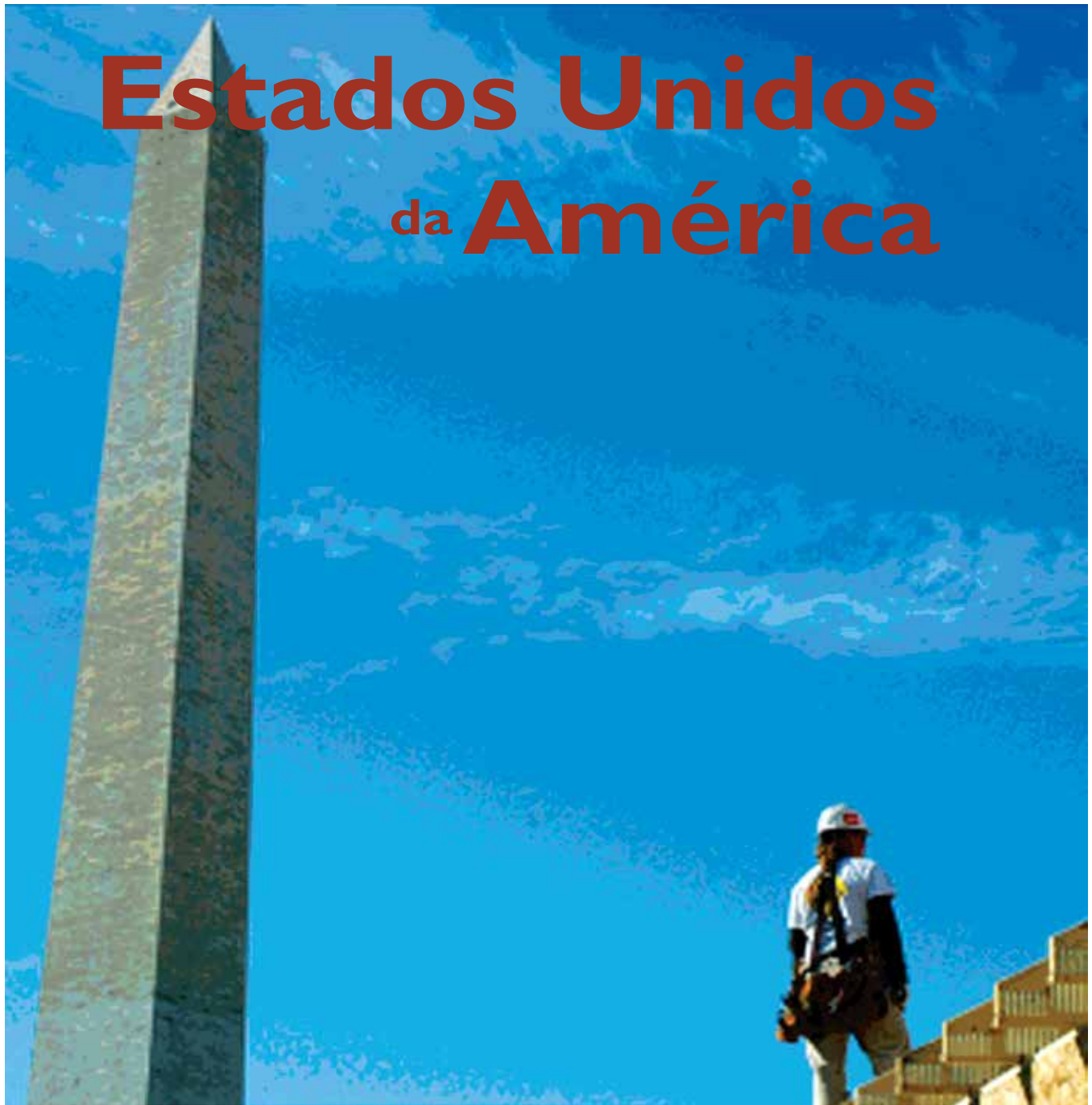


Estados Unidos da América

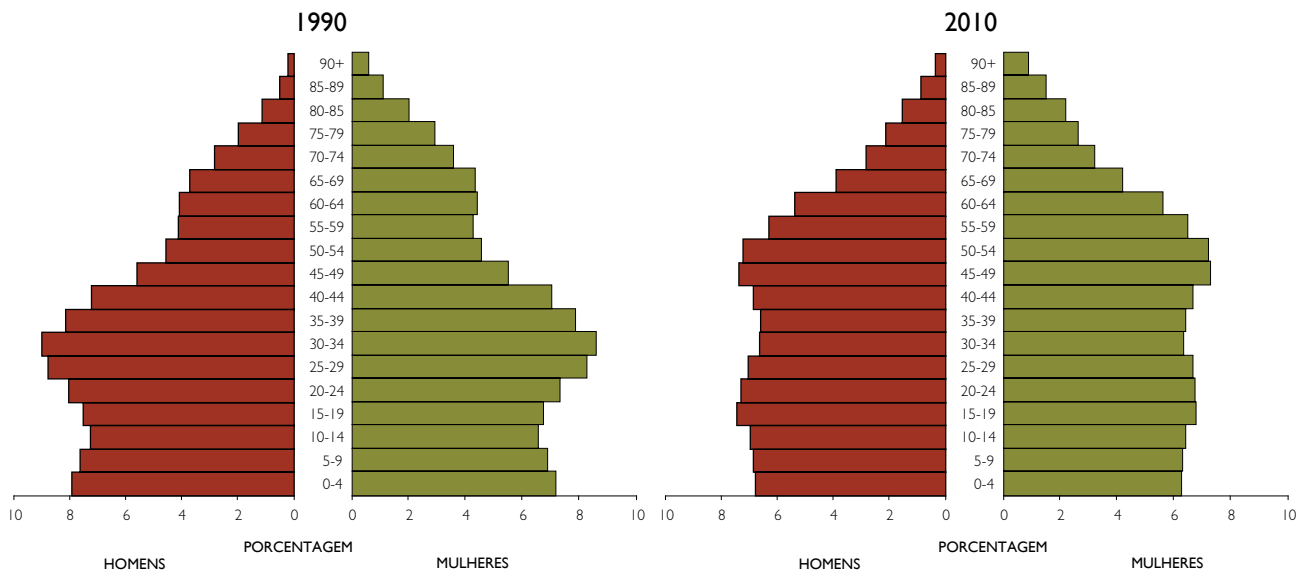


INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, de forma geral, as estatísticas de saúde nos Estados Unidos melhoraram, mas estima-se que as doenças crônicas não transmissíveis consumiram 75% de todos os gastos com atenção à saúde, devido, em parte, ao envelhecimento da população (1). Entre os jovens, as mortes por acidentes e violência constituem uma grande preocupação da saúde pública. Em 2010, a população total era de 308,7 milhões, um aumento de 9,7% desde 2000. As mulheres represen-

tavam 50,8% desse total (Figura 1). A população é altamente urbanizada, sendo que 83,7% vivem em áreas metropolitanas (2). Crianças e jovens com menos de 20 anos constituíram 27% da população; adultos com 20 a 64 anos de idade, 60%; e aqueles com mais de 65 anos de idade, 13%. Na faixa etária dos 65 anos ou mais de idade, a proporção de homens para mulheres é 0,73 (17,0 milhões de homens e 23,2 milhões de mulheres). A população dependente (com menos de 18 anos de idade ou com mais de 65 anos de idade) representou 37% da população tanto no censo de 2000

FIGURA I. Estrutura Popacional, por idade e sexo, Estados Unidos da América, 1990 e 2010



A população aumentou em 24,6% entre 1990 e 2010. Em 1990, a pirâmide populacional se ampliou nos grupos com mais de 30 anos de idade e os grupos entre 20 e 40 anos de idade representaram a maior proporção da população. Em 2010, estrutura se desloca para grupos etários mais velhos, com aumento para as pessoas com mais de 80 anos, especialmente mulheres. As faixas etárias com menos de 55 anos de idade permaneceram relativamente semelhantes, o que reflete baixas taxas de fertilidade e mortalidade nos anos intervenientes.

Fonte: Escritório de Censo dos Estados Unidos. Dados de Estimativas Popacionais, 2000.

quanto no censo de 2010, mas a porcentagem da população com mais de 65 anos de idade aumentou de 12% (35 milhões em 2000) para 13% (40,2 milhões em 2010), enquanto a proporção da população com menos de 18 anos caiu de 26% em 2000 para 24% (74 milhões) em 2010.

A porcentagem da população nascida no estrangeiro aumentou de 11% em 2000 para 13% (38,5 milhões) em 2009 (3). A população hispânica nascida no estrangeiro aumentou em 45% entre 2000 e 2010, e chegou a 18,5 milhões em 2010, representando mais da metade da população nascida no estrangeiro. Dos americanos nativos do país, 75% afirmaram serem brancos e 13% afirmaram serem afro-americanos. Entre a população nascida no estrangeiro, 46% afirmaram ser brancos e 23% asiáticos. Em 2010, os hispânicos formaram a maior minoria na população dos EUA (4). O aumento da população mexicano-americana se deveu a nascimentos, e não a imigração, entre 2000 e 2010; ocorreram 7,2 milhões de nascimentos, comparados à chegada de 4,2 milhões de novos imigrantes (5).

Em média, o número de crianças nascidas por mulher em idade fértil foi 2,1, com pequenas variações

por raça e etnia, exceto entre as mulheres hispânicas, cuja taxa total de fertilidade foi 2,9 em 2008 (6).

Em 2010, a expectativa de vida ao nascer era 78,3 anos, um recorde para o país. Um estudo do Centro Nacional de Estatísticas da Saúde (NCHS) identificou que a expectativa de vida entre os hispânicos era de 80,6 anos em 2006, maior do que todos os grupos raciais/étnicos nos Estados Unidos. A expectativa de vida de homens hispânicos ao nascer era 77,9, mas aos 65 anos de idade chegava a 84. A expectativa de vida de mulheres hispânicas ao nascerem era 83,1 anos, e 86,7 anos aos 65 anos de idade (7). A expectativa de vida de mulheres brancas era 81,3 anos, seguidas de afro-americanas 77,2 anos; os homens brancos tinham uma expectativa de vida de 76,5 anos e afro-americanos com 70,2 anos. Uma comparação da expectativa de vida por gênero mostra que homens afro-americanos reduziram em 23% a diferença na expectativa de vida entre afro-americanos e brancos entre 1990 e 2010, e que mulheres afro-americanas reduziram a diferença na expectativa de vida entre afro-americanas e brancas em 29%. De 2000 para 2008, a expectativa de vida aumentou em 14 meses, mas os aumentos foram

menores para mulheres (1,4%) do que para homens (2,0%). Além disso, a expectativa de vida aos 65 anos aumentou de 17,9 anos em 2000 para 18,8 anos em 2008 (8).

DETERMINANTES E DESIGUALDADES EM SAÚDE

Em 2008, os Estados Unidos atravessaram a maior recessão econômica desde a Grande Depressão dos anos 30: os preços das moradias despencaram dramaticamente e os níveis de desemprego passaram dos 9%. Embora o capital familiar tenha caído em todas as classes econômicas, as desigualdades entre os mais ricos e a classe média tornaram-se cada vez maiores. Os tempos econômicos desafiadores produziram um debate político e socioeconômico, complicado pela necessidade de compreender como atender de forma equitativa às necessidades de saúde, educação, segurança humana e questões relacionadas à situação dos cidadãos numa população que está envelhecendo e se tornando mais diversificada do ponto de vista étnico (3). A taxa de crescimento anual do Produto Interno Bruto (PIB) a preços correntes caiu em 2009 até -3,5% antes de subir para 3,0% em 2010 (9). No entanto, a economia viveu períodos de incerteza até mesmo em 2010, já que as percentagens trimestrais flutuavam entre 3,9% no primeiro trimestre e 2,3% no quarto (10).

A taxa média de pobreza nos anos 2007-2009 foi de 13,4% (11), representando um aumento quando comparado aos 12,0% de 2000 (12). A proporção da população vivendo na linha da pobreza ou abaixo dela variou de 21% no Mississippi até 6,9% em New Hampshire; as minorias urbanas sofreram taxas de pobreza consideravelmente menores do que as das minorias rurais. Em 2005, quase 7,3 milhões ou 15% de todos os habitantes de áreas rurais americanas eram pobres, enquanto apenas 13% dos habitantes de áreas urbanas americanas eram pobres (12). As desigualdades da pobreza foram observadas por raça e etnia em 2008: embora a taxa de pobreza para todas as raças tenha sido 10,3%, era de 22,0% entre afro-americanos, 21,3% entre os hispânicos e apenas 8,4% entre os brancos. A pobreza alcançou 15,1% da população, ou 15,1 milhões de pessoas em 2010, o quarto aumento anual consecutivo (13). A taxa de pobreza infantil aumentou de 16,2% em 2000 para 20,7% em 2009. Estimou-se

que 58% das crianças que viviam com pais imigrantes viviam em famílias de baixa renda. As crianças pobres têm taxas maiores de internação hospitalar, dias de incapacidade e óbito, além de serem mais propensas a receber atenção preventiva, curativa e emergencial inadequada e sofrer mais frequentemente de nutrição inadequada e falta de segurança alimentar. Crianças com mães solteiras têm cinco vezes mais probabilidade de viverem na pobreza do que crianças em famílias com os dois pais (14).

Em 2007, as taxas de abandono escolar no ensino médio, entre jovens de 16 a 24 anos, por etnia e raça, foram: 6,1% entre brancos; 11,5% entre afro-americanos e 19,9% entre hispânicos. Dos hispânicos nascidos fora dos Estados Unidos, 34% abandonaram a escola em 2007. Imediatamente após o ensino médio, 71,7% de brancos se matricularam em universidades, contra 63,9% dos hispânicos e 55,5% dos afro-americanos (15).

Em 2010, as diferenças no desemprego foram analisadas por sexo e por raça ou etnia. Entre aqueles com mais de 16 anos de idade, 10,5% dos homens e 8,6% das mulheres estavam desempregadas. O desemprego por grupos raciais e étnicos era de 16,0% entre afro-americanos, 12,5% entre hispânicos, 8,7% entre brancos e 7,5% entre os asiáticos. O estado de Nevada teve a maior taxa de desemprego (14,0%) e quatro outros estados tiveram taxas de desemprego de 11,7% ou maiores. O estado de North Dakota teve a taxa de desemprego mais baixa (3,5%) e quatro outros estados tiveram taxas de 6,4% ou menores. As pessoas nascidas no exterior representaram 16% da força de trabalho em 2010, dos quais 50% eram hispânicos e 22% asiáticos (16).

Foram também observadas desigualdades nos níveis de renda por gênero, mas ao longo dos últimos 25 anos as mulheres conseguiram reduzir o fosso entre seus salários e o salário masculino, passando de 62% para 81% do salário dos homens no período 2005-2006 (17). Homens e mulheres asiáticos dispunham de renda maior do que a de suas contrapartes brancas, afro-americanas e hispânicas em 2007. Mulheres brancas, afro-americanas e hispânicas ganhavam, respectivamente, 86%, 73% e 65%, comparadas à renda das mulheres asiáticas. Homens brancos, afro-americanos e hispânicos ganhavam, respectivamente, 84%, 64% e 56%, comparados à renda dos homens asiáticos (18).

O número de pessoas sem plano de saúde aumentou de forma dramática: em 2008, 46,3 milhões de pessoas (15,4% da população) não tinham planos de saúde; em 2009, esse número havia aumentado para 50,7 milhões (16,7% da população). Uma pesquisa conduzida entre 2007 e 2009 revelou que, daqueles sem plano de saúde, 11% eram brancos, 17% eram asiáticos, 20% eram afro-americanos e 32% eram hispânicos (19, 20).

