

Capítulo I



Um Século de Saúde Pública nas Américas

A Saúde é uma ferramenta poderosa para garantir um mundo mais seguro e duradouro para todos. Para aqueles que querem cumprir suas palavras, é um imperativo moral tornar as desigualdades visíveis.

Mirta Roses, Diretora,
Organização Pan-Americana da Saúde (1)

INTRODUÇÃO

A Região das Américas é um território geograficamente vasto, historicamente rico e inquestionavelmente lindo. Também é uma Região de realidades fortes e contrastantes – no que tange à saúde da sua popula-

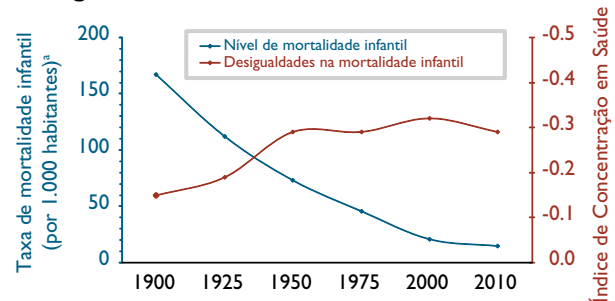
ção e ao desenvolvimento humano e na interação de determinantes sociais, econômicos, ambientais e políticos. Esses traços díspares têm sido cada vez mais analisados, documentados e enfocados desde a criação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 1902. Sem dúvida, ao longo de seus 110 anos, a Região tem feito progressos notáveis na melhoria da saúde de sua população. No entanto, as desigualdades persistem, e esse fato inspira e orienta o esforço coletivo da Região para assegurar um futuro melhor, mais saudável, mais rico, mais justo e mais equitativo.

O início do século XX contava com 194 milhões de habitantes (102 milhões na América do Norte e 92 milhões na América Latina e no Caribe). Em 2010, a população da América do Norte triplicou, enquanto que a da América Latina e do Caribe cresceu seis vezes; estima-se que, em sete anos, a população da Região deverá atingir um bilhão de pessoas (2, 3).

Em 1900, a Região começou a enfrentar a primeira onda da globalização que se seguiu à grande revolução industrial do final dos anos 1800. Em 2010, a Região enfrentou a segunda onda da globalização, em consequência da grande revolução tecnológica do final dos anos 1900. Nos anos 1900, a idade média era de 23 anos e o índice de envelhecimento era de 14 (em outras palavras, havia 14 pessoas com 65 anos ou mais para cada 100 pessoas com idade inferior a 15 anos). Em 2010, a idade média alcançou 31 anos e o índice de envelhecimento 37. Além disso, nesses 110 anos, a estrutura da população mudou drasticamente (Figura 1.1) e passou de forma massiva de um estilo predominantemente rural para um estilo predominantemente urbano (4, 5).

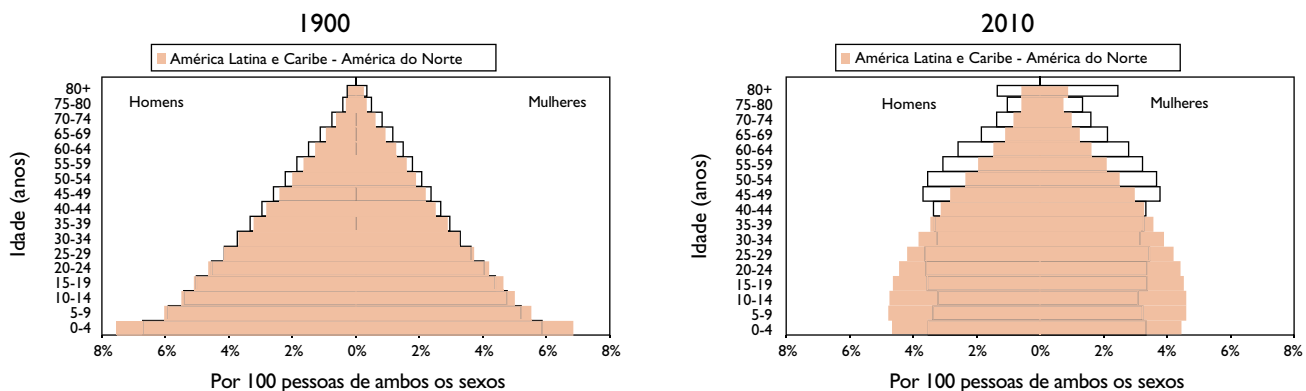
A Região das Américas tem alcançado progressos notáveis no que se refere à saúde da população. Nos últimos 110 anos, a taxa de mortalidade infantil caiu de 167,4 para cada 1.000 nascidos vivos em 1900 (229,1 na América Latina e no Caribe; 145,0 na América do Norte) para 15,2 em 2010 (20,3 na América Latina e no Caribe, 6,6 na América do Norte): isso é, em média, uma redução impressionante de 11 vezes (de 22 vezes na América do Norte) no risco absoluto de morrer antes de atingir um ano de idade (Figura 1.2, escala da esquerda). Em termos mais simples, em 1900, um em cada quatro bebês nascidos na América Latina e no Caribe e um em cada sete bebês nascidos na América do Norte não viveriam até seu primeiro aniversário. Um século e uma década mais tarde, 99% dos bebês na América do Norte e 98% dos bebês na América Latina e no Caribe sobreviveram além do seu primeiro ano de vida e têm grande chance

FIGURA 1.2. Evolução histórica do nível e da desigualdade na mortalidade infantil entre países, Região das Américas, 1900-2010



Fonte: Estatísticas Históricas da Economia Mundial: I-2008 AD.
© Prof. Dr. Angus Maddison, Universidade de Gröningen.
Elaborado por OPAS/OMS, 2012.

