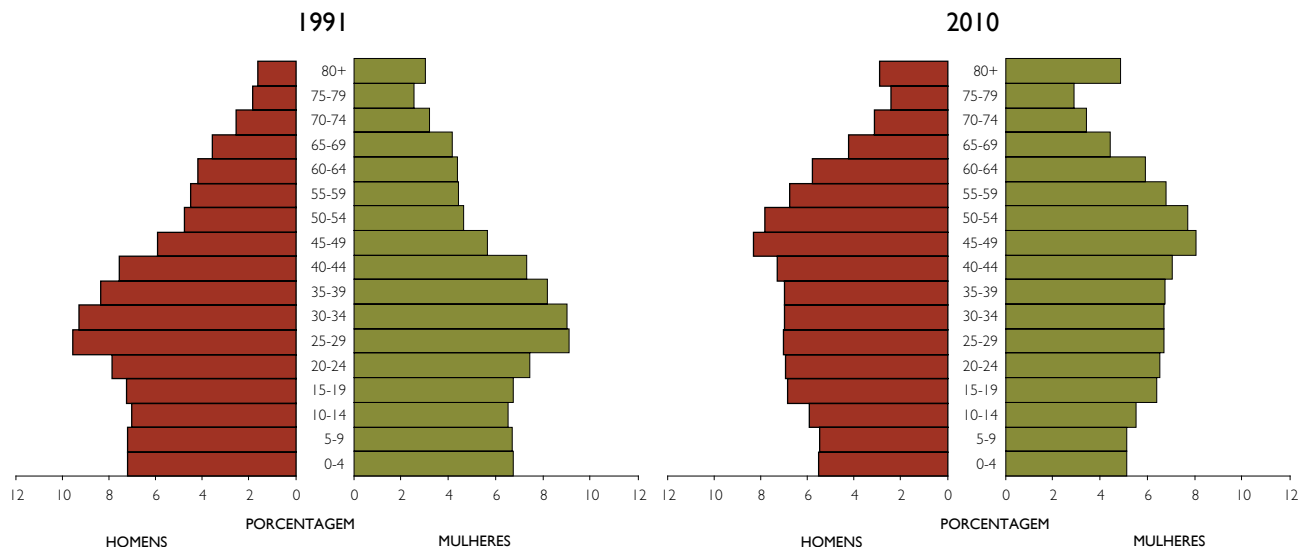


INTRODUÇÃO

O Canadá ocupa a segunda maior área geográfica do mundo e é dividido em três territórios na Região Norte e dez províncias nas regiões Ocidental, Central, Oriental e Atlântica. Desde a confederação em 1867, o Canadá tem evoluído para uma sociedade multicultural, com uma população rica em diversidade que contribui para a sua cultura nacional única. O Canadá é a décima maior economia do mundo, alimentada pela abundância de recursos naturais e pelo comércio

e é membro da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e do Grupo dos Oito (G8). Em 2008, o PIB do Canadá foi de US\$ 1,501 trilhão ou US\$ 1,302 (PPP \$ bilhões), enquanto o PIB *per capita* foi de US\$ 45.070 (1).

Em 2006, a população do Canadá atingiu 31.612.897 habitantes, quase que igualmente divididos entre homens e mulheres, com uma expectativa de vida ao nascer de 83 anos para mulheres e 78,3 anos para os homens (2). Com base no Censo de 2006, estima-se que, do total da população do Canadá, 4,3 milhões

FIGURA 1. Estrutura da população por idade e sexo, Canadá, 1991 e 2010

A pirâmide populacional de 2010 do Canadá mostra a grande coorte de bebês do “Baby Boom” – bebês nascidos entre 1946 e 1965. A progressão da estrutura da idade desse grupo é particularmente evidente quando comparamos a pirâmide de 2010 com a pirâmide de 1991. Vinte anos atrás (1991), os bebês do “Baby Boom” tinham mais ou menos 25-44 anos de idade. Essa grande coorte continuamente passa para categorias superiores, eventualmente envelhecendo a população da pirâmide e deixando a sua estrutura de idade com um formato mais retangular. A comparação das pirâmides dos anos de 2010 e 1991 também mostra o impacto da queda da fecundidade na base da pirâmide e o aumento da expectativa de vida entre os mais velhos.

Fonte: Annual Demographic Estimates: Canada, Provinces and Territories, 2011, Catalogue No 91-215-XWE, Statistics Canada, September 28, 2011.

são crianças com idade inferior a 12 anos, e desses, dois milhões são menores de seis anos de idade. Aproximadamente 5% das crianças menores de 12 anos são imigrantes e 6% são indígenas (3). A proporção da população idosa (65 anos ou mais) aumentou de 9% da população em 1978 para 14% em 2008 (Figura 1). A taxa total de fertilidade do Canadá em 2008 foi de 1,68. Em 2006, a população urbana do país foi de 80%.

A maioria dos canadenses goza de boa para excelente saúde física e mental. Devido, em parte, aos esforços de saúde pública, tais como a introdução de programas de vacinação em massa, cessação do tabagismo e de sensibilização sobre o uso de cintos de segurança, os canadenses estão vivendo mais (a expectativa de vida média ao nascer é de 80,7 anos) e as taxas de mortalidade infantil diminuíram. Em 2009, 62,2% dos canadenses com idade de 12 anos ou mais informou que sua saúde era “excelente” ou “muito boa”, significando um aumento em comparação o percentual de 59,7% registrado em 2003 (4).

DETERMINANTES E DESIGUALDADES EM SAÚDE

As desigualdades entre os canadenses são evidentes nos principais indicadores de saúde da população,

como mortalidade e a expectativa de vida ajustada à saúde, bem como por meio dos indicadores de bem-estar, tais como níveis de renda e segurança alimentar das famílias. Em 2006, a prevalência de baixa renda foi de 14,5% (baixa renda é definida como nível de renda em que famílias ou pessoas, que não sejam membros de uma família econômica, gastam 20% a mais da média de sua renda bruta em comida, abrigo e roupas.).

Os indígenas canadenses apresentam taxas muito mais elevadas de pobreza, doenças crônicas e condições precárias de vida. Por exemplo, quase 21% das famílias indígenas vivendo fora de reservas indígenas sofrem com insegurança alimentar, em comparação com 7,7% de todas as famílias canadenses (5).

Para resolver o problema, os programas sociais do Canadá, incluindo aqueles garantindo ajuda financeira a desempregados, pensionistas e famílias e indivíduos carentes, contribuem para assegurar a saúde e o bem-estar dos canadenses. Um exemplo disso é o investimento do governo federal de CAD\$ 1 bilhão em 2009, por meio do Plano de Ação Econômica do Canadá para a construção de moradias sociais para idosos de baixa renda, pessoas com deficiências e para as Primeiras Nações e outras comunidades.

MEIO AMBIENTE E SEGURANÇA HUMANA

VIOLÊNCIA

Em 2007, 75.800 incidentes de violência doméstica foram denunciados à polícia no Canadá. Destes casos, 40.200 foram incidentes violentos perpetrados por um cônjuge atual, parceiro de direito ou ex-cônjuge. As mulheres representaram 83% das vítimas de violência conjugal. No mesmo ano, 1.938 casos de violência familiar contra idosos foram relatados à polícia. Destes, 17 resultaram em morte (1% dos casos relatados). No Canadá, o governo federal atua de forma colaborativa para desenvolver soluções de longo prazo para abuso e negligência financeiros, físicos, emocionais e sexuais por meio de diversas medidas, tais como abordagem dos potenciais fatores de risco, intensificação dos esforços de promoção da saúde e desenvolvimento de estratégias e intervenções para reduzir as ofensas, entre outras.

MUDANÇAS CLIMÁTICAS

Os esforços para preparar os canadenses para os impactos esperados das mudanças climáticas têm-se concentrado na redução de riscos de eventos de extremo calor e doenças infecciosas relacionadas ao clima, bem como na tomada de medidas para enfrentar os desafios especiais enfrentados pelos canadenses que vivem em regiões do norte do país. Guias de alerta para o calor e sistemas de resposta para diagnosticar e tratar doenças provocadas pelo calor foram desenvolvidos para os profissionais de saúde e funcionários de gestão de emergências. O foco do Programa Piloto de Sistemas de Resposta e Impacto das Doenças Infecciosas (PIDIRS) são as doenças infecciosas transmitidas pela água (por exemplo: *E. coli*) e por vetores (especificamente vírus do Nilo Ocidental e da doença de Lyme) atribuídas ou agravadas pelas mudanças climáticas.

SEGURANÇA ALIMENTAR: O SURTO DA LISTERIOSE

Embora o Canadá tenha um dos melhores sistemas de segurança alimentar no mundo, no verão de 2008, o país experimentou um raro surto de listeriose causado pelo consumo de produtos industrializados de carne fatiada: houve 57 casos confirmados e 23 mortes.