Com relação à segurança e bem-estar familiar, as taxas de casamento por 1.000 homens ou mulheres em 2009 foram de 19,1 entre homens e 17,6 entre as mulheres de 15 anos ou mais (21).

MEIO AMBIENTE E SEGURANÇA HUMANA

POLUIÇÃO DO AR

A poluição do ar é um problema de saúde com muitas fontes. Graças aos regulamentos instituídos pela Lei de Ar Limpo de 1970, a Agência de Proteção Ambiental estimou que, apenas em 2010, 160.000 mortes e 100.000 consultas hospitalares foram evitadas (22). Estima-se que a poluição por agentes tóxicos de milhares de usinas de energia ao redor da nação cause até 17.000 mortes por ano, doenças crônicas respiratórias e cardiovasculares, e exposição de crianças a mercúrio e chumbo. Estima-se que a fumaça poluída mate 12.000 pessoas a cada ano, e que a poluição tóxica do ar devido a usinas industriais contribua para 5.000 mortes anuais (23).

O AMBIENTE DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES

Em 2010, 4.690 trabalhadores americanos morreram por lesões ocupacionais (24) e, todo ano, quase 49.000 mortes são atribuídas a doenças relacionadas ao trabalho (25). Em 2010, em torno de 3,1 milhões de trabalhadores da indústria privada e 820.000 no governo estadual ou local haviam sofrido de lesões não fatais ou doenças ocupacionais (26). Riscos ocupacionais variam muito dependendo da profissão e do local de trabalho. Por exemplo, a cada ano, entre 10.000 e 20.000 envenenamentos por pesticidas são diagnosticados por médicos e notificados entre trabalhadores rurais (27).

“Nos Estados Unidos, a taxa de mortalidade por asbestose ajustada para todas as idades no período de 10 anos entre 1995 e 2004 foi de 6,1 mortes por milhão de habitantes entre pessoas com 15 anos ou mais; As taxas correspondentes por estado variaram entre 0,9 (Distrito de Columbia) e 21,2 (Delaware)” (28).

Em 2010, 1,2 milhões de trabalhadores, quase 1% da força de trabalho total dos Estados Unidos, estavam empregados como pessoal de manutenção, dos quais 44% eram trabalhadores hispânicos (29). Nesse ano, 144 destes trabalhadores morreram por lesão ocupacional, dos quais 43 eram hispânicos. A taxa de mortalidade em 2010 foi de 14,3 mortes por 100.000 trabalhadores de manutenção de terrenos, quase 4 vezes a taxa média geral de mortalidade ocupacional (3,6 mortes por 100.000 trabalhadores em tempo integral ou equivalente) (30).

SEGURANÇA NO TRÂNSITO

Houve 10,2 milhões de acidentes automobilísticos, que levaram a 39.000 mortes em 2008 (31). Em 2009, notificaram-se mais 5.400 mortes e mais de 400.000 feridos em acidentes de trânsito envolvendo a causa de “distração no volante”. Entre os mortos ou feridos desses acidentes, o uso de celulares ao dirigir foi um fator em quase 1.000 (18,5%) mortes e 24.000 feridos (32).

ACIDENTES

Em 2007, ocorreram 23.400 mortes devido a quedas, que representaram 12,8% de todas as mortes devido a acidentes/lesões acidentais. Os envenenamentos resultaram em 40.100 mortes ou 22,0% de todas as mortes daquele ano. Os afogamentos acidentais e submersão causaram 3.400 mortes em 2007, das quais 40% ocorreram entre pessoas de 1 a 24 anos de idade (33). Os afogamentos representaram 30% das mortes de crianças de 1-4 anos de idade que faleceram por causa de uma lesão em 2007 (34).

VIOLÊNCIA

Lesões causadas por armas de fogo foram responsáveis por 31.347 mortes ou 17,7% de todas as mortes por lesões em 2007. As maiores causas da mortalidade

por armas de fogo em 2009 foram suicídios (59,7%) e homicídios (37%) (35). Em 2009, agências de proteção infantil do governo e locais receberam quase 3,6 milhões notificações de crianças sendo abusadas ou negligenciadas. Entre os 693.174 casos confirmados de maus-tratos, 78,3% foram de vítimas de negligência, 17,8% foram abusadas fisicamente, 9,5% foram abusadas sexualmente e 7,6% foram vítimas de abuso emocional. Um terço de todas as vítimas (33,4%) tinha menos de quatro anos de idade, e as crianças com menos de um ano de idade tiveram a maior taxa de vitimização (20,6 para cada 1.000 crianças) (36).

Resultados da Pesquisa Nacional sobre Parceiros Íntimos e Violência Sexual indicam que 35,6% de todas as mulheres nos Estados Unidos já sofreram estupro, violência física e/ou perseguição por parceiros íntimos em algum momento de suas vidas, e 5,9% ou 6,9 milhões de mulheres sofreram essas violências no ano anterior à pesquisa. Além disso, uma em cada cinco mulheres já sofreram estupro (definido como penetração vaginal, oral ou anal fisicamente forçada ou ameaçada), seja por tentativa, completada ou facilitada pelo consumo de álcool/drogas em algum momento de suas vidas, na maioria dos casos perpetrados por parceiros atuais ou anteriores. Quase 80% das vítimas femininas de estupro foram violentadas antes dos 25 anos de idade. Quase uma em cada duas mulheres já vivenciaram outras formas de violência sexual em suas vidas (por exemplo, coerção sexual ou contato sexual indesejado) (37).

DESASTRES NATURAIS

Durante a temporada de furacões de 2005, quatro grandes furacões atingiram os Estados Unidos. O mais devastador foi o Furacão Katrina, que causou 1.836 mortes confirmadas e um total de US\$ 81,2 bilhões em perdas econômicas. Desde aquele ano, o país escapou de outro furacão. O número de casos relatados da doença neuroinvasiva do oeste do Nilo aumentou dramaticamente nas regiões da Louisiana e do Mississippi afetadas pelo Furacão Katrina. Em 2006, a incidência dessa doença já havia atingido mais do que o dobro do relatado nas mesmas áreas em anos anteriores (38). Vários surtos de tornados em 2011 causaram danos extensos nos estados do sul e do centro-oeste, originando um total de 552 mortes. Grandes enchentes

generalizadas ocorreram nos estados do nordeste e do sudeste, causando bilhões de dólares em perdas em 2010. Condições severas de seca ocorreram entre 2008 e 2011, particularmente nas regiões centro-sul e oeste do país, afetando a produção agrícola e resultando em milhares de queimadas.

Em abril de 2010, uma explosão num poço petrolífero offshore, o Deepwater Horizon, no Golfo do México, criou um grande desastre ambiental. Estima-se que quase cinco milhões de barris de petróleo bruto vazaram no Golfo durante os meses dos esforços envidados para conseguir fechar com êxito o poço. Onze pessoas morreram no local da explosão, e pescadores, residentes da área, e profissionais de resposta e limpeza sofreram sintomas neurológicos, oculares e respiratórios, entre outros efeitos na sua saúde. Os efeitos em longo prazo da exposição ao petróleo e aos dispersantes de petróleo ainda são desconhecidos. As indústrias de pesca e turismo ao longo da Costa do Golfo da Louisiana sofreram grandes perdas, e grande parte da fauna local morreu em e seu habitat foi destruído (39). Em julho de 2010, a British Petroleum estimou que os custos de limpeza do vazamento de petróleo e compensações relacionadas chegariam a US\$ 39,9 bilhões (40).

CONDIÇÕES E TENDÊNCIAS EM SAÚDE

PROBLEMAS DE SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO

Saúde materna e reprodutiva

A taxa de nascidos vivos por 1.000 mulheres foi de 68,7 em 2008. As diferenças por raça/etnia foram: brancos (59,6 por 1.000 mulheres), afro-americanos (71,2), e hispânicos (98,6) (41). As taxas de nascimentos para idades específicas foram: 15 a 19 anos (41,5 para cada 1.000 mulheres), 20 a 24 anos (103,0), 25 a 29 anos (115,1), 30-34 anos (99,3) e 35-39 anos (46,9) em 2008. A diferença mais notável por raça/etnia foi a taxa de nascimentos hispânica para mulheres entre 20 e 24 anos de idade, em 170,7 por 1.000 nascidos vivos, mais do que o dobro da taxa das mulheres brancas (80,7) e maior do que para qualquer outro grupo racial ou étnico em 2008.

Em 2009, a taxa de nascimentos em adolescentes de 15 a 19 anos (de 15 a 19 anos)

foi a menor da história da nação, mas com diferenças dramáticas entre grupos raciais ou étnicos. Entre mulheres brancas, a taxa de nascimentos em adolescentes foi de 26 por 1.000 mulheres, entre mulheres afro-americanas, a taxa foi 59, e entre mulheres hispânicas, 70 (42). A idade média das mães que tiveram seu primeiro filho foi de 25 em 2008, e entre todas as mulheres que tiveram filhos em 2008, a idade média foi de 27, ambas as taxas com um ano a mais do que em 1990 (43).

Em 2007, a taxa de diabetes relacionada à gravidez foi de 45 por 1.000 nascidos vivos. As diferenças por raça/etnia foram: mulheres hispânicas (46 por 1.000 nascidos vivos), mulheres brancas (42), e mulheres afro-americanas (39). Em 2007, hipertensão crônica foi diagnosticada em 11 mulheres a cada 1.000 nascidos vivos, enquanto a taxa de hipertensão associada à gestação foi de 39 por 1.000 nascidos vivos, essa última condição sendo mais comum entre as mulheres afro-americanas (46 por 1.000 nascidos vivos) e brancas (44) do que entre mulheres hispânicas (28). Eclampsia – uma condição que põe a vida em risco – afetou 2,8 mulheres para cada 1.000 nascidos vivos. As taxas de morbidade materna também variaram por idade em 2007; as mulheres no grupo mais afastado, de 40-54 anos, tinham maior risco de diabetes, hipertensão e eclampsia, enquanto as mulheres com menos de 20 anos tinham mais risco de desenvolver diabetes ou depressão crônica durante a gravidez. No entanto, as mulheres com menos de 20 anos de idade tinham níveis de hipertensão devido à gestação de 9,4% a 10,6% maiores do que os das mulheres na faixa etária dos 20 aos 39 anos de idade (44). Mães adolescentes (entre 15 e 19 anos de idade) eram mais propensas a terem crianças prematuras e abaixo do peso e recebiam frequentemente menos cuidados pré-natais.

A taxa de mortalidade materna (MMR) foi de 12,7 por 100.000 nascidos vivos em 2007, 55% maior do que a taxa relatada em 1990 (8,2). Em 2007, a MMR foi maior entre as mulheres com 35 anos ou mais (32 para cada 100.000 nascidos vivos), representando mais do que quatro vezes a das mulheres com menos de 20 anos (7,1) e quase quatro vezes a das mulheres entre 20 e 24 anos (8,1). A MMR para mulheres entre 25 e 34 anos de idade oscilou entre 9,4 e 12,1 para cada 100.000 nascidos vivos (45). As diferenças de raça e etnia foram notadas em 2007 quando a MMR entre

mulheres afro-americanas (28,4 por 100.000 nascidos vivos) ficou quase três vezes maior que a taxa dentre as mulheres brancas (10,5) e hispânicas (8,9) (46, 47). Em 2007, 2,2% de todas as mortes entre mulheres hispânicas ocorreram no período perinatal.

Crianças (menores de cinco anos de idade)

A taxa de mortalidade infantil (IMR) em 2007 foi de 6,75 por 1.000 nascidos vivos (29.000 mortes infantis), o que representa uma queda de 6% desde 1998. Ao longo deste mesmo período (1998-2007), a taxa de mortalidade neonatal caiu 8%, chegando a 4,42 para cada 1.000 nascidos vivos, e a taxa de mortalidade pós-natal baixou em 3%, para 2,34 mortes para cada 1.000 nascidos vivos. Em 2007, a IMR entre crianças afro-americanas (13,3 para cada 1.000 nascidos vivos) foi mais do que o dobro do que entre crianças brancas (5,6) e hispânicas (5,5). A variabilidade da taxa de mortalidade infantil por estado mostrou que Washington tinha a menor (4,9) e que o Distrito de Columbia tinha a maior (12,8).

As cinco principais causas da mortalidade para ambos os sexos em 2007 foram: anomalias congênitas (20% do total), nascimento prematuro (17%), síndrome da morte súbita infantil (SIDS) (8%), complicações maternas (6%) e acidentes/lesões não intencionais (4%). Embora a taxa de mortalidade para SIDS tenha caído em 50% nas últimas duas décadas, permanece alta entre crianças afro-americanas, causando 108 mortes por 100.000 nascidos vivos, comparada com crianças brancas (58 por 100.000) e hispânicas (29 por 100.000) (33,48).

A taxa de mortalidade por 1.000 crianças de 1-4 anos de idade foi 28,6 em 2008, mas com disparidades significativas entre gênero e raça/etnia. A taxa de mortalidade entre meninos afro-americanos era 45 para cada 1.000 meninos, e 28 para brancos e hispânicos. A taxa de mortalidade entre meninas afro-americanas era 39 para cada 1.000 meninas, 24 entre hispânicas e 23 entre brancas. A taxa geral de mortalidade entre meninos nessa faixa etária (31,3) foi 13% maior do que entre as meninas (27,7).

Ocorreram 4.703 mortes entre crianças de 1-4 anos de idade em 2007. As cinco principais causas da mortalidade nessa faixa etária para ambos os sexos foram: mortes por acidentes/lesões não intencionais

(34%), anomalias congênitas (12%), homicídio (9%), neoplasias malignas (8%) e doenças cardíacas (4%).

Crianças (5-9 anos de idade)

Entre crianças de 5-9 anos de idade, acidentes/lesões não intencionais e homicídios foram responsáveis por quase 1.200 das 2.700 mortes em 2007. As cinco principais causas da mortalidade nessa faixa etária para ambos os sexos foram: acidentes/lesões não intencionais (36% do total), neoplasias malignas (18%), anomalias congênitas (7%) homicídios (5%) e doenças cardíacas (4%).

Crianças (10-14 anos de idade) e Adolescentes (15-19 anos de idade)

A principal causa da mortalidade entre os jovens de 10 a 14 anos de idade em 2007 ocorreram devido a acidentes/lesões acidentais (36% de 3.400 mortes), que foram responsáveis por quase a metade de todas as mortes entre os jovens de 15-19 anos de idade (49% de 13.300 mortes). Os homicídios foram responsáveis por 6% das mortes de jovens de 10-14 anos de idade, e por quase o triplo (17%) dessa taxa entre os jovens de 15-19 anos de idade. Um padrão similar entre estas faixas etárias pode ser observado quanto à taxa de suicídio: os suicídios foram responsáveis por 5% das mortes entre jovens de 10-14 anos de idade e por 11% das mortes dos jovens de 15-19 anos de idade. As neoplasias malignas responderam por 14% das mortes na faixa de 10-14 anos de idade e por 5% das mortes na faixa de 15-19 anos de idade (23, 49).

