimento dos sistemas de saúde é uma condição indispensável para impulsionar o crescimento econômico, aumentar a equidade social, melhorar a saúde e prover os tratamentos para combater enfermidades devastadoras como o HIV. Entretanto, ainda resta muito por se fazer para persuadir os principais atores de que o cuidado primário de saúde é o espaço lógico e apropriado para a colaboração, ao investimento e à ação. O momento de atuar é agora.

**QUADRO 24. Valores e princípios básicos de um sistema de saúde baseado no cuidado primário.**

<b>Valores</b>	<b>Definição</b>
Direito ao nível máximo de saúde possível	De acordo com o que enunciam as constituições de muitos países, bem como diversos tratados internacionais (inclusive a Constituição da Organização Mundial da Saúde), refere-se aos direitos dos cidadãos e às responsabilidades dos governos e de outros atores legalmente definidos, e cria as condições jurídicas e legais para que os cidadãos possam reclamar quando não se cumprem seus direitos.
Equidade	Refere-se às diferenças injustas no estado de saúde, no acesso ao cuidado de saúde e aos ambientes saudáveis, e no trato que se recebe nos sistemas de serviços sociais e de saúde.
Solidariedade	É o grau no qual as pessoas de uma sociedade se comprometem a trabalharem juntas pelo bem comum para definir e alcançar uma meta comum. Nos governos locais e nacionais este valor se manifesta na formação de uniões de trabalho voluntário, e em outras formas de participação na vida cívica.
<b>Princípios</b>	
Responder às necessidades de saúde da população	Significa que os sistemas de saúde devem centrar-se nas pessoas de modo tal que possam satisfazer suas necessidades da forma mais ampla possível. Isto implica que a APS deve atender as necessidades de saúde da população baseando-se nas evidências disponíveis, enquanto promove o respeito pelas preferências e necessidades das pessoas sem considerar seu estado socioeconômico, cultural, racial, étnico, de gênero ou outros fatores.
Orientação para a qualidade	Os serviços, além de responder às necessidades da população, devem antecipá-las e tratar a todas as pessoas com dignidade e respeito, ao mesmo tempo em que garantem o melhor tratamento possível de seus problemas de saúde. Isto requer dotar aos profissionais de saúde com conhecimentos clínicos fundamentados na evidência e com os instrumentos necessários para sua atualização contínua, bem como contar com procedimentos adequados para avaliar a eficiência, efetividade e segurança das intervenções preventivas e curativas, designar os recursos de forma correta, e dispor de um sistema de incentivos apropriado.
Responsabilidade e prestação de contas dos governos	Este princípio faz com que o governo cumpra, ou seja, obrigado a cumprir com os direitos sociais, e que os cidadãos sejam protegidos de todo menosprezo de seus direitos. Sua realização requer o desenvolvimento de políticas e de procedimentos reguladores e legais específicos que permitam aos cidadãos tornar exigíveis seus direitos se não se reúnem condições apropriadas de sua aplicação. Este princípio deve aplicar-se a todas as funções dos sistemas de saúde sem considerar o tipo de provedor (quer seja público, privado ou sem fins lucrativos). Requer o seguimento e melhoramento contínuo do desempenho do sistema de saúde, o que se deve fazer de modo transparente e sujeito ao controle social.
Justiça social	As ações do governo devem avaliar-se segundo o grau em que assegurem o bem estar de todos os cidadãos, particularmente dos grupos mais vulneráveis.
Sustentabilidade	Requer o uso do planejamento estratégico e a geração de compromissos duradouros. Os investimentos devem ser suficientes para satisfazer as necessidades atuais de saúde da população, ao mesmo tempo em que se planeja a satisfação dos desafios da saúde do amanhã.
Participação	Faz com que as pessoas se envolvam na tomada de decisões sobre a distribuição de recursos, e na definição de prioridades nos processos que facilitem a prestação de contas. Devemos ser capazes de tomar decisões em forma livre e informada visando a melhoria de sua saúde e a de sua família. A participação social em saúde é uma das facetas da participação cívica geral que permite que o sistema de saúde reflita os valores sociais, e é um meio para o controle social das ações públicas e privadas que afetam à sociedade.
Intersectorialidade	Significa que o setor saúde deve trabalhar junto aos outros setores e atores para assegurar o alinhamento com as políticas públicas e os programas, procurando maximizar sua contribuição potencial à saúde e ao desenvolvimento humano.

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas [documento de posición]. Washington DC: OPS; 2007.

**QUADRO 25. Elementos essenciais de um sistema de saúde baseado no cuidado primário.**

Acesso e cobertura universais	O financiamento e as disposições organizacionais devem cobrir a toda a população, procurando eliminar as travas ao acesso, refletir as necessidades, preferências e cultura locais, proteger as pessoas de riscos econômicos, e satisfazer os objetivos de equidade.
Primeiro contato	O cuidado primário deveria funcionar como a principal porta de entrada ao sistema de saúde e de serviços sociais para todos os novos pacientes, e como o lugar onde a maioria de seus problemas será solucionada. Um sistema de saúde baseado no cuidado primário fortalece este tipo de cuidado em seu funcionamento como primeiro nível de cuidados, ainda que algumas de suas funções se estendam mais além do primeiro nível do sistema.