Após esse surto e a consequente atenção pública para a questão, o Canadá tem trabalhado a fim construir maior capacidade nas funções de avaliação de risco à saúde e testes laboratoriais e de fortalecer as comunicações públicas sobre a segurança alimentar.

TENDÊNCIAS E CONDIÇÕES EM SAÚDE

PROBLEMAS DE SAÚDE DE GRUPOS POPULACIONAIS ESPECÍFICOS

Saúde Materna e Reprodutiva

No Canadá, há vários programas-chave comunitários voltados à saúde de gestantes vulneráveis, crianças e suas famílias, incluindo o Programa Canadense de Nutrição Pré-natal, o Programa de Ação Comunitária para Crianças, o Programa de Saúde Materno-Infantil e o Programa de Vantagens Iniciais para Aborígenes de Comunidades Urbanas e do Norte. Uma avaliação do Programa Canadense de Nutrição Pré-Natal (CPNP), realizada de 2004 até 2009, revelou que a maior exposição das mulheres ao programa produzia melhores resultados do parto e comportamentos de saúde mais positivos (6). As mulheres com alto nível de exposição aos serviços do CPNP estavam duas vezes mais propensas a usarem suplementos de vitaminas ou minerais do que as mulheres com menor exposição global, por exemplo, e a maior exposição ao programa também foi associada ao aumento provável de redução de tabagismo de 19% e o aumento das probabilidades de interrupção do uso de álcool de 42%. Além disso, as mulheres com maior nível de exposição ao CPNP foram 8% mais propensas a iniciar o aleitamento materno, e mulheres com alta exposição ao CPNP estavam 4,6 vezes mais propensas a prorrogarem a duração do aleitamento materno do que as mulheres com baixa exposição ao programa.

Bebês, Crianças e Adolescentes

Em 2007, a taxa de mortalidade infantil no Canadá foi de 5,1 mortes por 1.000 nascidos vivos (7). A causa mais comum de morte infantil em 2007 foram as anomalias congênitas (que incluem uma variedade de doenças como espinha bífida e síndrome de Down) (8).

Para crianças com idades entre 1 e 11 anos, as lesões não intencionais, especialmente relacionadas a acidentes com veículos, foram a principal causa de morte, seguidas por afogamentos, ameaças à respiração (asfixia, sufocação, estrangulamento) e incêndio (3). As lesões não intencionais foram as principais causas de morbidade e incapacidade dentre crianças e jovens, representando 15% das internações de crianças menores de 12 anos de idade em 2005.

Todas as províncias e territórios possuem programas de imunização financiados pelo setor público, sendo as seguintes vacinas de rotina gratuitas para crianças menores de 17 anos: difteria, tétano, coqueluche, poliomielite, rubéola, sarampo, caxumba, hepatite B, *Haemophilus influenzae* tipo b, varicela, meningite e pneumococos (pneumonia 13). No início de 2010, todas as jurisdições do Canadá conseguiram introduzir a vacina contra o papilomavírus humano (HPV) em seus programas de imunização, disponível para mulheres de 9 a 26 anos. A Tabela 1 mostra as taxas de imunização infantil em 2009 (9).

As três doenças mais importantes que afetam a saúde das crianças canadenses são asma, diabetes e câncer (10). Aproximadamente 16% das crianças canadenses entre 4 e 11 anos de idade sofriam de asma em 2000. Em 2005-2006, 0,3% de crianças/jovens com idades entre 1 e 19 anos eram considerados diabéticos. Embora a grande maioria tenha sido diagnosticada com diabetes do tipo 1, que está ligado principalmente a fatores genéticos, o diabetes tipo 2 está aumentando em crianças devido aos maus hábitos alimentares e às taxas crescentes de obesidade no Canadá. Estima-se que, em média, mais de 800 crianças de 0 a 14 anos (15,0 por 100.000) são diagnosticadas com câncer a

cada ano. O câncer de mais incidência observado nessa faixa etária é a leucemia, que responde por cerca de um terço de todos os casos novos nessa faixa etária.

Idosos (65 anos de idade ou mais)

Em 2008, as três principais causas de morte nos idosos (65 anos ou mais) foram doenças do aparelho circulatório (33%), câncer (28%) e doenças respiratórias (10%) (11). As quedas são a causa mais comum de lesões entre os idosos no país, e estima-se que um em cada três idosos é propenso a cair pelo menos uma vez por ano. Embora as lesões não sejam a principal causa de morte entre os idosos, 41% das mortes de idosos relacionadas com lesões são causadas por quedas. Em 2009, as doenças crônicas eram comuns entre os idosos, dos quais 89% sofriam pelo menos de uma doença crônica e muitos deles acometidos por múltiplas doenças crônicas. Vale ressaltar que 29% dos idosos foram considerados obesos em 2008. Estima-se que 17% dos idosos canadenses estejam com baixo peso e os riscos à saúde a ele associados, incluindo desnutrição, osteoporose e redução da expectativa de vida.

Formas de demência (incluindo doença de Alzheimer), depressão e delírio afetam aproximadamente 400.000 idosos canadenses, com tendência a dobrar nos próximos 30 anos. Os idosos que vivem na comunidade geral tendem a ter menores taxas de diagnóstico de depressão (1% a 5%), em comparação com idosos que vivem em centros de cuidados de longa duração (14% a 42%). A prevalência de doença de Alzheimer e demências associadas e depressão em mulheres idosas é maior do que para os homens idosos, embora as razões para isso não sejam conhecidas.

TABELA 1. Cobertura de Imunização de bebês de até 1 ano de idade, Canadá, 2010

Doença/Vacina	Percentual de bebês vacinados
Difteria, coqueluche e tétano; vacinas correspondentes: DPT1B	92
Difteria, coqueluche e tétano; vacinas correspondentes: DPT3B	80
Poliomielite; vacinas correspondentes: Pólio 3	80
Sarampo; vacinas correspondentes: Sarampo	93
Hepatite B; vacinas correspondentes: HepB3	17
<i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b (Hib); vacinas correspondentes: Hib3	80

Fonte: Referência (9).

Grupos Étnicos ou Raciais

Aproximadamente 4% da população do Canadá é indígena. Em 2010, a população das Primeiras Nações era de 845.783 pessoas e a população Inuit de 50.485, com metade da população com idade inferior a 25 anos. Há cerca de 50 a 70 grupos culturais diferentes e mais de 50 línguas distintas representadas na população indí-

gena. A maioria das Primeiras Nações vive na reserva (58%), com acesso rodoviário limitado, enquanto 78% dos Inuit vivem nas quatro regiões que compõem Inuit Nunangat, que é acessada principalmente de avião. Cinquenta e sete por cento das comunidades das Primeiras Nações e 38% das comunidades Inuit têm menos de 500 pessoas.

As condições de saúde das Primeiras Nações e Inuit têm melhorado constantemente desde 1980, mas eles continuam pobres em comparação com outros canadenses. A expectativa de vida aumentou aproximadamente 15% em homens e 12% nas mulheres, mas dados mais recentes mostram que a expectativa de vida é de 72,9 anos para as Primeiras Nações e 66,9 anos para os Inuit. Nas regiões em que o Canadá tem dados de boa qualidade, a taxa de mortalidade infantil das Primeiras Nações permaneceu aproximadamente o dobro em comparação com a taxa de mortalidade infantil nas populações que não fazem parte das Primeiras Nações. A taxa de mortalidade infantil dos Inuit é de aproximadamente quatro vezes maior do que a da população geral do país. A prevalência de doenças transmissíveis e não transmissíveis é maior em populações indígenas do que na população geral canadense. Por exemplo, em 2009, a taxa de incidência de tuberculose no Canadá, em geral, foi de 4,7 por 100.000 habitantes, mas subiu para 26,8 por 100.000 habitantes para o total da população indígena registrada e disparou para 155,8 por 100.000 habitantes nos Inuit. A incidência de diabetes é 3,8 vezes maior para as Primeiras Nações que vivem na reserva do que para a nação como um todo. No período 1999-2003, a taxa de mortalidade por câncer entre os moradores de Inuit Nunangat (Pátria Inuit) foi de 119,3 por 100.000 habitantes, quase o dobro da taxa geral para o Canadá (60,9 por 100.000 habitantes). Problemas de saúde mental são proeminentes, traduzindo-se em altas taxas de suicídio: a taxa de suicídio Inuit (112 por 100.000 entre 1999-2003) é 11 vezes superior à taxa nacional global, e a taxa de suicídio dos jovens das Primeiras Nações (28,2 por 100.000 habitantes em 2000) é 4,3 vezes maior do que a taxa de suicídio de jovens na população geral canadense (6,56 por 100.000 habitantes). O estado precário de saúde é amplamente atribuído a uma baixa condição socioeconômica, baixo nível escolar, baixa renda, desemprego elevado e superlotação de moradias com baixa qualidade de água e ar.

