

Capítulo 7



Sínteses e Perspectivas

INTRODUÇÃO

No presente capítulo são resumidos alguns dos principais avanços, fossos e tendências da saúde na Região da Américas. Não se pretende aqui construir cenários alternativos, cuja metodologia transcende os objetivos dessa publicação, mas sim abordar temas relacionados aos contextos políticos, econômicos e sociais que incidiram na saúde durante os últimos anos. O capítulo também faz referência às

mudanças demográficas e epidemiológicas, bem como algumas das transformações contemplando tecnologias, culturas e riscos, cujos impactos diretos e indiretos na saúde e bem-estar são concomitantes e concorrentes, condicionando a capacidade de resposta dos serviços de saúde. Por fim, examinam-se também outros tópicos relevantes, como os relativos à gestão de situações de desastres e alertas de saúde, bem como a contínua evolução da ética, dos direitos humanos e da saúde global. A intenção é identifi-

car as tendências de saúde predominantes durante o período em estudo, seus fatores associados e determinantes, e apresentar algumas reflexões sobre as futuras perspectivas da saúde na Região.

SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA

Entre 2005 e 2010, a população total na Região das Américas passou de 886 para 935 milhões de habitantes. Se essa tendência continuar, estima-se que, até 2020, a população do continente poderá ter aumentado para pouco mais de um bilhão de habitantes, equivalente a 13,4% da população mundial (1). No entanto, ainda considerando o aumento do número de habitantes, observa-se já, em termos relativos, uma desaceleração da expansão demográfica. Entre os quinquênios 1995-2000 e 2005-2010, o crescimento médio anual da população em nível regional caiu de 1,3% para 1% (2).

Entre 2005 e 2010, a taxa de mortalidade geral da Região continuou caindo (de 6,9 para 6,4 por 1.000 habitantes), enquanto que, no mesmo período, a taxa global de fecundidade encolheu de 2,3 para 2,1 filhos por mulher. As mudanças demográficas têm diversos gradientes de evolução: enquanto Cuba registra uma taxa de 1,5 filhos por mulher (bem abaixo do nível de reposição populacional), Guatemala e Bolívia mostram taxas de 4,0 e 3,3 filhos por mulher, respectivamente (3). Estima-se que entre 2005 e 2010, a esperança de vida para ambos os sexos nas Américas passou de 72,2 para 76,2 anos – quase quatro anos a mais em um quinquênio – com um aumento adicional projetado de 6,5 anos até 2050 (1). Contudo, persistem diferenças entre os países, por exemplo, entre Bolívia e Chile, dois países vizinhos, em que a esperança de vida em 2010 foi de 66,8 e 79,2, respectivamente (2). Essas diferenças também se reproduzem no interior dos países – na Colômbia, em 2010 a mortalidade de crianças menores de cinco anos foi 11,3 vezes maior no quintil mais pobre se comparado ao quintil mais rico (4).

Em 2006, na Região viviam aproximadamente 100 milhões de pessoas maiores de 60 anos. Esse número deve duplicar até 2020, sendo que mais da metade desses idosos viverá na América Latina e no Caribe (ALC). Estima-se que 69% daqueles nascidos na América do Norte e 50% dos nascidos

na ALC viverão mais de 80 anos (1). Pela primeira vez na história da humanidade, quatro gerações estão vivas ao mesmo tempo. Tudo isso contribuiu para a construção de um importante capital social (5). Embora essas tendências sejam, sem dúvida, um reflexo dos principais ganhos da saúde pública alcançados no último século, o envelhecimento acarreta um aumento nas doenças crônicas e nas deficiências. Considerando as tendências registradas, estima-se que um número significativo dos idosos viverá em situação de pobreza – em particular, mulheres, tanto por sua maior longevidade como por suas condições históricas de exclusão social. Nos países em desenvolvimento, em que envelhecimento da população está ocorrendo com maior rapidez, será particularmente desafiador lidar com tais mudanças demográficas e epidemiológicas (6). Por exemplo, enquanto na França a população com 60 anos ou mais entre os anos aumentou de 7% a 14% no período 1864-1979, no México, esses desafios acontecerão entre 2016 e 2038. A França levou 115 anos para duplicar a proporção de idosos, enquanto o México alcançará esse feito em apenas 22 anos (7). Um envelhecimento saudável permite romper com o estereótipo de que os idosos são receptores passivos de serviços sociais e de saúde. Não obstante, chegar ao envelhecimento saudável baseado em programas de “autogestão e autocuidado” exige ações e investimentos bem definidos e planejados ao longo da vida dos indivíduos – um enfoque que até o momento, em geral, não tem recebido a devida atenção, principalmente naqueles países em que os sistemas de pensões e de previdência social são subfinanciados ou sem financiamento (7). Em 2010, na ALC, a taxa de dependência total era estimada em 53,3, enquanto a América do Norte registrava 49,0. Até 2050, esperam-se valores maiores, a saber, 57,0 e 67,1, respectivamente. Em 2010, a maior proporção de dependência na Região ocorreu entre as populações com menores rendas – o que, num cenário pessimista, poderia contribuir para perpetuar o ciclo da pobreza (8).

Na ALC, no período 1990-2009, houve queda de 66% na taxa de mortalidade infantil (de 42,0 para 14,8/1.000 nascidos vivos). Contudo, a média regional esconde diferenças de até 50 pontos entre países. As menores taxas correspondem a Cuba e Canadá (4,8 e 5,1, respectivamente) e as maiores, a Haiti e Bolívia (57,0 e 50,0, respectivamente) (9).

Entre 1990 e 2010, a taxa da mortalidade materna (TMM) caiu 43% na América Latina e 30% no Caribe – valores, esses, inferiores à redução média de 47%, observada nos países em desenvolvimento em nível global (10). Em 2008, na ALC, o quintil com menor escolaridade da população feminina concentrou a maioria das mortes maternas (mais de 35%), enquanto o quintil com maior escolaridade representou menos de 10% desses óbitos (11). Embora a cobertura dos programas de planejamento familiar tenha crescido na ALC, atingindo taxas de contracepção de 67%, semelhantes às registradas em países desenvolvidos, ainda persiste um fosso entre a oferta e a demanda de métodos anticoncepcionais, em particular, em populações marginalizadas e em adolescentes (12). Na Região, ocorrem anualmente 1,2 milhão de gestações não planejadas, 49% das quais entre adolescentes. A cobertura da atenção pré-natal na ALC não é baixa, uma vez que, em média, as gestantes recebem entre quatro e cinco consultas (9). Contudo, esses serviços não são necessariamente de boa qualidade, o que dá lugar a uma das expressões mais flagrantes de iniquidade e exige um nível maior de esforços para sua correção.

A Região das Américas já é a mais urbanizada do mundo. Em 2010, 82,1% da população da América do Norte e 79,4% da ALC residiam em zonas urbanas. Prevê-se que, até 2025, 9 das 30 maiores cidades do mundo estarão nas Américas: Bogotá, Buenos Aires, Chicago, Cidade do México, Lima, Los Angeles, Nova Iorque, Rio de Janeiro e São Paulo. Dito isso, dados recentes indicam que o crescimento urbano na ALC começou a desacelerar no período 2005–2010 (13).

Embora a incidência relativa da pobreza urbana na Região tenha caído de 41% em 1990 para 29% em 2007, paradoxalmente, o número absoluto de pobres urbanos aumentou de 122 para 127 milhões (14). É de se esperar que as cidades concentrem cada vez mais riqueza, criatividade, inovação e oportunidades em todas as frentes – da artística e cultural à técnica e científica e do trabalho e econômica. Apesar do contexto de maior afluência em ambientes urbanos, tudo indica que, nos próximos anos, as cidades continuarão albergando populações com diferentes gradientes de pobreza e vulnerabilidade (15).

Estima-se que mais de 20 milhões de habitantes da ALC (cerca 3,3% da população) vivam

atualmente fora de seu país de nascimento (11). Os imigrantes de menor escolaridade e que trabalham em atividades de baixa qualificação são os mais vulneráveis e excluídos nos países que os hospedam, afetando de maneira significativa suas condições de saúde (11). Na Região, o principal polo atrativo para imigrantes ainda são os Estados Unidos, onde os hispânicos representam atualmente um sexto da população, sendo 30% de origem mexicana (1).

Outro fenômeno de relevância para a saúde está associado ao crescimento acelerado de viajantes. Em 2011, o número de turistas nacionais e internacionais na Região cresceu em seis milhões, atingindo um total de 156 milhões de viajantes (16).

CENÁRIO POLÍTICO

A Região continua sua trajetória rumo a democracias mais consolidadas, enveredando novos marcos constitucionais e processos eleitorais mais transparentes e participativos onde as liberdades se consagram como um direito cidadão. Salvo situações pontuais, são notáveis os avanços alcançados nessas questões.

Intensificaram-se processos aparentemente opostamente polares, porém não contraditórios. Por um lado, a crescente descentralização e maior empoderamento das comunidades como base de uma crescente democracia participativa e plural. Por outro, a maior inserção dos países na globalização. Esses processos estão influenciando os processos de redistribuição do poder e de construção da cidadania que, somados a outros avanços econômicos, contribuíram para maiores níveis de autonomia e autoconfiança dos países. Ainda assim, a Região continua a vivenciar a deterioração de algumas questões, em especial, violência relacionada associada à delinquência e ao narcotráfico, as quais começam a colocar em risco alguns dos avanços alcançados até o momento.

As redes sociais estão em pleno crescimento, catalisadas pela revolução das tecnologias da comunicação, que trouxe novas percepções, expectativas e demandas em todas as esferas da vida cotidiana. Expressões de diferentes grupos comunitários – seja de protesto ou de apoio a diversas causas – são cada vez mais comuns, manifestando os pontos de vista desses sobre temas como economia, ambiente, edu-

cação e saúde. O futuro da saúde dependerá, sobretudo, da convicção individual e comunitária de que uma boa saúde é importante para conseguir e manter o tipo de vida à qual todos aspiram e desejam, tanto para si mesmos como para seus familiares e entes queridos (17).

À medida que a ALC vivencia o aumento da mobilidade vertical e a expansão das classes médias, embora em níveis modestos, emergem novos mercados de bens e serviços, incluídos os da saúde e da educação. Também, a sociedade vem tendo novas aspirações e preferências políticas: em alguns países, a sociedade está cada vez mais perdendo confiança na credibilidade de partidos políticos e outras instituições tradicionais (18).

A globalização estimulou novas correlações de forças que reúnem interesses pragmáticos e ideológicos diversos. Nesse contexto, os países da Região têm sido cada vez mais proativos, tratando de garantir e ampliar sua presença em diversos espaços comerciais e políticos, num mundo rapidamente cambiante e não livre de turbulências e contradições. Cada país expandiu seus horizontes, participando simultaneamente de várias alianças, iniciativas e blocos reunidos pela proximidade geográfica ou por motivos comerciais, culturais ou políticos. A presença de países da Região em blocos estratégicos globais também é cada vez mais proeminente, como, por exemplo, na Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômicos (OCDE), o Grupo dos 20 (G20), o Fórum de Cooperação Econômica Ásia-Pacífico (APEC) e o grupo BRICS (Brasil, China, Índia e Rússia). Além disso, recentemente, surgiram novas alianças e foros, como a Aliança Bolivariana para os Povos da Nossa América (ALBA), a União de Nações Sul-americanas (UNASUR) e a Comunidade de Estados Latino-americanos e Caribenhos (CELAC) – que coexistem com outras instâncias regionais mais antigas. No fenômeno conhecido como “regionalismo aberto”, a participação em diversas parcerias e iniciativas não é exclusiva.

PANORAMA ECONÔMICO

A crise financeira de 2008–2009 afetou de maneira significativa o sistema financeiro internacional, ameaçando a estabilidade econômica e social de todos os países da Região. Embora a economia mun-

dial tenda à recuperação, o caminho rumo ao crescimento econômico não está livre de turbulências que ainda afetam até as maiores economias do mercado global, a saber, Estados Unidos, Europa e Japão (19, 20).