Cuidado integral, integrado e contínuo ao longo do tempo	A gama de serviços disponíveis deve ser adequada para proporcionar e integrar a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico prematuro, cuidados curativos, paliativos e de reabilitação, bem como apoio para que os pacientes possam conduzir-se por si mesmos.
Orientação familiar e comunitária	O cuidado primário tem um enfoque da saúde pública que utiliza a informação da comunidade da família para avaliar os riscos e garantir prioridade às intervenções. A família e a comunidade constituem o primeiro escalão do planejamento e das intervenções.
Ênfase na prevenção e na promoção	A assistência primária tem a ver com a promoção da saúde, com a saúde pública e com os enfoques regulatórios e de políticas, com a finalidade de melhorar as condições e segurança do trabalho, reduzir os riscos ambientais e coordenar com outros setores a promoção da saúde baseado no conjunto da população.
Cuidado apropriado	Um sistema de saúde baseado no cuidado primário não está centrado no cuidado do órgão ou da enfermidade, mas que suas atividades apontem para a pessoa em sua integridade ao longo de todo seu ciclo vital. Procura fazer com que as intervenções sejam pertinentes, eficazes, eficientes e seguras, e que estejam baseadas nas melhores provas clínicas disponíveis.
Mecanismos ativos de participação	Deve-se garantir a transparência e as responsabilidades em todos os níveis, inclusive facultando às pessoas para que estas cuidem melhor de sua própria saúde e estimulando às comunidades a converter-se em coparticipantes ativos quanto a fixar as prioridades de saúde, bem como na gestão, avaliação e regulamentação.
Estrutura legal, política e institucional sólida	Parte da função governante do sistema de saúde consiste em identificar, facultar e coordenar aos atores, bem como as ações, procedimentos e sistemas jurídicos e de financiamento que possibilitem à APS cumprir com suas funções específicas de forma transparente, sujeita ao controle da sociedade e livre de corrupção.
Políticas e programas que favoreçam a equidade	Atividades que melhorem os efeitos negativos das iniquidades sociais sobre a saúde e que façam com que todas as pessoas sejam tratadas com dignidade e respeito. Deverão incorporar dimensões de equidade tanto horizontais como verticais.
Organização e administração ótimas	Práticas que façam com que a inovação melhore constantemente a organização e o fornecimento de cuidados seguros, os quais deverão cumprir com os níveis previstos de qualidade, oferecer condições laborais satisfatórias aos trabalhadores da saúde e responder flexivelmente às necessidades das pessoas.
Recursos humanos adequados	Tanto os provedores como os trabalhadores comunitários, os administradores e o pessoal auxiliar devem possuir a combinação adequada de habilidades e conhecimentos; além disso, deverão poder contar com um ambiente de trabalho produtivo, uma formação que maximize as equipes interdisciplinares e incentivos para tratar as pessoas com dignidade e respeito. Tudo isto requer planejamento estratégico, investimentos em longo prazo e coordenação entre as políticas nacionais e internacionais de recursos humanos.
Recursos materiais adequados e sustentáveis	Os níveis de recursos devem ser suficientes para oferecer cobertura e acesso universais, a partir do que determinem os melhores dados e análises disponíveis da situação de saúde.
Ações intersetoriais	O cuidado primário, o sistema de saúde e outros setores deverão trabalhar em conjunto para promover a saúde e o desenvolvimento humano encarando os fatores determinantes da saúde da população mediante a vinculação com o sistema de educação pública, os lugares de trabalho, os programas de desenvolvimento econômico e urbano, os de desenvolvimento e comercialização agropecuários, os de provisão de água potável e serviços de esgoto, etc.

**Fonte:** Organização Pan-Americana da Saúde, Fortalecimento de Sistemas de Saúde, Unidade de Desenvolvimento de Políticas e Sistemas de Saúde.

## Referências

1. Dye TR. *Understanding Public Policy*. 9th edition. Upper Saddle River: Prentice Hall; 1998.
2. Lasswell H. *Politics: Who Gets What, When, How*. New York: Meridian Books; 1958.
3. Sojo C, Pérez Sainz, JP. Reinventar o social na América Latina. Em: *Desenvolvimento social na América Latina: temas e desafios para as políticas públicas*. Costa Rica: Faculdade Latino-americana de Ciências Sociais; 2002.
4. Organização Mundial da Saúde. *Relatório sobre a saúde do mundo 2000. Melhorar o desempenho dos sistemas de saúde*. Genebra: OMS; 2000.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. *A saúde pública nas Américas: novos conceitos, análises do desempenho e bases para a ação*. Washington, DC: OPAS; 2002 (Publicação científica e técnica No. 589).
6. Esping-Andersen G. *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton: Princeton University Press; 1990.
7. Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Sueca para o Desenvolvimento Internacional. *Série Extensão da Proteção Social em Saúde. Vol. 1: Exclusão em saúde em países da América Latina e do Caribe*. Washington, DC: OPAS; 2003.
8. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. *A proteção social de cara ao futuro: acesso, financiamento e solidariedade*. Montevideu: CEPAL; 2006.
9. Mesa-Lago C. *As reformas de saúde na América Latina e no Caribe: seu impacto nos princípios da seguridade social*. Santiago de Chile: CEPAL; 2005.