Apesar desses desafios, os êxitos na saúde indígena incluem aumento dos níveis de consciência e de conhecimento de comportamentos saudáveis, incluindo atividade física, alimentação saudável, cuidados pré-natais, aleitamento materno e nutrição infantil. As necessidades de bem-estar mental dos indígenas são atendidas através de programas de saúde mental e prevenção de suicídios e programas de prevenção e tratamento de abuso de substâncias.

MORTALIDADE

O câncer e as doenças cardíacas, as duas principais causas de morte no Canadá, foram responsáveis por pouco mais de metade (51%) dos 238.617 óbitos em 2008 (12). O câncer foi responsável por 30% de todas as mortes em 2008, seguido pelas doenças cardíacas (21%) e AVCs (6%). Classificadas em ordem, as outras sete principais causas de morte foram doenças crônicas das vias respiratórias inferiores (a maioria foi de doença pulmonar obstrutiva crônica), acidentes (lesões não intencionais), diabetes, doença de Alzheimer, gripe e pneumonia, doenças renais e suicídio (Tabela 2) (13). Essas 10 principais causas de mortalidade foram responsáveis por 77% de todos os óbitos em 2008, em comparação com 80% em 2000. Por faixa etária, houve diferenças nas principais causas de morte. As anomalias congênitas foram a principal causa de morte de crianças com menos de 1 ano de idade, os acidentes (lesões não intencionais) para pessoas com idade de 1 a 34 anos, câncer para aqueles entre 35 e 84 anos de idade e doenças cardíacas para os que têm 85 anos ou mais. Para os jovens adultos com idade entre 15 e 24 anos, as três principais causas de morte, na ordem, foram acidentes, suicídios e homicídios. Entre 2000 e 2008, as taxas de mortalidade padronizadas por idade tinham uma tendência de queda, em geral, para todas as 10 principais causas de morte. Em 2008, no entanto, as taxas de mortalidade padronizadas por idade para a doença de Alzheimer aumentaram em 8% em relação a 2007. Em 2008, 6.573 pessoas morreram da doença de Alzheimer, um aumento de 11% em relação a 2007. Um total de 4.606 mulheres morreram da doença de Alzheimer, mais do que duas vezes o total para os homens (1.967)

TABELA 2. As dez principais causas de morte, por classificação, Canadá, 2008

Classificação	Causas	Número	%
1	Neoplasias Malignas (câncer)	70.558	29,6
2	Doenças cardíacas	50.722	21,3
3	Doenças Cerebrovasculares (AVC)	13.870	5,9
4	Doenças Crônicas das Vias Respiratórias Inferiores	10.923	5,8
5	Acidentes (lesões não intencionais)	10.234	4,3
6	Diabetes mellitus	7.521	3,2
7	Doença de Alzheimer	6.573	2,8
8	Influenza e pneumonia	5.386	2,3
9	Nefrite, síndrome nefrítica e nefrose (doença renal)	3.846	1,6
10	Lesões autoprovocadas intencionais (suicídio)	3.705	1,6

Notas: As causas de mortes são codificadas de acordo com a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde relacionados da Organização Mundial de Saúde (CID-10).
Fonte: Referência (13).

MORBIDADE

Doenças Transmissíveis

HIV/Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis

No final de 2008, havia um número estimado de 22.300 canadenses infectados pelo HIV que morreram de Aids desde 1980, e estima-se que 65.000 estavam vivendo com HIV/Aids, contra 57.000 identificados no final de 2005 (Tabela 3). Destes 65.000, estima-se que 16.900 (12.800–21.000) pessoas não sabiam de sua infecção pelo HIV. Avaliou-se que aproximadamente 2.300 a 4.300 novas infecções ocorreram em

2008, em comparação com cerca de 2.200 a 4.200 novos casos em 2005 (14).

No final de 2008, os homens que fazem sexo com homens foram os mais afetados pelo HIV no Canadá, representando um número estimado de 48% de todas as infecções por HIV. Estimava-se que 31% de pessoas foram infectadas por meio de contato heterossexual, seguidas de 17% de pessoas por consumo de drogas injetáveis. Segundo estimativas, as mulheres representaram 26% das novas infecções pelo HIV em 2008, em que o contato heterossexual e uso de drogas injetáveis foram identificadas as duas principais categorias de exposição. As populações indígenas, que constituem apenas 3,8% da população do país, registraram um

TABELA 3. Número estimado de infecções HIV prevalentes e respectivos intervalos de incerteza, Canadá, no final dos anos 2008 e 2005

	HSH	HSH-UDI	UDI	Heterossexual/ não endêmico	Heterossexual/ endêmico	Outros	Total
2008	31.330 (25.400–37.200)	2.030 (1.400–2.700)	11.180 (9.000–13.400)	10.710 (8.300–13.100)	9.250 (6.800–11.700)	500 (300–700)	65.000 (54.000–76.000)
%	48%	3%	17%	17%	14%	1%	
2005	27.700 (22.400–33.000)	1.820 (1.200–2.400)	10.100 (8.100–12.100)	9.050 (7.000–11.000)	7.860 (5.800–9.900)	470 (280–660)	57.000 (47.000–67.000)
%	48%	3%	18%	16%	14%	1%	

Notas: **HSH**: homens que fazem sexo com homens; **UDI**: usuários de drogas injetáveis; **Heterossexual/não endêmico**: contato heterossexual com uma pessoa que seja infectada pelo HIV, ou em risco de infecção pelo HIV, ou tendo como único risco identificado o contato heterossexual; **Heterossexual/endêmico**: origem de um país onde o HIV é endêmico; **Outros**: recipientes de transfusão sanguínea ou fator de coagulação, transmissão perinatal e ocupacional. As estimativas pontuais, os intervalos e os percentuais são arredondados. Os intervalos de incerteza (números em parênteses) para estimativas de HIV foram desenvolvidos com base na consideração de resultados a partir de uma variedade de cenários.
Fonte: Referência (14).

número desproporcionalmente alto de infecções por HIV, com uma estimativa de 12,5% de novas infecções em 2008 e 8% de todas as infecções prevalentes no final de 2008. Além disso, taxas desproporcionais de infecção foram também observadas entre as pessoas vivendo no Canadá mas que nasceram em países onde o HIV é endêmico. Esse grupo representa aproximadamente 2,2% da população do Canadá, mas representou um total de 16% das novas infecções e 14% das infecções prevalentes no final de 2008 (14).

A carga dos casos de HIV/Aids no Canadá tem-se concentrado nas quatro maiores províncias: Alberta, Columbia Britânica, Ontário e Quebec, que, a partir do final de 2008, responderam por 94% de todos os casos de HIV positivos notificados desde 1985 (15).

Tuberculose

Entre 2006 e 2010, o número total de casos notificados de TB ativa manteve-se relativamente estável, com uma média de 1.622 casos por ano (16). De 2009 a 2010, a taxa de incidência anual diminuiu de 4,9 para 4,7 por 100.000 habitantes. A maior taxa de incidência foi registrada no território de Nunavut (304,0 por 100.000 habitantes em 2010).

Para 2010, a taxa canadense geral de tuberculose foi de 4,6 por 100.000 habitantes. Os indivíduos nascidos no exterior representaram 66% de todos os casos notificados de TB no Canadá. Os casos de indivíduos não aborígenes nascidos no país somaram 15%, enquanto os casos de aborígenes nascidos no Canadá somaram 21% de todos os casos. A taxa de TB no grupo de aborígenes nascidos no Canadá continua sendo a maior dos três grupos, cerca de seis vezes maior do que o índice geral de tuberculose do país em 2010.

Doenças Emergentes

Os primeiros casos registrados de pacientes apresentando sintomas de influenza H1N1 no Canadá foram confirmados em 23 de abril de 2009, e até 11 de junho de 2009, o H1N1 havia se espalhado por todas as províncias e territórios (17). Duas ondas de infecção distintas foram observadas: a primeira ocorreu na primavera e atingiu seu pico em junho de 2009, e a segunda ocorreu no outono e atingiu um pico no início de novembro de 2009. Houve 40.185 casos de

H1N1 confirmados em laboratório durante a pandemia; 8.678 pessoas foram internadas, das quais 1.473 (16,9%) foram tratadas em UTIs. Aproximadamente 60% das pessoas internadas nas UTIs precisaram de ventilação mecânica. Ao contrário da gripe sazonal, os grupos etários mais jovens, incluindo aqueles que eram saudáveis, foram os mais afetados. Um total de 428 canadenses morreu por causa do vírus H1N1, representando uma taxa de mortalidade de aproximadamente 1,3 por 100.000 habitantes.