Na ALC, a crise foi precedida de um quadriênio de sustentado crescimento do PIB *per capita*, a uma taxa média anual próxima de 4,4 %. Produto da crise, em 2009, a maioria dos países da Região registrou uma redução nas taxas de crescimento econômico e na renda *per capita*. Em 2010, a ALC retomou o crescimento econômico com uma recuperação de 4,8% do PIB *per capita*. Além disso, registraram-se os níveis mais baixos de pobreza (31,4%) e pobreza extrema (12,3%) dos últimos 20 anos. Mesmo assim, a ALC encerrou 2011 com 177 milhões de habitantes em situação de pobreza, dos quais 70 milhões em condições de extrema pobreza (21). Por outro lado, Estados Unidos e Canadá tiveram, respectivamente, 15% e 11% de sua população abaixo da linha de pobreza (22, 23).

Entre 2008 e 2010, frente à crise econômica, a maioria dos países aplicou políticas anticíclicas de mitigação, protegendo e, em alguns casos, ampliando o gasto público social, sobretudo por meio de programas de transferências condicionais que, em 2010, atingiram 3% do PIB (21).

O comércio e os investimentos na ALC cresceram. Os países chamados de “multi-latinos” estão ampliando seus mercados em nível mundial. O Brasil já é a sexta economia do mundo (24). O Banco Mundial classificou vários países da ALC dentro da faixa das economias emergentes, com níveis de renda média e média para alta. Apesar da estabilização macroeconômica alcançada, ainda se debate a necessidade de aprofundar algumas reformas em áreas críticas como a fiscal, do trabalho, judiciária e sobre escopo da proteção social, entre outras (25).

Apesar da crise, a economia dos Estados Unidos chegou a US\$ 16 trilhões – o triplo de toda a ALC – e esse país permanece o mais relevante para o comércio com países da Região. Os Estados Unidos exportam mais para a ALC do que para a Europa, o dobro para México do que para China e mais para Chile e Colômbia do que para Rússia. Compra 40% das exportações da ALC. Os investimentos norte-americanos, por sua vez, representam 40% dos investimentos estrangeiros na ALC. Dos US\$ 60 bilhões que os países da ALC recebem na

forma de remessas, 90% derivam dos Estados Unidos (18).

CONDIÇÕES SOCIAIS

Entre 1980 e 2010, o Índice Regional de Desenvolvimento Humano passou de 0,573 para 0,704, permanecendo abaixo do correspondente aos países da OCDE de 1980 (0,754), mas já se aproximando de 0,717, valor definido pelo PNUD como índice de alto desenvolvimento, no entanto, com notáveis variações entre países e dentro dos países (26).

O eixo da agenda social da Região continua sendo a luta contra a pobreza e as iniquidades dentro de uma realidade ambivalente. Por um lado, a combinação de inflexibilidades estruturais fortalece a reprodução intergeracional de iniquidades associadas a uma escassa redistribuição da riqueza. A essas rigidezes acrescentam-se o acesso desigual a emprego digno, educação de qualidade, moradia salubre e a oferta equânime de serviços de saúde para toda a população, bem como outros marcadores relacionados à estratificação social. Por outro lado, há avanços recentes que abrem novas possibilidades para seguir construindo sociedades mais justas e com acesso mais amplo ao bem-estar. Em valores líquidos, na ALC, em 2010, mais de 60 milhões de pessoas saíram da pobreza, uma mudança de proporções sem precedentes (21).

De acordo com a CEPAL, em 2009, a ALC permanecia a mais desigual, com coeficiente de Gini médio de 0,52 nos 18 países analisados, superior ao da África Subsaariana (0,44) e ao da Ásia Oriental e do Pacífico (0,41) (27). Ademais, estudos recentes mostram que, em termos de distribuição da renda, a ALC deixou de ser a Região mais desigual do mundo e que o coeficiente de Gini caiu de 0,56 em 2003 para 0,48 em 2008. Tal avanço parece ser explicado não somente pelas mudanças ocorridas nas maiores economias da ALC (Brasil e México), mas também em mais 11 das 17 economias analisadas. Embora esse fenômeno tenha se produzido na ALC, têm-se observado um aumento na disparidade de renda em outras regiões em desenvolvimento (28-30).

As melhorias observadas na Região devem-se principalmente ao aumento de rendas laborais (21), bem como do impacto das políticas de redistribuição da renda (31,32) implementadas por meio de

programas visando transferências condicionais de dinheiro mais progressivas e sustentadas para os setores mais vulneráveis, e tudo isso ocorreu num contexto de crescente democratização e descentralização (33), ligado a mudanças tecnológicas e de ampliação da cobertura do ensino fundamental para os grupos populacionais socialmente mais atrasados (34). Contudo, deve-se mencionar que nem todos os sistemas de proteção social nos diversos países da Região são suficientemente inclusivos. Vários mostram fossos que perpetuam a vulnerabilidade e a estratificação no acesso à proteção social (21, 35).

Em matéria de emprego, em 2011, na Região, trabalharam cerca de 468 milhões de pessoas, ou seja, 79% da população economicamente ativa – dos quais 60,2% (283 milhões) na ALC (21). A maioria das vagas de trabalho pertencia ao setor dos serviços (61,6%), seguido do industrial. Por sua vez, o setor agrícola empregou um em cada seis trabalhadores da Região (36). Entre 2000 e 2010, ocorreu na ALC o ingresso massivo das mulheres na força de trabalho, com uma taxa de ocupação que passou de 47,3% para 52,8% no período (37). No entanto, a mobilidade de salários mantém-se lenta, em especial para as mulheres que trabalham em setores de baixa produtividade (21). A ALC conseguiu reduzir a taxa de desemprego urbano para 6,8%, a mais baixa registrada desde que se começou a usar os métodos atuais de medição no início dos anos 1990 (38). Contudo, persistem o subemprego, a informalidade e o desemprego, tanto em áreas rurais como em zonas urbanas marginais, afetando, em especial, a população de 15 a 24 anos. O tamanho da economia informal varia de país para país, incluindo não apenas os mais pobres, mas também outros setores da população, limitando seu acesso a benefícios, tais como proteção social e serviços de saúde (38). Nos Estados Unidos, a taxa de desemprego foi de 8,1% em abril de 2012, afetando de forma diferenciada certos grupos étnicos, sendo 13% entre os afro-americanos, 10,3% entre os hispânicos, 7,4% entre os caucasianos e 5,2% entre asiáticos (39).

Durante 2011, a OIT estimou que aproximadamente 1,3 milhão de trabalhadores na ALC se enquadravam na categoria de trabalho forçado e que 10,7 milhões de crianças menores de 15 anos estavam trabalhando (40). Quanto ao trabalho infantil, há suficientes evidências que documentam seus efeitos deletérios em longo prazo, entre eles,

minar o desenvolvimento individual físico e mental das crianças, com sequelas sociais (41). Na Região, a informação sobre os riscos ocupacionais é incompleta e de qualidade limitada (42, 43). Na ALC, os registros disponíveis se referem normalmente aos trabalhadores do setor formal, cuja cobertura do seguro por riscos ocupacionais variou em 2009 entre 12% e 87% (43). A principal causa do subdiagnóstico e da subnotificação das doenças ocupacionais continua sendo o desconhecimento por parte dos profissionais da saúde de temas relacionados às patologias de origem ocupacional.

Dados recentes informam que 21% dos jovens da América Latina nem trabalham nem estudam. Existe uma relação inversa entre renda e o fenômeno “nem-nem”. A classe média baixa exhibe o percentual mais elevado com 61%. Da geração “nem-nem”, 74% são de domicílios em que ter apenas o ensino fundamental é a regra (44).

A educação e a saúde se consagram como pedras miliáres do desenvolvimento. Existe uma relação sinérgica entre ambas que pode ampliar ou reduzir as condições econômicas e culturais dos países. O aumento dos níveis educativos é associado à melhora da saúde da população e ao aumento da produtividade, à mobilidade social, redução da pobreza e construção da cidadania. Na ALC fizeram-se progressos significativos para a universalização da educação primária. Em 1990, o acesso à educação primária aproximava-se de 88% para meninos e meninas. Porém, em 2010, essa cobertura atingiu 95% e em alguns países, até 99% (27). O atraso escolar – medido pelo número de crianças que abandonam a escola no ensino fundamental ou que não concluem seu último ano letivo no período de tempo designado – adequado é muito importante para o setor da saúde. É exatamente nessa população que se concentra a gravidez adolescente e, posteriormente, são observadas as maiores taxas de morbimortalidade infantil (21).

Existe certo grau de “hereditariedade” do capital educativo. Os filhos cujos pais não concluíram o ensino fundamental são aqueles que têm menos probabilidades de concluir o ensino secundário. Aproximadamente a metade da população dos países da ALC completou a educação secundária, mas em seis países não passa de 38%. Diversos estudos apontam que a educação secundária completa é a escolaridade mínima para melhorar as condições de vida das pessoas (45).

Na Região, o tema da equidade de gênero e étnica é cada vez mais visível nas agendas políticas de muitos países, com número crescente de mulheres em posições de liderança. Embora insuficiente em números, em 2010, a participação e representação das mulheres na vida político-eleitoral da ALC estava ao redor de 20% (46). Em 2011, cinco países da Região eram governados por mulheres. Houve maior empoderamento e reconhecimento dos direitos e contribuições das mulheres, dos povos indígenas e afrodescendentes, bem como de grupos de orientação sexual diversa, como lésbicas, gays e transexuais (47).

Na ALC, são as mulheres (90%) as que cuidam das pessoas idosas, uma carga física e econômica sem reconhecimento nem compensação. Todas as evidências indicam que, com o envelhecimento da população, o aumento epidêmico das doenças crônicas e as deficiências, e a falta de uma resposta institucional adequada, a carga de trabalho não remunerado das mulheres cuidando de idosos continuará aumentando (48).

Os programas de redução da pobreza concederam às mulheres maior controle sobre os recursos, incluído o acesso à atenção em saúde e à educação. Na Região das Américas, as mulheres como grupo superaram os homens em termos de escolaridade, embora esses ganhos não sejam refletidos de forma paritária, principalmente nos salários (49).

Na Região vivem aproximadamente 1.100 etnias indígenas diferentes: na ALC, representam 10% da população, no Canadá 4% e nos Estados Unidos 1,6% (12, 50, 51). Independentemente de seu país de residência, essas etnias – bem como os afrodescendentes – são populações que se encontram em diversos gradientes de exclusão social e vulnerabilidade. De acordo com o Banco Mundial, algumas dessas populações recebem apenas entre 46 e 60% dos vencimentos de não indígenas (52). Em virtude das condições atuais de pobreza e de exclusão social, os efeitos negativos na saúde persistem de forma intergeracional entre algumas das etnias discriminadas (53).

A Região das Américas avançou substancialmente no cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs). Quase todos os ODMs têm alguma relação com a saúde: três deles são específicos (4, 5 e 6) e outros três (1, 7 e 8) incluem metas estritamente vinculadas à saúde. Isso

reflete o amplo consenso sobre a relevância da saúde como insumo e produto do desenvolvimento sustentável, além de evidenciar que o estado da saúde é um indicador-chave do nível de funcionamento da sociedade. Embora os ODMs mencionados abordem os principais problemas e fatores que contribuem para a carga de doenças e óbitos das populações mais vulneráveis do mundo, chama atenção o fato de eles não mencionarem as doenças crônicas (54).

Embora a Região das Américas como um todo registre os maiores avanços na redução da mortalidade infantil, nem todos seus países cumprirão com o ODM 4 (reduzir em dois terços a mortalidade de menores de cinco anos de idade), considerando que a mortalidade neonatal permanece um desafio em municípios e populações vivendo em condições de vulnerabilidade. Por outro lado, a Região adiantou a redução da incidência de malária e tuberculose e houve avanços significativos na redução da propagação do HIV/Aids e no acesso a seu tratamento (ODM 6). Apesar de conseguir progressos importantes para o acesso universal à saúde reprodutiva (ODM 5), os números disponíveis indicam que a meta de reduzir em 75% a taxa de mortalidade materna não será alcançada (10, 54-56). A Região também cumpriu de forma antecipada as metas de cobertura de água potável (ODM 7) (57). Quanto ao saneamento básico, a informação disponível em nível regional indica que a meta não será atingida, especialmente em zonas rurais. Mas as tendências atuais da Região apontam para o seu alcance da meta de reduzir pela metade o número de pessoas que passam fome (ODM 1). Além disso, fizeram-se progressos para oferecer o acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis (ODM 8) (46, 54, 56).