Adultos (20-64 anos de idade)

Acidentes/lesões não intencionais, homicídios e suicídios representaram três-quartos de todas as mortes (74% de 20.700 mortes) na faixa dos 20-24 anos de idade, e foram responsáveis por mais da metade das mortes (59% de 43.000 mortes) na faixa dos 25-34 anos de idade em 2007. As cinco principais causas da mortalidade na faixa etária dos 20-24 anos de idade foram: acidentes/lesões não intencionais (46% do total), homicídios (16%), suicídios (13%), neoplasias malignas (5%) e doenças do coração (4%). A taxa de homicídio entre os homens foi seis vezes maior do que

a das mulheres na mesma faixa etária (50). Para aqueles com 25 a 34 anos de idade, as principais causas da mortalidade para ambos os sexos foram: acidentes/lesões não intencionais (35% do total), suicídios (12%), homicídios (11%), neoplasias malignas (8%) e doenças do coração (8%).

Embora as neoplasias malignas e as doenças cardíacas tenham se tornado as causas mais importantes de mortalidade, os acidentes/lesões não intencionais ainda eram ainda a maior causa da mortalidade entre aqueles com 35 a 44 anos de idade. Nessa faixa etária, as cinco principais causas da mortalidade para ambos os sexos em 2007 foram: acidentes/lesões não intencionais (21% de um total de 80.000 mortes), neoplasias malignas (17%), doenças do coração (15%), suicídios (8%) e HIV (5%).

Houve 185.000 mortes na faixa etária de 45-54 anos de idade em 2007, e as cinco principais causas da mortalidade nesse grupo, para ambos os sexos, foram: neoplasias malignas (27%), doenças cardíacas (20%), acidentes/lesões não intencionais (11%), doenças hepáticas (4%) e suicídios (4%). Embora entre aqueles com 45-54 anos de idade, as mortes por lesões acidentais/não intencionais tenham caído para o terceiro lugar para esse grupo, o número de mortes por essa causa foram de 20.315, maior do que o de qualquer outra causa entre os grupos mais jovens. As neoplasias malignas e as doenças do coração foram classificadas como primeira e segunda causa da mortalidade para essa faixa etária e todas as faixas subsequentes.

As cinco principais causas da mortalidade entre aqueles com 55 a 64 anos de idade foram similares àquelas de todas as idades. Ocorreram 287.000 mortes nessa faixa etária em 2007, e as cinco principais causas da mortalidade para ambos os sexos foram: neoplasias malignas (36% do total), doenças do coração (23%), doenças crônicas do trato respiratório inferior (5%), acidentes/lesões não intencionais (4%) e diabetes mellitus (4%).

Idosos (65 anos de idade ou mais)

Em 2008, daqueles com 65 anos ou mais, 9,7% viviam abaixo do nível de pobreza (6,6% dos homens e 12,0% das mulheres) (51). Apenas 46% dos homens e 37% das mulheres com 65 anos ou mais atingiram as metas recomendadas de atividade física, e 25% dos homens

e 31% das mulheres com 65 anos ou mais foram definidos como “inativos” em 2006 (52). Estudos conduzidos entre 2007 e 2008 reforçam a ideia de que a má nutrição, em particular a subnutrição, é prevalente entre a população idosa (53). Por volta de 80% dos idosos tem alguma condição crônica e 50% tem pelo menos duas. Além disso, doenças infecciosas como influenza e doença pneumocócica e lesões são grandes preocupações entre os idosos (54).

Houve 1,8 milhões de mortes na faixa etária dos 65 anos ou mais em 2007, e as principais causas da mortalidade para ambos os sexos foram: doenças do coração (28%), neoplasias malignas (22%), doenças cerebrovasculares (6,6%), doenças crônicas do trato respiratório inferior (6%), doença de Alzheimer (4%), diabetes (3%), influenza e pneumonia (3%) e acidentes/lesões não intencionais (2%) (55).

Os idosos sofrem riscos maiores de desenvolver transtornos de saúde mental que costumam ocorrer em paralelo com doenças crônicas como diabetes, doenças cardíacas e artrite. No entanto, os transtornos mentais costumam não ser diagnosticados, e um em cada quatro idosos vive com depressão, transtorno de ansiedade ou outras condições psiquiátricas significativas (56). Os idosos são a população com maior risco do país de cometerem suicídio, mas poucos programas de prevenção de suicídio são voltados a eles (57). De fato, enquanto a taxa nacional de suicídio foi de 11,5 para cada 100.000 habitantes em 2007, nos idosos, a taxa foi de 14,3 (58). A taxa de suicídio para homens brancos com mais de 85 anos foi quatro vezes a média nacional (47 para cada 100.000 habitantes) (59).

A Família

Crianças em famílias com apenas um chefe/responsável de família têm mais chance de serem pobres e de não receberem oportunamente os cuidados (60). Das 74 milhões de crianças com menos de 18 anos de idade em 2006, 28% viviam em família com apenas um genitor; destas famílias, 81% eram chefiadas por mulheres e 19% por homens. As famílias de apenas um genitor representaram 33% de todas as famílias com filhos em 2006 (61). Entre 2006 e 2010, a proporção de lares que receberam serviços auxiliares, por tipo, foi: vale refeição (12%), assistência (4%), e Medicaid (27%) (62).

ÍNDIOS AMERICANOS E NATIVOS DO ALASCA

Em 2008, estima-se que 4,9 milhões de índios americanos e nativos do Alasca viviam nos Estados Unidos, formando 1,6% da população. Quase 40% (1,9 milhões) viviam em reservas e 60% viviam em áreas metropolitanas, comparado com 83% da população geral. Vinte e sete por cento (1,2 milhões) dos índios americanos e nativos do Alasca tem menos de 18 anos.

Tribos reconhecidas no âmbito federal (566 tribos em 2012) recebem assistência médica e educacional por meio do Serviço de Saúde Indígena (IHS) do Departamento de Saúde e Serviços Humanos. O IHS opera um serviço integral de prestação de atenção à saúde para quase 39% da população índio-americana e nativa do Alasca, cuja maioria vive em reservas e comunidades rurais em 36 estados, principalmente no oeste dos Estados Unidos e no Alasca. Quase 600.000 índios americanos e nativos do Alasca são atendidos por clínicas urbanas, com menos acesso a hospitais, clínicas de saúde e serviços de saúde contratados, o que limita suas opções de assistência à saúde. Em 2006, 36% tinham cobertura de saúde privada e 24% dependiam de Medicaid; em 2007, 33% não possuíam seguro saúde. Daqueles com 25 anos ou mais, 76% tem pelo menos o diploma do ensino médio e 14% tem graduação universitária. A renda mediana familiar é de US\$ 33.627, no entanto, 25% vivem em nível da pobreza (63).

Índios americanos e nativos do Alasca possuem taxas menores ajustadas pela idade de mortalidade por certas doenças, comparados aos brancos. Em 2007, a mortalidade por doenças cardíacas entre índio-americanos e nativos do Alasca foi de 127,3 para cada 100.000, comparada a 187,8 entre brancos; por câncer, 117,8, comparada a 177,5 entre brancos; por doenças cerebrovasculares, 31,1, comparada a 40,3 entre brancos; e por doenças crônicas do trato respiratório inferior, 30,9, comparada a 43,0 entre brancos. No entanto, os índios americanos e nativos do Alasca apresentavam taxas de alcoolismo 3,5 vezes maiores do que as dos brancos (64). A taxa de mortalidade ajustada pela idade para índios americanos e nativos do Alasca por doenças crônicas hepáticas e cirrose foi de 24,8 para cada 100.000, mais do que o dobro da taxa entre os brancos (9,4) em 2007; e a taxa de mortalidade por diabetes (37,2 para cada 100.000) foi 1,8

vezes maior do que entre os brancos (20,5) (65). Nos jovens nativo-americanos (12-17 anos), as taxas de uso atual de drogas ilícitas (18,7%) foram maiores do que em qualquer outro grupo racial ou étnico.

Outros Grupos

Pessoas com deficiências

Em 2010, 36,4 milhões de americanos (11,9%) tinham uma ou mais deficiências (66, 67). Em 2010, 10% da população ativa tinham alguma deficiência (68). Uma pesquisa de 2010 demonstrou que a prevalência de deficiências por grupo racial/étnico foi maior entre afro-americanos (13,5%), seguida de brancos (13,1%) e hispânicos (8,1%) (51, 69). Entre os adultos com 65 anos ou mais de idade em 2008, verificou-se que 14,3 milhões (36,7%) possuíam alguma deficiência.

MORTALIDADE

As taxas de mortalidade ajustadas pela idade têm caído em todos os grupos demográficos no espaço de muitas décadas, mas as desigualdades entre afro-

americanos e a população branca e entre homens e mulheres tem diminuído somente a partir de meados dos anos 1990. A queda das taxas de mortalidade nos últimos anos para todos os grupos é atribuída à redução das principais causas de mortalidade. Em 2007, a taxa de mortalidade ajustada pela idade para ambos os sexos foi de 760 para cada 100.000 habitantes; 906 para cada 100.000 homens e 643 para cada 100.000 mulheres. A taxa de mortalidade ajustada pela idade em ambos os sexos caiu para seu valor mais baixo de 741 em 2009; os afro-americanos tinham a maior taxa (924), comparada aos brancos (732) e os hispânicos (519) naquele ano. As taxas de mortalidade ajustadas pela idade para os hispânicos exibiram a maior queda (22%) entre 2000 e 2009, enquanto os brancos mostraram o menor declínio (13%) (70).

As maiores reduções de taxas de mortalidade específicas entre 2000 e 2007 ocorreram nas faixas etárias mais velhas: houve um declínio de 19% nas taxas para a população com 65-75 anos de idade, e de 20% para a população com 85 anos de idade ou mais. Outras faixas etárias que demonstraram reduções na taxa de mortalidade de dois dígitos durante esse período foram as de 1-4 anos de idade (-13%), 5-14 anos de

TABELA 1. As dez principais causas da mortalidade, Estados Unidos da América, 2007

Classificação	Causa(s) ^a	Número de Mortes	Porcentagem de todas as mortes	Taxas de mortalidade ajustadas por idade
	Todas as causas	2.423.712	100,0	760,2
1	Doenças Cardíacas	616.067	25,4	190,9
2	Neoplasias malignas	562.875	23,2	178,4
3	Doenças cerebrovasculares	135.952	5,6	42,2
4	Doenças respiratórias crônicas do trato respiratório inferior	127.924	5,3	40,8
5	Acidentes (lesões não intencionais)	123.706	5,1	40,0
6	Doença de Alzheimer	74.632	3,1	22,7
7	Diabetes mellitus	71.382	2,9	22,5
8	Influenza e pneumonia	52.717	2,2	16,2
9	Nefrite	46.448	1,9	15,4
10	Septicemia	34.828	1,4	11,5
	Todas as outras causas	577.181	23,8	

Fonte: Referência (33).

^a As causas da mortalidade são baseadas na Organização Mundial da Saúde, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima revisão (CID-10), Segunda edição. Genebra: OMS, 2004.

idade (-18%), 55-64 anos de idade (-13%) e 75-84 anos de idade (-13%). No entanto, a taxa de mortalidade específica na faixa etária de adultos entre 25 e 34 anos de idade sofreu um aumento de 3,3% (71).

Em 2007, as 10 maiores causas da mortalidade para ambos os sexos foram responsáveis por 76,2% de todas as mortes (ver Tabela 1). As doenças cardíacas foram a principal causa de toda a mortalidade e estiveram presentes nas 10 maiores causas de mortalidade de todas as faixas etárias, com exceção das crianças com menos de um ano de idade. As neoplasias malignas foram a segunda maior causa, e, junto com as doenças cardíacas, foram responsáveis por quase metade de todas as mortes em 2007. As neoplasias malignas foram a principal causa de mortalidade para as faixas etárias de 45-54 anos de idade e de 55-64 anos de idade. As doenças cerebrovasculares foram a terceira maior causa de toda as mortes e uma das 10 maiores causas da mortalidade a partir da faixa dos 10-14 anos de idade.

As doenças respiratórias crônicas do trato respiratório inferior foram a quarta maior causa, originando 4.000 mortes na faixa etária dos 45 aos 54 anos de idade. Em 2007, os acidentes/lesões não intencionais foram a quinta maior causa da mortalidade em todas as idades, constituindo a principal causa da mortalidade nos grupos de 1-44 anos de idade. As outras maiores causas, da sexta à décima, foram: doença de Alzheimer, diabetes mellitus, influenza e pneumonia, nefrite e septicemia; respondendo juntas 11,6% de todas as mortes em 2007 (23, 33).

As duas principais causas da mortalidade entre mulheres foram as mesmas que nos homens – doenças cardíacas e neoplasias malignas – que juntas foram responsáveis por 47% das 1,9 milhões de mortes de mulheres em 2007. Essas doenças produziram taxas de mortalidade duas ou três vezes maiores do que qualquer outra causa entre mulheres por grupo racial ou étnico. As proporções de mortes causadas por diabetes entre mulheres hispânicas (5,4%) e afro-americanas (4,9%) foram muito maiores do que entre mulheres brancas (2,5%). Porém, esse fato contrasta com as doenças respiratórias crônicas do trato respiratório inferior, que responderam por quase o dobro de mortes em mulheres brancas (6,1%) em relação a mulheres afro-americanas (2,6%) ou hispânicas (2,7%).

Em 2007, nove entre as 10 principais causas da mortalidade foram idênticas para mulheres e homens.

No entanto, suicídio foi a sétima principal causa entre homens, mas apenas a décima-quinta entre mulheres (72). A mortalidade por doenças crônicas hepáticas foi duas vezes maior entre homens do que em mulheres, e é a sétima principal causa da mortalidade entre homens hispânicos. Em contrapartida, a doença de Alzheimer era a quinta maior causa da mortalidade entre mulheres (4,3% das mortes femininas) e a décima maior causa da mortalidade entre homens (1,8% das mortes de homens) (23, 33).

Doenças Transmissíveis

Doenças Transmitidas por Vetores

Surtos de doenças transmitidas por mosquitos ocorrem ocasionalmente nos Estados Unidos. O vírus da dengue representa um problema constante nas áreas tropicais e subtropicais do país, e um surto foi notificado pela primeira vez em 75 anos na Flórida em 2009, e mais de 90 casos transmitidos localmente ocorreram no estado desde então. Casos importados de dengue em viajantes voltando de áreas endêmicas constituem uma preocupação adicional. Em janeiro de 2010, a dengue se tornou uma doença de notificação obrigatória nacionalmente nos EUA (73).

Infecções do vírus do Nilo ocidental humano notificaram-se em Nova Iorque pela primeira vez em 1999, e o vírus tornou-se endêmico em toda extensão continental dos Estados Unidos desde então. Em 2010, notificaram-se 1.021 casos de vírus do Nilo ocidental ao Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), dos quais 629 foram neuroinvasivos e geraram 57 mortes. Entre 1999 e 2010, mais de 30.700 casos de vírus do Nilo ocidental foram notificados ao CDC, com uma estimativa de mais de 1,8 milhões infecções humanas. Vale notar que existe subnotificação de casos não neuroinvasivos. Vários outros arbovírus endêmicos causam morbidade e mortalidade humana nos Estados Unidos anualmente, incluindo o vírus da encefalite equina do leste, o vírus da encefalite de St. Louis, o vírus da encefalite de La Crosse e o vírus Powassan transmitido por carrapatos (74).

Os casos de malária ocorreram principalmente pelas transfusões de sangue ou viagens ao estrangeiro; o número médio de casos de malária relatados anualmente entre 2006 e 2009 foi de 1.500 (75). Em 2007,

de todos os casos de malária, apenas um foi adquirido nos Estados Unidos e um foi adquirido por transfusão (76).