10. Medici A. *As reformas incompletas de saúde na América Latina: alguns elementos de sua economia política. Bem-estar e Política Social*. 2006;2(1)1–26.
11. Comissão Interamericana da Previdência Social. *Reformas dos esquemas da seguridade social. Relatório da previdência social na América Latina 2004*.
12. Fleury S. *¿Universal, dual ou plural? Modelos e dilemas de cuidado da saúde em América Latina: Chile, Brasil e Colômbia*. Em: Molina C, Núñez J, eds. *Serviços de saúde na América Latina e Ásia*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2001. Pág. 3–39.
13. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Internacional do Trabalho. *Iniciativa conjunta da OIT e da OPAS sobre a extensão da proteção social em saúde*. Washington, DC: OPAS/OIT; 2005.
14. Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Sueca para o Desenvolvimento Internacional. *Guia metodológica para a caracterização da exclusão social em saúde*. Washington, DC: OPAS; 2001.
15. Organização Mundial da Saúde. *Assembleia Mundial da Saúde, Resolução WHA58.33*. Genebra: OMS; 2005.
16. Organização Pan-Americana da Saúde. *26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, Resolução CSP 26.R19*. Washington, DC: OPAS; 2002.
17. Pan American Health Organization. *Major trends in health legislation in the English-speaking Caribbean 2001–2005*. Washington, DC: OPAS; 2006. Disponível em: <http://www.paho.org/English/DPM/SHD/HP/health-legislation-trends.htm>.
18. Pan American Health Organization. *Major trends in health legislation in Canada 2001–2005*. Washington, DC: OPAS; 2006. Disponível em: <http://www.paho.org/English/DPM/SHD/HP/health-legislation-trends.htm>.
19. Pan American Health Organization. *Major trends in health legislation in the United States of America 2001–2005*. Washington, DC: OPAS, 2006. Disponível em: <http://www.paho.org/English/DPM/SHD/HP/health-legislation-trends.htm>.
20. Joint Learning Initiative. *Human resources for health: overcoming the crisis*. Cambridge: Harvard University Press; 2004.
21. Anand S, Baernighausen T. *Human resources and health outcomes*. *Lancet*. 2004; 364(9445):1603–9.
22. Organização Pan-Americana da Saúde. *Desenvolvimento e fortalecimento da gestão dos recursos humanos no setor da saúde*. (CD43/9). XLIII Conselho Diretor da Organização Pan-americana da Saúde. Washington, DC: OPAS; 2001. Disponível em: [http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd43\\_09-s.pdf](http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd43_09-s.pdf).
23. Organização Pan-Americana da Saúde. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde*. (CD45/9). XLV Conselho Diretor da Organização Pan-americana da Saúde. Washington, DC: OPAS; 2004.
24. Macinko J, Guanais F, Marinho de Souza MF. *Evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990–2002*. *J. Epidemiol. Community Health*. 2006;60:13–19.
25. Organização Pan-Americana da Saúde. *Chamada para a ação de Toronto, 2006–2015. Em direção a uma década de recursos humanos em saúde para as Américas*. VII Reunião Regional do Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Washington, DC: OPAS; 2005.
26. Organização Pan-Americana da Saúde. *Consulta regional sobre recursos humanos em saúde: desafios críticos*. Reunião regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde. *Desafios críticos para una década de recursos humanos em saúde nas Américas*. Toronto, Canadá, 4–7 de outubro de 2005. Disponível em: <http://www.observatoriorh.org/esp/consultas.html>.
27. Mullan F. *The metrics of the physician brain drain*. *N Engl J Med*. 2005;353: 1810–18.
28. Chen LC, Boufford JI. *Fatal flows: Doctors on the move*. *N Engl J Med*. Oct 2005;353(17):1850–52.
29. Pautassi LC. *Equidade de gênero e qualidade no emprego: Las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina*.



- Santiago do Chile: CEPAL; 2001. Disponível em: <http://www.observatoriorh.org/esp/pdfs/lcl1506e.pdf>.
30. Standing H, Baume E. Equity, equal opportunities, gender and organization performance. Workshop on Global Health Workforce Strategy, Annecy, France, 9–12 dezembro 2000. Genebra: WHO; 2001. Disponível em: <http://www.observatoriorh.org/eng/pdfs/equity%20gender.pdf>.
  31. Pan American Health Organization. Human resources for health in the Americas: strengthening the foundation. Washington, DC: OPAS; 2006.
  32. Nogueira R, Passos, Santana J. Paranaguá 2003. Human resource management and public sector reforms: trends and origins of a new approach. Texto para discussão. Brasília; 2002.
  33. Organização Pan-Americana da Saúde. Desafios da gestão dos recursos humanos em saúde 2005–2015. Washington, DC: OPAS; 2006.
  34. Cherchiglia M. Terceirização nos serviços de saúde: Alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. Em: Lima JC, Santana JP (organizadores). Especialização em desenvolvimento de recursos humanos em saúde, CADRHU. Natal: OPAS/OMS; 1999. Pág. 367–385.
  35. Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Situação de vínculo do trabalho nas secretarias estaduais de saúde, Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. CONASS; 1999.