FIGURA 1.1. Estrutura populacional das principais sub-regiões por idade e sexo, Região das Américas, 1900 e 2010



Fonte: Divisão da População das Nações Unidas. Pirâmides geradas por OPAS/OMS com Epidat 4.0©, 2012.

de permanecerem vivos em todo seu ciclo de vida até a velhice.

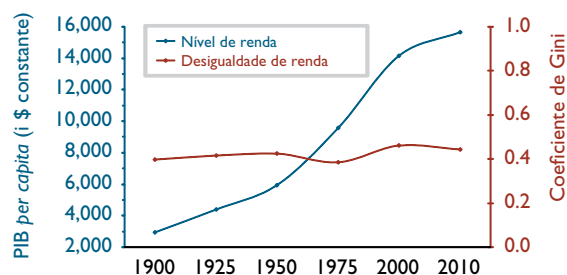
A expectativa de vida ao nascer aumentou de 40,9 anos em 1900 (48,0 na América do Norte; 29,2 na América Latina e Caribe) para 75,8 anos em 2010 (78,6 na América do Norte; 74,2 na América Latina e Caribe): isso é, um ganho consistente absoluto de 35 anos na expectativa de vida ao nascer (31 na América do Norte; 45 na América Latina e Caribe), faltando, em média, apenas 15% para dobrar o percentual do século anterior (6, 7, 8). Em outras palavras, um bebê nascido nas Américas em 1900 tinha apenas 41 anos para viver, aprender, trabalhar, constituir família e contribuir para a sociedade; enquanto que um bebê nascido hoje na nossa Região viverá quase o dobro e provavelmente será capaz de ver seus filhos e, talvez, até mesmo seus netos, crescerem e se tornarem pais.

Graças à disponibilidade de séries de dados históricos seguros e comparáveis¹, é possível documentar agora que os notáveis progressos realizados na Região se estenderam para além da saúde de sua população, alcançando seus principais determinantes, como evidenciam as tendências de renda e educação (7, 9, 10). De 1900 a 2010, a renda *per capita* (em dólares Geary-Khamis internacionais do ano 1990 com poder de compra comparável e situação de inflação controlada) (11) subiu, em média, cinco vezes, de GK\$ 2.921 para GK\$ 15.660 (de GK\$ 4.012 para GK\$ 30.596 na América do Norte, de GK\$ 1.196 para GK\$ 6.973 na América Latina e no Caribe) (Figura 1.3, escala da esquerda). No mesmo período, a taxa de escolarização nacional do ensino primário da população de 5 a 14 anos subiu, em média, de 61,1% (94,7% na América do Norte, 18,7% na América Latina e no Caribe) para 96,8% (97,9% na América do Norte, 96,2% na América Latina e no Caribe), o que evidencia a notável expansão, particularmente na América Latina e no Caribe, do capital humano da Região.

A despeito desses ganhos, a Região das Américas vivencia também, de modo simultâneo e contrastante, desigualdades persistentes na área da saúde e no âm-

¹ Reportamos o leitor à lista de referências no final desse capítulo, incluindo os bancos de dados de Maddison, Benavot-Riddle, Montevideo-Oxford, Sanchez-Albornoz e Abouharb-Kimball, entre outros ali listados. As estimativas numéricas e agregados oferecidos aqui podem diferir dos demais apresentados em outras seções dessa publicação.

FIGURA 1.3 Evolução histórica do nível e da desigualdade de renda entre países, Região das Américas, 1900-2010



Fonte: Estatísticas Históricas da Economia Mundial: I-2008 AD.
© Prof. Dr. Angus Maddison, Universidade de Gröningen.
Elaborado por OPAS/OMS, 2012.

bito social. De fato, existem, na atualidade, muitas evidências apontando para o fato de a esfera social ser o fator determinante da saúde: as persistentes desigualdades sociais geram iniquidades persistentes em saúde. Com esse entendimento promovido de forma inequívoca pela Comissão da OMS sobre Determinantes Sociais da Saúde, pode-se constatar que a redução e a eliminação das desigualdades na saúde só podem ser alcançadas agindo sobre os determinantes sociais da saúde em todo o espectro do gradiente social.