Os ODMs criaram oportunidades sem precedentes para promover ações e investimentos na saúde, em todos os níveis de intervenção – local, nacional, regional e mundial (54). Instituições como o Fundo Global para a Luta contra HIV/Aids, Tuberculose e Malária, a iniciativa de Redução da Malária (“Roll Back Malaria”) e a Aliança Global para Vacinas e Imunização (GAVI) foram criadas a partir dos ODMs (58). A partir de 2003, o Fundo Global aprovou US\$ 1,54 bilhão para apoiar programas nacionais de países da Região – 70% dos recursos foram destinados ao HIV/Aids (59). Posto isso, tudo indica que, nos próximos anos, o volume desses recursos

diminuirá devido a reduções nas contribuições ao Fundo, bem como a mudanças nos critérios de elegibilidade ao financiamento. Esses critérios afetarão principalmente os países de renda média, que representam a maioria dos países beneficiados na ALC.

Na etapa pós-2015 e com vistas a 2030, um novo conjunto de objetivos deve ser proposto para assegurar o contínuo avanço da Região rumo a um desenvolvimento sustentável. Esses novos objetivos devem conciliar as metas-chave sob os princípios de universalidade e equidade, diferenciando metas segundo Região e país, e considerando também as diferenças e gradientes afetando todos os grupos da sociedade, com ênfase nos mais desfavorecidos e nos idosos. No âmbito da saúde, prevê-se a priorização da necessidade de fortalecer a capacidade de resposta dos serviços de saúde através de uma visão mais integral ao invés de continuar investindo em ações verticais direcionadas a doenças específicas (58).

SITUAÇÃO DO MEIO AMBIENTE

Estima-se que 25% da carga de doenças associam-se a desequilíbrios ambientais (60). O mundo está presenciando um crescimento demográfico sem precedentes, bem como a contínua incorporação de amplos grupos populacionais em uma economia global baseada num modelo de consumo exacerbado. Por um lado, esses fatores aumentaram a demanda de energia, água, têxteis, minerais e outros produtos. Por outro, a produção de lixo industrial e municipal vem afetando gravemente a resiliência dos diversos ecossistemas. Uma recente avaliação informa que 15 de 24 dos ecossistemas do planeta estão se degradando e se tornando não sustentáveis, e que os danos causados a vários deles já são irreversíveis, colocando toda a humanidade em estado de maior vulnerabilidade (61).

Na ALC, a opinião pública está cada vez mais consciente da importância dos danos ao meio ambiente. Entre 2008 e 2010, a proporção de pessoas que acreditam que as mudanças climáticas afetam o bem-estar e o desenvolvimento de seu país passou de 84% para 88%, enquanto a daqueles que priorizam a economia em detrimento do meio ambiente diminuiu de 37% para 17% (44).

Em 2010, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou uma resolução na qual reconhece o

acesso à água e saneamento como direito humano e determinante social essencial para a mitigação da pobreza (61.b). Entre 1992 e 2012, o acesso à água potável na ALC aumentou de 86% para 92%, enquanto o saneamento básico passou apenas de 70% para 78% (62). A não consecução das metas previstas no ODM 7 para o saneamento, especialmente em nível rural, tem importantes repercussões negativas na saúde. Além disso, muitas vezes faltam informações confiáveis sobre a qualidade da água potável (63).

Entre 2002 e 2010, embora a proporção da população urbana beneficiada pelos serviços de coleta apropriada de dejetos sólidos (lixo) tenha superado a taxa de crescimento populacional urbano, essas conquistas não foram uniformes em todos os países, e nem em cidades dentro de um país (64). A metade dos resíduos urbanos produzidos na Região não recebe uma disposição final adequada (65).

Na ALC, estima-se que pelo menos 100 milhões de habitantes estão expostos a níveis insatisfatórios de qualidade do ar (66), situação que se associa a cerca 133.000 mortes anuais (67). Embora a maioria dos países tenha um marco legal para o controle da poluição do ar, em vários deles as normas estabelecendo os limites de exposição precisam ser atualizadas, uma vez que esses excedem os patamares de exposição internacionalmente recomendados (68).

Além disso, a poluição do ar em espaços fechados permanece um risco em países de baixa renda, em particular para mulheres e crianças que passam mais tempo em casa e próximos a estufas ineficientes que emitem fumaças tóxicas. Em 2007, estimava-se que, na ALC, 87 milhões de pessoas ainda queimavam biomassa como sua principal fonte de combustível. As partículas emitidas pelos seus fumos chegam a ser até 60 vezes superiores às do ar ambiental externo (69). Relatos indicaram uma associação direta entre a exposição à poluição do ar em espaços fechados e as mortes precoces (70, 71).

Na Região, a exposição a contaminantes químicos continua sendo um problema de saúde pública pouco abordado. A produção e o uso global de químicos entre 1970 e 2010 aumentaram 10 vezes (72). Na ALC, entre 1999 e 2009, o valor da produção de produtos químicos mais que dobrou, passando de US\$ 127.500 bilhões para US\$ 260.500 bilhões (73). Houve, nos últimos anos, alguns esforços

para reduzir a exposição a alguns contaminantes, entre os quais chumbo, mercúrio e asbesto. Contudo, persistem desafios importantes relacionados ao uso de substâncias químicas, como os praguicidas e poluentes orgânicos persistentes, cujos relatos sobre seus efeitos nos sistemas de saúde não são registrados de maneira apropriada e oportuna (74). Isso afeta grupos de alto risco, em especial, crianças, cuja vulnerabilidade é maior tendo em vista seu peso corporal, seu metabolismo e o grau de desenvolvimento de seus órgãos e tecidos (75).

As doenças transmitidas pelos alimentos são reconhecidamente um problema de saúde pública decorrente de situações que incluem deficiência no fornecimento e na qualidade da água e no saneamento, práticas inadequadas de higiene e aumento das cadeias de produção e da indústria de alimentos em nível nacional e internacional (76). Persiste a necessidade de melhorar os registros de qualidade dos alimentos, bem como a vigilância sistemática de casos e surtos de doenças transmitidas por alimentos.

A segurança alimentar é afetada negativamente pela conjunção de várias forças globais. Entre elas, a demanda crescente por alimentos – fenômeno ligado às mudanças climáticas que afeta a produtividade agrícola e aumenta o custo da energia – e a preferência pela produção de biocombustíveis em detrimento da produção de alimentos. As crises econômicas recorrentes e a influência da bolsa de valores, com compromissos em mercados de futuros, também tendem a encarecer a cesta básica. Isso limita o acesso a alimentos seguros e nutritivos que permitem às pessoas – em especial, aos mais pobres – viverem de maneira produtiva e saudável. (77, 78).

Há evidências de que as mudanças climáticas poderiam provocar uma elevação paulatina do nível do mar; ondas de calor, furacões e tormentas mais intensos; inundações e secas graves; deterioração da qualidade do ar nos ambientes urbanos; e o agravamento das doenças transmitidas por vetores e água. Poderiam também incidir negativamente na produção e no acesso aos alimentos, provocando ainda deslocamentos e migrações populacionais com impactos sociais importantes. Todos esses fatores são possíveis causadores de uma propagação inesperada de doenças (79).

Muitos países da Região são signatários de múltiplos acordos, convênios e tratados interna-

cionais de preservação ambiental que são também relevantes para a saúde humana. A maioria desses instrumentos tem caráter voluntário, embora haja alguns de natureza vinculativa. Contudo, sua implementação pelo setor da saúde tem sido muito limitada (80). Muitos projetos ligados à iniciativa denominada “Economia Verde” podem contribuir para frear as emissões de gases de efeito estufa produzidos em diversos setores, melhorando assim a qualidade do meio ambiente e da saúde pública no mundo todo (81). No entanto, sua implementação não está isenta de debates em assuntos críticos como a transferência de tecnologia e inovação, e o respeito da soberania nacional sobre os recursos do país, entre outros (82).

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

Todos os países da Região atravessam diversas fases de transição epidemiológica (12). Em nível regional, dados do período 2007-2009 indicam que 76,4% de todos os óbitos foram causados por doenças não transmissíveis, 12,5% por doenças transmissíveis e 11,1% por causas externas, com variações de país para país (2).

Os países da ALC enfrentam um panorama epidemiológico complexo (83), caracterizado por uma carga tripla de doenças. Em primeiro lugar, as doenças crônicas, além de sua elevada mortalidade, possuem cargas caracterizadas por problemas recorrentes e deficiências crescentes exercendo uma forte pressão sobre os serviços de saúde. Em segundo lugar estão as doenças infecciosas, as quais, apesar da redução de sua mortalidade, continuam registrando taxas de morbidade elevadas, principalmente nas crianças menores de cinco anos, além de exigirem importante demanda de serviços gerada por algumas doenças endêmicas e epidêmicas insuficientemente controladas. Em terceiro lugar está a crescente carga de doenças provocadas por causas externas, resultando numa importante demanda de serviços de saúde, em particular, os de emergência.

Quanto às doenças imunopreveníveis, os programas de vacinação das Américas conseguiram enormes avanços, evitando cerca de 174.000 mortes infantis anuais entre 2006 e 2011 (84). A Região foi líder mundial na eliminação ou redução dessas enfermidades. Foi a primeira a erradicar a varíola

(1971) e eliminar a pólio (1991). O último caso endêmico de rubéola ocorreu em 2009. Por sua vez, o último caso endêmico de sarampo notificou-se em 2002, em que pese o recente registro de alguns surtos isolados dessa doença associados à importação de casos de fora da Região (85). As coberturas de vacinação são em média de 93% entre as crianças menores de um ano de idade. Houve notável redução de casos de difteria, tétano e coqueluche (86).

Atualmente, existem vacinas para todos os membros familiares e da comunidade. A introdução de vacinas rotavírus e antipneumocócicas na ALC realiza-se quase que de forma paralela em todos os países da Região, independentemente de seu nível de desenvolvimento (87). Prevê-se que novas vacinas estarão disponíveis nos próximos anos, mas essas serão, em geral, mais caras que as tradicionais. Isso exigirá o fortalecimento dos mecanismos existentes de negociação coletiva para garantir o acesso equitativo a essas vacinas a preços mais acessíveis (88).

Diferentemente do que ocorre em outras regiões, 95% de todas as vacinas adquiridas na ALC são realizadas com recursos nacionais (89). O Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas da OPAS desempenhou um papel importante ao garantir o acesso dos países a vacinas de qualidade a preços reduzidos e muito competitivos (90). Embora o nível de cobertura nacional para vacinas infantis supere, em média, os 90%, mais de 40% dos mais de 15.000 municípios da América Latina alcançam cobertura de 95% ou mais.

A iniciativa Semana de Vacinação nas Américas nasceu na sub-Região andina em 2003 (91), e se transformou no porta-estandarte da Região na luta para a equidade e o acesso à vacinação (92). Nos últimos nove anos, mais de 365 milhões de pessoas de todas as idades foram imunizadas durante as campanhas realizadas no marco da Semana de Vacinação das Américas. E em abril de 2012, todas as regiões da OMS se reuniram para celebrar a Primeira Semana Mundial da Imunização (86).

Em 2010, a taxa de incidência de tuberculose (TB) nos Estados Unidos foi de 3,6 por 100.000 habitantes, a mais baixa registrada desde 1953. Apesar dessa incidência muito baixa, a doença afetou com maior força os diversos grupos étnicos: asiáticos, 22,4 por 100.000; afro-americanos, 7,0; hispânicos, 6,5; e em caucasianos, 0,9 (93). As taxas de preva-

lência e de mortalidade por TB continuam elevadas na ALC, apesar de sua queda constante (94). De acordo com estimativas da OMS, entre 1990 e 2009, a prevalência de TB diminuiu de 97 para 38 casos por 100.000 habitantes e a mortalidade de 8,0 para 2,1 por 100.000 habitantes no mesmo período. No entanto, o progresso individual dos países não foi uniforme, situação que demanda ações focadas em vigilância, prevenção e controle, principalmente de casos de TB multirresistente, bem como a gestão da coinfeção TB-HIV. Em nível regional, os padrões da tuberculose refletem e são um indicador das grandes diferenças entre e dentro dos países.

A malária permanece endêmica em 21 países. No período de 2000 a 2009, a ALC registrou uma redução de 52% no número de casos e de 68% de óbitos. Quase 90% dos casos relatados na Região derivam dos países endêmicos da América do Sul, principalmente de populações próximas à Bacia Amazônica. Considerando a tendência descendente da malária, prevê-se que os programas de controle comecem a se direcionar para a eliminação dessa doença (95).