O Plano Canadense para a Pandemia de Influenza do Setor Saúde orientou a resposta nacional à pandemia em 2009, oferecendo acesso equitativo aos antivirais por meio das reservas nacionais; visando as populações vulneráveis, como crianças, gestantes e aborígenes, entre outros; e realizando campanhas nacionais de conscientização pública e publicitárias.

Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) representam a maior ameaça para a saúde dos canadenses. Atualmente, dois em cada cinco canadenses com idade maior do que 12 anos vivem com uma ou mais doenças crônicas (18). As populações aborígenes do país enfrentam uma maior carga de DNTs em comparação com o restante da população canadense, sofrendo com maiores taxas de doença cardíaca, diabetes, asma e suicídio (19).

Doenças Cardiovasculares

Em 2007, 1,3 milhões de canadenses com idade superior a 12 anos (4,8% dos canadenses, 4,2% mulheres e 5,3% homens) informou ter doença cardíaca diagnosticada por um profissional de saúde, e 317.500 canadenses (1,1% das mulheres e 1,2% dos homens) relatavam viver com os efeitos de um AVC (Tabela 4) (20). Em 2005/2006, as doenças cardiovasculares (DCV) foram as principais razões para 17% de todas as internações (20% para homens e 14% para mulheres). Essa proporção duplicou quando as internações tendo DCVs como condição relacionada foram incluídas. As doenças cardiovasculares também foram responsáveis pelos maiores números de dias de internação hospitalar em comparação com outros problemas de saúde (17% de todos os dias, 19% para homens e 15% para mulheres).

TABELA 4. Prevalência de doenças cardíacas, acidente vascular cerebral e comportamentos de risco associados, por sexo, Canadá, 2004 e 2007

	Mulher		Homem		Ambos os sexos e	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Comportamentos de risco^a						
Inatividade física em tempos de lazer ^b	7.259.300	52,5	6.153.200	46,5	13.412.600	49,5
Consumo inadequado de frutas e verduras ^b	6.652.600	49,4	8.103.600	63,3	14.756.200	56,2
Consumo excessivo de sódio ^c	...	60,0	...	85,0
Estresse do dia a dia: "um pouco" ou "extremo" ^b	3.150.800	23,4	2.812.200	21,7	5.963.000	22,6
Condições de saúde subjacentes^a						
Pressão arterial alta atual/tomando remédios para pressão arterial alta	2.475.500	19,8	2.222.400	18,6	4.698.000	19,2
Sobrepeso ^b	3.284.300	27,3	4.849.300	40,8	8.133.700	34,0
Obesidade ^b	1.899.000	15,8	2.135.600	18,0	4.034.600	16,9
Sobrepeso ou Obesidade ^b	5.183.400	43,1	6.984.900	58,8	12.168.200	50,9
Diabetes ^d	852.100	6,6	931.800	7,6	1.783.800	7,1
Doenças Cardiovasculares^a						
Doença cardíaca (inclui ataque cardíaco, angina, e insuficiência cardíaca congestiva) ^b	598.400	4,2	724.100	5,3	1.322.500	4,8
Sofre com os efeitos de derrame ^b	157.100	1,1	160.400	1,2	317.500	1,1

^a Todos os dados são autonotificados, salvo para os de diabetes que são baseados nos registros de diagnósticos médicos da administração de saúde.
^b Notificados em "Statistics Canada, Canadian Community Health Survey (CCHS), 2007".
^c Notificados em "Statistics Canada, Canadian Community Health Survey (CCHS), 2004".
^d Notificados em "Government of Canada, Diabetes in Canada: Highlights from the National Diabetes Surveillance System, 2004–2005, Ottawa: Minister of Health; 2008".
^e O total de ambos os sexos pode não conferir com precisão devido ao arredondamento.
 Fonte: Adaptado da referência (20).

Neoplasias Malignas

O câncer é uma das principais causas de mortalidade no Canadá (Tabela 2), com aumento no número de novos casos de câncer devido principalmente ao crescimento e envelhecimento da população. Entre 1997 e 2006, as taxas de mortalidade diminuíram, em média, pelo menos 2% ao ano para os cânceres de pulmão, bucal, de próstata e laringe no sexo masculino; câncer de mama e cervical nas mulheres; câncer de estômago e linfoma não Hodgkin em ambos os sexos (21). No entanto, entre 1998 e 2007, a incidência de câncer de tireoide aumentou em média 7% ao ano para homens e 9% para mulheres. As taxas de câncer de fígado aumentaram em média 4% ao ano para homens e pouco mais de 2% ao ano para as mulheres. Entre 1998 e 2007, as taxas de incidência encolheram, em média, pelo menos 2% ao ano para o câncer de estômago em homens e o câncer de laringe em ambos os sexos. Os cânceres de mama,

próstata, colorretais e pulmão que foram diagnosticados entre 1997 e no final de 2006 corresponderam a quase 60% de prevalência de casos em 10 anos. A prevalência de câncer aumenta ao passo que o número de canadenses diagnosticados com câncer continua crescendo e a sobrevivência ao câncer aumentando.

Diabetes

O relatório de 2009 do Sistema Nacional de Vigilância de Diabetes (22) informa que houve um aumento de 21% na prevalência padronizada por idade do diagnóstico de diabetes entre 2002 e 2007. Aproximadamente dois milhões (6,2%) de canadenses maiores de um ano de idade (5,9% de mulheres e 6,6% de homens) estavam vivendo com o diabetes diagnosticado em 2007. A prevalência de diabetes diagnosticado foi significativamente menor entre as crianças e os adolescentes (0,3%) do que nos adultos (6,4%), e entre os adultos, a

prevalência aumentou com a idade de quase 2% entre indivíduos na faixa dos 30 anos para cerca de 23% em adultos com idades entre 75 a 79 anos (22). Estima-se que até 2012 quase 2,8 milhões de canadenses contrairão a doença, um aumento geral em torno de 25% a partir de 2007. As taxas de incidência de novos diagnósticos de diabetes padronizadas por idade aumentaram quase 9% entre 2002 e 2007, e, provavelmente, refletem tanto o aumento no sobrepeso e obesidade na população como o aumento da triagem para diabetes. A taxa de diabetes entre as populações das Primeiras Nações em reservas (19,7%) é quase quatro vezes maior do que a média canadense (5,3%) (23). Adultos com idade entre 20-64 anos portadores de diabetes tinham uma expectativa de vida de cinco a dez anos menor do que seus concidadãos sem diabetes.

Transtornos Mentais

Transtornos mentais e dependências estão em primeiro e segundo lugar em termos de causas de deficiência no Canadá, e espera-se que um em cada cinco canadenses experimentará um transtorno mental em sua vida (24). Quase 12% dos adultos sofrerão de depressão em algum momento de suas vidas e cerca de 2% experimentarão transtorno bipolar (25). A esquizofrenia afeta 1% da população canadense e o início é geralmente no início da idade adulta. Os transtornos de ansiedade afetam 11,5% da população, causando insuficiência ligeira a grave. Apenas cerca de um terço dos canadenses relataram poder acessar serviços de saúde mental quando precisavam. Estima-se que os custos para a economia canadense decorrentes de problemas de saúde mental e abuso de substâncias, inclusive absenteísmo e perda de produtividade no trabalho, variam de \$ 15 para \$ 33 bilhões anualmente.

Fatores de Risco e Proteção

Tabagismo

O Canadá tem um dos menores índices de fumantes no mundo, com 13% da população classificada como fumantes diários e 4% como fumantes ocasionais. A taxa de tabagismo para fumantes diários e ocasionais no Canadá tendeu a diminuir em 2010, pois 17% da população fumavam, contra 19% em 2005 e 25% em

1999 (26). As taxas de fumantes têm diminuído significativamente para determinados grupos etários. Por exemplo, em 2010, o tabagismo entre jovens de 15 a 17 anos caiu para 9%, que foi a taxa mais baixa registrada para uma faixa etária tida como chave na luta contra o tabagismo. Em 2010, a proporção de jovens entre 15 e 19 anos que declararam ter fumado cigarilhas nos últimos 30 dias foi de 6%, abaixo dos 8% relatados em 2009.

Quase 100% dos canadenses são protegidos da exposição ao fumo passivo em locais públicos fechados, como resultado dos esforços feitos pelos governos provinciais, territoriais e municipais. O Canadá limita severamente a comercialização de tabaco para jovens e proibiu o uso de certos sabores nos cigarros que são particularmente atraentes para adolescentes.