Uma análise exploratória dos dados históricos disponíveis em nível nacional (12) mostra que, apesar do aumento documentado no nível de renda, a desigualdade de renda entre países medida pelo coeficiente de Gini pouco mudou durante o período histórico analisado. Em 1900, esse índice de Gini era de 0,40; em 2010, foi de 0,44 (Figura 1.3, escala da direita). Além disso, em 1900, a parcela de renda para os países do quintil mais pobre da população era de 6,3%, e a dos mais ricos era 7,4 vezes maior (a chamada razão de Kuznets). Em 2010, a participação do quintil mais pobre caiu para 5,3% e a do quintil mais rico foi nesse caso 9,6 vezes maior.

Coerentemente com a determinação social da abordagem da saúde, essas desigualdades históricas na distribuição de renda (e riqueza) nas Américas reproduzem – determinam – desigualdades na distribuição da saúde. Numa abordagem metodológica semelhante, a desigualdade do risco absoluto de morrer antes do primeiro ano de idade medida pelo índice de concentração da taxa de mortalidade infantil não melhorou nos últimos 110 anos, mais uma vez, apesar do notável sucesso na redução da taxa média de mortalidade infantil acima destacada. Na verdade, a desigualdade re-

lativa em saúde parece ter piorado: em 1900, o índice de concentração em saúde era de -0,15; em 2010, foi de -0,29 (Figura 1.2, escala da direita). Em 1900, os países do quintil mais pobre da população representaram 28,4% de todos os óbitos infantis na Região; em 2010, alcançaram 38,0% (a razão de Kuznets associada subiu de 2,1 para 4,2). O mesmo padrão e a mesma tendência, embora um pouco atenuados, se reproduzem em nível nacional no gradiente social definido pelo acesso à educação primária.

Ao refletir sobre a onda de mudanças vivenciadas nas Américas ao longo dos últimos 110 anos, é possível se convencer de que os países da Região conseguiram, de forma coletiva, fazer com que essa parte do mundo ficasse mais saudável e mais rica. No entanto, ao analisar a evolução mais recente na área da saúde da população e seus determinantes nas Américas, conforme documentada nos capítulos dessa publicação, o cenário não parece tão otimista. A Organização Pan-Americana da Saúde, trabalhando lado a lado com os governos dos países, líderes e comunidades e com nossos parceiros, deve agora agir e avançar para fazer dessa Região um lar mais justo e sustentável.

ANTECEDENTES

Os PRIMEIROS ANOS: 1900-1920

Os primeiros 20 anos do século XX presenciaram um período de descobertas importantes sobre o papel dos vetores na transmissão das doenças. Os governos implantaram políticas e realizaram ações em nível internacional para prevenção e controle de doenças, incluindo a criação de uma agência especificamente voltada à saúde nas Américas. Em 1901, a Segunda Conferência Internacional de Estados Americanos realizada no México propôs a criação de uma “convenção geral de representantes das organizações de saúde das diferentes repúblicas americanas” responsáveis pela criação de acordos e regulamentos e a convocação de conferências periódicas sobre a saúde. Para isso, a Primeira Convenção Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas foi realizada no dia 2 de dezembro de 1902 em Washington D.C. e estabeleceu a Agência Sanitária Internacional, que passou

a se chamar Repartição Sanitária Pan-Americana em 1923 e, finalmente, Organização Pan-Americana da Saúde em 1958 (13).

Durante esses anos, foi também notável o plano dos Estados Unidos para a construção do Canal do Panamá. Em 1901, a Comissão da Febre Amarela chefiada por Walter Reed confirmou que o mosquito *Aedes aegypti* é o único vetor dessa doença, uma observação feita anteriormente pelo médico cubano Carlos Finlay. A partir de 1904, os Estados Unidos assumiram a gestão da Zona do Canal do Panamá, em que havia uma alta incidência de febre amarela. William Gorgas, anteriormente o principal oficial de saúde em Cuba, foi designado para supervisionar as medidas de saúde na área (14).

À época, Brasil e Cuba também estavam se empenhando para controlar a febre amarela. Como parte desse esforço, em 1905, Cuba editou 3.000 exemplares da publicação “*Health Practices Handbook*” – voltada aos funcionários de saúde pública, médicos e outros funcionários do governo – juntamente com mais de 50.000 panfletos sobre prevenção da febre amarela e higiene das crianças (15). No Brasil, Oswaldo Cruz, do Instituto Soroterápico Federal (atual Fundação Oswaldo Cruz), contou com métodos semelhantes aos usados pelas brigadas de saúde da Zona do Canal do Panamá. Sob sua liderança, a febre amarela foi temporariamente erradicada no Rio de Janeiro. Poucos anos depois, Carlos Chagas, um pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz, descreveu a tripanossomíase americana, ou doença de Chagas, e descobriu o vetor (*Triatoma infestans*) e o parasita causal (*Trypanosoma cruzi*) responsáveis por essa infecção (16).

CRESCIMENTO E EVOLUÇÃO: 1920-1960

Nas décadas centrais do século 20, os conceitos de saúde pública começaram a evoluir. Em 1920, o C.E.A. Winslow ampliou a definição de saúde pública para “a ciência e a arte de prevenir as doenças, prolongar a vida e promover a saúde através de esforços organizados e escolhas informadas da sociedade, de organizações, do setor público e privado, de comunidades e indivíduos” (17).