  36. Arroyo J. Sobre as transições e contratransições no desenvolvimento de capacidades no campo de recursos humanos em saúde. Seminário regional de responsáveis por políticas de recursos humanos na Região das Américas. Construindo capacidade institucional para o desenvolvimento de políticas de recursos humanos. Reunião de Consulta Regional do documento de trabalho da OMS. Varadero, Cuba, 7–11 de outubro de 2002.
  37. Rigoli F, Rocha C, Foster A. Critical challenges for human resources in health: a regional view. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Jan/Feb 2006;14(1):7–16. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/en\\_v14n1a02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/en_v14n1a02.pdf).
  38. Scavino J. Panorama de organizações de profissionais e trabalhadores da saúde nas Américas. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos 35. Washington, DC: OPAS; 2004. Disponível em: <http://www.observatoriorh.org/esp/publicaciones.html>.
  39. Davini MC, Nervi L, Roschke MA. Capacitação do pessoal dos serviços de saúde, projetos relacionados com os processos de reforma setorial. Série Observatório Nº 3. 2002. Disponível em: [http://observatorio\\_rh.tripod.com/observatorio-rh/id10.html](http://observatorio_rh.tripod.com/observatorio-rh/id10.html).
  40. Organização Pan-Americana da Saúde. O serviço social de medicina na América Latina. Situação atual e perspectivas. Relatório do seminário regional. Washington, DC: OPAS; 1997.
  41. Organização Pan-Americana da Saúde. Alinhamentos metodológicos para a análise setorial em saúde: uma ferramenta para a formulação de políticas. Série Iniciativa Regional de Reforma do Setor saúde na América Latina e o Caribe, Edição especial Nº 9. Washington, DC: OPAS; 2004. Disponível em: <http://www.lachealthsys.org/documents/lineamientosmetodologicosanalisissectorialensaludunaherramientaparalaformulacion-ES.pdf>.
  42. World Health Organization. WHO's Health System Strengthening Strategy. Genebra: WHO; 2006.
  43. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. Health Policy. 1997 Jul;41(1):1–36.
  44. Brazil, Oswaldo Cruz Foundation; Ministry of Health. Report of the Workshop On Health Systems Performance: the World Health Report 2000. Rio de Janeiro, 14–15 dezembro 2000.
  45. Organização Pan-Americana da Saúde. Análise das reformas do setor na sub-região da América Central e na República Dominicana, 2ª edição. Washington, DC: OPAS, 2002. Disponível em: [http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com\\_content&task=view&id=55&Itemid=30](http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com_content&task=view&id=55&Itemid=30).
  46. Organização Pan-Americana da Saúde. Análise das reformas do setor saúde nos países da Região Andina. Iniciativa Regional de Reforma do Setor Saúde na América Latina e no Caribe. Edição especial Nº 11. Washington, DC: OPAS; 2002. Disponível em: [http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com\\_content&task=view&id=57&Itemid=30](http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com_content&task=view&id=57&Itemid=30).
  47. Organização Pan-Americana da Saúde. Análise de las reformas do setor saúde nos países da sub-região do Caribe inglês. Washington, DC: OPAS; 2002. Disponível em: [http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com\\_content&task=view&id=56&Itemid=30](http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com_content&task=view&id=56&Itemid=30).
  48. Roses M. Steering Role of the Ministries of Health: Challenges for the 21st Century. Keynote address at the Hospital Governance Workshop for Ministers of Health and Permanent Secretaries of the Organization of Eastern Caribbean States, Bridgetown, Barbados, 5–6 novembro, 2003.
  49. Pan American Health Organization. Analysis of health sector reform: region of the Americas. Latin America and Caribbean Health Sector Reform Initiative Series No. 12. Washington, DC: OPAS; 2004. Disponível em: [http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com\\_content&task=view&id=54&Itemid=30](http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com_content&task=view&id=54&Itemid=30).
  50. World Health Organization. Report on the WHO meeting of experts on the stewardship function of health systems. Meeting on the stewardship function in health systems. (HFS/FAR/STW/00.1). Geneva, Switzerland, 10–11 setembro 2001.

51. Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. Towards better stewardship: concepts and critical issues. Geneva: WHO; 2002. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf>.
52. Organização Pan-Americana da Saúde. A Governança dos ministérios de saúde nos processos de reforma setorial. XL Conselho Diretor da Organização Pan-americana da Saúde, Resolução CD40.R12 l. Washington, DC: OPAS; 1997.
53. Saltman RB, Ferroussier-Davis O. The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78:732–39.
54. Correa JL. Projeto de autoridade sanitária. Comunidade virtual de governabilidade e liderança. Disponível em: <http://www.gobernabilidad.cl/modules.php?name=News&file=article&sid=441>.
55. Organização Pan-Americana da Saúde. Marco conceitual e instrumento metodológico. Função governante da autoridade sanitária nacional: desempenho e fortalecimento. Edição especial Nº 17. Washington, DC: OPAS; 2006. Disponível em: <http://www.lachealthsys.org/documents/433-funcionrectoradelaautoridadsanitarianacionaldesempenoyfortalecimiento-ES.pdf>.
56. Organização Pan-Americana da Saúde. Desenvolvimento da capacidade de condução setorial em saúde. Uma proposta operacional. *Série Organização e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde* Nº 6. Washington, DC: OPAS; 1998. Disponível em: <http://bvs.insp.mx/articulos/2/10/05122000.pdf>.