A dengue é uma doença de crescente importância para a saúde pública da Região, com picos epidêmicos que se repetem a cada três a cinco anos. Seus quatro sorotipos (DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4) circulam em vários países da Região, o que favorece o aparecimento de formas mais graves. Entre 2006 e 2010, nas Américas relataram-se aproximadamente cinco milhões de casos, dos quais cerca de 3% foram graves, com uma letalidade média de 1,6% (96, 97). O controle do principal vetor – *Aedes aegypti* – permanece foco principal da estratégia contra a dengue. Novas alternativas sustentadas em estratégias ecossistêmicas de participação comunitária (98) e de vigilância entomológica são objeto de pesquisa operacional (99). Desse modo, prevê-se que num futuro próximo contar-se-á com uma vacina contra os quatro sorotipos da dengue. Por isso, são realizadas análises comparativas para obter a melhor combinação entre programas de vacinação e estratégias integrais de controle dos vetores, em especial, à luz da importância do *Aedes aegypti* como vetor da febre amarela e do vírus Chikungunya (100).

O grupo das chamadas doenças negligenciadas são um reflexo das iniquidades que afetam diversos grupos populacionais na ALC. Em termos estraté-

gicos, sua emergência inclui dois elementos interconexos. Por um lado, um conjunto de patologias ligadas à pobreza que fazem parte da agenda inconclusa da saúde e, por outro, de populações desassistidas que vivem em situações de grande marginalidade. Felizmente, nos últimos anos, a luta contra essas doenças vem ganhando importância e registraram-se avanços importantes na redução de várias delas, em particular, hanseníase, doença de Chagas, oncocercose, tracoma e geohelmintíases. Em compensação, a filariose e a leishmaniose expandiram-se. Estimativas recentes indicam que a carga das doenças negligenciadas na Região supera a da malária ou da tuberculose (101). Para avançar rumo à eliminação desse conjunto de doenças, será necessário aumentar a capacidade diagnóstica e resolutiva da atenção primária, melhorar a produção e a qualidade dos dados epidemiológicos que permitam direcionar as intervenções e, por fim, garantir a produção e abastecimento eficiente dos medicamentos necessários (102-107).

A incidência da raiva nas Américas caiu de forma contínua e está próxima da meta de eliminação na Região. Em alguns países registram-se surtos de raiva humana transmitida por animais silvestres, entre os quais, os mais importantes são os morcegos hematófagos (108). A leptospirose é endêmica em toda a Região, com surtos ocasionais em vários países, particularmente na fase pós-inundação (109). Persiste o desafio de melhorar a vigilância epidemiológica de outras zoonoses, como a brucelose e a hidatidose.

As interações entre humanos, animais silvestres e domésticos criam condições propícias para a transferência de patógenos entre espécies de relevância para a saúde pública. Quase 70% dos eventos considerados possíveis emergências na saúde pública na Região relacionam-se à interface animal-humano. Os estímulos antropogênicos, o contexto socioambiental e os sistemas produtivos por si só não são suficientes para explicar a complexa trama de interações epidemiológicas. Uma nova forma de análise desses desafios baseia-se nos princípios da iniciativa One Health (“Uma só Saúde”), em que convergem e se inter-relacionam as análises de risco ligadas à saúde humana, animal e ambiental (109, 110).

A crescente interdependência global, caracterizada pelo aumento de viagens e comércio inter-

nacionais, bem como de outros fatores emergentes, tornou a segurança da saúde global e nacional uma responsabilidade coletiva. As fronteiras já não representam a primeira linha de resposta na contenção de doenças com potencial epidêmico e outros eventos com possíveis consequências na saúde pública. Uma bem-sucedida e eficiente aplicação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (111) dependerá cada vez mais do fortalecimento dos sistemas de vigilância nacionais e subnacionais para garantir a detecção precoce e resposta imediata na fonte de qualquer risco que ameace a saúde pública nacional e internacional. Embora os países da Região tenham envidado esforços para melhorarem seus planos de ação e fortalecerem suas capacidades, 27 deles solicitaram a prorrogação do prazo estabelecido (junho de 2012) pela Assembleia Mundial da Saúde para a implementação do RSI revisado (112).

Em 2008, registrou-se um surto de febre amarela no Paraguai com 28 casos e 11 mortes; nove dos casos ocorreram na área metropolitana de Assunção. Para conter esse surto, aplicaram-se 3,6 milhões de doses de vacina contra a febre amarela. A produção de quantidade suficiente de vacina de qualidade contra a febre amarela permanece um desafio (113).

A influenza H1N1, que surgiu no México em abril de 2009, foi a primeira pandemia do século XXI (114). Nos 16 meses após seu surto registraram-se, pelo menos, 600.000 casos e mais de 18.000 mortes em todo o mundo. Nas Américas ocorreram mais de 190.000 casos e 8.500 mortes, provocando uma imensa demanda por serviços de saúde. (115). Durante essa pandemia aprenderam-se lições importantes, entre elas, como melhorar a vigilância epidemiológica, a capacidade dos laboratórios, a gestão clínica dos casos graves e a preparação de planos e de resposta operacional, incluindo a participação da sociedade e a articulação com os setores produtivos e de serviços de saúde. A produção de vacinas contra a influenza H1N1 significou lidar com assuntos regulatórios não tradicionais. Como nunca antes, os países tiveram que enfrentar os grupos antivacinas e a rápida proliferação de múltiplos falsos boatos sobre eventos adversos da imunização através da Internet e da mídia (116). A logística para a distribuição de 350 milhões de doses de vacina foi um verdadeiro desafio, bem como a produção e a distribuição oportuna de milhares de tratamentos antivirais (117).

Em outubro de 2010, Haiti confirmou sua primeira epidemia de cólera após mais de um século de a ilha La Hispaniola ter se livrado dessa doença. Em cinco semanas, a cólera havia se espalhado por todo o país devido às condições deficitárias de saneamento e de acesso insuficiente a água potável, somadas à destruição da infraestrutura ocasionada pelo terremoto em janeiro do mesmo ano. Logo depois, a República Dominicana também foi afetada. Ao final do primeiro ano da epidemia, Haiti havia registrado quase 500.000 casos de cólera e 7.000 mortes (118) por essa doença e, na República Dominicana, onde a epidemia teve menor intensidade e se concentrou nos departamentos fronteiriços e em zonas periféricas às grandes cidades, notificaram-se cerca de 21.000 casos e 363 mortes (119, 120).

Entre 2001 e 2009, a taxa estimada de novas infecções por HIV na ALC diminuiu de 22,5 para 18,6 por 100.000 habitantes. Por sua vez, na América do Norte, as taxas de novas infecções anuais mantiveram-se estáveis, pelo menos, durante os últimos cinco anos. Todos os países da Região implementaram políticas e programas de acesso gratuito a tratamento antirretroviral (TAR). As mortes por Aids e a transmissão vertical continuam caindo, graças ao acesso universal ao tratamento antirretroviral e a medidas preventivas direcionadas às gestantes. A ALC lidera as outras regiões de países de renda média e baixa (PRMB) na cobertura de TAR. Em 2009, 475.000 pessoas dessa Região receberam TAR, o que representa um aumento de 128% com relação a 2003. Ainda assim, as estimativas indicam um fosso persistente na cobertura de TAR, e o número de novas infecções ainda supera amplamente o número de pessoas em tratamento (121). Estudos indicam que entre 21% e 50% das pessoas vivendo com HIV nas Américas não sabem que estão infectadas. Estima-se que há aproximadamente 250.000 jovens (15-24 anos) soropositivos (121). Na Região, de 2007 a 2009, o gasto público destinado à prevenção e controle do HIV representou entre 45% e 97% do financiamento total destinado ao combate dessa epidemia (122). Os últimos avanços científicos demonstram que o acesso ao tratamento é também uma ferramenta eficaz para a prevenção e controle dessa patologia (123). Estima-se que, ocorrem 89 milhões de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis (IST) anualmente entre as pessoas

de 15 a 49 anos na Região das Américas (124), afetando um em cada 20 adolescentes a cada ano. Dos países da Região, vários atingiram taxas compatíveis com a eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública, entre eles o Canadá, o Chile, Cuba e os Estados Unidos. Sua eliminação somente se concretizará quando os países assegurarem o acesso universal a uma atenção primária de saúde com maior e melhor capacidade resolutiva, melhorias nos sistemas de informação e a revitalização das políticas públicas de prevenção e tratamento das ISTs (124).

Na Região, o consumo de drogas ilícitas representa um grave e crescente problema de saúde pública. Segundo informações dos países, as mais utilizadas são maconha, cocaína e solventes voláteis, cujo consumo entre adolescentes oscila entre 3% a 22%. O desenvolvimento e a implementação de programas de controle de drogas é um tema que aparece de forma proeminente na agenda de todos os países da Região (125). A esse respeito, vários países iniciaram recentemente o debate sobre a possível discriminação do uso de certas drogas em busca de novas alternativas baseadas em evidências projetadas para reduzir a demanda e o atendimento aos toxicodependentes. (126)

Aproximadamente 250 milhões de pessoas na Região sofrem de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Em 2007, 3,9 milhões de pessoas morreram por DCNTs, 37% das quais menores de 70 anos. Os riscos compartilhados das DCNTs são o tabagismo, o uso nocivo de álcool, a má alimentação e a inatividade física (127, 128). As doenças cardiovasculares (DCVs) são a principal causa de morte por DCNTs (129). A hipertensão é um fator de risco comum a outras doenças crônicas. Registra-se que 30% das mortes precoces por DCVs ocorre no quintil mais pobre, contra apenas 13% no quintil mais rico. As mortes prematuras por DCVs são mais frequentes em homens do que em mulheres e ocorrem na idade mais produtiva, causando um impacto econômico e social de grandes proporções (130).

Entre 2000 e 2007, a mortalidade por DCVs na Região diminuiu 19%, de 207,8 para 167,9 por 100.000 habitantes, (taxas ajustadas em 2007), com diferenças observadas entre as sub-regiões. No mesmo período, a América do Norte registrou uma queda de 25% (de 192,3 para 144,2) contra 14% no

Caribe não latino (de 296,4 para 254,9). Na América Latina, por sua vez, entre 2000 e 2009, a redução também foi de 14% (de 229,9 para 191,4 por 100.000 habitantes). As reduções notadas na América do Norte e América Latina foram lineares e estatisticamente significativas, e no Caribe não latino a queda foi estatisticamente significativa, porém não linear (131, 132).

Embora registrem baixas taxas de mortalidade, os transtornos mentais na ALC são responsáveis por aproximadamente 22% da carga total de doenças expressa em anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) (12, 133). A depressão e os transtornos relacionados ao uso do álcool ocupam, respectivamente, o primeiro e o segundo lugar nessa carga (134). Embora na maioria dos países tenham ocorrido avanços importantes em termos de reforma dos serviços e proteção dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, vários desafios persistem, em particular, a subnotificação de casos e o fosso no acesso ao – e qualidade do – tratamento. Os países atribuem menos de 2% de seus orçamentos saúde à saúde mental, e 67% dessas verbas destinam-se aos hospitais psiquiátricos (135).

As neoplasias malignas como um todo representam a segunda causa de morte nos países das Américas. Os principais cânceres são os de pulmão, estômago, cólon e mama. Sua incidência é maior em países de baixa e média renda, onde se somam também os de colo uterino em mulheres e de próstata em homens (129). A incidência de neoplasias malignas depende de inter-relações complexas entre fatores biológicos, genéticos e ligados aos estilos de vida, incluindo-se outros determinantes sociais, como pobreza, educação, emprego, habitação, transporte, poluição e nutrição. Outro fator importante a considerar é se as exposições aos fatores de risco foram voluntárias ou involuntárias. O peso de cada um desses fatores varia conforme o grau e intensidade da exposição e os gradientes sociais. Nem sempre todos esses fatores estão suficientemente caracterizados, nem suas interligações bem estabelecidas (136). Nas Américas, a mortalidade por câncer está diminuindo. Entre 2000 e 2007, as taxas de mortalidade por 100.000 habitantes por neoplasias malignas ajustadas por idade caíram 8% (de 131,3 em 2000 para 121,3) (131, 132). Com base nos conhecimentos e na tecnologia disponíveis, estima-se que 50%-60% das mortes por câncer são prevení-

veis, mas que, para tanto, é preciso realizar ações múltiplas em nível regulatório, bem como incentivar mudanças no estilo de vida ao longo da vida. A detecção precoce e o tratamento eficaz são fundamentais para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com câncer (136).