Alcoolismo

Entre canadenses de 15 anos ou mais, a prevalência de consumo de álcool no último ano foi de 77,0% em 2010, não sendo estatisticamente diferente dos anos anteriores (27). Quase três quartos das pessoas na faixa etária 15-24 anos (71,5%) relataram ter ingerido álcool nos últimos 12 meses, uma diminuição em comparação a 2004, quando 82,9% das pessoas nessa faixa etária relataram ter ingerido álcool no último ano. A prevalência de consumo pesado e frequente de bebidas alcoólicas entre os jovens adultos (15 a 24 anos de idade) foi cerca de três vezes maior do que a taxa para adultos de 25 anos e mais (9,4% *versus* 3,3%).

Drogas Ilegais

A tendência geral de diminuição do uso de drogas ilícitas no ano anterior à pesquisa é evidente no Canadá. De acordo com a Pesquisa Canadense de Monitoramento do Uso de Álcool e Drogas durante o ano 2010, a prevalência de uso de maconha por adolescentes de 15 anos ou mais no ano anterior à pesquisa diminuiu de 14,1% em 2004 para 10,7% em 2010. No grupo etário de 15-24 anos, a prevalência de uso de maconha no ano anterior à pesquisa caiu de 37,0% em 2004 para 25,1% em 2010 (27). Entre canadenses de 15 anos de idade ou mais velhos, a prevalência de uso de cocaína ou crack no ano anterior à pesquisa diminuiu de 1,9% em 2004 para 0,7% em 2010, enquanto o uso

no ano anterior à pesquisa de alucinógenos (0,9%), ecstasy (0,7%), e anfetaminas (0,5%) foi comparável à das taxas de utilização relatadas em 2004. Na faixa etária de 15-24 anos, o uso no ano anterior à pesquisa de pelo menos uma das cinco drogas ilícitas (cocaína ou crack, anfetaminas, alucinógenos, ecstasy e heroína) diminuiu de 11,3% em 2004 para 7,0% em 2010.

Embora as taxas de uso de drogas no ano anterior à pesquisa tenham diminuído, em 2010, o uso de drogas por pessoas na faixa etária 15-24 anos permaneceu muito maior do que o relatado por adultos de 25 anos ou mais: três vezes maior para o uso de maconha no ano anterior à pesquisa (25,1% versus 7,9%), e aproximadamente 10 vezes maior para uso no ano anterior à pesquisa de pelo menos uma das cinco drogas ilícitas (cocaína ou crack, anfetaminas, alucinógenos, ecstasy e heroína) (7,9% versus 0,8%).

Obesidade

Aproximadamente um em cada quatro adultos canadenses é obeso, de acordo com os dados de medição da altura e peso durante o período 2007-2009. Dentre as crianças e jovens com idades entre 6-17 anos, 8,6% são obesos (28). Entre 1981 e 2007/2009, as taxas de obesidade praticamente dobraram entre homens e mulheres na maioria das faixas etárias. A pesquisa mostrou que vários fatores influenciam a obesidade, incluindo a atividade física, a dieta, o status socioeconômico, a etnia, a imigração e fatores ambientais (28).

POLÍTICAS DE SAÚDE, SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

POLÍTICAS DE SAÚDE

O sistema de saúde do Canadá com financiamento público, conhecido pelos canadenses como “Medicare”, fornece acesso universal a uma cobertura abrangente para serviços médicos e hospitalares necessários. Os governos provinciais e territoriais têm como principal responsabilidade a administração e prestação de serviços de saúde para os canadenses. O governo federal fornece serviços adicionais para os povos das Primeiras Nações e Inuit e cobre membros das Forças Armadas canadenses e da Polícia Real Montada Canadense, veteranos elegíveis, presos em presídios federais e refugia-

dos requerentes. O governo federal é também responsável pela proteção e regulação da saúde (por exemplo, regulamentação de produtos farmacêuticos, biológicos, alimentos e dispositivos médicos) e segurança dos consumidores. Desempenha um papel importante na promoção da saúde, na prevenção e no controle de doenças infecciosas e crônicas, na vigilância de doenças, na preparação e resposta a emergências de saúde pública e surtos de doenças e na pesquisa em saúde.

A colaboração entre todas as jurisdições no Canadá é fundamental para responder de forma coordenada às questões de saúde, e a Rede de Saúde Pública Pan-Canadense foi criada em 2005 no intuito de facilitar essa articulação. A Rede serve de mecanismo intergovernamental chave para fortalecer a capacidade de saúde pública do Canadá em antecipar, se preparar para e atender às emergências de saúde pública do país e para lidar com questões crônicas da saúde.

LEGISLAÇÃO EM SAÚDE

A Lei Saúde do Canadá (LSC) é a legislação federal do país para o financiamento público do seguro saúde. Aprovada em 1984, a LSC estabelece o objetivo primordial da política de saúde canadense, que consiste em “proteger, promover e restaurar o bem-estar físico e mental dos residentes do Canadá e facilitar o acesso razoável aos serviços de saúde sem barreiras financeiras ou outros impedimentos”. A LSC estabelece critérios e condições relativas aos serviços de saúde segurados e serviços de saúde ampliados que as províncias e territórios devem cumprir a fim de receber o repasse financeiro total de recursos federais, no âmbito do programa de Transferência da Saúde do Canadá (TSC). O objetivo da LSC é assegurar que todos os residentes elegíveis do Canadá tenham acesso razoável aos serviços de saúde segurados em uma base pré-paga, sem encargos diretos no ponto de atendimento para tais serviços (A Caixa 1 faz um resumo da legislação e das iniciativas mais relevantes em saúde).

GASTOS E FINANCIAMENTO EM SAÚDE

Aproximadamente 70% das despesas totais de saúde no Canadá são financiadas a partir de fontes públicas,

CAIXA 1. INICIATIVAS DE SAÚDE DO CANADÁ DURANTE 2006–2010.

Problemas de saúde	Legislação ou iniciativa
Enfrentamento da desigualdade em saúde	<ul style="list-style-type: none"> • <i>O Grupo Canadense de Referência sobre Determinantes Sociais da Saúde</i> é um corpo intersetorial de líderes de governo, da academia, sociedade civil, de trabalhadores e grupos aborígenes estabelecido para reduzir as desigualdades em saúde no Canadá focando nos determinantes sociais da saúde. Tem influenciado diretamente o conhecimento e a ação global em muitas áreas, incluindo a necessidade de uma abordagem distinta dos determinantes da saúde das populações indígenas.
Proteção da saúde e do meio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • <i>A Lei de Segurança de Produtos de Consumo do Canadá</i> (2010) proíbe a fabricação, importação, propagação ou venda de produtos de consumo que representam um perigo para a saúde e a segurança humana. Os regulamentos restringem rigorosamente o conteúdo de chumbo e a utilização de certos ftalatos em produtos de consumo, particularmente em brinquedos infantis e artigos de puericultura. • <i>O Plano de Gestão de Substâncias Químicas</i> (2006) avalia cerca de 4.300 substâncias existentes classificadas como possivelmente prejudiciais ao meio ambiente e/ou à saúde humana. Os riscos, quando identificados, são devidamente gerenciados. • <i>A Lei de Patógenos Humanos e Toxinas</i> (2009) trata da segurança da saúde pública e riscos de segurança associados às atividades que envolvem agentes patogênicos ou toxinas, como produção, posse, armazenamento, transferência e eliminação, sejam eles importados ou adquiridos no mercado interno (37).
Assistência aos idosos canadenses	<ul style="list-style-type: none"> • <i>A Iniciativa em favor dos idosos das comunidades rurais e remotas</i>, aprovada em 2006, centra-se na saúde e nos serviços sociais para idosos em comunidades com populações inferiores a 5.000 moradores. • <i>O Conselho Nacional de Idosos</i>, criado em 2007, assessoria o Governo sobre questões de interesse para a população idosa, incluindo abuso de idosos, baixa renda e participação na força de trabalho.
Combate ao HIV/Aids	<ul style="list-style-type: none"> • <i>A Iniciativa Federal para combater o HIV/Aids no Canadá</i> é crucial para a resposta abrangente da nação ao HIV/Aids. Visa assegurar o financiamento para a prevenção da propagação do HIV, outras doenças transmitidas pelo sangue e sexualmente transmissíveis; promove a educação e sensibilização; e facilita o acesso a, diagnóstico, cuidados, tratamento e apoio para aqueles que vivem com a doença. • O Canadá e a Fundação Bill & Melinda Gates estão colaborando para desenvolver uma vacina segura, eficaz e acessível contra o HIV, através da <i>Iniciativa Canadense para Vacina contra o HIV</i>, a partir do compromisso do Canadá em ter uma abordagem abrangente no combate do HIV/Aids em nível nacional e global.
Prevenção de doenças crônicas não transmissíveis	<ul style="list-style-type: none"> • <i>A Estratégia e Plano de Ação de Saúde do Coração do Canadá</i>, anunciada em 2009, é uma estratégia abrangente que visa reduzir a carga e as perdas crescentes decorrentes de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares no Canadá. • Em 2006, o Canadá lançou a <i>Parceria Canadense contra o Câncer</i> para fornecer a todos os cidadãos o melhor conhecimento disponível sobre prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. Realiza o acompanhamento de até 300.000 canadenses durante suas vidas para melhor compreender o papel desempenhado pela genética, ambiente e estilo de vida no desenvolvimento de câncer e outras doenças crônicas. • O Governo do Canadá aloca CAD\$ 18 milhões anualmente para a <i>Estratégia de Diabetes do Canadá</i>, que se concentra na prevenção, detecção precoce e gestão do diabetes. Destinou CAD\$ 275 milhões para o período 2010-2015 em benefício da <i>Iniciativa de Diabetes Aborígene</i>, que visa reduzir a carga de diabetes do tipo 2 em mais de 600 comunidades das Primeiras Nações e Inuit.
Restrição do uso de drogas ilícitas	<ul style="list-style-type: none"> • Em 2007, o Canadá lançou a <i>Estratégia Nacional Antidrogas</i> (NADS) para desenvolver planos de ação de prevenção, tratamento e fiscalização das drogas. A Estratégia abrangente visa financiar projetos comunitários de promoção e prevenção em saúde para reduzir o uso de drogas ilícitas entre jovens de 10 a 24 anos, e cobre uma série de iniciativas, tais como campanhas públicas de sensibilização, mídia social, programas escolares e projetos voltados para a comunidade. Objetiva também fortalecer os sistemas de tratamento e apoiar para aumentar a acessibilidade e disponibilidade de serviços de tratamento.
Promoção da saúde nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • A iniciativa <i>Redução da Obesidade Infantil: Um Quadro de Ação Federal, Provincial e Territorial para a Promoção de Pesos Saudáveis</i> foi apoiada pelos Ministros de Saúde Federais, Provinciais e Territoriais do Canadá (exceto Quebec) em 2010. A promoção e o apoio para uma alimentação saudável é um componente-chave deste quadro. • A rotulagem nutricional tornou-se obrigatória para a maioria dos alimentos pré-embalados, em 2005, e uma série de esforços de educação pública têm sido envidados para aumentar a conscientização e a educação sobre o uso de informações de rotulagem nutricional, incluindo a Tabela de Informações Nutricionais, de modo a realizar escolhas alimentares informadas. • A política de alimentação saudável do Canadá, <i>o Comendo Bem com o Guia de Alimentos do Canadá</i> (2007) fornece aos canadenses informações sobre a quantidade e os tipos de alimentos recomendados de acordo com idade, sexo e nível de atividade física.