Em 1924, em Havana, Cuba, 18 países aprovaram um projeto do Código Sanitário Pan-Americano,

sendo esse posteriormente ratificado por 17 desses países entre 1928 e 1931. O Código buscou evitar a propagação internacional de infecções transmissíveis, promover a cooperação para proteger a saúde, padronizar as estatísticas de morbidade e mortalidade, promover o intercâmbio de informações em saúde e uniformizar as medidas de proteção contra as doenças. O Código foi o primeiro grande passo para a definição de uma política regional de saúde (18).

Na década de 1930, os problemas de saúde se ampliaram para além das doenças infecciosas incluir o desenvolvimento de recursos humanos, a disseminação da informação em saúde pública, os programas de saúde materno-infantil e os sistemas de cooperação e assistência técnica. Esses anos também presenciaram o desenvolvimento de bacteriostáticos, antibióticos e vacinas para a administração em massa, a produção da antitoxina diftérica e a implementação de programas de controle da tuberculose e de doenças venéreas (15).

Na década de 1950, a OPAS e as autoridades de saúde pública continuaram a apostar na erradicação de doenças, especificamente de boubá e malária. No Haiti, a boubá teve uma prevalência de 40% a 60% na população rural. Em 1950, o Haiti, com apoio de OPAS e UNICEF, lançou uma campanha contra a doença usando o novo antibiótico, a penicilina, e em 1958, houve apenas 40 casos infecciosos registrados em todo o país (19).

Em termos de malária, um esforço ambicioso para combater a doença foi lançado em 1954, com pulverização domiciliar com DDT e tratamento de pacientes com novos antimaláricos. A partir de então, as campanhas nacionais tiveram periodicidade de cinco a oito anos. Centros acadêmicos no Brasil, México, Estados Unidos da América e Venezuela desenvolveram programas de treinamento-e-pesquisa na capacidade construída de malariologia para a gestão de programas específicos. No início dos anos 1970, a mortalidade associada à malária havia sido reduzida significativamente na Região (20).

EVOLUÇÃO E REVOLUÇÃO: 1960-1990

A década de 1960 trouxe novos avanços na saúde pública. Muitos deles se edificaram a partir das reuniões especiais que foram realizadas na década anterior,

tais como aquelas em Viña del Mar, Chile (1954), e Tehuacán, México (1955), que promoveram a incorporação da “medicina social e preventiva” nas existentes e novas escolas de saúde pública e nas escolas de Medicina. O campus de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo no Brasil e a Universidade de Cali na Colômbia foram pioneiros nessa matéria e na introdução da “medicina comunitária” (21).

Após realizar avanços significativos no controle de várias doenças infecciosas, e com a chegada de antibióticos e da vacina contra a poliomielite, as agências de saúde e instituições de saúde pública começaram a estabelecer programas de saúde mental, saúde do trabalhador e saúde ambiental, além de se concentrar na organização e no financiamento dos serviços de saúde, incluindo hospitais. O fosso entre os cuidados de saúde prestados entre áreas urbanas e rurais tornou-se uma grande preocupação: o debate da política de saúde se deslocou então da promoção de postos de saúde rurais para a construção de sistemas hospitalares regionais que poderiam fornecer encaminhamentos para, em última análise, o desenvolvimento de sistemas nacionais de saúde (22).

Ao reconhecer cada vez mais a estreita relação entre o nível socioeconômico e a saúde, a Região encaminhou-se para o planejamento estratégico do setor saúde. Para o efeito, os países desenvolveram “programas decenais de saúde pública”, seguidos por planos nacionais de saúde e unidades de planejamento dentro dos ministérios da Saúde (23).

Na década de 1960, as estratégias de regionalização e centralização passaram também a fazer parte do desenvolvimento de sistemas nacionais de saúde. O primeiro sistema regional de saúde na América Latina – o Serviço Nacional de Saúde do Chile – foi criado por Leonardo Bravo e Abraham Horwitz e tentou unificar os serviços de prevenção e tratamento médicos fragmentados do país sob um esquema de gestão única. Da mesma forma, em Porto Rico, Guillermo Arbona estabeleceu um sistema de saúde regional, sendo a regionalização entendida como “delegação” de autoridade e responsabilidade do nível central para o nível regional, e do nível regional para o nível local (24).

Em 1964, a Fundação Rockefeller e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) realizou um estudo destinado a

orientar o desenvolvimento de sistemas médicos em áreas pobres em recursos dos países em desenvolvimento. O estudo realizado sobre 21 países e publicado em 1969 evidenciou que muitas pessoas no mundo não tinham acesso a cuidados de saúde. O estudo ressaltou que os modelos de atenção à saúde que envolveram o desperdício de seus enormes recursos, tais como os tipicamente encontrados nos países industrializados, não eram nem acessíveis nem práticos em nações mais pobres (25).