O diabetes causa na Região aproximadamente 242.000 mortes anuais. Estima-se que 22.000 (8%) destas são evitáveis, considerando que ocorreram em pessoas menores de 50 anos de idade (137). O padrão da mortalidade varia de país para país. Enquanto a taxa de incidência de diabetes tende a cair em alguns países (por exemplo, Argentina, Canadá e Estados Unidos), em outros (por exemplo, Cuba, Equador, El Salvador e México) a tendência é ascendente. É importante considerar que, em muitos casos de morte de pessoas diabéticas, o diabetes não é registrado como causa subjacente da morte, mas sim outras doenças ou complicações crônicas associadas, como as doenças cardiovasculares ou renais (138). Projeta-se que o número de pessoas com diabetes nas Américas aumentará de 62,8 milhões em 2011 para mais de 91 milhões em 2030. Esse aumento pode ser reduzido através do fortalecimento das medidas de prevenção, da contenção da epidemia de obesidade e melhores resultados na atenção em saúde das pessoas que já sofrem da doença (139).

Relatos indicam que, na Região das Américas, a redução do consumo de tabaco em 20% e da ingestão de sal em 15%, paralelamente ao tratamento de pacientes com alto risco de DCVs mediante uma combinação de medicamentos apropriados poderia prevenir, a um custo razoável, até 3,4 milhões de mortes em 10 anos (140). Esse tipo de evidência contribui para fortalecer as estratégias para que os países, sob uma gestão bem informada dos ministérios de saúde, continuem promovendo políticas multissetoriais que incentivem o autocuidado individual responsável baseado na prevenção e que melhorem a disponibilidade de medicamentos essenciais.

Em nível regional, uma mudança deletéria no consumo de alimentos e nos hábitos alimentares está se configurando rapidamente, impactando em amplos setores da população, especialmente naqueles de baixa renda e escolaridade (141). O elevado consumo de alimentos processados de alta densidade calórica e ricos em gorduras, açúcares e sal asso-

ciado com a diminuição significativa na ingestão de frutas e verduras e uma redução da atividade física provocou uma alarmante epidemia de sobrepeso e obesidade. Estima-se que, em toda a Região, 50% a 60% dos adultos e 7% a 12% das crianças menores de cinco anos e mais um terço dos adolescentes estejam com sobrepeso ou obesos (142). Pior ainda, prevê-se que esse valor aumente rapidamente e atinja os 289 milhões (ou 39% da população total) até 2015. Em quase todos os países, o problema é mais marcante nas mulheres (143). Uma análise de 57 estudos prospectivos indica que cada 5kg/m² em excesso do índice de massa corporal (IMC) associa-se a um aumento da mortalidade próximo a 30% (40% por DCVs, 60%-120% por complicações associadas ao diabetes, 10% por câncer e 20% por doenças respiratórias crônicas) (144).

Embora a prevalência de desnutrição crônica na Região esteja diminuindo, ainda persistem déficits nutricionais em alguns países, como Guatemala e Honduras, onde a metade das crianças e um terço das crianças, respectivamente, apresentam essa condição – a grande maioria deles concentrados no quintil mais pobre da população (145, 146). Isso representa uma enorme vulnerabilidade frente às situações de desastres, como as secas que afetam as populações rurais isoladas vivendo em regime de economia de subsistência.

Mesmo reconhecendo a diminuição no consumo de tabaco registrada em vários países, sua prevalência em toda a Região permanece elevada em 22%, muito próxima à média mundial (24%) (147). As taxas mais altas encontram-se na América do Sul, com 44% e 30%, entre homens e mulheres, respectivamente (12). Vinte e nove países da Região ratificaram a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (148). Dada a latência entre a exposição ao fumo e seus efeitos, espera-se que os danos à saúde ocasionados pelo tabagismo na Região continuem crescendo, pelo menos, nas próximas duas a três décadas (149). O consumo de álcool nas Américas é um importante fator de risco de doença e deficiência e está associado com, pelo menos, 5,6% de todos os óbitos (150).

A Reunião Plenária de Alto Nível das Nações Unidas sobre as Doenças não Transmissíveis, celebrada em Nova Iorque em setembro de 2011, representou um marco global e regional de proporções excepcionais. A declaração política aprovada

durante a reunião reconhece que as DCNTs são um enorme desafio para desenvolvimento socioeconômico de todos os países, e menciona que as alianças intersetoriais que combinam recursos e competências são parte inerente da solução. Essas parcerias devem incluir não apenas setores do governo, como também organizações não governamentais, associações profissionais, instituições acadêmicas e o setor privado (151). Vários países da Região – entre eles, Argentina, Brasil, Canadá, México e Trinidad e Tobago – estabeleceram mecanismos nacionais de trabalho multissetorial. A Aliança Pan-Americana para a Nutrição e o Desenvolvimento é outro mecanismo que facilita o lançamento de programas intersetoriais para abordar o problema da obesidade e as doenças não transmissíveis (141).

Na Região, a mortalidade por causas externas é um problema crescente de saúde pública que afeta principalmente o grupo de pessoas na faixa de 15 a 44 anos de idade. Entre 2000 e 2007, as taxas de óbito por causas externas nos homens passaram de 229,1 para 237,8 por 100.000 habitantes, enquanto que nas mulheres – ainda que com taxas menores – também registraram uma tendência de alta, passando de 63,2 para 69,9 por 100.000 habitantes (152, 153).

A maioria dessas mortes ocorreu por causas acidentais (37%), acidentes de trânsito (27%) e violência (13%), enquanto as 23% restantes ocorreram por suicídios (10%), eventos de intenção não determinada (9%) e outras causas (4%) (153). Continuando assim, os acidentes de trânsito serão a terceira causa de carga de doença até 2020. Para conter essa onda, os países adotaram medidas focadas em duas vertentes: 1) realizar uma mudança estrutural da segurança no trânsito com uma visão em longo prazo e um forte compromisso de todos os atores – que supere as respostas isoladas e fragmentadas; e 2) propor um conjunto de objetivos, metas e prazos para reduzir os acidentes, incluindo o desenvolvimento de indicadores que permitam avaliar de forma sistemática o progresso. Colômbia, Costa Rica e Estados Unidos são três exemplos bem-sucedidos dessa linha de ação (154).

Dos quase 600.000 homicídios anuais no mundo todo, 25% ocorrem na Região, com frequência dez vezes maior em homens do que em mulheres (12). Esses eventos evidenciam um pronunciado gradiente social definido pela educação. Metade dos

homicídios se concentra no quintil de mais baixa escolaridade da população adulta masculina – 73 vezes maior em comparação com o quintil de mais alta escolaridade (152).

As principais causas da violência são associadas a fatores como iniquidades sociais prevalentes, desemprego, aumento da densidade populacional e segregação urbana onde coexistem riqueza e pobreza extrema. O crescimento do narcotráfico e do crime organizado também contribui para exacerbar essa nova epidemia do século XXI até níveis de crescente gravidade (155). Os gastos causados pela violência esgotam os orçamentos dos setores da saúde, social e judiciário, pelos custos relacionados com o tratamento dos sobreviventes e a apreensão dos criminosos. O Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) estima que os custos econômicos da violência tão somente na América Central são de US\$ 6,5 bilhões, equivalentes a 8% do PIB anual dessa sub-Região – a metade desse valor é ligado à saúde. A violência usurpa o poder da cidadania: corrói a coesão social e, ao infundir o medo e restringir a capacidade dos cidadãos de ir e vir com segurança, limita também a capacidade de a sociedade construir alianças e formar movimentos que poderiam fortalecer a democracia (156).

Na Região vivem 140 a 180 milhões de pessoas com alguma deficiência que limita suas habilidades pessoais e sua qualidade de vida (157, 158). O número de pessoas com deficiência está aumentando devido ao crescimento demográfico, ao envelhecimento da população e aumento das doenças crônicas, além de vítimas de acidentes, desastres e atos violentos, maus hábitos alimentares e abuso de substâncias. A cegueira e os impedimentos visuais são uma deficiência frequentemente ligada à pobreza e marginalização. Estima-se que, em zonas rurais, até 88% dos casos de cegueira são curáveis, como é o caso da catarata não operada (159).

SISTEMAS DE SAÚDE

Uma das características dos sistemas de saúde da Região é sua segmentação, representada por diversas formas de financiamento e afiliação. A oferta de serviços de saúde é também fragmentada, com uma multiplicidade de diferentes instituições, instalações ou unidades não integradas na rede assis-

tencial. Tanto a segmentação como a fragmentação aumentam a iniquidade no acesso e reduzem a eficiência na atenção e a gestão dos serviços (160).

As razões subjacentes dessa segmentação e fragmentação são complexas e com frequência refletem fatores sistêmicos de natureza social, política e econômica que se acumularam ao longo da história e se transferiram entre gerações. Nesse contexto, os próprios serviços de saúde se transformam num importante determinante da saúde, uma vez que podem contribuir para melhorar a equidade à medida que avançam para uma cobertura universal financiada com recursos públicos progressivos que minimizam as despesas diretas das famílias e eliminam práticas discriminatórias e diferenças na qualidade de sua assistência (41).

Nos últimos anos, os países da Região avançaram na universalização dos sistemas de saúde por meio de reformas políticas e mudanças que ressaltam o direito à saúde. Dito isso, persistem vários desafios, em particular, como avançar para uma cobertura integral dos serviços, reduzir os co-pagamentos e outros gastos diretos e garantir benefícios iguais para toda a população. Outros importantes desafios são melhorar a qualidade da atenção e adequar a capacidade de resposta dos serviços à demanda (161). Muitas dessas questões continuam inconclusas e precisam ser fortalecidas (83, 161).

Região comemorou os 30 anos do lançamento da estratégia da atenção primária em saúde (APS) e da meta de Saúde para Todos (162-164). Essas celebrações reafirmaram a importância de tornar efetiva a implementação dos valores e princípios da estratégia da APS, incluindo sua abordagem integral e multisectorial. Em alguns países da Região, a prática da APS limitou-se a servir de primeiro nível de atenção frequentemente focado em grupos de baixa renda, com apenas algumas ações de promoção e prevenção em saúde, e cuja capacidade de resposta vê-se comprometida em situações de crises de saúde (165).

Por outro lado, é animador observar vários países da Região empenhados em diferentes estágios para tornar a APS parte substancial de seus esforços de renovação de seus modelos de saúde, e não apenas aumentando os recursos para “continuar a fazer a mesma coisa”. Em vez disso, os países tratam de fazer da APS um dos componentes de uma rede de serviços melhor equipada para dar resposta às novas

demandas geradas pelas mudanças demográficas, epidemiológicas, sociais, tecnológicas e culturais, entre outras (165, 166).

O período recente caracterizou-se por um dinamismo contínuo no desenvolvimento de políticas, estratégias e planos de recursos humanos alinhados às políticas globais, regionais e nacionais. Na Região surgiu um amplo consenso sobre o papel gestor da “autoridade sanitária” em matéria de recursos humanos. Por um lado, isso implica buscar uma coerência estratégica na organização dos sistemas e serviços de saúde e, por outro, construir uma relação estreita com as instituições formadoras. Em mais de um caso, o resultado mais destacado foi uma ampliação efetiva da cobertura através de equipes multiprofissionais de saúde familiar e comunitária, responsáveis por uma população de um território definidos, em zonas rurais, urbanas, periféricas ou remotas (167, 168).

Ainda considerando os avanços na matéria, os países da Região não conseguiram ainda uma distribuição satisfatória de sua força de trabalho na saúde. Permanece o desafio crítico de melhorar a governança do setor educacional para reduzir algumas das incoerências e desequilíbrios prevalentes. A excessiva hierarquização que impera entre as diversas categorias profissionais, em que as práticas colaborativas são inexistentes, é também uma questão que merece atenção (169, 170). Em alguns países, as reformas e os programas enfrentam problemas estruturais difíceis de superar. A emigração massiva de profissionais de saúde, frequentemente recém-formados, procedentes dos países do Caribe, é um claro exemplo disso (171).