57. Organização Pan-Americana da Saúde. A função governante da autoridade sanitária nacional na ação: lições aprendidas. *Série Iniciativa Regional de Reforma do Setor saúde na América Latina e no Caribe*, Edição especial Nº 18. Washington, DC: OPAS; 2007. Disponível em: [http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com\\_content&task=view&id=101&Itemid=54](http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com_content&task=view&id=101&Itemid=54).
58. Organização Pan-Americana da Saúde. Funções essenciais de saúde pública. XLII Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, Resolução CD42.R14. Washington, DC: OPAS; 2000.
59. Costa Rica, Ministério da Saúde. Análise setorial de saúde de Costa Rica. San José: MINSA, 2002. Disponível em: <http://www.lachealthsys.org/documents/analisissectorial-desaluddecostaricapartei-ES.pdf>.
60. Lark M. Health sector reform in Costa Rica: Reinforcing a public system. Washington, DC; 2002.
61. Institute of Medicine. Guidance for the national healthcare disparities report. Washington, DC: National Academy Press; 2002.
62. Aday LA. At risk in America: the health and health care needs of vulnerable populations in the United States. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons Inc.; 2001.
63. Institute of Medicine. Care without coverage: too little, too late. Washington, DC: National Academy Press; 2002.
64. Organização Pan-Americana da Saúde. Revisão das políticas de cuidado primário de saúde na América Latina e no Caribe. Relatório final. Vol 1. (THS/OS/04/1). Washington, DC: OPAS; 2003.
65. México, Secretaria da Saúde. Nota de imprensa Nº 2006-103 de fevereiro de 2006. Disponível em: <http://www.salud.gob.mx>.
66. Organização Pan-Americana da Saúde. Estudo regional sobre a assistência hospitalar e ambulatorial especializada na América Latina e Caribe. (THS/OS/04/2). Washington, DC: OPAS; 2004.
67. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment. Vol. II. The criteria and standards of quality. Ann Arbor: Health Administration Press; 1982.
68. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44: 166–203; 1966.
69. Donabedian A. The criteria and standards of quality. Ann Arbor: Health Administration Press; 1982.
70. Institute of Medicine. Envisioning the national health care quality report. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
71. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
72. Pan American Health Organization. Analysis of health sector reform: region of the Americas. *Latin America and Caribbean Health Sector Reform Initiative Series* No. 12. Washington, DC: OPAS; 2004.
73. European Observatory on Health Systems and Policies. Glossary. Disponível em: <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage>. Acesso em 3 de junho de 2006.
74. National Assembly of School Based Health Care. Disponível em: <http://www.nasbhc.org/>. Acesso em 6 de setembro de 2006.
75. Torre Montejo E. Saúde para todos é possível. 1ª edição. La Habana: Sociedade Cubana de Saúde Pública; 2005. Disponível em: [http://www.undp.org/cu/pub\\_otros.html](http://www.undp.org/cu/pub_otros.html). Acesso em 6 de setembro de 2006.
76. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da assistência e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20 Sup 2:S331–S336.
77. EsSalud. Cuidado integral em saúde: implantação do cuidado integral em saúde na policlínica Hermana María Donrose Suttmoller. Lima: EsSalud; 2004.
78. Rosero-Bixby L. avaliação do impacto da reforma do setor da saúde na Costa Rica mediante um estudo quase-experimental. *Rev Panam Saúde Pública*. 2004;15(2): 94–103.

79. Rosero-Bixby L. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: A GIS-based study. *Soc Sci Med.* 2004;58: 1271–84.
80. Beauchamp TL, Childress JE. *Principles of biomedical ethics.* 5th edition. New York: Oxford University Press; 2001.
81. México, Secretaria da Saúde. Disponível em: [http://www.salud.gob.mx:8080/JSPCenetec/web\\_consulta/html/institucion/terminos.html](http://www.salud.gob.mx:8080/JSPCenetec/web_consulta/html/institucion/terminos.html).
82. Milen A. What do we know about capacity building? An overview of existing knowledge and good practice. Geneva: WHO; 2001. Disponível em: [http://www.unescobkk.org/fileadmin/user\\_upload/aims/capacity\\_building.pdf](http://www.unescobkk.org/fileadmin/user_upload/aims/capacity_building.pdf). Acesso em 6 de setembro de 2006.
83. Institute of Medicine. *Performance measurement: accelerating improvement.* Washington, DC: National Academy Press; 2006.
84. World Health Organization. *Issues in health information 3. Integrating equity into health information systems.* Inédito. 2006. Disponível em: [http://www.who.int/entity/health\\_metrics/library/issue\\_3\\_05apr.doc](http://www.who.int/entity/health_metrics/library/issue_3_05apr.doc). Acesso em 8 de setembro de 2006.
85. Hermida J. *Assegurando a qualidade em saúde: estratégias chave e tendências na América Latina.* [Apresentação]. Antigua (Guatemala): OPAS; 2004.
86. World Organization of Family Doctors. *Rural information technology exchange. Using information technology to improve rural health care.* Disponível em: [http://www.globalfamilydoctor.com/aboutWonca/working\\_groups/write/itpolicy/ITPoli.htm](http://www.globalfamilydoctor.com/aboutWonca/working_groups/write/itpolicy/ITPoli.htm). Acesso em 6 de setembro de 2006.