A doença Lyme é a doença transmitida por vetores mais comum nos Estados Unidos. Em 2009, o CDC relatou um total 38.468 casos de doença Lyme, e entre 2004 e 2009, os casos relatados da doença quase dobraram (77). Em 2010, confirmaram-se 22.572 casos e 7.597 casos prováveis da doença Lyme notificados ao CDC (78). Outras doenças transmitidas por carrapatos que são motivo de preocupação nos EUA a anaplasmoze, babeiose e ehrliquiose. Casos de anaplasmoze relatados ao CDC têm aumentado continuamente, passando de 348 casos em 2000 para 1.006 casos em 2008 (79). A maioria dos casos relatados de ehrliquiose ocorre devido ao *Ehrlichia chaffensis*, e tem aumentado continuamente, passando de 200 casos em 2000 para 961 casos em 2008 (80, 81). Casos relatados da febre maculosa das Montanhas Rochosas também aumentaram continuamente na última década, atingindo o pico de 2.500 casos em 2008; com 1.682 casos relatados em 2010 (82, 83).

Doenças imunopreveníveis

Os Estados Unidos reduziram muito seus gastos com doenças imunopreveníveis por meio da imunização infantil, embora haja ainda trabalho a ser realizado. Em 2010, por exemplo, a Califórnia notificou 9.120 casos de coqueluche com uma taxa de 233 por milhão. O estado também relatou 121 casos de doenças meningocócicas, 42 casos de casos de catapora, e 29 casos de caxumba (84).

HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis

Em 2008, havia 491.000 pessoas vivendo com Aids nos Estados Unidos. A incidência de HIV no país tem se mantido relativamente estável com aproximadamente 50.000 novas infecções anuais (85). Na última década, novos diagnósticos de Aids permaneceram relativamente constantes, com uma estimativa de 35.000 casos em 2009. Desde o início da epidemia em 1981, estima-se que 1,1 milhões de pessoas já foram diagnosticadas com Aids nos Estados Unidos. Em 2008, mais de 75% dos adultos e adolescentes vivendo com Aids eram homens; quase metade foi

infectada pelo vírus HIV por meio de contato sexual entre homens. Em contrapartida, dois terços das mulheres vivendo com diagnóstico de Aids foram infectadas através de contato heterossexual. Estima-se que 18% dos homens e 32% das mulheres contraíram a doença pelo uso de drogas injetáveis em 2008. Entre as mais de 9.000 crianças com menos de 13 anos que vivem com HIV em 2007, 92% foram infectadas por meio da transmissão vertical. Em 2007, apenas 28 novas crianças foram diagnosticadas com HIV devido à transmissão vertical, e o número cumulativo desses casos diagnosticados entre 2003 e 2007 foi de 248. O declínio de casos pediátricos de HIV depois dos primeiros anos da epidemia está associado ao aumento de testes de HIV entre jovens mulheres grávidas e o uso de drogas antirretrovirais que impedem a transmissão vertical (86).

Três grupos raciais/étnicos representaram a vasta maioria dos diagnósticos de Aids em 2008: 43% dos casos foram relatados na população afro-americana, 33% na população branca, e 21% na população hispânica. A maior taxa de Aids foi encontrada no distrito de Columbia, com 120 casos para cada 100.000 habitantes em 2009, mais do que 10 vezes a média nacional de 11,2.

Entre 2006 e 2009 notificaram-se 1.700 casos de sífilis congênita nos Estados Unidos. Embora a meta nacional para 2010 tenha sido de 1 caso congênito de sífilis por 100.000 nascidos vivos, a taxa aumentou de 8,0 para 10,0 casos para cada 100.000 habitantes entre 2006 e 2009. Trinta e três estados relataram casos de sífilis congênita em 2009, e cinco deles tinham taxas muito maiores do que as das populações-alvo. Por exemplo, no Texas, a taxa de sífilis congênita era 31,5 para cada 100.000 nascidos vivos em 2009. Três grupos raciais/étnicos representavam 93% dos casos entre 2006 e 2009: 47% dos casos ocorreram entre afro-americanos, com uma taxa de 34,9 casos por 100.000 nascidos vivos; 33% ocorreram entre hispânicos, com uma taxa de 12,0; e os brancos ocuparam 13% dos casos, com uma taxa de 2,7.

Relataram-se 173.000 casos de sífilis primária, secundária e latente durante o período de 2006 a 2009. A taxa de sífilis aumentou de 12,5 por 100.000 em 2006 para 14,8 por 100.000 em 2009. O estados do sul tiveram a maior taxa (21,6 casos para cada 100.000), seguidos dos estados do oeste (12,1) e centro-oeste

(7,3). Em 2009, a taxa por 100.000 homens era 7,8, quase cinco vezes maior do que entre as mulheres (1,4 casos por 100.000 mulheres). Os casos de sífilis primária e secundária por raça/etnia em 2009 foram afro-americanos (52%), brancos (30%) e hispânicos (15%).

Notificaram-se 302.000 casos de gonorreia e a taxa de homens para mulheres foi de 0,88 em 2009. Embora a meta do CDC para gonorreia tenha sido de 19 casos ou menos por 100.000 até 2010, apenas 7 dos 50 estados alcançaram a meta em 2009. Idaho teve a menor taxa (7,2) e o distrito de Columbia teve a maior taxa (433). Entre 2006 e 2009, a taxa de gonorreia entre homens caiu de 114 para 91 por 100.000 homens, mas a taxa permaneceu alta no Distrito de Columbia, com 475. A taxa nacional de gonorreia entre mulheres foi 104 por 100.000 mulheres em 2009, com a maior taxa entre mulheres também encontrada no Distrito de Columbia, com 395 (87).

Dos 1,2 milhões de casos de clamídia notificados em 2009, 49% dos casos estavam entre a população afro-americana, 29% na população branca, e 19% na população hispânica. Havia 2,8 vezes mais casos de clamídia em mulheres do que em homens em 2009; as taxas por 100.000 mulheres discriminadas por grupos raciais e étnicos foram: 1.215 mulheres afro-americanas, 789 mulheres hispânicas e 270 mulheres brancas.

Tuberculose

Em 2010, os Estados Unidos observaram 11.182 casos de tuberculose (TB) (3,6 casos por 100.000 habitantes) – o menor número de casos relatados desde 1953. No entanto, apesar do declínio, a meta para 2010 de < 0,1 casos por 100.000 não foi alcançada. A taxa de infecção por TB entre pessoas nascidas no estrangeiro foi 11 vezes maior do que entre pessoas nascidas nos EUA. As taxas de TB entre hispânicos (6,5 por 100.000), afro-americanos (7,0) e asiáticos (22,4), foram muito maiores do que as taxas entre a população branca (0,9) em 2010 (88).

Influenza

Nos Estados Unidos, uma média de 5% a 20% da população desenvolvem influenza, e mais de 200.000 pessoas são internadas devido a complicações relacio-

nadas à influenza sazonal. As temporadas de influenza são imprevisíveis e podem ser graves. Durante 30 anos, entre 1976 e 2006, estima-se que as mortes associadas à influenza nos Estados Unidos oscilaram de 3.000 até 49.000 pessoas (89). Durante a temporada de influenza de 2009, ocorreu uma pandemia global de influenza causada pelo vírus influenza H1N1. O CDC estima que nessa época (abril de 2009 até abril de 2010), 61 milhões de pessoas ficaram doentes e 12.470 pessoas morreram devido ao vírus influenza H1N1 no país (90).

Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Doenças Cardiovasculares

A taxa de mortalidade ajustada pela idade para doenças cardíacas para ambos os sexos foi de 191 por 100.00 habitantes em 2007. A taxa entre homens (238 para cada 100.00 homens) foi 1,5 vezes maior do que a taxa entre mulheres (154 para cada 100.000 mulheres). Afro-americanos de ambos os sexos tiveram as maiores taxas de mortalidade por doenças cardíacas em 2007, com 306 por 100.000 homens afro-americanos e 205 para as mulheres afro-americanas. As taxas foram consideravelmente mais baixas entre homens brancos (240) e mulheres brancas (153), e homens hispânicos (165) e mulheres hispânicas (112).

Neoplasias Malignas

A taxa de mortalidade ajustada por idade para câncer foi de 178 para cada 100.000 em 2007; a taxa entre homens (218 por 100.000 homens) foi 1,4 vezes maior do que a taxa entre mulheres (151 para cada 100.00 mulheres). A comparação por grupo racial e étnico mostrou que a taxa de mortalidade entre afro-americanos foi a maior (282), seguida dos brancos (221) e hispânicos (141). A taxa de mortalidade ajustada pela idade para câncer de pulmão, brônquios e traqueia, em todas as idades e sexos foi de 51 para cada 100.000 em 2007. As taxas entre homens foram 1,6 vezes maiores do que as taxas entre mulheres (65 mortes por 100.000 homens e 40 por 100.000 mulheres), e homens afro-americanos tinham as maiores taxas (82) e as mulheres hispânicas tinham as menores taxas (14). A taxa de mortalidade ajustada pela idade do câncer de colón,

reto e ânus foi de 17 para cada 100.000 em 2007; entre homens, a taxa foi de 20 por 100.000 e, entre mulheres, a taxa foi de 14 por 100.000.

A taxa de incidência média de câncer de mama, ajustada por idade, foi de 121 por 100.000 mulheres em 2007; taxas menores foram encontradas entre afro-americanas (117) e hispânicas (88). No entanto, as taxas de mortalidade por câncer de mama foram maiores em 2007 entre mulheres afro-americanas (31), comparadas a 23 para mulheres brancas e 17 para hispânicas (91, 92).

Estima-se que quase 10.800 novos casos de câncer cervical associados ao papilomavírus humano sejam diagnosticados anualmente. As mulheres afro-americanas e hispânicas são diagnosticadas em estágios mais avançados da doença e têm taxas de mortalidade ajustadas por idade maiores do que as de outras mulheres. Em 2007, as taxas de mortalidade ajustadas por idade para câncer cervical por grupo racial e étnico foram: todos os grupos (7,2), brancas (6,4), afro-americanas (8,1) e hispânicos (10,1). A taxa de mortalidade ajustada por idade para o câncer de ovário foi de 8,2 por 100.000 mulheres em 2007.

Entre 2003 e 2007, a taxa de mortalidade do câncer de próstata ajustada por idade foi de 25 por 100.00 homens; a maior taxa foi entre homens afro-americanos (54); seguidos por homens brancos (23) e hispânicos (19).

Diabetes

Em 2010, 25,6 milhões de pessoas com 20 anos ou mais sofriam de diabetes – 11,8% dos homens e 10,8% das mulheres; 1,9 milhões de pessoas desse grupo foram recém-diagnosticadas. Na população dos 65 anos idade ou mais, 10,9 milhões ou 27% tinham diabetes. Quase uma criança ou adolescente em 400 tinha diabetes tipo-1, e entre todos os casos de diabetes, 95% eram de tipo-2 (93). Entre 2007 e 2009, a prevalência de diabetes ajustada por idade e por grupo racial/étnico entre pessoas maiores de 20 anos foi: afro-americanos (12,6%), hispânicos (11,8%) e brancos (7,1%) (94). Em 2010, 6,6% das mulheres mexco-americanas de todas as idades (incluindo crianças) tinham diagnóstico de diabetes (95). Em 2007, o diabetes foi diretamente responsável por mais de 71.000 mortes e

contribuiu em 160.000 novas mortes decorrentes de todas as causas. É também um fator importante para hipertensão arterial, cegueira, doenças hepáticas, neuropatias e amputações. Em 2007, estima-se que o total dos custos médicos e indiretos do diabetes e do pré-diabetes (por exemplo, deficiência, tempo perdido no trabalho, e mortes prematuras) chegaram a US\$ 218 bilhões (96).

Doenças respiratórias crônicas

A taxa de mortalidade ajustada por idade para doenças crônicas do trato respiratório inferior foi de 40,8 por 100.000 habitantes em 2007. A taxa da população branca (43,0) foi maior do que a taxa das populações afro-americana (28,1) e hispânica (17,5) (47).

Hipertensão

Aproximadamente 68 milhões (31%) de adultos com 18 anos ou mais foram diagnosticados tinham hipertensão no período 2005-2008 e a prevalência de hipertensão não tem sofrido alterações significativas desde 1999 (101). Desses adultos, 48 milhões (70%) recebiam tratamento e 31 milhões (46%) estavam com a sua condição controlada. Durante o mesmo período, observaram-se diferenças nas taxas de prevalência de hipertensão descontrolada entre adultos com 20 anos ou mais por sexo e raça/etnia: entre afro-americanos, 70,6% dos homens e 51,5% das mulheres tinham hipertensão descontrolada; em mexco-americanos a prevalência foi de 68,8% entre homens e 51,5% entre as mulheres; para brancos foi de 63,8% entre homens e 48,5% entre mulheres.

Apesar de parecer não existir nenhuma associação entre as taxas ajustadas por idade de adultos com hipertensão e os índices de pobreza, os afro-americanos tinham maiores níveis de pobreza e maiores taxas de hipertensão descontrolada do que qualquer outro grupo racial ou étnico. O controle da pressão sanguínea é muito baixo entre os 12% de adultos com hipertensão que não tinham acesso a uma fonte regular de atenção médica, em 21% dos adultos com hipertensão que receberam cuidados médicos menos de duas vezes no ano anterior, e em 29% dos adultos com hipertensão que não possuíam plano de saúde (47,98).

Doenças Nutricionais

Desnutrição

A proporção de famílias americanas com insegurança alimentar aumentou drasticamente em 2008 devido à recessão econômica, e permaneceu essencialmente inalterado até 2009 em 14,7%. Os níveis de 2008 e 2009 são os mais altos já registrados desde que o monitoramento começou em 1995. Em 2009, o número de famílias com segurança alimentar “muito baixa” ficou em 6,6%, e outros 9,0% tinham segurança alimentar “baixa”; a taxa foi de 9,3% para lares afro-americanos e hispânicos, quase o dobro da taxa para brancos (4,6%). Numa pesquisa sobre nutrição pediátrica realizada em 2010, a prevalência de crianças abaixo do peso (no quinto percentil de peso para a sua idade) por estado variou entre 2,6% em Minnesota a 7,3% no Kentucky (99).

Obesidade

Uma pesquisa conduzida entre 2007 e 2008 revelou que mais de dois terços da população adulta dos Estados Unidos estava com sobrepeso; 34% da população eram obesas e 5,7% eram extremamente obesas. A pesquisa descobriu que para mulheres de diferentes grupos étnicos e raciais, a prevalência de obesidade era de 50% para afro-americanos, 45% para mexicano-americanos e 33% para brancos. As taxas de prevalência da obesidade entre homens por raça/etnia foram de 37% entre afro-americanos, 36% entre mexicano-americanos, e 32% entre brancos. Dados de 2010 indicam que os asiático-americanos estavam entre os menos obesos, com taxas de prevalência de 8% (100).

Entre crianças na pré-escola de 2-5 anos, a prevalência da obesidade dobrou ao longo de três décadas – de uma média de 5% no período de 1976-1980 para 10% em 2007-2008. Entre as crianças de 6-11 anos, a prevalência média de obesidade foi 6% em 1976-1980 e aumentou para 20% em 2007-2008. Entre adolescentes de 12-19 anos de idade, a prevalência de obesidade aumentou de 5% para 18% durante o mesmo período. A obesidade pediátrica pode ter efeitos tanto físicos quanto psicológicos. Os efeitos físicos incluem diabetes tipo-2, alta pressão arterial e apneia de sono; os efeitos psicológicos são baixa autoestima e discriminação social (47). Entre 2007 e 2008, obe-

sidade foi menor entre meninos brancos adolescentes (17%) do que entre meninos afro-americanos (20%) e meninos mexicano-americanos (27%); entre as meninas adolescentes, a prevalência foi de 29% entre afro-americanas, 17% entre México-americanas e 15% entre brancas (101).