Prevenção de transtornos mentais	<ul style="list-style-type: none"> Em 2007, o Governo Federal criou a Comissão de Saúde Mental do Canadá (MHCC) para atuar como um ponto focal para a saúde mental. Suas atividades incluem a redução do estigma associado aos transtornos mentais e a melhor abordagem da carga nacional da saúde mental e a falta de moradia. Em 2008, uma dotação de CAD\$ 110 milhões foi atribuída ao MHCC para realizar projetos pilotos de pesquisa na área da saúde mental e falta de moradia no intuito de fornecer evidências sobre formas de ajudar o número crescente de pessoas sem-teto que vivem com um transtorno mental, como através do projeto <i>At Home/Chez Soi</i> (Em Casa).
Formação dos profissionais de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> Em 2007, o <i>Escritório de Referência para Credenciais Estrangeiras</i> foi estabelecido para assegurar que habilidades, formação e credenciais dos profissionais de saúde treinados e formados internacionalmente sejam reconhecidos no Canadá (38). A <i>Iniciativa de Recursos Humanos Aborígenes em Saúde</i> (AHHRI) introduzida em 2004 tem apoiado a formação de 450 gestores de saúde das Primeiras Nações em uma ou mais competências e permitiu que 570 trabalhadores comunitários obtivessem a certificação a cada ano. Até 2011, havia 2.200 estudantes indígenas apoiados em diversas carreiras de saúde (enfermagem, medicina, odontologia). Entre 1996 e 2006, o Canadá teve um aumento de 246% no número de profissionais de saúde de origem indígena.

incluindo receitas gerais levantadas através de tributação federal, provincial e territorial, tais como impostos sobre renda pessoal, corporações e vendas. Algumas províncias também cobram um prêmio ou imposto exclusivo sobre os seus moradores para ajudar a pagar os serviços de assistência em saúde com financiamento público, mas o não pagamento do prêmio ou imposto não limita o acesso aos serviços médicos de saúde necessários.

Os gastos totais com saúde no Canadá representaram 10,8% do PIB (CAD\$ 172,2 bilhões) em 2008, 11,9% em 2009, com manutenção prevista deste último valor para 2010. Os gastos com saúde *per capita* foram de CAD\$ 5.169 em 2008, CAD\$ 5.401 em 2009, com previsão de CAD\$ 5.654 para 2010. Quando ajustadas para inflação, as taxas reais de crescimento *per capita* foram de 1,8% em 2009, com previsão de 2,0% em 2010 (29).

Entre 2006 e 2010, o apoio federal às províncias e aos territórios por meio da Transferência de Saúde do Canadá aumentou de CAD\$ 20,1 bilhões para CAD\$ 25,4 bilhões (31). A participação do setor público na despesa total em saúde tem-se mantido relativamente estável desde 1997, em torno de 70%.

Os hospitais e médicos são financiados principalmente pelo setor público, enquanto medicamentos e outros profissionais de saúde (exceto enfermeiros) são financiados principalmente pelo setor privado. Em 2010, os custos hospitalares, que constituem o maior componente dos gastos com saúde, foram estimados em CAD\$ 56,3 bilhões, ou 29,2% da despesa total em saúde.

Os desembolsos para medicamentos, que representam a segunda maior categoria de despesas, estavam previstos para crescer em 4,2% com relação a 2009, atingindo CAD\$ 30,8 bilhões em 2010, totalizando 16,0% de todas as despesas em saúde. Em 2010, estimou-se um aumento em 7,2% nos gastos com médicos em relação a 2009, atingindo CAD\$ 26,6 bilhões, ou 13,8% das despesas totais em saúde.

SERVIÇOS DE SAÚDE

Embora o modelo tradicional de atenção primária à saúde tem atendido bem os canadenses, estão emergindo lacunas na prestação de cuidados para a população em envelhecimento e no enfrentamento da crescente incidência e prevalência de doenças crônicas. É preciso ampliar o acesso dos canadenses aos serviços de atenção primária em saúde, de modo a ressaltar a promoção da saúde, a prevenção de doenças e lesões e gestão de doenças crônicas, e ampliar o acesso do tipo “24 horas/7 dias da semana” para os serviços essenciais.

Vários modelos de equipes de saúde estão surgindo em todo o Canadá. Algumas equipes trabalham através de teleconferências e estão amplamente espalhadas, enquanto outras estão no mesmo ambiente. As equipes podem ser conduzidas por médicos ou enfermeiros e podem ou não incluir uma ampla variedade de outros profissionais, tais como nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. Muitas jurisdições têm escolhido definir como alvo doenças crônicas específicas (por exemplo,

diabetes e doenças cardíacas) ao estabelecer equipes de cuidados para desenvolver competências em torno de doenças crônicas prevalentes, melhorar a qualidade de vida das pessoas afetadas e transferir o ônus do setor de cuidados agudos mais caros.

O Plano Decenal para o Fortalecimento da Atenção à Saúde (adotado em 2004) (31) objetivou cinco áreas prioritárias de tratamento (câncer, cirurgia cardíaca de marca-passo, diagnóstico por imagem, próteses e restauração da visão) para reduzir os tempos de espera de procedimentos eletivos e acesso mais oportuno aos serviços de saúde. As províncias e territórios realizaram uma série de atividades para reduzir tempos de espera e estabeleceram índices de referência pan-canadenses baseadas em evidências para medir e informar o desempenho. Em 2011, o Instituto Canadense de Informação em Saúde (CIHI) verificou que 8 em 10 canadenses receberam procedimentos prioritários nos prazos recomendados pelo médico.

O Plano Decenal para o Fortalecimento da Atenção à Saúde incluiu o compromisso de fornecer cobertura pública, com base na avaliação das necessidades, para certos serviços para cuidados domiciliares agudos de curta duração, cuidados domiciliares comunitários agudos em saúde mental e cuidados paliativos. A maioria das províncias e territórios tem fortalecido seus programas de cuidados domiciliares para atender à crescente demanda de idosos que necessitam de cuidados de longa duração e também fornecer uma alternativa à admissão em centros de cuidados de longa duração.