87. Tobar F. Políticas para melhorar o acesso aos medicamentos. *Bol Färm.* julho 2002;5(3). Seção Ventana Abierta.
88. República do Equador. (2000) *Lei de Produção, Importação, Comercialização e Expendição de Medicamentos Genéricos de Uso Humano.* Registro oficial 59. 17 de abril de 2000.
89. Organização Pan-Americana da Saúde; Centro de Políticas Farmacêuticas; Escola Nacional de Saúde Pública. *Situação farmacêutica na América Latina e no Caribe 2003.* Estrutura e processos. Rio de Janeiro, NAF/ENSP; 2006.
90. IMS Health. *Latin America: overcoming economic challenges.* Disponível em: [http://www.imshealth.com/web/content/0,3148,64576068\\_63872702\\_70260998\\_71226846,00.html](http://www.imshealth.com/web/content/0,3148,64576068_63872702_70260998_71226846,00.html).
91. IMS Health. *Global Pharmaceutical Perspectives 2005. Total Market Estimates and Global Pharma Forecasts.* 2005.
92. Organização Pan-Americana da Saúde, Centro de Políticas Farmacêuticas, Escola Nacional de Saúde Pública. *Situação farmacêutica na América Latina e no Caribe 2003.* Estrutura e processos. Rio de Janeiro: NAF/ENSP; 2006.
93. Tobar F. Mito sobre os medicamentos na Argentina: um parecer econômico. *Bol Färm.* janeiro 2006;9(1).
94. União Industrial Argentina Cadeia Farmacêutica. *Quinto Fórum Federal da Indústria da Região Pampeana.* Jornada de trabalho. 26–27 de maio de 2006.
95. Frenkel J. *O mercado farmacêutico brasileiro: a sua evolução recente, mercados e preços.* Campinas: Instituto de Economia da Unicamp; 1999.
96. Argentina, Ministério da Saúde e Meio-ambiente. *A indústria de medicamentos na Argentina: uma Análise da produção, o consumo e o intercâmbio comercial.* Diagnóstico e perspectivas. Buenos Aires: Ministério da Saúde e Meio Ambiente; 2006.
97. Associação de Laboratórios Nacionais. *A indústria de medicamentos no Uruguai,* 2006.
98. Consórcio Care Ecuador; Bloomberg School of Public Health de Johns Hopkins University. *Avaliação da situação atual da utilização e disponibilidade de medicamentos, com recomendações para conseguir uma repartição mais efetiva (Revisão Final, Subproduto 6.4.)* Quito: Projeto Modersa; 2006. Relatório inédito.
99. Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Programa de Comparação Internacional. *Primeiros resultados do Programa de Comparação Internacional na América do Sul. Consumo dos lares em 2005.* Disponível em: [http://site.resources.worldbank.org/ICPINT/Resources/PCI\\_spn\\_28\\_junho06.pdf](http://site.resources.worldbank.org/ICPINT/Resources/PCI_spn_28_junho06.pdf).
100. World Health Organization. *Medicines strategy: countries at the core 2004–2007.* Geneva: WHO; 2004. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_EDM\\_2004.5.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_2004.5.pdf).
101. Hale and healthy. *The Economist.* 14 April 2005. pp. 69–70.
102. Inter-American Development Bank. *Sustaining development for all: expanding access to economic activity and social services.* Washington, DC: IDB; 2006. Pág. 157–158.
103. Centro de Informações e Estudos do Uruguai. *O impacto das políticas de medicamentos genéricos sobre o mercado de medicamentos em três países do MERCOSUL.* (CEALCI 07/05). Montevideu: CIESU; 2005.
104. Miranda Montero JJ. *O mercado de medicamentos no Perú. Livre ou regulamentado?* Lima: Instituto de Estudos Peruanos; 2004. Pág. 21.
105. Falbo R. *Estudo sobre o gasto em medicamentos na Argentina.* Buenos Aires: Ministério da Saúde e Meio Ambiente; 2003.
106. Organização Mundial da Saúde. *Assembleia Mundial de Saúde, Resolução WHA54.11.* Geneva: OMS; 2001. Disponível em: [http://policy.who.int/cgi-bin/om\\_isapi.dll?info\\_base=wharec-e&softpage=Browse\\_Frame\\_Pg42](http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?info_base=wharec-e&softpage=Browse_Frame_Pg42). Acesso em 8 de fevereiro de 2007.
107. Organização Mundial da Saúde. *Assembleia Mundial de Saúde, Resolução WHA55.14.* Geneva: OMS; 2002. Disponível em: [http://policy.who.int/cgi-bin/om\\_isapi.dll?](http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?)

- infobase=WHA&jump=WHA55.14&softpage=Browse\_Frame\_Pg42#JUMPDEST\_WHA55.14. Acesso em 8 de fevereiro de 2007.
108. Organização Mundial da Saúde. Assembléia Mundial de Saúde, Resolução WHA56.27. Genebra: OMS; 2003. Disponível em: [http://policy.who.int/cgi-bin/om\\_isapi.dll?infobase=wharec-e&softpage=Browse\\_Frame\\_Pg42](http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=wharec-e&softpage=Browse_Frame_Pg42). Acesso em 8 de fevereiro de 2007.