Nos Estados Unidos, em 2009, havia mais de 15 milhões de trabalhadores da saúde, representando 11% do total da força de trabalho do país (172), sendo 784.000 médicos – dos quais, 305.000 exclusivos do primeiro nível de atenção. Contudo, antecipa-se que para cumprir a “Lei da Atenção em Saúde a Preço Acessível” para 2015, haverá um déficit de quase 63.000 médicos, com agravamento crescente até 2025 (173).

Historicamente, na ALC, ampliar a cobertura dos serviços de saúde tem sido o principal objetivo em vários dos países. Contudo, as evidências indicam que a qualidade da atenção é o eixo central para manter e melhorar a saúde dos indivíduos e das populações (174).

De 2005 a 2010, na ALC, o gasto total com saúde como proporção do PIB passou de 6,8% para 7,3% (175, 176). Para o mesmo período, o gasto público médio com saúde nessa Região aumentou de 3,3% para 4,1% do PIB, enquanto que no Canadá passou de 7,1% para 8,4% (177) e nos Estados Unidos de 6,4% para 8,0% (178). Também durante o mesmo período, o gasto privado com saúde na ALC caiu de 3,5% para 3,2% do PIB (175, 176). Em 2010, o gasto total com saúde *per capita* variou entre US\$ 90 na Bolívia a US\$ 2.711 nas Bahamas (176), US\$5.499 no Canadá (177) e US\$ 8.463 nos Estados Unidos (178). O nível de gasto com saúde relacionado à aquisição de bens e serviços nos Estados Unidos era mais de oito vezes maior que o da ALC (176).

Ainda que o gasto *per capita* seja relevante, não há uma relação linear entre despesas e resultados na saúde (166). Há outras variáveis que também têm um grande peso, entre elas, as políticas de proteção social (ou a falta delas), a gestão e organização do sistema de saúde, a abrangência dos programas de saúde pública e das ações de promoção da saúde, e a regulamentação do mercado da saúde (174).

Os gastos diretos das famílias tiveram um efeito empobrecedor nos domicílios. As experiências indicam que a cobertura universal e o agrupamento de recursos financeiros constituem as melhores opções para a proteção financeira das famílias diante de situações de despesas médicas catastróficas (174). Nos Estados Unidos, entre 2000 e 2008, o custo das apólices de seguro de saúde elevou-se em 72%, afetando financeiramente tanto a empregadores como empregados. Os gastos diretos cresceram 44% (179). Em 2010, as despesas de saúde das pessoas com DCNT representaram 75% dos gastos com saúde (180). Os hospitais que representaram 1% dos estabelecimentos de saúde gastaram 35% de todo o orçamento (181). Além disso, como resultado da crise econômica, a população sem seguro de saúde nos EUA passou de 15,4% em 2008 para 16,7% em 2009 (46,3 e 50,7 milhões de pessoas, respectivamente) (182).

Embora nos últimos cinco anos os países da ALC tenham avançado na formulação e implementação de políticas farmacêuticas, são poucos os países que as atualizaram (183). A incorporação dos medicamentos como parte das garantias de saúde é um elemento crucial para assegurar efetivamente o

acesso universal aos serviços de saúde. Em 2008, estimou-se que o gasto direto *per capita* anual médio da ALC em medicamentos foi de US\$ 97, com uma faixa de US\$ 7,50 na Bolívia para mais de US\$ 160 na Argentina e Brasil. O uso de genéricos na Região não avançou como desejado, em parte, pela falta de incentivos e marcos regulatórios apropriados (183, 184).

GESTÃO DE DESASTRES E ALERTAS SANITÁRIOS

No período 2006–2010, quase um quarto do total dos desastres no mundo ocorreu nas Américas (442 de 1.915), e os 48 milhões de pessoas afetadas por esses desastres na Região representaram 5% da população total (904 milhões) afetada globalmente por desastres. O impacto econômico dos desastres na Região superou os US\$ 157 bilhões, equivalente a 34% das perdas globais, e mais da metade desse custo deveu-se a tormentas tropicais (US\$ 87,7 bilhões) (185).

Diante de emergências de grande magnitude, para salvar vidas, é necessário manter o funcionamento efetivo dos serviços de saúde. Entre 2000 e 2009, mais de 45 milhões de pessoas nas Américas ficaram sem atenção à saúde durante meses, e às vezes anos, devido aos danos causados diretamente por um desastre (186). Nesse sentido, esforços intersetoriais devem ser envidados para garantir a segurança dos hospitais (187). Três grandes eventos marcaram a Região em anos recentes: em 2009, a rápida disseminação da pandemia de influenza A (H1N1) e a incerteza associada ao seu possível impacto, e em 2010, o terremoto devastador que afetou severamente o Haiti, seguido da epidemia de cólera em toda a ilha de La Hispaniola.

Na maioria dos casos, os países da Região são capazes de responder de maneira autossuficiente a desastres menores, embora a ajuda externa seja sempre necessária em casos de desastres de grande magnitude. Posteriormente ao terremoto no Haiti, uma lição importante aprendida foi que, para melhorar as futuras atividades de ajuda humanitária nos países de baixa renda, a comunidade internacional teve de ajudar a fortalecer a capacidade de articulação dos governos como parte do apoio geral para a redução de riscos e prontidão para desastres (188). O Haiti

continua precisando da solidariedade internacional, e os compromissos assumidos devem ser atendidos. Dois anos após o terremoto e a epidemia de cólera, a reconstrução do país é ainda um desafio.

INFORMAÇÃO, PESQUISA E TECNOLOGIA EM SAÚDE

Os países da Região apresentam uma grande heterogeneidade em relação à cobertura e qualidade de seus sistemas de informação em saúde (SIS). Um estudo de 2008 revelou que sete de 26 países melhoraram a cobertura de seus registros sobre suas estatísticas vitais, com abrangência superior a 85% em nível nacional, enquanto que outros sete países somente registram cerca de 50% desses eventos, ou seja, registram um de cada dois nascimentos ou mortes. Em relação à qualidade dos dados, 19 (59%) dos países estudados apresentaram boa qualidade de dados, enquanto sete (22%) dados de baixa ou muito baixa qualidade. Dois países da América Central e 14 do Caribe foram excluídos da análise devido a graves deficiências na disponibilidade de dados sobre mortalidade (189).

No caso da mortalidade materna e infantil, a análise dos dados disponíveis evidencia diferenças nas formas de medir esse indicador, uma que vez há divergências importantes nas estatísticas de morbidade, recursos e serviços que limitam sua comparabilidade. Dada a relevância desses temas, persiste a necessidade de investir na melhoria da produção, cobertura e qualidade dos dados, bem como a capacidade para sua análise (189).

Em nível global, em anos recentes obtiveram-se desenvolvimentos significativos em matéria de geração de informação e de conhecimentos resultantes do crescente número de projetos de pesquisa e do crescente uso de tecnologias e redes de informação. As evidências resultantes permitiram inovar políticas e melhorar os conteúdos programáticos, para prevenção e controle de doenças e ampliar o escopo da promoção da saúde.

A denominada “rede social” (Web 2.0), com sua filosofia de empoderamento do cidadão, permitiu que os usuários tivessem a possibilidade de mobilizar em tempo real, opiniões e experiências, por meio de espaços colaborativos na Internet (por exemplo, Facebook, LinkedIn, Twitter ou YouTu-

be). Dito isso, a diferença digital permanece um dos principais problemas na Região das Américas. As limitações socioeconômicas, a constante inovação tecnológica, a escassa infraestrutura e a falta de alfabetização digital são alguns dos principais fatores que contribuíram para aprofundar esse fosso (190).

Um exemplo bem-sucedido foi a Biblioteca Virtual em Saúde (191), com presença em mais de 30 países da Região, facilitando e intermediando o acesso à informação científica e técnica nas mais diversas esferas de interesse do campo da saúde, desde a docência, a promoção e a atenção em saúde, até a formulação e a avaliação de políticas e intervenções baseadas em evidências. Destaca-se também o uso crescente da banco de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) na banco de dados Cochrane. Em 2011, LILACS representou 18% de todas as revisões do Cochrane (192).

Estudos bibliométricos realizados entre 1996 e 2010 sobre a produção científica em todas as categorias em nível mundial mostrou que somente cinco países da Região figuraram entre os primeiros 50 lugares e de acordo com a seguinte ordem: 1º Estados Unidos, 7º Canadá, 15º Brasil, 28º México e 36º Argentina. Em temas relacionados à medicina, a ordem foi 1º Estados Unidos, 7º Canadá, 16º Brasil, 31º México e 47º Cuba, enquanto que em temas relacionados à bioquímica, genética e biologia molecular a ordem foi 1º Estados Unidos, 8º Canadá, 17º Brasil, 29º Argentina e 32º México. No entanto, ao analisar a produção em temas relacionados à epidemiologia o número de países da Região incluídos dentro dos primeiros 50 cresceu para sete, de acordo com os seguintes resultados: 1º Estados Unidos, 3º Canadá, 17º Brasil, 30º México, 35º Chile, 44º Colômbia e 47º Costa Rica (193). Entre 1960 e 2010, o número de publicações na ALC em temas relacionados à epidemiologia teve um crescimento contínuo de 20% por década. Brasil, México, Argentina e Chile em conjunto produziram 65% das quase 47.000 publicações indexadas em MEDLINE (12).

Na maioria dos países da ALC, a pesquisa em temas afins a saúde pública e epidemiologia dependem, em grande medida, de apoios financeiros externos, tanto para iniciar novos projetos de pesquisa como para sustentar os de longo prazo. Esse financiamento estimulou projetos de pesquisa Norte-Sul. A diáspora de pesquisadores da ALC é outro dos temas insuficientemente analisado (12, 194).

Apesar das limitações e diferenças na disponibilidade de recursos entre os países, a ALC conta com pesquisadores altamente qualificados e interessados em promover projetos de cooperação Sul-Sul. As semelhanças culturais, idiomáticas e os desafios favorecem essas trocas. Iniciativas como SciELO (Scientific Electronic Library Online), criada em 1997, oferecem acesso aberto a publicações de revistas selecionadas em espanhol, português e inglês, e contribuíram para melhorar a visibilidade da produção científica latino-americana, além de facilitar o intercâmbio de informação e produzir projetos de pesquisa compartilhados. Brasil e Cuba, por exemplo, conseguiram experiências bem-sucedidas na execução de projetos de colaboração Sul-Sul, sobre temas relacionados ao desenvolvimento de biotecnologia que beneficiaram ambos os países (12).

Em geral, os projetos de pesquisa e desenvolvimento nos diferentes campos da saúde tendem a responder às necessidades estabelecidas pelos mercados. Na ALC, entre 2005 e 2010, o número de ensaios clínicos novos aumentou 14 vezes, passando de 51 para 732 (195). Embora o crescimento represente um notável avanço, falta estimular outros tipos de projetos, em especial, aqueles que ajudam a reduzir os fossos de conhecimento em temas priorizados em função das necessidades da saúde pública regional.

Tendo em vista as limitações imperantes e no afã de diminuir as diferenças, será necessário continuar a promover o desenvolvimento de projetos de pesquisa compartilhados, sustentados em protocolos reconhecidos internacionalmente. Também será preciso intensificar ao máximo a inter-relação entre pesquisadores e decisores, fazendo uso das tecnologias de comunicação disponíveis em acesso aberto. Por sua vez, o investimento em pesquisa na saúde deveria crescer, considerando uma maior cooperação público-privada (196).

Dentro de uma realidade globalizada em constante expansão, é fundamental garantir o acesso a bens públicos mundiais em temas como o meio ambiente, a saúde, a cultura e a paz. Nesse contexto, o livre acesso à informação e aos conhecimentos é essencial (197). Fortalecer a capacidade em pesquisa é uma das propostas mais custos-efetivas e sustentáveis para promover efetivamente a saúde e o desenvolvimento (198).

Estudos de custo-efetividade indicam que vários países da Região melhoraram a seleção e inte-

gração de tecnologias em saúde em função de suas necessidades nacionais. Além disso, os países estabeleceram, de forma coletiva, redes que promovem avaliações conjuntas e trocas de informação sobre o tema (199). Considerando o permanente processo de inovação tecnológica, esse tipo de rede será cada vez mais estratégico para proporcionar um apoio científico e técnico melhor e mais oportuno para a produção de novas políticas e regulações sobre uso e aplicação de tecnologias em saúde.