Com sua hierarquia baseada na especialização, racionalização e eficiência, a regionalização poderia tornar a saúde universalmente acessível a um custo que os países poderiam pagar. O nível nacional cuidaria da população marginalizada, uma carga que impôs grandes demandas sobre o sistema. Os ministérios se tornariam então os provedores de saúde de última instância. No entanto, devido aos seus recursos limitados, os ministérios só poderiam oferecer atendimento de segunda classe para os pobres, enquanto os pacientes que poderiam pagar por melhores serviços receberiam atendimento de primeira classe de prestadores privados pagos (26).

As instituições de seguridade social que começaram a crescer durante esse período se mantiveram desvinculadas dos ministérios da saúde e abordaram principalmente o tratamento médico em vez da prevenção. A fragmentação, a sobreposição de jurisdições e a duplicação de serviços por diferentes agências nacionais foram vistos como problemas a serem resolvidos através de reformas estruturais. Para isso, os ministérios da saúde envidaram grandes esforços para organizar programas de saúde pública (27).

Em 1963, os ministros da saúde das Américas pactuaram a intensificação e aceleração dos esforços para erradicar a varíola da Região. Em 1966, a 19ª Assembleia Mundial da Saúde aprovou um programa e orçamento para a erradicação global da varíola e alocou uma parte desses recursos para o lançamento do programa nas Américas em 1967. Em apenas oito anos, essa política de saúde e o desenvolvimento de um enfoque regional, além dos esforços individuais dos países, foram bem-sucedidos: o último caso de varíola nas Américas foi identificado em 1971 (no Brasil) e os países evoluíram para uma fase de vigilância contínua para prevenir a reintrodução da doença no hemisfério (28).

A partir de 1960, os especialistas em ciências sociais começaram a insistir no conceito de que o desenvolvimento social não deve ser dependente de desenvolvimento econômico. Esses cientistas sofreram isolamento e ameaças por seus pontos de vista, e seus estudos foram muitas vezes considerados subversivos. Por volta de 1970, Juan César García e outros, com o apoio do Milbank Memorial Fund, com sede em Nova Iorque, começaram a realizar novos estudos. Eles também coordenaram a comunicação e o intercâmbio de informações entre sociólogos, ampliando com êxito o interesse na importância das condições sociais e sua influência nos principais problemas de saúde (29).

Esse período foi caracterizado por mudanças radicais na prevenção de doenças, com maior atenção no comportamento e na promoção da saúde. A década de 1970 levou a um movimento mundial de “Saúde para Todos”, com destaque para a Conferência de Alma-Ata de 1978 e a Declaração de Alma-Ata, que ressaltou a necessidade de considerar a atenção primária em saúde como aspecto essencial do desenvolvimento socioeconômico (30). A iniciativa “Saúde para Todos” estabeleceu maior ênfase na atenção em saúde rural, na formação dos agentes comunitários de saúde, na incorporação de prestadores informais em redes de serviços de saúde e na promoção da participação comunitária. A Região contribuiu com modelos bem-sucedidos e experiências adquiridas ao longo de várias décadas e promoveu novas iniciativas à medida que os países evoluíram para governos democráticos. A OPAS lançou a criação de sistemas locais de saúde, fortalecendo as ações intersetoriais como nova abordagem para a saúde pública (31, 32).

A promoção da atenção primária em saúde coincidiu com uma turbulência política global e o início de movimentos de libertação nacionais em muitos países em desenvolvimento. O então Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde, Halfdan Mahler, desempenhou um papel fundamental na reformulação do problema de cobertura de saúde, deslocando a questão de uma abordagem puramente técnica para uma baseada em princípios éticos e políticos. Mahler defendeu a mobilização da comunidade e uma abordagem comportamental baseada na responsabilidade individual. Assim, a reforma do sistema de saúde tornou-se uma estratégia global para a mudança social (33).

As guerras civis em El Salvador, Guatemala e Nicarágua deixaram dezenas de milhares de feridos e mortos. Em 1983, em resposta ao apelo do Grupo de Contadora (os presidentes da Colômbia, México, Panamá e Venezuela) e com apoio de OPAS e UNICEF, os governos da Região criaram uma iniciativa chamada de “Saúde: Uma Ponte para a Paz” (34). A estratégia se fundamentava numa aliança entre países afetados pela violência e contou com vários programas de saúde organizados e implementados de forma colaborativa. Na primeira fase, as clínicas e os hospitais foram reconstruídos, os profissionais de saúde capacitados, medicamentos e alimentos distribuídos e os programas de vacinação em massa realizados na América Central devastada pelas guerras (35). Um pouco antes, em 1980, seguindo o exemplo dos programas de vacinação em massa em Cuba, o Brasil havia tentado erradicar a pólio através da ampla utilização da vacina oral contra a doença (OPV) (36). Pouco tempo depois, essa estratégia foi adotada em toda a Região, com resultados bem-sucedidos. Em 1991, o último caso de poliomielite foi detectado no Peru – a América Latina e Caribe haviam conseguido a completa erradicação da poliomielite (37,38).