Transtornos Mentais

Em 2010, a prevalência de Qualquer Doença Mental (AMI) no ano anterior entre adultos com 18 anos ou mais foi de 20,0% (16,8% entre homens e 23,0% entre mulheres) (102). A prevalência entre afro-americanos foi 19,7%, 18,3% entre hispânicos e 20,6% entre brancos (103). A AMI é fortemente associada à pobreza: entre aqueles que vivem abaixo de 100% do nível federal de pobreza, a prevalência de AMI foi de 29,5%, comparada aos 17,0% daqueles que vivem acima de 200% do nível federal de pobreza. Nas crianças de 5-17 anos de idade, 9% sofriam de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e 6% sofriam de sérios transtornos emocionais (104). Adultos com 50 anos ou mais de idade tiveram as taxas mais baixas de AMI (14,3%), enquanto aqueles com 18 a 25 anos de idade tinham a maior prevalência (29,9%) seguidos daqueles na faixa etária dos 26 aos 49 anos de idade (22,1%) (104, 105, 106).

Outros Problemas da Saúde

Saúde Bucal

A saúde bucal precária está associada à doença vascular arteriosclerótica, nascimentos prematuros, nascimentos de baixo peso e diabetes, incluindo controle glicêmico (107,108). Suas consequências podem interferir na alimentação, no sono, no trabalho e aprendizado. Os resultados da Pesquisa Nacional de Avaliação sobre Saúde e Nutrição (NHANES III) conduzida no período 1988-1994 e da pesquisa subsequente de 1999-2004 mostraram que o estado da saúde bucal havia melhorado para a maioria dos americanos. No entanto, no período entre as duas pesquisas, a prevalência de cáries na dentição primária aumentou de 24% para 28% entre crianças de 2-5 anos de idade; a prevalência de 6-11 anos de idade na pesquisa de 1999-2004 permaneceu inalterada em cerca de 50%.

A prevalência de selos dentários (selos plásticos aplicados nos dentes para prevenir as cáries) em dentes permanentes entre jovens e adolescentes aumentou em 36% durante esse período entre os jovens de 6-11 anos (de 22% para 30%) – e dobrou entre adolescentes com 12 a 19 anos (de 18% para 38%). Na NHANES III, a prevalência de cáries dentárias em dentes permanentes de crianças de 6-8 anos de idade foi 10% e para crianças de 9-11 anos foi de 31%, o que demonstra um declínio nessas faixas etárias de 30% e 13%, respectivamente, desde a última pesquisa. Entre 1999 e 2004, não ocorreram mudanças na prevalência de cáries negligenciadas em jovens de 6-11 anos (109). A proporção de crianças de 0-18 anos que receberam tratamento dentário no ano anterior aumentou de 41% em 1997 para 47% em 2007.

Saúde Ocular

Com exceção da retinopatia diabética, a prevalência estimada das principais doenças oculares nos Estados Unidos não sofreu alterações substanciais na última década. Entre as pessoas com 40 anos ou mais, a prevalência estimada de deficiências visuais (cegueira e visão comprometida) foi 2,8% em 2000, comparada a 2,9% em 2010 (110,111). Comparações similares são 17,2% contra 17,1% de catarata (111,112); 1,5% contra 1,8% de degeneração macular relacionada à idade (111,113); 1,9% contra 1,9% de glaucoma de ângulo aberto (111,114); e 3,4% contra 5,4% de retinopatia diabética (111,115). Contudo, haja vista o envelhecimento da população dos Estados Unidos e o aumento de fatores básicos de risco subjacentes (por exemplo, diabetes), o número de pacientes com estas doenças oculares tem aumentado. Por exemplo, em 2000, foi estimado que 4,1 milhões de pessoas sofriam de retinopatia diabética, comparado com os 7,7 milhões estimados para 2010 (111,114).

Fatores de Risco e Proteção

Tabagismo

Fumantes perdem de 13 a 14 anos potenciais de vida comparados aos não fumantes e o tabagismo é relacionado com uma em cada cinco mortes. Ainda assim, em 2009, 21% dos adultos (46,6 milhões de pessoas)

nos EUA fumavam cigarros. Entre as pessoas vivendo abaixo do nível de pobreza, 31% fumam, um nível acentuadamente maior do que a média nacional. As taxas de tabagismo entre hispânicos e asiáticos (14,5% e 12,0%, respectivamente) ficaram bem abaixo do que a média nacional (116).

Alcoolismo

Um total de 23.200 mortes foram induzidas por álcool em 2007 (7,3 por 100.000) (33). A mortalidade por causas relacionadas ao consumo de álcool entre homens foi 3,2 vezes maior do que entre mulheres. A prevalência do transtorno do uso de álcool no ano anterior entre adultos por raça e grupo étnico em 2010 foi maior entre índios americanos ou nativos do Alasca (14,9%), seguida de hispânicos (8,0%) e brancos (7,6%). Estima-se que 79.000 mortes podem ser atribuídas ao abuso de álcool (conteúdo de álcool no sangue igual ou maior do que 0,10%).

Drogas Ilegais

Estima-se que 22,6 milhões de pessoas com 12 anos ou mais (8,9% das pessoas com 12 anos ou mais) nos Estados Unidos já tenham utilizado drogas ilícitas no mês anterior à pesquisa em 2010, e que 10,1% dos jovens com 12 a 17 anos de idade usaram drogas no mês anterior à pesquisa. Entre as pessoas com 12 anos ou mais, a maconha foi a droga ilícita mais utilizada, com uma taxa de 6,9% da população relatando seu uso no mês anterior à pesquisa (17,4 milhões de usuários) em 2010. Em 2010, 1,5 milhão de pessoas com 12 anos ou mais utilizou cocaína no mês anterior à pesquisa, incluindo 378.000 que utilizaram crack. Em 2010, estima-se que 1,2 milhões de pessoas com 12 anos ou mais utilizaram alucinógenos no mês anterior à pesquisa, 239.000 utilizaram heroína, 695.000 utilizaram ecstasy (MDMA ou 2-4-metilenodioximetanfetamina) e 7,0 milhões utilizaram medicamentos psicotrópicos de forma não médica no último mês. O uso não médico de medicamentos psicotrópicos vendidos com prescrição médica incluem analgésicos, tranquilizantes, estimulantes ou sedativos, mas não incluem medicamentos de venda livre. Em 2010, a prevalência do uso de drogas ilícitas no mês anterior entre afro-americanos com 12 anos ou mais foi 10,7%, seguida de

brancos (9,1%), hispânicos (8,1%) e asiáticos (3,5%) (117).

Atividade Física

Em 2005, metade das mulheres dos Estados Unidos atendia aos padrões recomendados de atividades físicas, com uma queda em razão da idade de 53% entre mulheres de 18-24 anos para 36% nas mulheres com 65 anos ou mais. Quase dois terços dos homens (63%) entre 18 e 65 anos, e, estima-se, 46% dos homens com 65 anos ou mais se enquadravam nos padrões recomendados. Naqueles de 18-24 anos de idade, a proporção dos brancos chegava a 61%, quase 9% a mais do que os outros grupos étnicos ou raciais. Na faixa etária com 65 anos ou mais, 41% dos brancos, 37% dos hispânicos e 28% dos hispânicos mantiveram suas atividades físicas em níveis recomendados (118).

POLÍTICAS DE SAÚDE, SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

POLÍTICAS E LEGISLAÇÃO EM SAÚDE

Os principais objetivos das leis e políticas da saúde propostas entre 2006 e 2010 foram a redução dos custos da atenção à saúde, o aumento no número de pessoas com planos de saúde, a ampliação da força de trabalho na saúde, programas de suplementação nutricional, a disponibilização mais atempada de medicamentos restritos, a promoção de tecnologias e pesquisas relacionadas à saúde, a construção de infraestrutura e ajuda aos veteranos do exército na sua adaptação à vida civil. A Lei de Assistência Acessível, tramitada pelo Congresso dos EUA em 2010, move-se na direção de um sistema de saúde de qualidade acessível a todos os americanos, reduzindo os crescentes gastos com saúde. Entre outras medidas, estabelece que pessoas com condições médicas preexistentes não podem ser excluídas da cobertura de planos de saúde, viabiliza a imediata disponibilização de medicamentos vendidos com prescrição, apoia melhorias na qualidade e eficiência do atendimento à saúde, fornece recursos consideráveis para ampliar a cobertura do seguro saúde, de modo a incluir mais pessoas e exige que todas as pessoas possuam um plano de saúde. Partes dessa Lei serão gradativamente implementadas nos próximos anos (119-122).

As questões da nutrição e da segurança alimentar foram abordadas pela Lei Americana de Recuperação e Reinvestimento de 2009, que fortalece programas existentes como o Programa Nacional de Almoço Escolar; o Programa Especial de Suplementação Nutricional para Mulheres e Crianças; os Serviços Congregados de Nutrição (provisão de refeições e outros serviços de nutrição aos idosos em configurações grupais); os Serviços de Nutrição com Entrega em Domicílio; e Serviços de Nutrição para Nativos Americanos. Com relação à nutrição, a Lei de Alimentação e Nutrição de 2008 se esforça para atingir uso efetivo dos excedentes alimentícios e dispõe sobre níveis mais elevados de nutrição para famílias de baixa renda (123).

A Lei Americana de Recuperação e Reinvestimento oferece recursos para que centros de saúde adotem registros de saúde eletrônicos e outras tecnologias de informação em saúde para que possam melhorar a qualidade, eficiência e segurança de seus atendimentos. Também amplia a infraestrutura do sistema de saúde dos nativos americanos, fornecendo recursos para tecnologia de informação em saúde, construção e manutenção que ajudarão a melhorar a atenção à saúde, bem como para os projetos de saneamento e equipamentos. Além disso, a legislação oferece recursos adicionais para a Lei de Medicamentos Vendidos com Prescrição, Melhoria e Modernização do Medicare de 2003, aborda a falta de profissionais de saúde, sustenta os serviços oferecidos pela Administração ao Envelhecimento, financia programas do Instituto Nacional de Normas e Tecnologia e apoia as pesquisas de eficácia comparativa do Instituto Nacional da Saúde (124,125).

A Lei de Melhoria dos Benefícios dos Veteranos de 2010 oferece assistência financeira aos veteranos inválidos para que estes possam adaptar suas necessidades de moradia e fornecem recursos para pesquisa e desenvolvimento para tecnologias assistivas. Também disponibiliza recursos para alimentação e abrigo de veteranos indigentes (126, 127).

GASTOS E FINANCIAMENTO EM SAÚDE

Os gastos com saúde passaram dos US\$ 2,3 trilhões em 2008, 73% a mais do que os US\$ 1,4 trilhões gastos em 2000. Em 2008, os gastos *per capita* com saúde

chegaram a US\$ 7.681 e representaram 16,2% do PIB da nação. Os gastos totais com a saúde cresceram a uma taxa anual de 4,4% em 2008, uma queda em relação aos 6,9% de 2000, porém, ainda assim, se mantendo acima da inflação e do crescimento da renda nacional. Os prêmios de seguro para a cobertura de saúde aumentaram em 72% em relação ao ano de 2000, afetando financeiramente empregadores e trabalhadores; os gastos diretos aumentaram em 44% de 2000 para 2008 (128, 129). Estima-se que o tratamento daqueles que sofrem com doenças crônicas tenha representado 75% de todos os gastos com saúde em 2010 (1).

Os gastos públicos com saúde chegaram a US\$ 1,1 trilhão ou 43,7% dos gastos totais com saúde em 2008; a parte do governo federal foi 73,8% dos gastos públicos, ou US\$ 817 bilhões. Os custos do Medicare (seguro saúde público para pessoas com 65 anos ou mais) chegaram a US\$ 469 bilhões em 2008, e o Medicaid (seguro saúde público para os pobres e deficientes) e outras fontes de assistência chegaram a US\$ 362 bilhões. Os gastos do Departamento de Defesa e Assuntos dos Veteranos com internações e cuidados médicos elevaram-se em US\$ 71 bilhões em 2008, quase o dobro dos gastos em 2000. Os custos das atividades da saúde pública chegaram a US\$ 69 bilhões e os programas de saúde materno-infantil custaram outros US\$ 2,7 bilhões. Em 2008, US\$ 39 bilhões foram investidos na pesquisa médica, um aumento de 69% em relação a 2000. Os gastos com Medicare *per capita* cresceram 6,8% anualmente de 1989 para 2008, enquanto os seguros saúde privados aumentaram em 7,1% anualmente ao longo do mesmo período (130). A análise dos gastos públicos e privados por objeto em 2008 evidenciou gastos chegavam a ser 1,5 ou 2,1 vezes maiores que os gastos em 2000. Os consumidores e o setor público de saúde gastaram por volta de US\$ 496 bilhões em serviços médicos e clínicos em 2008; US\$ 101 bilhões em serviços odontológicos; US\$ 65,7 bilhões em assistência domiciliar; US\$ 234 bilhões em medicamentos vendidos com prescrição; US\$ 138 bilhões em cuidados administrados em lares para idosos; US\$ 159,6 bilhões na administração pública e nos custos líquidos dos planos de saúde privados; US\$ 69 bilhões em atividades da saúde pública; e US\$ 718 bilhões em cuidados hospitalares (130).

Com o crescimento da população idosa dos Estados Unidos, os gastos com cuidados para idosos re-

presentam uma carga cada vez maior para indivíduos e para o setor público. Medicare financiou US\$ 65 bilhões em cuidados domiciliares de saúde para 3,3 milhões de pessoas em 2008. No entanto, os cuidados domiciliares de saúde do Medicare têm prazos limitados e têm critérios altamente medicalizados para sua disponibilização. Medicare não cobre serviços e não oferece benefícios de longo prazo (chamados de cuidados de longa duração) para aqueles que têm necessidades constantes de assistência funcional em suas atividades cotidianas.

Quase 10 milhões de indivíduos receberam serviços de longo prazo pré-pagos e suporte por meio de agências de assistência de saúde domiciliar, auxiliares de cuidados domiciliares, hospícios e outras organizações. De acordo com uma pesquisa de 2010 pela Northwestern Mutual, a média nacional de pagamento por hora de trabalho de ajudantes de saúde domiciliar foi de US\$ 20,65 por hora. Na área continental dos Estados Unidos, a maior taxa por hora foi em Sioux Falls, Dakota do Sul (US\$ 33,00 por hora) e a menor taxa foi na Louisiana (US\$ 13,00 por hora). Os custos de serviços de assistência à autonomia domiciliar, que são oferecidos em ambientes residenciais comunitários, também variam muito por estado e Região e costumam ser pagos por recursos privados individuais. Em 2010, quase 733.300 indivíduos estavam vivendo em instalações de assistência à autonomia domiciliar nos Estados Unidos (131). As taxas mais baixas foram observadas no sul, onde os custos mensais estavam por volta de US\$ 2.700; os estados com as maiores taxas mensais (US\$ 5.398) estavam no nordeste (132). Em 2010, quase 1,4 milhões de pessoas viviam em casas de repouso, com custos para atenção entre US\$ 60.000 e US\$ 158.000 por ano, novamente, variando de estado para estado e Região do país (132, 133). O programa em nível federal e estadual, Medicaid, cobre quase metade das pessoas que estão em casas de repouso em toda a nação.

OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Em 2008, 596.000 estabelecimentos integravam o setor da saúde. Tais estabelecimentos variavam muito em tamanho, padrões de recursos humanos e estrutura: os serviços ambulatoriais de saúde representavam 43% de todos os empregos no setor de saúde e 87% de todos

os estabelecimentos de saúde, enquanto hospitais representavam 35% de todos os empregos no setor da saúde e 1% dos estabelecimentos. Instalações de enfermagem e cuidados domiciliares significavam 23% dos empregos e 11% dos estabelecimentos (134). O sistema de fornecimento de assistência médica exige o pagamento de taxas por serviços prestados e é oferecido principalmente por instituições ou consultórios médicos privados, mas também por instituições sem fins lucrativos. É mais bem descrito como um sistema fragmentado com regras complicadas que costumam variar de estado para estado e de cidade para cidade (135).

Em média, os consumidores tiveram gastos diretos com saúde de US\$ 3.484, ou 48,6% dos gastos totais *per capita* com saúde (US\$ 7.164) em 2008 (136). O plano de saúde é o maior determinante no acesso (ou não) aos serviços de saúde. No período 2007-2009, 61% da população adulta com menos de 65 anos tinha algum plano de saúde privado; para aqueles com menos de 18 anos, 54% tinham planos de saúde privados, e os outros 40% tinham planos de saúde públicos administrados pelos governos federal e local. A maioria das pessoas com 65 anos ou mais tem alguma forma de plano de saúde, incluindo Medicaid (seguro para os pobres) ou Medicare (seguro para pessoas elegíveis com 65 anos ou mais).

Os entraves do acesso dos serviços de saúde são as barreiras financeiras, assim como fatores associados à idade, sexo e raça/etnia. Em 2009, 5,2% da população com menos de 18 anos tinha acesso reduzido à assistência médica devido ao custo, 7,1% tinham acesso reduzido a serviços odontológicos e 3,2% tinham acesso reduzido a medicamentos vendidos com prescrição. Para adultos com 65 anos ou mais, 5,1% tinha acesso reduzido à assistência médica, 6,2% tinha acesso reduzido a serviços odontológicos e 4,2% tinha acesso reduzido a medicamentos vendidos com prescrição. Entre 1997 e 2009 aumentaram significativamente os percentuais da população cujo acesso aos serviços de saúde era limitado. Para homens de todas as idades, 14% tinham acesso a tratamento médico, 15% tinham acesso a tratamento odontológico e 9% a medicamentos vendidos com prescrição. Entre as mulheres, estes números eram ainda mais altos: 16% tinham acesso reduzido ao tratamento médico, 19% tinham acesso a tratamento odontológico e 13% tinham acesso a

medicamentos vendidos com prescrição. No final de 2009, 15% dos adultos entre 18 e 65 anos relataram impossibilidade de acessar o tratamento dentário necessário devido a seu custo (137).

Quando não possuem um grupo específico de atenção à saúde ou um profissional que lhes forneça atendimento, as pessoas costumam acessar o sistema de saúde por meio da sala de emergência do hospital, tanto para assuntos urgentes como não urgentes. A proporção da população sem um provedor de serviços de saúde por raça/etnia entre 2008 e 2009 foi: brancos (5,5%), afro-americanos (5,9%), e hispânicos (9,4%). Entre as pessoas que vivem abaixo do nível de pobreza, 8,6% não possuíam um provedor de serviços de saúde, em comparação com 2,1% daqueles que cuja renda excedia em 400% a linha de pobreza (138). Idosos vivendo em áreas rurais, que incluem 22% da população total de idosos, tem acesso a menos e mais restritos serviços de longa duração do que aqueles que vivem em áreas não rurais (138).

Pesquisadores nos setores público e privado continuam a desenvolver medicamentos para tratar uma vasta gama de doenças, incluindo doenças cardíacas, câncer e Alzheimer. O governo federal apoia o estudo do genoma humano e pesquisas de células-tronco para desenvolver novas curas ou medidas de prevenção de doenças. A indústria farmacêutica coopera com o governo federal para garantir a disponibilidade anual de vacinas contra influenza. Além disso, houve ênfase do setor farmacêutico no sentido de ampliar a produção de medicamentos genéricos e reduzir seus custos.

GESTÃO DE CONHECIMENTO, TECNOLOGIA, INFORMAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE

O Governo dos Estados Unidos investiu bilhões de dólares em tecnologia de informação para consolidar as informações da saúde entre as instituições. As novas tecnologias ajudam a proteger informações de registros médicos e facilitar diagnósticos mais rápidos e abrangentes, prevenir doenças e educar a população sobre riscos de saúde e ações de medicina preventiva. Um objetivo da consolidação de informações em saúde é a ampliação da eficiência e redução dos custos

Quadro I. Apoio para programas de saúde na Região das Américas

O apoio do governo dos EUA para programas na Região das Américas ocorre através de várias agências, incluindo o Departamento de Estado, o Departamento de Serviços Humanos e de Saúde (HHS) e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID).

O Departamento de Estado possui um papel de coordenação com vários programas importantes da saúde nos EUA, incluindo o Plano Emergencial do Presidente para Alívio da Aids (PEPFAR), que sustenta os esforços de prevenção e tratamento de HIV/Aids em muitos países da Região, e os esforços do governo dos EUA para reconstruir o sistema de saúde do Haiti.

O Departamento de Saúde e Serviços Humanos e suas agências, incluindo os Centros para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e os Institutos Nacionais de Saúde, e a Administração de Alimentos e Medicamentos (FDA) são ativos em vários países da América Latina e do Caribe, oferecendo apoio técnico, compartilhando melhores práticas e colaborando com pesquisas em saúde e desenvolvimento de políticas. Os programas são variados e incluem o desenvolvimento de capacidades na saúde pública através de Programas de Capacitação em Epidemiologia de Campo do CDC; colaboração em casos de surtos de doenças; esforços de intervenção para eliminar doenças tropicais negligenciadas como a oncocercose; preparação e resposta à pandemia de influenza; e de pesquisas básicas em saúde e capacitação de trabalhadores graduados.

Os programas da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) na América Latina e no Caribe são voltados às populações pobres e marginalizadas, com foco particular em saúde materno-infantil, planejamento familiar e prevenção e controle de doenças transmissíveis, especialmente HIV/Aids, tuberculose, e malária. A Agência sustenta as atividades que constroem a capacidade dos sistemas de saúde locais de oferecerem serviços de saúde básicos de qualidade e ampliam o acesso ao sistema de saúde, especialmente para populações desassistidas. A USAID dá apoio o fortalecimento de sistemas de saúde importantes, incluindo: logística, sistemas para insumos e medicamentos contraceptivos; planejamento de recursos humanos e sistemas de capacitação; e sistemas de informação que informem a tomada de decisões técnicas e de gestão. A USAID também sustenta os esforços dos países nas áreas de reforma sanitária, descentralização de serviços, e construção de capacidade em funções essenciais da saúde pública. Exemplos da ajuda da USAID são os programas na Bolívia e no Peru para redução da mortalidade materna e neonatal, ampliar o acesso ao sistema de saúde e melhorar os sistemas de água potável e as instalações de saneamento. No Haiti, o USAID ofereceu ampla assistência humanitária após o terremoto de 2010, respondendo à emergência de cólera subsequente e continuou a focar o fortalecimento dos sistemas de saúde para uma atenção primária e um controle de doenças infecciosas eficazes. Os programas sub-regionais de HIV/Aids do USAID no Caribe e na América Central ajudam os países a melhorarem a eficácia de seus programas e reduzir a transmissão de HIV entre grupos de alto risco. Em Honduras, a USAID trabalha estreitamente com o Ministério da Saúde para melhorar a saúde materno-infantil, o planejamento familiar e prevenção, tratamento e apoio ao programa de HIV/Aids. A USAID juntou forças com o Brasil no controle da tuberculose, na capacitação de profissionais da saúde e apoio aos protocolos de tratamento e à pesquisa, bem como em abordagens inovadoras em relação ao controle de HIV/Aids e malária.

para clientes de Medicare e Medicaid. As tecnologias de gestão da informação facilitam o trabalho do Instituto Nacional de Saúde em sua avaliação de resultados de ensaios clínicos em relação às experiências de pacientes no mundo real.

Pesquisas na área de tecnologias de reabilitação e tecnologias assistivas eletrônicas beneficiarão os idosos e os deficientes para que eles possam ter uma melhor gestão de seus próprios tratamentos. Entre estes dispositivos assistivos estão computadores, equipamentos ergonômicos, cadeiras elevatórias, camas ajustáveis,

escalas elevatórias e ferramentas de audição/alerta. No entanto, pessoas sem plano de saúde e aqueles que vivem em áreas rurais terão menos acesso à assistência médica e dispositivos assistivos e de reabilitação.

RECURSOS HUMANOS

Em 2010, havia mais de 16 milhões de empregos de saúde nos Estados Unidos, formando 11,5% da força de trabalho do país (139). As enfermeiras registradas, maior componente do pessoal de saúde, chegaram a

2,7 milhões. Além disso, havia 1,5 milhões de auxiliares de enfermagem, enfermeiros e atendentes, e mais um milhão de assistentes de saúde domiciliar. Em 2010, havia mais de 691.000 médicos ativos, incluindo 352.908 no setor primário, 155.700 dentistas, e 274.900 farmacêuticos (140). Projeções do setor saúde evidenciam que as profissões de saúde serão a categoria de emprego com mais rápido crescimento nos Estados Unidos entre 2010 e 2020. Espera-se que ocorra um grande crescimento no número de assistentes médicos (30%), médicos e cirurgiões (24%), enfermeiras registradas (26%), conselheiros de saúde mental (36%), e enfermeiras vocacionais (22%) (134). A demanda por profissionais de saúde deverá aumentar até 2015, com o aumento da população de idosos ingressando no Medicare e com a efetivação das ampliações de seguro da Lei de Cuidados Acessíveis.

Até 2015, a falta de médicos será exacerbada pelo aumento no número de idosos que ingressarão o sistema Medicare e pelo número cada vez maior de pessoas com acesso a atenção à saúde devido às mudanças na lei de seguro saúde (129). O Instituto de Medicina estimou em 2008 que a força de trabalho do sistema de saúde americano será pequena demais e muito pouco organizada ou capacitada para atender as necessidades de uma população cada vez mais idosa. Há uma falta de médicos e de outros provedores especializados em saúde geriátrica e uma falta de competência na provisão de cuidados geriátricos pelos profissionais de saúde. Outra preocupação persistente é a falta de médicos nas áreas rurais (141-143).

SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Em 2010, a assistência fornecida pelos EUA através do Departamento de Estado e pela Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos (USAID) a América Latina e Caribe foi estimada em US\$ 4,2 bilhões. O financiamento da USAID para Programas da Iniciativa de Saúde Global (GHI) por Região em 2009 foi: Caribe, US\$ 5,8 milhões; América Central, US\$ 5,4 milhões; e América do Sul, US\$ 5,7 milhões. A contribuição da USAID foi de US\$ 127,6 milhões para o hemisfério ocidental. A distribuição da ajuda para a GHI pelo Departamento de Estado por Região em 2009 foi: América Central,

US\$ 2,7 milhões; América Latina e o Caribe, US\$ 1,1 milhões. O total do hemisfério ocidental através do Departamento de Estado foi de US\$ 83,9 milhões em 2009 (144). Recursos e serviços adicionais foram fornecidos pelo CDC através do Departamento de Saúde e Serviços Humanos, de ONGs como a Cruz Vermelha e a CARE, e outras instituições privadas sem fins lucrativos.

SÍNTESE E PERSPECTIVAS

Quatro das cinco principais causas da mortalidade nos Estados Unidos em 2007 foram doenças crônicas: doenças cardíacas, neoplasias malignas, doenças cerebrovasculares e doenças do trato respiratório inferior. No entanto, um dos sucessos mais importantes da última década foi o declínio das mortes por câncer de mama, câncer de próstata, doenças cardíacas, derrames e HIV/Aids. A prevalência de doenças por grupo racial/étnico demonstrou que o diabetes foi um fator particularmente importante para mulheres hispânicas e afro-americanas. A falta de atividade física e a má alimentação contribuíram para uma epidemia de sobrepeso e obesidade que afeta 67% dos adultos com mais de 20 anos no país. Diferenças regionais foram notadas nas doenças transmissíveis como Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, com o distrito de Columbia e os estados do sul apresentando as maiores taxas.

Acidentes/lesões não intencionais e violência são preocupações importantes para a saúde pública para todos os grupos étnicos e raciais, particularmente para os muito jovens e para os homens. Em 2007, acidentes e lesões foram a principal causa da mortalidade para pessoas entre um e 44 anos de idade. Os homicídios ficaram entre as cinco principais causas da mortalidade para pessoas entre um e 34 anos de idade. Além disso, há o problema chocante de saúde que envolve centenas de milhares de mulheres que são agredidas todo ano por seus parceiros íntimos, apesar desta violência ter diminuído significativamente ao longo da última década (145).

A expectativa de vida de ambos os sexos chegou a 78,5 anos em 2009 e, embora as diferenças entre homens (75,7 anos) e mulheres (80,6 anos) ainda sejam grandes, elas estão diminuindo. Um paradoxo tem sido notado, embora hispânicos tenham níveis maiores de

pobreza, sua expectativa de vida é maior do que a dos brancos e afro-americanos.

Em 2008, os gastos com saúde chegaram a quase US\$ 7.681 *per capita* e representaram 16,2% do PIB da nação. Os gastos públicos com saúde subiram até chegar a US\$ 1,1 trilhão em 2008; os serviços de atenção à saúde para doenças crônicas exigiram mais de 75% do total de recursos em 2009 (1).

A nação enfrenta importantes decisões políticas sobre como lidar com os custos cada vez maiores da saúde e com os papéis que o governo e o setor privado deverão assumir. Estas decisões são complicadas pelas questões de equidade: estima-se que 50 milhões de pessoas não tenham plano de saúde e que aqueles que vivem no nível da pobreza sejam cinco vezes mais propensos a notificar um estado de saúde regular para ruim do que as pessoas com uma renda familiar quatro vezes maior do que o nível da pobreza. As questões de equidade também se relacionam à distribuição de recursos disponíveis para cobrir os programas de Medicaid e Medicare e atender as necessidades especiais de mais de 20 milhões de veteranos militares, particularmente os contingentes de tropas com lesões sérias e problemas de saúde mental que voltaram do Iraque e do Afeganistão. O governo respondeu a estes problemas com subsídios de bilhões de dólares alocados por meio de legislações em programas que fortalecem e ampliam a gestão de informação dos registros de saúde, eliminam desperdícios e fraudes do Medicare e Medicaid, fortalecem a infraestrutura do sistema de saúde e capacitam profissionais de saúde (72). No entanto, a principal força da política de saúde vem da Lei de Cuidados Acessíveis de 2010, que luta para reduzir o número de pessoas sem assistência médica e os custos da atenção à saúde (122).