GESTÃO DE CONHECIMENTO, TECNOLOGIA, INFORMAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

PRIORIDADES DA PESQUISA E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA

O governo federal apoia uma ampla agenda de pesquisa sobre a saúde em todas as disciplinas, setores e regiões que refletem as necessidades de saúde emergentes dos canadenses, a evolução do sistema de saúde e as necessidades de informação dos formuladores de políticas de saúde. Em 2009, o Instituto Canadense de Pesquisa em Saúde (CIHR) definiu sua visão para os próximos cinco anos no *Roteiro de Pesquisa em Saúde: Criando Pesquisas Inovadoras para uma Saúde e uma*

Atenção à Saúde Melhores. O CIHR lançou um processo para desenvolver pesquisa sobre inflamação em doenças crônicas, atenção primária em saúde comunitária, assistência renovada baseada em evidências e equidade em saúde para aborígenes, entre outros.

Em 2008-2009, o Canadá priorizou a adoção de novas tecnologias para dados e informações de vigilância para a gestão de casos, a fim de melhorar a coordenação das respostas federais, provinciais e territoriais para surtos de doenças, incluindo doenças de origem alimentar. Por exemplo, o Programa Canadense Integrado para o Monitoramento da Resistência Antimicrobiana (CIPARS) monitora tendências no uso de antibacterianos e de resistência antimicrobiana em determinados organismos bacterianos de origem humana, animal e alimentar (32). Outra ferramenta importante é o Gerador de Mapas de Saúde Pública, um sistema baseado em GIS que pode auxiliar os profissionais de saúde no monitoramento de surtos de doenças e mapeamento de problemas de saúde em grupos populacionais específicos. O Sistema de Informação de Saúde Pública, uma ferramenta integrada de gestão de casos da saúde pública, está disponível para todas as jurisdições de saúde pública do Canadá.

As tecnologias de saúde eletrônica (e-Health) desempenham um papel importante na promoção de um sistema de cuidados acessível, eficiente e sustentável e na melhoria da segurança e qualidade dos cuidados aos pacientes. Os Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde (EHR) estão sendo concebidos como repositórios digitais seguros das histórias médicas individuais (incluindo perfis de medicação, resultados de laboratório e de imagem de diagnóstico, etc.). Mais de 50% dos canadenses têm agora a sua EHR colocada à disposição dos seus prestadores de cuidados de saúde autorizados. Desde 2010, houve uma expansão na implantação e adoção clínica de Registros Médicos Eletrônicos (EMRs) nos pontos de serviço (por exemplo, consultórios médicos) e a conexão com o Sistema de Registro de Saúde Eletrônico. Entre 2006 e 2010, o governo federal alocou cerca de CAD\$ 900 milhões para o Infoway do Canada Health para sua colaboração com os governos provinciais e territoriais no estabelecimento de registros médicos e de saúde eletrônicos (33).

Os serviços de saúde à distância (Tele Saúde) são as atividades eletrônicas de saúde mais antigas

estabelecidas no Canadá, oferecendo videoconferências entre pacientes e profissionais de saúde, consultas médicas, transferência de materiais de diagnóstico e monitoramento à distância dos pacientes. Esses serviços são utilizados por cerca de 70 especialidades, principalmente para atender os quase 7 milhões de canadenses que vivem em comunidades rurais e, muitas vezes, remotas.

RECURSOS HUMANOS

Entre 2005 e 2009, o número de médicos cresceu 10,5%, o número médicos formados no exterior na força de trabalho aumentou 14,3%, e o número de enfermeiros regulamentados aumentou 8,5%. Embora o número de profissionais de saúde trabalhando em todo o Canadá tenha aumentado, algumas jurisdições continuam a relatar escassez de prestadores de saúde qualificados, especialmente em comunidades rurais e remotas. Os territórios e províncias, com o apoio do governo federal, estão aumentando o número de vagas de residência de medicina familiar em comunidades carentes e proporcionando uma formação mais qualificada para os médicos nas comunidades rurais a fim de melhor atender às necessidades de saúde locais.

Na maioria das províncias e territórios, os enfermeiros estão autorizados a diagnosticar uma doença, transtorno ou condição; ordenar e interpretar testes diagnósticos e de triagem e prescrever medicamentos. A colaboração entre enfermeiros e médicos nos serviços de atenção primária reduziu significativamente os tempos de espera e melhorou o acesso dos pacientes ao tratamento. O número de profissionais de enfermagem que trabalham na atenção primária em saúde no país tem crescido num ritmo acelerado, mais que dobrando de 976 em 2005 para 2.048 em 2009.

Havia 348.499 enfermeiros regularizados atuando em enfermagem no Canadá em 2009 (34). Do número total, 76,4% eram Enfermeiros Registrados (RNs), 22,1% eram Técnicos em Enfermagem (LPNs) e 1,5% eram Enfermeiros Psiquiátricos Registrados (RPNs). Essas proporções se mantiveram relativamente estáveis ao longo dos últimos cinco anos. Em 2009, o número total de enfermeiros que atuam diretamente na assistência em saúde foram 234.031 para RNs, 74.805 para LPNs e 4.607 para RPNs, esses últimos todos lotados nas províncias ocidentais. Em

2009, 13,2% dos RNs, 17,5% dos LPNs e 20,8% dos RPNs tinham mais de um empregador em enfermagem.

Em 2009, a proporção de enfermeiros regulamentados que eram do sexo feminino era elevada, perfazendo 93,3% de todos os profissionais. Um total de 93,8% RNs, 92,7% LPNs e 77,5% dos RPNs eram mulheres. Essa relação não se alterou substancialmente no período do relatório.

Em 2009, havia 68.101 médicos ativos no Canadá (35). Esse número reflete um aumento de 4,1% em relação ao ano anterior, representando a maior taxa de crescimento anual da oferta de médicos do Canadá desde os anos 1980. Atualmente, o número de médicos ativos no Canadá está aumentando numa proporção mais rápida do que a população. A relação médico-população (por 100.000 canadenses) cresceu de 190 em 2005 para 201 em 2009.

Ao longo dos últimos 30 anos, o número de médicos do sexo feminino aumentou dramaticamente. Em 1979, 11,8% dos médicos eram mulheres, chegando a 35,6% em 2009.

SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

O Governo do Canadá participa de programas de multidoadores em larga escala com base nas prioridades dos países em desenvolvimento que usam as instituições e sistemas locais para a sua implementação. A partir de 2010-2011, o Canadá destinou 88% dos recursos bilaterais para 20 países, dos quais 5 são na Região das Américas, como parte de sua Agenda de Ajuda Eficaz.

Em 2006/2007, as contribuições voluntárias do Canadá para a Organização Pan-Americana da Saúde totalizaram US\$ 21,7 milhões, com contribuições adicionais para os esforços de reconstrução após desastres naturais e para os Centros Colaboradores da OPAS/OMS totalizando US\$ 24,65 milhões. Exemplos de iniciativas específicas de financiamento e apoio técnico em espécie entre 2007 e 2010 incluem o compromisso quadrienal da Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional (CIDA), o qual totaliza CAD\$ 18 milhões destinados a apoiar programas da OPAS na Região para pandemia de influenza, HIV/Aids, recursos humanos em saúde e fortalecimento institucional. A Iniciativa Internacional de Imunização do Canadá

prestou apoio para programas nacionais de imunização na Região das Américas (CAD\$ 8,5 milhões ao longo de 4,5 anos, terminando em 2010). A Agência de Saúde Pública do Canadá aportou CAD\$ 961.630 para a OPAS no âmbito de um projeto de controle de doenças crônicas na América Central e do Sul. Outro exemplo de apoio do Canadá foi o montante de CAD\$ 2 milhões destinados a ajudar o hemisfério na sua resposta à pandemia de gripe H1N1 de 2009, com foco na capacidade de resposta imediata.

Começando em 2008, a Agência de Saúde Pública do Canadá apoiou a Comunidade do Caribe (CARICOM) na criação da Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA), que se tornou uma entidade legal em julho de 2011 e integra cinco instituições de saúde regionais existentes em uma única agência de saúde autogerenciada. A CARPHA atua para suprir as lacunas existentes na resposta a desafios comuns de saúde pública (por exemplo, pandemias de gripe) e fortalecer a capacidade da saúde pública em seus Estados-Membros.