RENOVAÇÃO E MUDANÇAS: 1990-2010

Os anos 1990 foram caracterizados por novos desafios epidemiológicos, econômicos e políticos. A assim chamada abordagem do Consenso de Washington (39) foi uma resposta neoliberal à crise econômica e financeira da época. Suas recomendações resultaram em cortes nos gastos públicos, incluindo os investimentos sociais críticos, e enfraqueceram a autoridade e a capacidade reguladora do Estado. Menores investimentos no acesso aos serviços de água e saúde agravaram o déficit histórico. Durante esse período, a cólera ressurgiu no Peru e se alastrou rapidamente por todo o continente; em 1992, tinha alcançado 14 países latino-americanos. No entanto, graças às respostas articuladas implantadas, o último caso endógeno de cólera foi notificado em 2000 (40).

A década de 1990 também presenciou um dos maiores desafios para a saúde mundial, a epidemia de HIV/Aids, que tinha começado na década anterior. Entre 1983 e 1993, foram estabelecidos programas

abrangentes de prevenção e controle da Aids em todos os países da Região (41). A partir de 1996, o Brasil foi pioneiro nos métodos de tratamento para as pessoas afetadas pelo HIV, estabelecendo uma política de cobertura universal com terapia antirretroviral e reduzindo pela metade a taxa nacional de mortalidade por HIV/Aids em menos de uma década (42).

Em setembro de 2000, 187 países-membros das Nações Unidas assinaram a Declaração do Milênio, chamando os governos para alcançar, até 2015, oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). O ano de 1990 foi a referência para medição dos ODMs e buscou resolver questões como fome e pobreza; educação; equidade de gênero; mortalidade infantil; mortalidade materna; controle da epidemia de Aids, tuberculose e outras doenças transmissíveis; sustentabilidade ambiental; e a necessidade de formar parcerias estratégicas e de cooperação para o desenvolvimento. Essas metas têm servido de incentivo para melhorar as condições de vida e de saúde dos países do mundo (43).

Na primeira década do século 21, a assistência internacional e os gastos privados com a saúde (44) aumentaram significativamente. Grande parte desse crescimento veio em resposta a ameaças à saúde mundial relacionadas à SARS (síndrome respiratória aguda grave) e as epidemias de H1N1, HIV/Aids e tuberculose multirresistente. A epidemia de SARS, em particular, demonstrou a ameaça direta e contínua de epidemias a ambos os interesses econômicos e de saúde. O surto levou à pressão política, que resultou na aprovação do Regulamento Sanitário Internacional (2005). Esse acordo juridicamente vinculativo estabelece um marco para a gestão coordenada de eventos que podem constituir uma emergência de saúde pública de interesse internacional e busca aumentar a capacidade de cada país para detectar, avaliar, notificar e responder às ameaças à saúde pública (45). Também durante esse período, várias instituições começaram a surgir no cenário internacional e assumiram um papel maior na cooperação em saúde com os países, incluindo o Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária; a Aliança Global para Vacinas e Imunização (GAVI); o Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da Aids (PEPFAR); e fundações como a Fundação Bill & Melinda Gates e a Fundação William J. Clinton (46).

Do ponto de vista político, houve um aumento notável na quantidade de reuniões de alto nível em que saúde e desenvolvimento estiveram na pauta, principalmente em cúpulas de Chefes de Estado e de governos das Américas e da América Latina, bem como de ministros da saúde. Essas foram realizadas no âmbito de processos de integração regional e sub-regional. Outras reuniões relevantes incluíram a Cúpula do Milênio, a Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre a Prevenção e o Controle das Doenças Não Transmissíveis e a Sessão Especial da Assembleia-geral das Nações Unidas sobre HIV/Aids.

Os últimos 20 anos presenciaram grandes avanços em quase todas as frentes relacionadas com a saúde, inclusive alcançando a maior sensibilização sobre a necessidade e a justificação racional do respeito dos direitos humanos, a importância da utilização de abordagens multissetoriais e os ganhos potenciais de aproveitar os novos conhecimentos científicos, a tecnologia inovadora e as informações mais atualizadas e relevantes para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas na Região.

CONCLUSÕES

Nos últimos 110 anos, a América Latina e o Caribe têm passado por grandes transformações, de

independência dos países do Caribe à construção de Estados modernos, de regimes autoritários e ditaduras à democracia e ao Estado de Direito, e de ciclos de crescimento econômico e alta produtividade a crises financeiras, desaceleração econômica e dívidas externas enormes. A Região também alcançou um notável aumento da expectativa de vida e uma redução importante da pobreza, bem como grandes melhorias nas condições de saúde e de vida da maioria da população. Em todo o mundo, e especialmente nas Américas, existe também uma tendência de mudança na direção de um novo paradigma e uma abordagem integral que considere a saúde como o resultado de uma complexa interação de fatores biológicos, ambiente físico e uma série de determinantes sociais, políticos e econômicos.