O comércio de produtos de saúde está diretamente relacionado e regulado pelas diversas disposições incluídas nas negociações que culminaram no Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (ADPIC) entre a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Mundial da Propriedade Intelectual (OMPI) e a Organização Mundial do Comércio (OMC) (200). Dentro desse marco legal, e com a finalidade de preservar os interesses da saúde pública, adotaram-se vários mecanismos para dotar de flexibilidade os acordos ADPIC, de modo que os países que não têm uma capacidade produtiva instalada possam encontrar soluções para ter acesso a insumos de saúde (201). Nos últimos anos, negociações e pressões transcenderam inicialmente as decisões e acordos adotados em Doha (202). Ainda assim, os interesses da saúde pública referentes ao acesso a medicamentos e tecnologias foram resgatados por novas iniciativas, principalmente por meio da Estratégia Global e Plano de Ação da OMS sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual (203), que garantem certo equilíbrio nas negociações sobre o tema (204).

ÉTICA, DIREITOS HUMANOS E SAÚDE

Ética e saúde são temas da maior relevância e evoluem permanentemente à medida que se renovam paradigmas e se estendem os limites do conhecimento e da tecnologia. Os países da Região avançaram nesse campo, principalmente em assuntos básicos por meio da instalação de “comitês de ética”, cuja missão é emitir normas que garantam os direitos e a segurança dos indivíduos, particularmente os mais vulneráveis, evitando incorrer em riscos desnecessários associados a projetos de pesquisa clínica e/ou de prática médica. Contudo, há muitos outros desafios que precisam de atenção.

Um dos temas emergentes é o relacionado ao uso dos recursos disponíveis para a saúde, partindo do princípio de que os recursos sempre são limitados e as necessidades ilimitadas. Portanto, é fundamental maximizar os benefícios. Esse tema deixou de ser exclusivo da justiça redistributiva e se transformou numa questão de natureza ética. O processo de seleção das prioridades e as decisões sobre a distribuição de benefícios para um determinado grupo de pessoas em detrimento de outro são alguns dos debates éticos que não podem ser ignorados. Da mesma maneira, a questão da proporção de recursos que devem ser alocados a ações primárias em relação àqueles investidos na atenção terciária é um dilema permanente. A equidade na distribuição dos recursos é complexa e não está livre de controvérsias, uma vez que os princípios de eficiência, equidade e ética nem sempre coincidem (205).

Outros assuntos em discussão são os relacionados à “morte digna” em casos terminais e irreversíveis, bem como os resultantes das inovações tecnológicas e sua aplicação em nível individual e coletivo, que geram novas incertezas (206). Os avanços na genômica, na proteômica e na biologia celular, que em alguns momentos parecem desafiar as próprias leis da evolução, são, sem dúvida, acontecimentos relevantes cujo potencial inclui desde a geração de novos agentes terapêuticos individualizados, baseados nos perfis genéticos e metabólicos próprios de cada paciente, até o uso de células-tronco capazes de substituir tecidos e órgãos (207). Embora essas e outras inovações prometam grandes melhorias na eficácia dos tratamentos, também podem encarecer os serviços, além de gerar desafios para sua regulamentação. Também, estão surgindo novos dilemas sobre a equidade no acesso a esses benefícios potenciais, cuja discussão é complexa e em alguns momentos paradoxal. Por um lado, o mundo precisa das inovações para continuar avançando; por outro, persiste o desafio de como garantir o acesso de muitos grupos da população aos serviços mais básicos de saúde. Esses temas levantam grandes expectativas e controvérsias, cujo debate continua inconcluso.

Vários países da Região consideram a saúde como direito humano e bem público, e muitos deles conseguiram avanços na conformidade de normas, padrões e princípios relacionados a esse tema. Nesse contexto, é cada vez mais frequente a intervenção de tribunais de justiça nacionais na resolução de

conflitos. A busca de uma solução judicial para a atenção à saúde tem se tornado o recurso do cidadão para reclamar seu direito à saúde, mas a abrangência desses processos ainda precisa de ajustes, haja vista o debate em andamento entre os setores saúde e justiça e da busca contínua de consenso sobre esses procedimentos no âmbito da sociedade em seu conjunto (208).

SAÚDE GLOBAL

O conceito de saúde global está em expansão, em parte porque a saúde é tida como elemento-chave do desenvolvimento sustentável e do combate à pobreza, bem como componente vital de uma governança mais eficaz para a segurança mundial. De fato, a saúde transformou-se num instrumento estratégico da diplomacia e das relações internacionais, e é um dos campos de maior crescimento e interdependência em temas científicos, tecnológicos, econômicos e comerciais. A crescente relevância da saúde em nível mundial gerou uma explosão de novos atores e iniciativas internacionais, cada um tratando de protagonizar na promoção de diversas agendas. Nas últimas duas décadas, a arquitetura e o funcionamento da saúde global mudaram de maneira dramática. Não obstante, apesar de criar novas oportunidades para mitigar problemas da saúde, essa heterogeneidade de atores e interesses também estimulou a fragmentação, redundâncias e fossos, cuja governança está se tornando cada vez mais difícil e complexa (209).

Como desdobramento desse amplo universo de interesses, o fluxo de recursos financeiros destinados à saúde global apresentou um contínuo aumento. Dados recentes mencionam que, apesar da crise financeira global, a assistência para o desenvolvimento da saúde (ADS) entre 2009 e 2011, continuou crescendo a um ritmo anual de 4%, alcançando um total de US\$ 27,73 bilhões (210). A OMS não está alheia a esses desafios e, por mandato de seus Corpos Diretivos, empreendeu um processo de reforma para fortalecer sua capacidade de resposta diante de novos desafios da saúde no século XXI, com a flexibilidade necessária para responder da maneira mais eficiente possível: desde como lidar com a agenda inconclusa e ainda tratar de eliminar os problemas de saúde pendentes que dizem respeito ao enfren-

tamento das ameaças emergentes que podem alterar a saúde pública mundial (211, 212). À luz da crescente complexidade das agendas de saúde, a OMS e a OPAS têm se tornado espaços privilegiados para facilitar o diálogo e a convergência entre os múltiplos interesses e atores, considerando as dimensões éticas, políticas e sociais da saúde.

Nesse mesmo sentido, diversos temas interligados à saúde são periodicamente analisados com diversos graus de profundidade em múltiplos fóruns das agências dos sistemas das Nações Unidas e Interamericano. Além disso, em pelo menos dez instâncias de integração regional e sub-regional, também são analisadas, propostas e articuladas ações conjuntas para fortalecer diversos campos prioritários da saúde, com ênfase em vigilância; prevenção e controle de doenças; ampliação da cobertura e universalização dos serviços; desenvolvimento e gestão dos recursos humanos; acesso a medicamentos essenciais e inovação tecnológica em saúde; fortalecimento de programas de saúde reprodutiva; e controle de riscos relacionados, por exemplo, com o saneamento básico e outros determinantes da saúde.

No nível sub-regional cabe destacar o papel da Comunidade Andina de Nações (CAN), da Comunidade do Caribe (CARICOM) e mercado comum, do Mercado Comum do Sul (Mercosul), do Sistema de Integração Centro-Americana (SICA), da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA) e da Cúpula das Américas, e mais recentemente, da União de Nações Sul-Americanas (UNASUR), da Aliança Bolivariana para os Povos de Nossa América – Tratado do Comércio dos Povos (ALBA) e da Comunidade de Estados Latino-Americanos e Caribenhos (CELAC).

Por sua vez, em nível inter-regional, a ALC também priorizou temas relacionados à saúde em diferentes espaços de diálogo e mecanismos de integração, entre eles, a Cúpula Ibero-Americana, a Cúpula América Latina, Caribe e União Europeia (ALC-UE) e o Fórum de Cooperação América Latina-Ásia do Leste (FOCALAL) (213).

PERSPECTIVAS E CONSIDERAÇÕES

O primeiro decênio do século XXI caracterizou-se por uma ampla movimentação populacional e crescente troca de bens e produtos, além de um núme-

ro cada vez maior de alertas sanitários. Tal cenário parece refletir um momento histórico semelhante, embora de proporções diversas às registradas no início do século XX, quando se tornou necessário desenvolver uma maior capacidade internacional para enfrentar os desafios à saúde resultantes da crescente migração de populações da Europa, Ásia e África para as Américas, a “Grande Imigração”, a qual está associada ao aumento do comércio transcontinental e à elevada prevalência de doenças infecciosas e transmitidas por vetores. Essas próprias circunstâncias criaram o contexto que deu origem à Organização Pan-Americana da Saúde (214). À medida que os países das Américas evoluíram, também evoluíram seus processos de integração regional, incluindo o Pan-Americanismo como expressão de boa vontade em todas as frentes – diplomática, política, econômica, social e cultural – criando e promovendo relações, associações e cooperação entre os países do hemisfério em diversos âmbitos de interesse comum (215, 216).

Há consenso de que a saúde pública é “a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde através dos esforços comunitários organizados” (217), baseada no princípio de que as ações realizadas hoje protegerão a saúde e o bem-estar da população amanhã. À diferença dos serviços assistenciais, cuja responsabilidade central é resolver os problemas atuais derivados da acumulação de riscos e, em particular, tratar a doença, a prática da saúde pública visa reduzir ou eliminar aqueles riscos que poderiam no futuro afetar a saúde comunitária e individual. A ênfase operacional da saúde pública é traduzida em ações coletivas, reconhecendo-se que os acontecimentos somente serão modificados por meio do compromisso da sociedade. Por um lado, os conhecimentos e as evidências do passado nos permitem construir as possíveis tendências e cenários do futuro e, conseqüentemente, desenvolver e implementar as possíveis soluções. Por outro, os valores das sociedades determinam o que é desejável e, na medida do possível, como estabelecer prioridades e metas para seu alcance. Esse processo dialético e reiterativo nos torna responsáveis não só diante das presentes gerações, mas também as próximas (218). Além disso, a saúde está fundamentada em sólidos princípios de ética e justiça, que reafirmam que nenhum ser humano é intrinsecamente superior a outro. Tais pressupostos apoiam responsabilidades

intergeracionais que conferem às gerações futuras os mesmos direitos que às atuais (219).

Sabe-se bem que os níveis de saúde atuais são o resultado de políticas públicas e de decisões pessoais tomadas, tanto no presente como no passado. Exemplo dessa influência intergeracional é o fenômeno atual do aquecimento global: mesmo que fossem estabilizadas hoje as concentrações dos gases do efeito estufa, seus efeitos acumulados sobre os ecossistemas não cessariam porque é muito tarde para evitar todos os impactos das mudanças ambientais globais, mas ainda poderíamos ser mais eficazes e eficientes aplicando ações de mitigação dos danos (220). Reconhece-se cada vez mais que a saúde é, simultaneamente, indicador, produto e insumo do desenvolvimento sustentável. Por definição, o conceito de desenvolvimento sustentável suporta uma visão voltada ao futuro, destacando a responsabilidade intergeracional de tal forma que as gerações atuais não comprometam a capacidade de gerações futuras satisfazerem suas necessidades (221). A emergência desse paradigma implica que, para levar adiante as agendas de saúde, torna-se imperativo agir não somente modificando os fatores causais imediatos e de curto prazo, mas também reforçando a ênfase nos fatores intermediários e distais, cujos efeitos somente poderão se concretizar em médio e longo prazo.

A abordagem dominante da prática da saúde pública até o momento tem se baseado num modelo de causalidade visando modificar os fatores causais proximais por meio de intervenções custo-efetivas e, na medida do possível, de curto prazo (218). A vantagem desse modelo é a fácil identificação de populações em risco e a simplificação da definição de políticas e intervenções. Um exemplo bem-sucedido da eficiência e a eficácia desse modelo é o programa de imunizações, que permitiu inclusive erradicar a varíola em nível mundial e – se os esforços se encaminharem conforme os planos – fará o mesmo com a poliomielite no futuro próximo. No entanto, esse modelo é um tanto reducionista quando aplicado a outros problemas de saúde pública, como, por exemplo, a prevenção e o controle de doenças crônicas não transmissíveis.

Enfrentar hipertensão, estilo de vida sedentário, obesidade e sobrepeso e o tabagismo como causas proximais das DCNTs possui relevância porque resolve, em parte, a carga de doença e mortalidade.