Em 2010, o Canadá patrocinou a iniciativa Muskoka do G-8 sobre Saúde Materna, Neonatal e Infantil, que mobilizou membros e não membros do G-8 a fim de apoiar os esforços globais liderados pelo país para reduzir a mortalidade materna e infantil e melhorar a saúde das mães e crianças nos países mais pobres do mundo. A abordagem do Canadá para a Iniciativa Muskoka é composta por três eixos: fortalecimento dos sistemas de saúde dos países, redução da carga de doenças que constituem as principais causas de mortalidade materna e infantil e melhoria do estado nutricional. A Iniciativa Muskoka concentra-se em 10 países, incluindo Haiti, e desenvolve parcerias com organizações multilaterais, globais e canadenses. Em paralelo com a Iniciativa Muskoka, o Canadá apoia o Projeto “Melhorando a Saúde da Mulher, da Criança e das Populações Marginalizadas”, que concentra suas atividades em 11 países latino-americanos e caribenhos onde as necessidades e os fossos de saúde materna, neonatal e infantil e as desigualdades são maiores.

SÍNTESES E PERSPECTIVAS

Entre 2006 e 2010, as restrições fiscais, juntamente com o alto custo das novas tecnologias e o envelhecimento da geração do “baby boom”, somaram-se aos

desafios enfrentados pelo sistema de saúde canadense. Melhorar o acesso e a prestação dos serviços de saúde foi uma grande prioridade durante o período, o que resultou na redução dos tempos de espera para serviços prioritários em todo o país e um aumento na oferta de prestadores de cuidados de saúde. Entre 2006 e 2010, avanços na saúde da população ocorreram em todo o país nos níveis federal, provincial/territorial e comunitários.

Por exemplo, as taxas sobrevivência de câncer de mama e colorretal no Canadá estão entre as maiores nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (36). O Canadá também tem um bom desempenho na prevenção de internações hospitalares de alto custo para condições crônicas, tais como asma e diabetes não controlado, o que sugere que cuidados e tratamento adequados para essas doenças estão sendo fornecidos por meio da atenção primária em saúde. A redução das desigualdades em saúde continua a ser uma preocupação nacional, com vários níveis de governo trabalhando juntos para melhor entender como as estruturas sociais e econômicas, sistemas e abordagens políticas afetam a saúde, e como os ganhos sociais e de saúde podem ser mais bem enfrentados de forma colaborativa.

BIBLIOGRAFIA

1. United Nations Development Program. Human Development Report 2010 [Internet]. Disponível em: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_EN_Complete_reprint.pdf Acessado em 24 de abril de 2012.
2. Statistics Canada. 2006 Census: Portrait of the Canadian Population in 2006: Highlights [Internet]; 2007. Disponível em: <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-550/p1-eng.cfm> Acessado em 11 de abril de 2012.
3. Public Health Agency of Canada. The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada 2009 [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2009/fr-rc/cphorsphcre-spacsp06-eng.php> Acessado em 28 de março de 2012.
4. Health Canada. Healthy Canadians – A Federal Report on Comparable Health Indica-

- tors 2010 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2010-fed-comp-indicat/index-eng.php> Acessado em 28 de março de 2012.
5. Health Canada. Household Food Insecurity in Canada 2007–2008 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/insecurit/key-stats-cles-2007-2008-eng.php> Acessado em 28 de março de 2012.
 6. Muhajarine N, et al. Understanding the Impact of the Canada Prenatal Nutrition Program: A Quantitative Evaluation [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.killographics.com/Clients/phac-carling/PreNatal/methodologyeng.php> Acessado em 11 de abril de 2012.
 7. Statistics Canada. CANSIM Table 102-0030 [Internet]. Disponível em: <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&retrLang=eng&id=1020030&pattern=infant+mortality+rate&tabMode=dataTable&srchLan=-1&p1=1&p2=-1> Acessado em 24 de abril de 2012.
 8. Public Health Agency of Canada. Canadian Perinatal Health Report, 2008 Edition. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2008.
 9. World Health Organization. Vaccine Preventable Diseases Monitoring System. Immunization Profile: Canada [Internet]. Disponível em: http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/countryprofileselect.cfm Acessado em 24 de abril de 2012.
 10. Public Health Agency of Canada. The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada 2008 [Internet]; 2008. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/cpho-aspc01-eng.php> Acessado em 28 de março de 2012.
 11. Public Health Agency of Canada. The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada 2010 [Internet]; 2012. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/cphorsphcre-spacsp-06-eng.php> Acessado em 28 de março de 2012.
 12. Statistics Canada. Leading causes of death [Internet]; 2008. Disponível em: <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/111101/dq111101b-eng.htm> Acessado em 24 de abril de 2012.
 13. Statistics Canada. Leading causes of death, by sex [Internet]; 2008. Disponível em: <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/hlth36a-eng.htm> Acessado em 28 de março de 2012.
 14. Public Health Agency of Canada. HIV/Aids Epi Updates-July 2010 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aidssida/publication/epi/2010/1-eng.php> Acessado em 28 de março de 2012.
 15. Public Health Agency of Canada. HIV and Aids in Canada: Surveillance Report to December 31, 2008 [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/surveillance/2008/dec/pdf/survredec08.pdf> Acessado em 24 de abril de 2012.
 16. Public Health Agency of Canada. Tuberculosis in Canada 2009 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tb-can09pre/index-eng.php#in> Acessado em 28 de março de 2012.
 17. Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. Canada's Response to the 2009 H1N1 Influenza Pandemic [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/403/soci/rep/rep15dec10-e.pdf> Acessado em 28 de março de 2012.
 18. Public Health Agency of Canada. Backgrounder: United Nations NCD Summit 2011 [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2011/2011_0919-bg-di-eng.php Acessado em 28 de março de 2012.
 19. Reading J. The Crisis of Chronic Disease among Aboriginal Peoples: A Challenge for Public Health, Population Health and Social Policy [Internet]. Disponível em: <http://cahr.uvic.ca/docs/ChronicDisease%20Final.pdf> Acessado em 11 de abril de 2012.
 20. Public Health Agency of Canada. Report Tracking Heart Disease and Stroke in Canada: 2009 [Internet]. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/pdf/cvd-avs-2009-eng.pdf> Acessado em 28 de março de 2012.
 21. Canadian Cancer Society Steering Committee on Cancer Statistics. Canadian Cancer Statistics

2011. Toronto, ON: Canadian Cancer Society; 2011.
22. Public Health Agency of Canada. Report from the National Diabetes Surveillance System: Diabetes in Canada, 2009 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.ndss.gc.ca> Acessado em 28 de março de 2012.
 23. Health Canada. First Nations, Inuit and Aboriginal Health: Diabetes [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/fniahsnia/diseases-maladies/diabete/index-eng.php> Acessado em 28 de março de 2012.
 24. Public Health Agency of Canada. A Report on Mental Illnesses in Canada [Internet]; 2002. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/sum-eng.php> Acessado em 28 de março de 2012.
 25. Public Health Agency of Canada. The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada 2006. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/> Acessado em 12 de maio de 2012.
 26. Health Canada. Canadian Tobacco Use Monitoring Survey 2010 [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc_2010-eng.php Acessado em 28 de março de 2012.
 27. Health Canada. Major findings from the Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey (CADUMS) 2010 [Internet]; 2012. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/index-eng.php> Acessado em 28 de março de 2012.
 28. Public Health Agency of Canada. Obesity in Canada [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/index-eng.php> Acessado em 28 de março de 2012.
 29. Canadian Institute for Health Information. National Health Expenditure Trends, 1975 to 2011 [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/spending+and+health+workforce/spending/release_03nov11 Acessado em 28 de março de 2012.
 30. Canada, Department of Finance. Federal Support to Provinces and Territories [Internet]; 2012. Disponível em: <http://fin.gc.ca/fedprov/mtp-eng.asp> Acessado em 28 de março de 2012.
 31. Canada, Department of Finance. Federal Investments in Support of the 10-Year Plan to Strengthen Health Care [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.fin.gc.ca/fedprov/typh-c_-eng.asp Acessado em 28 de março de 2012.
 32. Dutil L, Irwin R, Finley R, King Ng L, Avery B, Boerlin P, et al. Ceftiofur resistance in *Salmonella entericaserovar Heidelberg* from chicken meat and humans, Canada. *Emerg Infect Dis* 2010;16(1):48–54.
 33. Canada Health Infoway. Annual Report 2010–2011 [Internet]. Disponível em: https://www2.infoway-inforoute.ca/Documents/ar/Annual_Report_2010-2011_en.pdf Acessado em 28 de março de 2012.
 34. Canadian Institute for Health Information. Spending and Health Workforce. CIHI 1996–2012 [Internet]. Disponível em: <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/Theme/spending+and+health+workforce/cihi010658> Acessado em 28 de março de 2012.
 35. Canadian Institute for Health Information. Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians, 2009. CIHI 1996–2012 [Internet]. Disponível em: <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=en&cpf=PF-C1=67&lang=en&media=0> Acessado em 24 de abril de 2012.
 36. Organization for Economic Cooperation and Development. Health at a Glance 2011-Key Findings for Canada [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.oecd.org/dataoecd/13/0/49084244.pdf> Acessado em 28 de março de 2012.