Finalmente, a nova realidade associada à rápida globalização econômica, social e cultural destacou as estreitas relações entre saúde e desenvolvimento das sociedades, a gestão de políticas públicas, as políticas externas dos países e as interações com múltiplos atores em nível regional e global. Da mesma forma, os avanços em pesquisa científica, tecnologia e acesso à informação avançaram a uma velocidade vertiginosa e foram muito além do imaginado. Isso viabilizou, por um lado, a ampla e imediata disseminação de novos conhecimentos, ideias e métodos, e por outro, um aumento sem precedentes da demanda social, a crescente

Quadro 1.1. No caminho certo: Mulheres nos governos da América Latina e do Caribe

América Latina e Caribe e Europa são as duas únicas regiões em que a representação das mulheres nos parlamentos excede a média mundial: Cuba (43,2%), Argentina (38,5%) e Costa Rica (36,8%) ocupam, respectivamente, as primeiras três posições nesse quesito. A participação das mulheres nos gabinetes governamentais triplicou entre 1990 e 2007, chegando a 24%. Em países como Bolívia, Chile, Costa Rica, Equador, Nicarágua e Uruguai, a participação das mulheres nos gabinetes beira os 30%. Nos últimos 20 anos, seis mulheres governaram ou governam países da América Latina: Violeta Chamorro (Nicarágua, 1990-1997), Mireya Moscoso (Panamá, 1999-2004), Michelle Bachelet (Chile, 2005-2010), Cristina Fernández (Argentina, 2007-até o momento), Laura Chinchilla (Costa Rica, 2010-até o momento) e Dilma Rousseff (Brasil, 2010-até o momento). No Caribe, também nos últimos 20 anos, oito mulheres ocuparam o cargo de primeiro-ministro: Dame Eugenia Charles (Dominica, 1980-1995), Susanne Camelia-Römer (Antilhas Holandesas, 1993 e 1998), Claudette Werleigh (Haiti, 1995-1996), Janet Jagan (Guiana, 1997), Jennifer M. Smith (Bermuda, 1998), Portia Simpson-Miller (Jamaica, 2006-2007), Michèle Pierre-Louis (Haiti, 2008-2009) e Kamia Persad-Bissessar (Trinidad e Tobago, 2010-até o momento).

Fonte: Women World Leaders 1945-2011, ZPC Collections. <http://www.terra.es/personal2/monolith/00women.htm>

capacidade de mudança e, em última análise, uma distribuição mais democrática do poder.

Agradecimentos

Agradecemos a Hania Zlotnik e Patrick Gerland, da Divisão de Populações das Nações Unidas, por terem cedido estimativas populacionais para 1900, consistentes com as tendências do período de 1900-1950 quanto à fecundidade e mortalidade, assim como dados populacionais por idade e sexo para 1950.

BIBLIOGRAFIA

1. Murshed F. An interview with Dr. Mirta Roses Periago. *Harvard Coll Glob Health Rev.* 2010;1(3):32-5.
2. Sánchez-Albornoz N. *The population of Latin America-a history.* Berkeley: University of California Press; 1974.
3. United Nations Population Division. *World population prospects: the 2010 revision.* New York: Department of Economic and Social Affairs; 2011.
4. Brea JA. *Population dynamics in Latin America.* *Popul Bull.* 2003;58(1).
5. Kenny C. *Getting better in pictures.* Washington, DC: Center for Global Development; 2011.
6. Abouharb MR, Kimball AL. A new dataset on infant mortality rates, 1816-2002. *J Peace Res.* 2007;44(6):743-54.
7. Maddison A. *Historical statistics of the world economy 1-2008 A.D.* Gröningen: University of Gröningen; 2010.
8. Kinsella KG. Changes in life expectancy 1900-1990. *Am J Clinical Nutrition.* 1992;55:1196S-1202S.
9. Benavot A, Riddle P. The expansion of primary education, 1870-1940: trends and issues. *Sociol Educ.* 1988;61(3):191-210.
10. *The Montevideo-Oxford Latin American Economic History Database (MOxLAD).* Oxford: Oxford University; 2012.
11. United Nations Statistical Division. *The Geary-Khamis method of aggregation.* Handbook of the International Comparison Programme. New York: United Nations Publication; 1992. (Studies in Methods Series F N°62).
12. Mujica OJ, Roses M. *The health of the Americas in 110 years of PAHO presence: remarkable strides, unscathed inequities.* Washington, DC: PAHO; 2012. [Manuscrito em fase de preparação]
13. Pan American Health Organization. *Pro Salute Novi Mundi: a history of the Pan American Health Organization.* Geneva: PAHO; 1992.
14. Minna Stern A. *The public health service in the Panamá Canal: a forgotten chapter of U.S. Public Health.* 2005;120(6):675-9.
15. Cueto M. *The value of health: a history of the Pan American Health Organization.* 1st ed. Rochester, NY: University of Rochester Press; 2007.
16. Fundação Oswaldo Cruz. *A história da Fundação Oswaldo Cruz.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; s.f. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1080&sid=194> Acessado em 18 de agosto de 2012.
17. Winslow CEA. *The untilled fields of public health.* *Science.* 1920;51(1306):23-33.
18. Pan American Health Organization. *Pan American Sanitary Code: towards hemispheric health policy.* Washington, DC: PAHO; 1999.
19. Samame GE. *Treponematoses eradication with special reference to yaws eradication in Haiti.* *Bull World Health Organ.* 1956;15(6):897-910.
20. Executive Committee of the Directing Council of the Pan American Sanitary Organization. *Topic 6: Report on the Special Malaria Fund of PASO.* Washington, DC: Pan American Health Organization; 1957. Disponível em: http://hist.library.paho.org/English/GOV/CE/31_15.pdf Acessado em 20 agosto de 2012.
21. The Rockefeller Foundation. *Annual report 1962.* New York: Rockefeller Foundation; 1962. Disponível em: <http://www.rockefellerfoundation.org/uploads/files/56d00f7e-d624-4375-a84ee913f38ccdf9-1962.pdf> Acessado em 18 de julho de 2012.
22. Frank JP. *The Pan American Health Organization and the health services decentralization – A*