  109. Organização Mundial da Saúde. Assembléia Mundial de Saúde, Resolução WHA57.14. Genebra: OMS; 2004. Disponível em: [http://policy.who.int/cgi-bin/om\\_isapi.dll?infobase=wharec-e&softpage=Browse\\_Frame\\_Pg42](http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=wharec-e&softpage=Browse_Frame_Pg42). Acesso em 8 de fevereiro de 2007.
  110. Organização Pan-Americana da Saúde, Área de Tecnologia e Prestação de Serviços de Saúde. Estudo de utilização de antibióticos em lares da Nicarágua e Honduras. [Extraído do informe]. Washington, DC: OPAS; 2006.
  111. Organização Pan-Americana da Saúde. Cuidado farmacêutico em pacientes com hipertensão arterial. Fórum Farmacêutico das Américas. [Apresentação em PowerPoint]. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/FFA-proyecto-2004.pdf>. Acesso o 8 de febrero de 2007.
  112. Pan American Health Organization. Organization, development, quality control and radiation protection in radiological services-imaging and radiation therapy. Washington, DC: OPAS; 1997.
  113. Jiménez P, Borrás C, Fleitas I. Accreditation of diagnostic imaging services in developing countries. *Rev Panam Saúde Pública*. 2006;20(2/3):104–12.
  114. Hayes JC. Teleradiology: New players, high stakes create capital opportunity. *Diagnostic Imaging Journal*. Novembro 2006:66–81.
  115. World Health Organization. Efficacy and radiation safety in interventional radiology. Chapter 1. Genebra: WHO; 2000.
  116. Feig SA. Screening mammography: a successful public health initiative. *Rev Panam Saúde Pública*. 2006;20(2/3):125–33.
  117. United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation. Sources and effects of ionizing radiation. UNSCEAR 2000 report to the General Assembly, with scientific annexes. Viena: UNSCEAR; 2000.
  118. Fleitas I, Caspani CC, Borrás C, Plazas MC, Miranda AA, Brandan ME, et al. A qualidade dos serviços de radiologia em cinco países latino americanos. *Rev Panam Saúde Pública*. 2006;20(2/3):113–24.
  119. Organização Pan-Americana da Saúde. Situação da saúde nas Américas. Indicadores básicos. Washington, DC: OPAS, 2006.
  120. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World population prospects. The 2004 revision. New York: United Nations; 2005.
  121. Organização Mundial da Saúde. Prevenção e controle do câncer. Assembléia Mundial da Saúde, Resolução WHA58.22. Genebra: OMS; 2005.
  122. International Atomic Energy Agency, Directory of Radiotherapy Centers. Disponível em: <http://www-naweb.iaea.org/nahu/dirac/default.shtm>. Acesso em 1 de dezembro de 2006.
  123. Castellanos ME. As novas tecnologias: necessidades e desafios em radioterapia na América Latina. *Rev Panam Saúde Pública*. 2006;20(2/3):143–50.
  124. International Agency for Research on Cancer. Disponível em: <http://www.iarc.fr/index.html>. Acesso em 1 de dezembro de 2006.
  125. World Bank. Proceedings: International Forum for Promoting Safe and Affordable Medical Technology in Developing Countries. Washington, DC; 2003.
  126. Food and Agriculture Organization of the United Nations; International Atomic Energy Agency; International Labor Organization, Nuclear Energy Agency of the Organisation for Economic Cooperation and Development; Pan American Health Organization; World Health Organization. International basic safety standards for protection against ionizing radiation and for the safety of radiation sources. (Safety series 115). Viena: IAEA; 1997.
  127. Organização Pan-Americana da Saúde. XXIV Conferência Sanitaria Pan-Americana, Resolução CSP24.R9. Washington DC: OPAS; 1994. Disponível em: [http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/ftcsp\\_24.htm](http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/ftcsp_24.htm). Acesso em 1 de dezembro de 2006.
  128. International Atomic Energy Agency. International action plan for the radiological protection of patients. Disponível em: <http://www-ns.iaea.org/downloads/rw/radiation-safety/PatientProtActionPlangov2002-36gc46-12.pdf>. Acesso em 1 de dezembro de 2006.
  129. Borrás C. Overexposure of radiation therapy patients in Panama: problem recognition and follow-up measures. *Rev Panam Saúde Pública*. 2006; 20(2/3); 173–87.
  130. International Atomic Energy Agency. Accidental overexposure of radiotherapy patients in San Jose, Costa Rica. Viena: IAEA; 1998.
  131. International Atomic Energy Agency. The radiological accident in Goiania. Viena: IAEA; 1988.
  132. Skvarca J, Aguirre A. Normas e padrões aplicáveis aos campos eletromagnéticos de radiofrequências na América Latina: guia para os limites de exposição e os protocolos de medição. *Rev Panam Saúde Pública*. 2006; 20(2/3): 205–212.
  133. Nações Unidas, Unión Internacional de Telecomunicações. Encontro Mundial sobre a Sociedade da Informação. Genebra 2003 e Túnez 2005. Disponível em: <http://www.itu.int>. Acesso em 13 de dezembro de 2006.