BIBLIOGRAFIA

1. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Chronic Diseases: The Power to Prevent, the Call to Control: At a Glance 2009 [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/AAG/chronic.htm> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
2. United States Census Bureau. 2010 Census Briefs. Population Distribution and Change: 2000 to 2010 [Internet]; March 2011. Disponível em: <http://www.census.gov/prod/cen2010/briefs/c2010br-01.pdf> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
3. Grieco EM, Trevelyan EN. American Community Survey Briefs: Place of Birth of the Foreign-Born Population: 2009 [Internet]; 2010. United States Census Bureau. Disponível em: <http://www.census.gov/prod/2010pubs/acsbr09-15.pdf/> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
4. Grieco EM. American Community Survey Briefs. Race and Hispanic Origin of the Foreign-Born Population in the United States: 2007 [Internet]; January 2010. United States Census Bureau. Disponível em: <http://www.census.gov/prod/2010pubs/acs-11.pdf> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
5. Pew Hispanic Center. The Mexican-American Boom: Births Overtake Immigration [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.pewhispanic.org/2011/07/14/the-mexicanamerican-boom-brbirths-overtake-immigration/> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
6. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Mathews TJ, Osterman MJK. Births: Final Data for 2008. National Vital Statistics Reports 2010;59(1) [Internet]; December 2010. National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr59/nvsr59_01.pdf Acessado em 23 de janeiro de 2012.
7. Arias E. United States Life Tables by Hispanic Origin. Vital and Health Statistics, Series 2, No. 152 [Internet]; 2010. National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_02/sr02_152.pdf Acessado em 23 de janeiro de 2012.
8. Minino AM, Arias E, Kochanek KD, Murphy SL, Smith BL. Table 7: Life Expectancy at Selected Ages by Race and Sex, United States, 2000. In Deaths: Final Data for 2000. National Vital Statistics Reports 2002;50(15) [Internet]; 2002. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/>

- [data/nvsr/nvsr50/nvsr50_15.pdf](#) Acessado em 23 de janeiro de 2012.
9. World Bank. The World Bank Data Bank [Internet]; 2011. Disponível em: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG/> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 10. Bureau of Economic Analysis [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.bea.gov/> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 11. United States Census Bureau. Income, Poverty and Health Insurance in the United States: 2009-Highlights, 2010 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.census.gov/hhes/www/poverty/data/incpovhlth/2009/highlights.html/> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 12. Ganong L, Sutton E. Poverty in America. Rural and Urban Differences [Internet]; 2007. Disponível em: <http://missourifamilies.org/cfb/briefs/ruralurban.pdf> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 13. United States Census Bureau. Poverty [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.census.gov/hhes/www/poverty/about/overview/index.html> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 14. Wood D. Effect of Child and Family Poverty on Child Health in the United States [Internet]; 2003. Disponível em: <http://www.communityview.org/VIEW%20Libraries/Document%20Library/Effect%20of%20Child%20and%20Family%20Poverty.pdf> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 15. National Center for Education Statistics, U.S. Department of Education. Status and Trends in the Education of Racial and Ethnic Groups [Internet]; 2010. Disponível em: <http://nces.ed.gov/pubs2010/2010015.pdf> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 16. Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor. Labor Force Characteristics of Foreign-Born Workers Summary [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.bls.gov/cps/demographics.htm/> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 17. Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor. Women's-to-Men's Earnings Ratio by Age, 2009 [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.bls.gov/opub/ted/2010/ted_20100708.htm Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 18. Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor. Earnings of Women and Men by Race and Ethnicity, 2007 [Internet]; 2008. Disponível em: <http://www.bls.gov/opub/ted/2008/oct/wk4/art04.htm> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 19. Centers for Disease Control and Prevention. FastStats 2007, 2009 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hinsure.htm> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 20. Galewitz P, Villegas A. Kaiser Health News. Uninsured Rate Soars, 50+ Million Americans Without Coverage [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.kaiserhealthnews.org/Stories/2010/September/16/census-uninsured-ratesoars.aspx> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 21. United States Census Bureau. Table 1: Marriage, Divorce, and Widowhood Rates per 1,000 Men and Women Aged 15 and Over for the Nation, Regions, and States: 2009 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.census.gov/prod/2011pubs/acs-13.pdf> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 22. Jackson LP, Environmental Protection Agency. The Clean Air Act and Public Health, Testimony before the Committee on Environmental and Public Works before the United States Senate, June 15, 2011 [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.epa.gov/ocir/hearings/testimony/112_2011_2012/2011_0613_lpj.pdf Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 23. Heron M. Deaths: Leading Causes for 2007. National Vital Statistics Reports 2011;59(8) [Internet]; 26 August 2011. National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr59/nvsr59_08.pdf Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 24. Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor. Fatal Occupational Injuries and Workers' Memorial Day [Internet]; n.d. Disponível em: http://www.bls.gov/iif/oshwc/foi/worker_memorial.htm Acessado em 6 de julho de 2012.

25. Steenland K, Burnett C, Lalach N, Ward E, Hurrell J. Dying for Work: The Magnitude of US Mortality From Selected Causes of Death Associated With Occupation. *Am J Ind Med* 2003;43:461–482.
26. Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor. Economic News Release: Workplace Injury and Illness Summary [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.bls.gov/news.release/osh.nr0.htm> Acessado em 6 de julho de 2012.
27. National Institute for Occupational Health and Safety, Centers for Disease Control and Prevention. Tables 1–2 and 1–5. In Work-Related Lung Disease Surveillance Report 2007 [Internet]; 2008. Publication Number 2008-143a. Disponível em: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-143/pdfs/2008-143a-i.pdf> Acessado em 2 de julho de 2012.
28. Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor. Labor Force Characteristics by Race and Ethnicity, 2010, Report 1032 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.bls.gov/cps/cpsrace2010.pdf> Acessado em 5 July 2012.
29. Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor. Fatal Occupational Injuries, Total Hours Worked, and Rates of Fatal Occupational Injuries by Selected Worker Characteristics, Occupations, and Industries, Civilian Workers, 2010 [Internet]; 2012. Disponível em: http://www.bls.gov/iif/oshwc/foi/foi_rates_2010hb.pdf Acessado em 5 de julho de 2012
31. National Safety Council. Injury Facts [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.nsc.org/> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
32. Centers for Disease Control and Prevention. Distracted Driving in the United States and Europe [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.cdc.gov/features/dsdistracteddriving/> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
33. Xu J, Kochanek KD, Murphy SL, Tejada-Vera B. Deaths: Final Data for 2007. *National Vital Statistics Reports* 2010;58(19) [Internet]; 20 May 2010. National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr58/nvsr58_19.pdf Acessado em 23 de janeiro de 2012.
34. Centers for Disease Control and Prevention. Unintentional Drowning: Get the Facts [Internet]; 30 May 2012. Disponível em: <http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Water-Safety/waterinjuries-factsheet.html> Acessado em 2 de julho de 2012.
35. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.cdc.gov/injury/wisqars> Acessado em 2 de julho de 2012.
36. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. Child Maltreatment 2009 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm09/cm09.pdf> Acessado em 2 de julho de 2012.
37. Black MC, et al. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report [Internet]; 2011. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/nisvs/> Acessado em 2 de julho de 2012.
38. Caillouet SR, Michaels SR, Xiong X, Foppa I, Wesson DM. Increase in West Nile neuroinvasive disease after Hurricane Katrina. *Emerg Infect Dis.* 2008 May; 14(5):804–807 [Internet]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2600257/> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
39. Haq H. BP oil spill 2010: how much will it cost? *Christian Science Monitor* [Internet]; 3 May 2010. Disponível em: <http://www.csmonitor.com/Business/new-economy/2010/0503/BP-oil-spill-2010-How-much-will-itcost> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
40. Wearden G. BP oil spill costs to hit \$40bn. *The Guardian* [Internet]; 2 November 2010. Disponível em: <http://www.guardian.co.uk/business/2010/nov/02/bp-oil-spill-costs-40->

- billion-dollars Acessado em 23 de janeiro de 2012.
41. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: Preliminary Data for 2008. *National Vital Statistics Reports* 2010;58(16) [Internet]; 16 April 2010. National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr58/nvsr58_16.pdf Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 42. Centers for Disease Control and Prevention. Teen Birth Rates Declined Again in 2009 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.cdc.gov/Features/dsTeenPregnancy/> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 43. Livingston G, Cohn D. Pew Social and Demographic Trends. The New Demography of American Motherhood [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.pewsocialtrends.org/2010/05/06/the-new-demography-of-american-motherhood/> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 44. Health Resources and Services Administration. Women's Health USA 2010. Maternal Morbidity and Risk Factors in Pregnancy, 2007 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://mchb.hrsa.gov/whusa10/hstat/mh/pages/236mmrfp.html> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 45. Health Resources and Services Administration. Women's Health USA 2010. Maternal Mortality, 2007 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://mchb.hrsa.gov/whusa10/hstat/mh/pages/237mm.html> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 46. Ventura SJ, Mathews TJ, Brady HE, Sutton PD, Abma JC. Adolescent pregnancy and childbirth-United States, 1991-2008 [Internet]. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2011;60(1):105-108. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6001a23.htm> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 47. Centers for Disease Control and Prevention. Health, United States, 2010 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/hus.htm> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 48. Mathews TJ, MacDorman MF. Infant Mortality Statistics From the 2007 Period Linked Birth/Infant Death Data Set. *National Vital Statistics Reports* 2011;59(6) [Internet]; 29 June 2011. National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr59/nvsr59_06.pdf Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 49. Centers for Disease Control and Prevention. Unintentional Injuries, Violence, and the Health of Young People [Internet]; 10 May 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/healthyouth/injury/facts.htm>
 50. Centers for Disease Control and Prevention. Homicides-United States, 1999-2007. *MMWR Surveill Summ*. 2011 Jan 14;60 Suppl: 67-70 [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6001a14.htm?s_cid=su6001a14_w#tab1 Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 51. United States Census Bureau. Factfinder: Disability Characteristics. 2010 American Community Survey [Internet]; 2010. Disponível em: http://factfinder2.census.gov/faces/tableservices/jsf/pages/productview.xhtml?pid=ACS_10_1YR_S1810&prodType=table Acessado em 2 de julho de 2012.
 52. Centers for Disease Control and Prevention. Table 207: Age-Adjusted Percentage of Persons Engaging in Physical Activity and Fitness by Selected Characteristics: 2006. In *Nutrition and Physical Activity* [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.census.gov/compendia/statab/2010/tables/10s0207.pdf> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 53. Maher D, Eliadi ED. Malnutrition in the Elderly: An Unrecognized Health Issue. *RN Journal* [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.rnjournal.com/journal_of_nursing/malnutrition_in_the_elderly_an_unrecognized_health_issue_2.htm Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 54. Centers for Disease Control and Prevention. Implications of an Aging Society [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/AAG/aging.htm> Acessado em 23 de janeiro de 2012.

55. Centers for Disease Control and Prevention. Healthy Aging [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/AAG/aging_text.htm#1 Acessado em 23 de janeiro de 2012.
56. Robinson KM. Policy issues in mental health among the elderly. *Nurs Clin North Am* 45(4): 627–634 [Internet]; December 2011. Disponível em: [http://www.nursing.theclinics.com/article/S0029-6465\(10\)00073-3/abstract](http://www.nursing.theclinics.com/article/S0029-6465(10)00073-3/abstract) Acessado em 23 de janeiro de 2012.
57. National Institute of Mental Health. Suicide in the U.S.: Statistics and Prevention [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.msnbc.msn.com/id/20840726/ns/healthmental_health/t/elderly-are-highest-risksuicide/ Acessado em 23 de janeiro de 2012.
58. Xu JQ, Kochanek KD, Murphy SL, Tejada-Vera B. Table 9. Death rates by age and ageadjusted death rates for the 15 leading causes of death in 2007: United States, 1999–2007. In *Deaths: Final Data for 2007*. National Vital Statistics Reports 2010;58(19) [Internet]; 2010. National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr58/nvsr58_19.pdf Acessado em 23 de janeiro de 2012.
59. National Institute of Mental Health. Suicide in the U.S.: Statistics and Prevention [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-inthe-us-statistics-and-prevention/index.shtml#/adults> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
60. United States Census Bureau. America's Families and Living Arrangements: 2006 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.census.gov/population/www/socdemo/hhfam/cps2006.html> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
61. United States Census Bureau. Table FG6: One-Parent Family Groups with Own Children Under 18, by Marital Status, and Race and Hispanic Origin of the Reference Person: 2006. In *America's Families and Living Arrangements: 2006* [Internet]; 2006. Disponível em: <http://www.census.gov/population/www/socdemo/hh-fam/cps2006.html> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
62. Garner TI, Hokayem C. Supplemental Poverty Measure Thresholds: Imputing Noncash Benefits to the Consumer Expenditure Survey Using Current Population Survey-Part I [Internet]; 2011. United States Census Bureau. Disponível em: http://www.census.gov/hhes/povmeas/methodology/supplemental/research/Garner_Hokayem_WEA.pdf Acessado em 23 de janeiro de 2012.
63. Office of Minority Health, Department of Health and Human Services. American Indian/Alaska Native Profile [Internet]; 2011. Disponível em: <http://minorityhealth.hhs.gov/templates/browse.aspx?lvl152&lvl1ID552> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
64. Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol Use and Health. Fact Sheets. [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/alcohol-use.htm> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
65. Centers for Disease Control and Prevention. Table 24: Age-Adjusted Death Rates for Selected Causes of Death, by Sex, Race, and Hispanic Origin: United States, Selected Years 1950–2007. In *Health, United States, 2010* [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus10.pdf#highlights> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
66. Office on Disability, Department of Health and Human Services. Discrimination on the Basis of Disability [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.hhs.gov/od/about/fact_sheets/hivanddisability.html Acessado em 23 de janeiro de 2012.
67. Broadband & People with Disabilities: Stats, Data & Observations [Internet]; July 2010. Disponível em: http://www.nyls.edu/user_files/1/3/4/30/83/Disabilities_Stats&Data.pdf Acessado em 23 de janeiro de 2012.
68. United States Census Bureau. Factfinder: Disability Characteristics. 2010 American Community Survey 1-Year Estimates [Internet]; 2010. Disponível em: http://factfinder2.census.gov/faces/tableservices/jsf/pages/productview.xhtml?pid5ACS_10_1YR_

- S1810&prodType5table Acessado em 2 de julho de 2012.
69. Centers for Disease Control and Prevention. Disability [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.cdc.gov/omhd/populations/Disability/Disability.htm> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 70. Kochanek KD, Xu J, Murphy SL, Miniño AM, Kung HC. Deaths: Preliminary Data for 2009. National Vital Statistics Reports 2011; 59(4) [Internet]; 16 March 2011. National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr59/nvsr59_04.pdf Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 71. National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Table 29: Death Rates for All Causes, by Sex, Race, Hispanic Origin, and Age: United States, Selected Years 1950–2007. In Health, United States, 2011 [Internet]; 2012. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/health/us/contents2010.htm#table029> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 72. National Institute of Mental Health. Suicide in the U.S.: Statistics and Prevention, 2007 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-in-the-us-statistics-and-prevention/index.shtml> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 73. Florida Department of Health, Division of Environmental Health. 2011 Weekly Data for Arbovirus Surveillance [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.doh.state.fl.us/Environment/medicine/arboviral/weeklyreportarchive.html> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 74. Centers for Disease Control and Prevention. Fight the Bite [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/westnile/index.htm> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 75. McNabb SJ, Jajosky RA, Hall-Baker PA, Adams DA, Sharp P, Worshams C, Anderson WJ, Javier AJ, Jones GJ, Nitschke DA, Rey A, Wodajo MS. Summary of Notifiable Diseases, United States, 2006. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2008 Mar 21;55(53):1–92 [Internet]; 2008. Disponível em: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5553a1.htm?s_cid=mm5553a1_e Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 76. Centers for Disease Control and Prevention. Malaria Surveillance in the United States [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.cdc.gov/features/dsmalariasurveillance/> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 77. Centers for Disease Control and Prevention. Reported Cases of Lyme Disease by Year, United States, 1996–2010 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/lyme/stats/chartstables/casesbyyear.html> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 78. Centers for Disease Control and Prevention. Reported Lyme Disease Cases by State, 2000–2010 [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.cdc.gov/lyme/stats/chartstables/reportedcases_statelocality.html Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 79. Centers for Disease Control and Prevention. Annual Cases of Anaplasmosis in the United States [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.cdc.gov/anaplasmosis/stats/> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 80. Centers for Disease Control and Prevention. Annual Cases of Ehrlichiosis in the United States [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.cdc.gov/Ehrlichiosis/stats/> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 81. Centers for Disease Control and Prevention. Parasites–Babesiosis [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/parasites/babesiosis/> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 82. Centers for Disease Control and Prevention. Rocky Mountain Spotted Fever Statistics and Epidemiology [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/rmsf/stats/> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 83. Centers for Disease Control and Prevention. Rocky Mountain Spotted Fever In-Depth Information [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.cdc.gov/rmsf/info/index.html> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 84. Centers for Disease Control and Prevention. Vaccines and Immunizations–Statistics and