- policy history [conference]. Miami: Faculty of the School of Public Administration, University of South Florida; 1994.
23. Pan American Health Organization. Ten-Year Health Plan for the Americas: final report of the III Special Meeting of Ministers of Health of the Americas. Santiago: PAHO; 1972.
 24. Arbona G. La regionalización de los servicios de salud: la experiencia de Porto Rico. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1980.
 25. Bryant J. Health and the developing world. Ithaca, NY: Cornell University Press; 1969.
 26. Bravo L. The development of medical care services in Latin America. *Am J Public Health*. 1958;48(4):434-47.
 27. Mesa-Lago C. Health care for the poor in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1992.
 28. Pan American Health Organization. 25 years without smallpox in the Americas. *Epidemiol Bull*. 1996;17(1).
 29. García JC. Pensamiento social en salud en América Latina. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1994. Pp. 95-143.
 30. Pan American Health Organization. Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Disponível em: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Systems_declaration_almaata.pdf Acessado em 24 de julho de 2012.
 31. Paganini JM, Capote R. Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias. Washington, DC: PAHO; 1990.
 32. Novaes H. Comprehensive health care in local health systems: conceptual analysis and assessment of selected programs in Latin America. Washington, DC: PAHO; 1990.
 33. Mahler H. La lucha política por la salud: Declaración ante la XX Conferencia Sanitaria Panamericana. *Bol Of Sanit Panam*. 1979;86(5):435-41.
 34. Teruel JR. Health: a bridge for peace – the origin of the strategy – the Central American experience (1983-1991). Oslo: Institute for Applied International Studies; 2008.
 35. National Institutes of Health. A bridge for peace. Against the odds, s.f. Disponível em: http://apps.nlm.nih.gov/againsttheodds/exhibit/preventing_disease/bridge_for_peace.cfm Acessado em 20 de agosto de 2012.
 36. Risi JB. The control of poliomyelitis in Brasil. *Rev Infect Dis*. 1984:S400-3.
 37. World Health Organization. Immunization, vaccines and biologicals. Sanofi Pasteur donates vaccine strain used for polio eradication to WHO. Geneva; WHO; 2011. Disponível em: <http://www.polioeradication.org/tabid/408/iid/156/Default.aspx> Acessado em 20 de agosto de 2012.
 38. Aylward B, Acharya A, England S, Agocs M, Linkins J. Trade, foreign policy, diplomacy and health. Polio eradication: politics and practicalities-decision to pursue eradication. Geneva: World Health Organization, s.f. Disponível em: http://www.who.int/trade/distance_learning/gpgh/gpgh2/en/index3.html Acessado em 20 de agosto de 2012.
 39. Birdsall N, de la Torre A, Valencia F. The Washington Consensus: assessing a damaged brand. Center for Global Development; 2010. Disponível em: <http://www.cgdev.org/content/publications/detail/1424155> Acessado em 17 de novembro de 2010.
 40. Ali M, Lopez AL, You YA, Kim YE, Binod S, Maskery B, Clemens J. The global burden of cholera. *Bull World Health Organ*. 2012;90:209-18A. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3314202/> Acessado em 20 de agosto de 2012.
 41. Pan American Health Organization. Acquired immunodeficiency syndrome (Aids) in the Americas. Washington, DC: PAHO; 1999. (CSP24/18 1994).
 42. Dourado I, Veras MA, Barreira D, Brito AM. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(Supl):9-17.
 43. United Nations Development Program. Millennium Development Goals report 2011. New York: United Nations; 2011. Disponível em: <http://www.beta.undp.org/content/dam/undp/>

- [library/MDG/english/MDG_Report_2011_EN.pdf](#) Acessado em 20 de agosto de 2012.
44. Feldbaum H, Lee K, Michaud J. Global health and foreign policy. *Epidemiol Rev.* 2010;32(1):82-92.
45. World Health Organization. International health regulations. About the IHR. Geneva: WHO; 2011. Disponível em: <http://www.who.int/ihr/about/en/> Acessado em 18 de agosto de 2012.
46. Bernardini D, Hill J, Arosquipa C, Hospedales J, Sotelo JM. Salud internacional y nuevas formas de asociación: el Dialogo Multipartito y el Foro de Socios. *Rev Panam Salud Publica.* 2011;30(2):144-7.