134. Conselho Europeu para a Investigação Nuclear. O Papel da Ciência na Sociedade da Informação [conferência]. Genebra, 8–9 de dezembro de 2003. Disponível em: <http://rsis.web.cern.ch/rsis/00Themes/01Health/Health.html>. Acesso 13 de dezembro de 2006.
135. Declaração do Salvador. Compromisso com a equidade. Nono Congresso Mundial de Informação em Saúde e Bibliotecas. Salvador - Bahía, Brasil, 20–23 de setembro de 2005. Disponível em: <http://www.icml9.org/channel.php?lang=es&channel=87&content=434UTH>. Acesso 13 de dezembro de 2006.
136. Declaração de El Salvador sobre “acesso aberto”: a perspectiva do mundo em desenvolvimento. Nono Congresso Mundial de Informação em Saúde e Bibliotecas. Quarta Reunião de Coordenação da BVS. Salvador - Bahía, Brasil, 20–23 de setembro de 2005. Disponível em: <http://www.icml9.org/channel.php?lang=es&channel=87&content=437>. Acesso em 13 de dezembro de 2006.
137. Organização Mundial da Saúde. Encontro Ministerial sobre Investigação em Saúde. Informe para a Secretaria. (EB115/30). 17 de janeiro de 2005. Disponível em: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB115/B115\\_30-sp.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_30-sp.pdf). Acesso em 13 de dezembro de 2006.
138. Krleža-Jeric K, Chan A, Dickersin K, Sim I, Grimshaw J, Gluud C. Princípios do registro internacional de protocolos e resultados de ensaios clínicos à base de intervenções de saúde em seres humanos: Declaração de Ottawa (parte 1). *Rev Panam Saúde Pública*. 2006; 19(6):413–16.
139. Cuervo LG, Valdés A, Clark ML. Registro internacional de ensaios clínicos. *Rev Panam Saúde Pública* 2006;19(6): 363–70. Disponível em: [http://www.revista.paho.org/?a\\_ID=510](http://www.revista.paho.org/?a_ID=510).
140. Organização Mundial da Saúde. Registros internacionais de ensaios clínicos. Disponível em: <http://www.who.int/ictrp/es/index.html>. Acesso em 13 de dezembro de 2006.
141. Hanney SR, Gonzalez-Block MA, Buxton MJ, Kogan M. The utilization of health research in policy making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems*. 2003;1:2.
142. Infante A, de Mata I, López-Acuña A. Reforma dos sistemas de saúde na América Latina e no Caribe: Situação e tendências. *Rev Panam Saúde Pública*. 2000;8(1/2):13–20.
143. Londoño J, Szekely M. Persistent poverty and excess inequality: Latin America 1970–1995. *J Appl Econ*. 2000;3(1): 93–134.
144. Szekely M. The 1990s in Latin America: another decade of persistent inequality, but with somewhat lower poverty. Working Paper 454. Washington, DC: IDB; 2001.
145. Almeida-Filho N, Kawachi I, Filho AP, Dachs JN. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971–2000) and descriptive content analysis (1971–1995). *Am J Public Health*. 2003;93(12): 2037–43.
146. Schneider MC, Castillo-Salgado C, Loyola-Elizondo E, Bacallao J, Mujica OJ, Vidaurre M, et al. Trends in infant mortality inequalities in the Americas: 1955–1995. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56(7):538–41.
147. Organização Pan-Americana da Saúde. A saúde nas Américas. Washington, DC: OPAS; 2002.
148. Iyer S, Monteiro MF. The risk of child and adolescent mortality among vulnerable populations in Rio de Janeiro, Brazil. *J Biosoc Sci*. 2004;36(5):523–46.
149. Vega J, Dieter Holstein R, Delgado I, Perez J, Carrasco S, Marshall G, et al. Chile: socioeconomic differentials and mortality in a middle-income nation. em: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
150. Barraza-Llorens M, Bertozzi S, González-Pier E, Gutiérrez JP. Addressing inequity in health and health care in Mexico. *Health Aff*. 2002;21(3):47–56.
151. Politzer RM, Yoon J, Shi L, Hughes RG, Regan J, Gaston MH. Inequality in America: the contribution of health centers in reducing and eliminating disparities in access to care. *Med Care Res Rev*. 2001;58(2):234–48.
152. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet* 2004; 364(9441): 1273–80.
153. Gilson L, Kalyalya D, Kuchler F, Lake S, Oranga H, Ouendo M. The equity impacts of community financing activities in three African countries. *Int J Health Plann Manage*. 2000; 15(4):291–317.
154. Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care: necessary, but not enough by itself. *Equinet Newsletter*. 2004; 42.
155. Giraldo JFO, Palacio DH, García LEF. Resource distribution for the Basic Care Plan with equity approach, Bogotá 2002. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(5):640–43.
156. Morris SS, Olinto P, Flores R, Nilson EA, Figueiro AC. Conditional cash transfers are associated with a small reduction in the rate of weight gain of preschool children in northeast Brazil. *J Nutr*. 2004;134(9):2336–41.
157. Atiku J. Fertility reduction programmes should accompany land reforms. *Afr Women Health*. 1994;2(3):16–20.
158. Macinko J, Starfield B. Annotated bibliography on equity in health, 1980–2001. *Int J Equity Health*. 2002;1(1):1.