- Surveillance: July 2009–June 2010 Table Data [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.cdc.gov/vaccines/stats-surv/nis/data/tables_0910.htm Acessado em 23 de janeiro de 2012.
85. Hall HI, Song R, Rhodes P, Prejean J, An Q, Lee LM, Karon J, Brookmeyer R, Kaplan EH, McKenna MT, Janssen RS; HIV Incidence Surveillance Group. Estimation of HIV incidence in the United States. *JAMA* 2008 August 6;300(5):520–529.
 86. Centers for Disease Control and Prevention. Table 5. Estimated numbers of Aids cases in children, 13 years of age, by year of diagnosis and race/ethnicity, 2003–2007 and cumulative – 50 states and the District of Columbia. In 2007 HIV/Aids Surveillance Report [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hiv/surveillance/resources/reports/2007report/table5.htm> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 87. Centers for Disease Control and Prevention. Table 21B: Gonorrhea-Rates per 100,000 Population by Race/Ethnicity, Age Group, and Sex, United States, 2005–2009. In 2009 Sexually Transmitted Diseases Surveillance and Supplements [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/stats09/tables/21b.htm> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 88. Centers for Disease Control and Prevention. Table 1: Tuberculosis Cases, Case Rates per 100,000 Population, Deaths, and Death Rates per 100,000 Population, and Percent Change: United States, 1953–2010. In Reported Tuberculosis in the United States, 2010 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.cdc.gov/tb/statistics/reports/2010/table1.htm> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 89. Centers for Disease Control and Prevention. Key Facts about Influenza (Flu) & Flu Vaccine [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.cdc.gov/flu/keyfacts.htm> Acessado em 2 de julho de 2012.
 90. Centers for Disease Control and Prevention. Updated CDC Estimates of 2009 H1N1 Influenza Cases, Hospitalizations and Deaths in the United States, April 2009–April 10, 2010 [Internet]; 14 May 2010. Disponível em: http://www.cdc.gov/h1n1flu/estimates_2009_h1n1.htm/ Acessado em 2 de julho de 2012.
 91. Centers for Disease Control and Prevention. Breast Cancer Rates by State [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/cancer/breast/statistics/state.htm> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 92. Agency for Healthcare Research and Quality. Chapter 2: Effectiveness–Cancer. In National Healthcare Quality Report, 2010 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/qual/nhq10/Chap2.htm#cancer> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 93. American Diabetes Association. Diabetes Basics, Type 1 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/type-1/> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 94. Centers for Disease Control and Prevention. National Diabetes Fact Sheet [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diabetes-statistics/> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 95. Centers for Disease Control and Prevention. Detailed Data for Diagnosed Diabetes–Percentage of Civilian, Noninstitutionalized Population with Diagnosed Diabetes: Mexican/Mexican American Females, by Age, United States, 1997–2010 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/prev/national/tprevmfemage.htm> Acessado em 2 de julho de 2012.
 96. Dall TM, Zhang Y, Chen YJ, Quick WW, Yang WG, Fogli J. The economic burden of diabetes. *Health Aff* February 2010;29:2297–2303.
 97. Centers for Disease Control and Prevention. Updated CDC Estimates of 2009 H1N1 Influenza Cases, Hospitalizations and Deaths in the United States, April 2009–April 10, 2010 [Internet]; 14 May 2010. Disponível em: http://www.cdc.gov/h1n1flu/estimates_2009_h1n1.htm/ Acessado em 2 de julho de 2012.
 98. Centers for Disease Control and Prevention. Vital Signs: Prevalence, Treatment, and Control of Hypertension–United States, 1999–2002 and 2005–2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2011 February 4;60(4):103–108 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.cdc.gov/>

- mmwr/preview/mmwrhtml/mm6004a4.htm
Acessado em 23 de janeiro de 2012.
99. Economic Research Service, U.S. Department of Agriculture. Household Food Security in the United States, 2009 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.ers.usda.gov/features/householdfoodsecurity/> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 100. Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of Overweight, Obesity, and Extreme Obesity Among Adults: United States, Trends 1960–1962 Through 2007–2008 [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.cdc.gov/NCHS/data/hestat/obesity_adult_07_08/obesity_adult_07_08.pdf Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 101. Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of Obesity Among Children and Adolescents: United States, Trends 1963–1965 Through 2007–2008 [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity_child_07_08/obesity_child_07_08.htm Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 102. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Table 1.7A: Serious Mental Illness in the Past Year among Persons Aged 18 or Older, by Age Group and Demographic Characteristics: Numbers in Thousands, 2009 and 2010. In Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Detailed Tables [Internet]; 2012. Disponível em: http://www.samhsa.gov/data/NSDUH/2k10MH_Findings/2k10MH_DTables/Sect1peMHtabs.htm#Tab1.7A Acessado em 2 de julho de 2012.
 103. Centers for Disease Control and Prevention. Table 57: Serious Psychological Distress in the Past 30 Days Among Adults 18 Years of Age and Over, by Selected Characteristics: United States, Average Annual, Selected Years 1997–1998 Through 2008–2009. In Health, United States, 2010 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus10.pdf#highlights> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 104. Centers for Disease Control and Prevention. Health, United States, 2010 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus10.pdf> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 105. National Institute of Mental Health. Any Disorder Among Adults [Internet]; 2008. Disponível em: http://www.nimh.nih.gov/statistics/1ANYDIS_ADULT.shtml Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 106. National Institute of Mental Health. Any Disorder Among Children [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.nimh.nih.gov/statistics/1ANYDIS_CHILD.shtml Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 107. Simpson TC, Needleman I, Wild SH, Moles DR, Mills EJ. Treatment of Periodontal Disease for Glycaemic Control in People with Diabetes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010;5:CD004714. DOI: [10.1002/14651858.CD004714.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004714.pub2).
 108. Khader YS, Albashaireh ZS, Alomari MA. Periodontal diseases and the risk of coronary heart and cerebrovascular diseases: a metaanalysis. *J Periodontol* 2004;75(8):1046–1053.
 109. Dye BA, Tan S, Smith V, Lewis BG, Barker LK, Thornton-Evans G, et al. Trends in Oral Health Status: United States, 1988–1994 and 1999–2004. *Vital and Health Statistics, Series 11, Number 248*, April 2007 [Internet]; 2007. Disponível em: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_11/sr11_248.pdf Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 110. Eye Diseases Prevalence Research Group. Causes and prevalence of visual impairment among adults in the United States. *Arch Ophthalmol* 2004;122:477–485.
 111. National Eye Institute. Prevalence and Causes of Visual Impairment and Blindness Among Adults 40 Years and Older in the United States [Internet]; 2004. Disponível em: <http://www.nei.nih.gov/eyedata/> Acessado em 2 de julho de 2012.
 112. Eye Diseases Prevalence Research Group. Prevalence of cataract and pseudophakia/aphakia among adults in the United States. *Arch Ophthalmol* 2004;122:487–494.

113. Eye Diseases Prevalence Research Group. Prevalence of age-related macular degeneration in the United States. *Arch Ophthalmol* 2004; 122:564–572.
114. Eye Diseases Prevalence Research Group. Prevalence of open-angle glaucoma among adults in the United States. *Arch Ophthalmol* 2004;122:532–538.
115. Eye Diseases Prevalence Research Group. The prevalence of diabetic retinopathy among adults in the United States. *Arch Ophthalmol* 2004;122:552–563.
116. Centers for Disease Control and Prevention. Smoking Facts and Statistics 2010 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.insta.com/quit-smoking/smoking-statistics-2010-centers-for-disease-control-and-prevention/> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
117. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Survey on Drug Use and Health, 2006 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.samhsa.gov/newsroom/advisories/0709043102.aspx> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
118. Centers for Disease Control and Prevention. US Physical Activity Statistics [Internet]; 2010. Disponível em: <http://apps.nccd.cdc.gov/PASurveillance/DemoCompareResultV.asp#result> <http://apps.nccd.cdc.gov/PASurveillance/DemoCompareResultV.asp#result> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
119. The White House. Health Reform in Action. The Affordable Care Act 2010 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.whitehouse.gov/healthreform/healthcare-overview> <http://apps.nccd.cdc.gov/PASurveillance/DemoCompareResultV.asp#result> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
120. Centers for Disease Control and Prevention. Affordable Care Act Helps Improve the Health of the American Workforce, Increase Workplace Health Programs. September 30, 2011 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.healthcare.gov/news/index.html> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
121. Department of Health and Human Services. Strategic Plan-FY 2007–2012 [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.hhs.gov/nvpo/vacc_plan/2010%20Plan/appendix4.pdf Acessado em 23 de janeiro de 2012.
122. United States, 111th Congress 1st Session, H.R. 3200, Affordable Health Care Act, July 14, 2009 [Internet]; 2009. Disponível em: http://frwebgate.access.gpo.gov/cgi-bin/getdoc.cgi?dbname=5111_cong_bills&docid=f:h3200ih.pdf Acessado em 23 de janeiro de 2012.
123. Food and Nutrition Act of 2008 [As Amended Through P.L. 110–246, Effective October 1, 2008] [Internet]; 2008. Disponível em: http://www.fns.usda.gov/snap/rules/Legislation/pdfs/PL_110-246.pdf Acessado em 23 de janeiro de 2012.
124. Health Resources and Services Administration. HHS Awards Affordable Care Act Funds to Improve Quality of Care and Electronic Reporting Capabilities in Beacon Communities. September 12, 2011 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.hhs.gov/news/press/2011pres/09/20110912b.html> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
125. Agency for Healthcare Research and Quality. Comparative Effectiveness Research [Internet]; 2009. Disponível em: <http://grants.nih.gov/grants/guide/notice-files/NOT-HS-09-009.html> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
126. Veterans Benefits Improvement Act 2010/VA Loans. *Veterans Journal*, 28 December 2010 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.veteranjournal.com/veteran-benefits-2010/> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
127. Disabled American Veterans, H.R. 3212 Veterans' Benefits Act of 2010 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.davmembersportal.org/hi/Department%20Newsletters/Benefit%20Changes-102910HR3219FullExplanation.pdf> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
128. KaiserEDU.org. US Health Care Costs [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.kaiseredu.org/Issue-Modules/US-Health-Care-Costs/Background-Brief.aspx> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
129. CNNmoney.com. Doctor-Starved: America's Heartland in Crisis [Internet]; 2011. Disponível em: <http://money.cnn.com/2010/03/26/news/>

- economy/health_care_rural_care_country_doctors/index.htm Acessado em 23 de janeiro de 2012.
130. United States Census Bureau. Table 131: National Health Expenditures by Type: 1990 to 2008. In Statistical Abstract of the United States: 2011 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.census.gov/compendia/statab/2011/tables/11s0131.pdf> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 131. Caffrey C, Sengupta M, Park-Lee E, Moss A, Rosenoff E, Harris-Kojetin L. Residents Living in Residential Care Facilities: United States, 2010. NCHS Data Brief 2012; 91 [Internet]; April 2012. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db91.pdf> Acessado em 2 de julho de 2012.
 132. PRNewswire, United Business Media. Statement by the National Association for Home Care & Hospice: Recent New York Times Op-Ed Underscores Congress' Ability to Reduce Medicare Spending Through "Smart" Cuts that Help Patients, Driven by Research and Best Practices [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.prnewswire.com/news-releases/statement-by-the-nationalassociation-for-home-care--hospice--recentnew-york-times-op-ed-underscores-congressability-to-reduce-medicare-spending-throughsmart-cuts-that-help-patients-driven-byresearch-and-best-practices-128476908.html> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 133. Northwestern Mutual. Cost of Long Term Care Study, June 2010 [Internet]; October 2011. Disponível em: <http://www.northwesternmutual.com/learning-center/studies-and-reports/cost-of-long-term-carestudy.aspx> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 134. Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor. Table 1.8: 2010–20 Industry-Occupation Matrix Tables, by Occupation [Internet]; 2012. Disponível em: <http://bls.gov/emp/tables.htm> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 135. Cutler DM. The American Healthcare System [Internet]; 2008. Disponível em: http://www.medical.siemens.com/siemens/en_US/rg_marcom_FBAs/files/brochures/magazin_medicalsolutions_06_2008/MedSol_Jun_2008_e_Essay_Healthcare_System_USA.pdf.pdf Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 136. Centers for Disease Control and Prevention. Table 74: No Usual Source of Health Care Among Children Under 18 Years of Age, by Selected Characteristics: United States, Average Annual, Selected Years 1993–1994 through 2008–2009. In Health, United States, 2010 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus10.pdf> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 137. Centers for Disease Control and Prevention. Data Table for Figure 20. Persons Who Did Not Receive Needed Dental Services in the Past 12 Months Due to Cost, by Sex and Age: United States, 1999–2009. In Health, United States, 2010 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus10.pdf#highlights> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 138. Hutchison L, Williams L. Access to Quality Health Services in Rural Areas-Long-Term Care: A Literature Review. Rural Healthy People 2010 [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.srph.tamhsc.edu/centers/rhp2010/Volume_3/Vol3Ch1LR.pdf Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 139. Centers for Disease Control and Prevention. Table 105: Persons Employed in Health Service Sites, by Site and Sex: United States, Selected Years 2000–2009. In Health, United States, 2010 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus10.pdf> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
 140. Centers for Disease Control and Prevention. Table 110: Health Care Employees and Wages, by Selected Occupations: United States, Selected Years 2001–2009. In Health, United States, 2010 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus10.pdf> e <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/2010/109.pdf> Acessados em 23 de janeiro de 2012.
 141. Shrestha LB, Heisler EJ. The Changing Demographic Profile of the United States [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.fas>

- [org/sgp/crs/misc/RL32701.pdf](http://www.aacn.nche.edu/org/sgp/crs/misc/RL32701.pdf) Acessado em 23 de janeiro de 2012.
142. American Association of Colleges of Nursing. Nursing Shortage [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.aacn.nche.edu/media-relations/fact-sheets/nursing-shortage> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
143. American Association of Colleges of Nursing. Joint Statement from the Tri-Council for Nursing on Recent Registered Nurse Supply and Demand Projections [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.aacn.nche.edu/Media/NewsReleases/2010/tricouncil.html> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
144. Just the Facts. Aid to Latin America Increases 12% in State Department FY2010 Request [Internet]; 2009. Disponível em: <http://justf.org/blog/2009/05/12/aid-latin-america-increases-12-state-department-fy2010-request> Acessado em 23 de janeiro de 2012.
145. An Abuse, Rape & Domestic Violence Aid & Resource Collection. Fighting Crime-Related Statistics by State [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.aardvarc.org/dv/statistics.shtml> Acessado em 23 de janeiro de 2012.