Contudo, sua sustentabilidade depende de intervenções nos fatores causadores intermediários e distais, bem como multi- e intersetoriais que modifiquem no médio e longo prazo os comportamentos subjacentes por trás das causas proximais mencionados acima. Essas “causas das causas” são essencialmente de natureza estrutural e só poderão ser alteradas sob determinadas condições – revisando e reformulando as políticas que determinam as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, de modo a reduzir de maneira progressiva e eficaz aquelas iniquidades evitáveis que afetam de maneira injusta a saúde individual e coletiva, indistintamente de sua composição étnica, preferência sexual, crença ou filiação política (222).

Apesar de diferenças filosóficas entre as duas abordagens – por um lado, a APS, e os determinantes sociais e ambientais da saúde, por outro – seus princípios subjacentes são cada vez mais convergentes e complementares entre si. Daí que seus fundamentos conjuntos deixam claro que a saúde é mais que a ausência de doenças e ressalta que o foco principal é a redução de iniquidades, bem como quão relevantes são a APS e os determinantes sociais e ambientais da saúde, tanto em países pobres como ricos. Além disso, fomentam o empoderamento comunitário e promovem ações multissetoriais direcionadas estrategicamente pelo setor saúde (223).

Essas novas realidades demandam a progressiva transformação do modelo de prestação de serviços de saúde, especialmente em relação aos recursos humanos. Por um lado, tornam imprescindível a formação de equipes multi- e interdisciplinares de saúde em todos os níveis de atuação e, por outro, exigem a profunda reorientação dos programas de formação e educação permanente dos recursos humanos, para que as referidas equipes de saúde possam reunir habilidades, atitudes e enfoques necessários para responder de maneira mais integral e coerente ao desafio de cuidar da saúde individual e coletiva.

Os ministérios da saúde se deparam com desafios crescentes na busca de formas para tornar realidade o princípio de “saúde em todas as políticas”. Ao mesmo tempo, essa complexa procura afeta a estrutura de governança, não só dos países (onde os ministérios são divididos em eixos setoriais), como também nos programas e nas agências de cooperação internacional. (224).

Para avançar nesse tipo de modelos e estratégias multi- e intersetoriais, dever-se-á renovar em parte as propostas metodológicas, assim como as métricas que se empregarão e as evidências para respaldar as políticas e as ações necessárias. Tal enfoque estará sujeito à exigência de que os sistemas de informação sejam capazes de estabelecer as ligações necessárias entre políticas, determinantes e riscos em saúde. Nesse contexto, embora as evidências baseadas em critérios de custo-efetividade sejam fundamentais, também será importante reconhecer o peso das percepções e as demandas geradas pelos diversos grupos populacionais, cujas expectativas, por sua vez, se tornam insumos estratégicos para definir os novos horizontes da saúde em nível nacional e internacional.

A Região das Américas concretizou avanços e melhoras contínuas na saúde de sua população. Persistem, é claro, diferenças importantes e temas emergentes que os países estão tratando de resolver de forma individual e coletiva. À luz da maior interdependência e globalização que caracterizam a situação atual da saúde, as mudanças demográficas e epidemiológicas continuam avançando em cada um dos países a velocidades diferenciadas, mas concorrentemente com transformações políticas, econômicas, culturais e tecnológico-científicas, entre outras, cujos efeitos em curto, médio e longo prazo ainda não foram estabelecidos ou pesquisados o suficiente. Abre-se assim uma porta a novos espaços de reflexão e atuação que, sem dúvida, já são parte dos desafios a serem enfrentados pelas agendas da saúde regional e global.

Vivemos numa época de marcantes contradições. O mundo que desfruta de tecnologias de uma sofisticação inimaginável, mas que também abriga mais de um bilhão de pessoas que não se alimentam o suficiente. A economia mundial avança rapidamente a novos níveis de produtividade por meio de melhorias contínuas na tecnologia, enquanto destruimos o ambiente. Os níveis de educação alcançam elevados patamares, mas temos novas crises associadas ao consumo de tabaco e drogas, à depressão, violência e outros problemas que atribuímos à vida moderna. A renda não tem sido repartida de maneira justa. O modelo desigual de distribuição econômica trouxe maior desconfiança e insegurança, prejudicando a todos, incluindo àqueles que supostamente se beneficiaram mais. Esse modelo de

consumo cria demandas artificiais para todas as situações, associadas mais a situações de status que a necessidades reais (225). O subproduto das distorções e contradições do modelo de crescimento econômico dominante, que privilegiou interesses especiais de minorias e maximizou benefícios de curto prazo, desembocou em três crises concomitantes: a econômica, a social e a ambiental, cuja somatória trouxe uma crise de complexidade sem precedentes na história da humanidade. Cada uma das crises é onerosa. Elas causam sofrimento humano e são extremamente ineficientes, uma vez que desperdiçam investimentos e gastam recursos que serão necessários para o desenvolvimento futuro (226).

Para responder a esse enorme desafio é importante redefinir objetivos, metas e estratégias que permitam redirecionar de maneira propositiva e proativa ideias para um desenvolvimento sustentável que reduzam os fossos entre nações e grupos sociais, que significará renovar a governança em todos os níveis de decisão e execução, bem como incentivar a construção de valores comuns de forma democrática e participativa, de modo a torná-los uma realidade no novo mapa de ação, com uma visão mais generosa, ampla, inclusiva e pacífica que possa ser sustentada em longo prazo.

A urgente necessidade de avançar na construção de bens públicos globais comuns a toda a humanidade exigirá que as instâncias internacionais assumam mais responsabilidades. Esse compromisso possui múltiplas implicações: desde como serão entendidos e tratados os assuntos relacionados à soberania dos países até a própria reforma do sistema das Nações Unidas, incluindo uma progressiva convergência temática entre os órgãos de cooperação multilateral e bilateral, para ajudá-los a melhorar os níveis de eficiência e eficácia necessários para seu trabalho.

Esses desafios aplicam-se à saúde. Para avançarmos a modelos mais integrados de saúde, com benefícios mais sustentáveis, precisamos também rever estrategicamente a própria arquitetura e o funcionamento da governança em saúde em todos seus níveis, desde o local ao nacional e internacional e vice-versa. É fundamental continuar avançando na melhoria da eficiência setorial, tratando de reduzir a segmentação e a fragmentação dos serviços, fortalecer novas propostas multi- e intersetoriais que permitam reduzir riscos tanto proximais, como

intermediários e distais. Tais avanços serão conquistados à medida que sejam introduzidos novos – e mais inclusivos – modelos de governança, com uma composição multissetorial e com a participação da sociedade civil, da academia e do setor privado. Esses modelos permitirão criar políticas, programas e ações mais convergentes e mais bem articulados entre si. A saúde das atuais e futuras gerações depende disso. Esses são temas de interesse para todos e não só dos governos.

REFERÊNCIAS

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects: The 2010 Revision [Internet]; 2011. Disponível em: <http://esa.un.org/unpd/wpp/>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Datos básicos en salud. Mortalidad [Internet]; 2011. Disponível em: <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
3. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Datos básicos en salud. Fecundidad [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
4. Macro International Inc. Measure DHS STATcompiler [Internet]; 2011. Disponível em: www.measuredhs.com/pubs/pdf/CS20/05Chapter05.pdf. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
5. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Con un envejecimiento saludable, los adultos mayores pueden ser un valioso recurso social y económico. Día Mundial de la Salud 2012. Comunicado de Prensa [Internet]; 2012. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=6444&Itemid=39366&lang=es. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
6. World Bank. Population Aging: Is Latin America Ready? [Internet]; 2011. Disponível em: <http://external.worldbankimflib.org/uhtbin/cgiirsi/x/0/0/5/?searchdata1=885313%7B-ckekey%7D>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
7. Lancet. Grey matter: ageing in developing countries [Internet]; 2012. Disponível em: [http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60541-8/fulltext](http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60541-8/fulltext). Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.un-ngls.org/spip.php?article2440>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
9. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2010 [Internet]; 2010. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=9048&Itemid=. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
10. World Health Organization. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates trends in maternal mortality: 1990 to 2010 [Internet]; 2012. Disponível em: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
11. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe [Internet]; 2008. Disponível em: (<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/33220/2008-268-SES.32-CELADE-ESPANOL.pdf>). Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
12. Barreto S, Miranda JJ, Figueroa JP, Schmidt MI, Muñoz S, Kuri-Morales *et al.* Epidemiology in Latin America and the Caribbean: current situation and challenges [Internet]; 2012.

- Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22407860>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
13. The United Nations Human Settlements Program (UN-HABITAT). State of the World Cities Report 2010-2011. Cities for All: Bridging the Urban Divide [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.unhabitat.org/content.asp?cid=8051&catid=7&typeid=46&subMenuId=0>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 14. The United Nations Human Settlements Program (UN-HABITAT). State of the World's Cities Report 2006/2007 [Internet]; 2007. Disponível em: <http://www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=2101>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 15. Malan P. Healthy People, Healthy Cities, Healthy Economies. Project Syndicate. A World of Ideas [Internet]; 2012. Disponível em: <http://www.project-syndicate.org/commentary/healthy-people--healthy-cities--healthy-economies>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 16. United Nations, World Tourism Organization Network [Internet]; 2012. Disponível em: <http://americas.unwto.org/es>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 17. Marks JS. Preventive Care. The first step in the future of public health [Internet]; 2005. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/advanced>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 18. Inter-American Dialogue. Remaking the Relationship. The USA and Latin America [Internet]; 2012. Disponível em: <http://www.thedialogue.org/PublicationFiles/IA-D2012PolicyReportFINAL.pdf>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 19. Fondo Monetario Internacional. Perspectivas de la economía mundial [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.imf.org/external/spanish/pubs/ft/weo/2011/02/pdf/texts.pdf>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 20. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 21. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.eclac.cl/cgibin/getProd.asp?xml=/dds/agrupadores_xml/aes31.xml&xsl=/dds/agrupadores_xml/agrupa_listado.xsl&base=/dds/tp1/top-bottom.xsl. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 22. United States Census Bureau [Internet]; 2010. Disponível em: <http://2010.census.gov/2010census/>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 23. Statistics Canadá [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/090326/dq090326a-eng.htm>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 24. Banco Mundial. Base de datos. Rankin mundial del PIB [Internet]; 2012. Disponível em: http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.CD/countries?order=wbapi_data_value_2010%20wbapi_data_value%20wbapi_data_value-last&sort=desc&display=default. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 25. World Bank. The World Development Indicators [Internet]; 2012. Disponível em: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators/wdi-2010>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 26. Sabina A. Multidimensional Poverty Index [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.ophi.org.uk/policy/multidimensional-poverty-index/>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.

27. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2010 [Internet]; 2010. Disponible em: http://www.iadb.org/intal/intalcdi/integ/integ1B.asp?sub_base=INTEG&az=1&za=1&desc=CONVERGENCIA&orden=anioD&desc_tipo=and&origen=A&clase=M1. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
28. Gasparini L, Cruces G, Tornarolli L, Marchionni M. A turning point? Recent developments on inequality in Latin America and the Caribbean [Internet]; 2009. Disponible em: http://cedlas.econo.unlp.edu.ar/archivos_upload/doc_cedlas81.pdf. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
29. Birdsall N, Lustig N, McLeod D. Declining inequality in Latin America: some economics, some politics [Internet]; 2011. Disponible em: http://www.cgdev.org/files/1425092_file_Birdsall_Lustig_McLeod_FINAL.pdf. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
30. Lustig N, Ortiz-Juárez E, López-Calva L. The decline in inequality in Latin America: how much, since when and why [Internet]; 2011. Disponible em: <http://econ.tulane.edu/RePEc/pdf/tul1118.pdf>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
31. Hailu D, Dillon SS. What explains the decline in Brasil's inequality? International Policy Center for Inclusive Growth and the Institute for Applied Economic Research. OnePager 2009;89:2.
32. McLeod D, Lustig N. Inequality and poverty under Latin America's new left regimes [Internet]; 2011. Disponible em: <http://econ.tulane.edu/RePEc/pdf/tul1117.pdf>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
33. Cecchini S, Madariaga A. Conditional cash transfers programs. The recent experience in Latin America and the Caribbean [Internet]; 2011. Disponible em: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/6/45096/P45096.xml&xsl=/dds/tpl-i/p9f.xsl&base=/mujer/tpl/top-bottom-estadistica.xslt>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
34. Lopez-Calva LF, Lustig N [eds]. Declining Inequality in Latin America. A Decade of Progress? [Internet]; 2010. Disponible em: <http://www.voxeu.org/index.php?q=node/5148>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
35. Economic Center for Latin America and the Caribbean. Conditional Cash Transfer Programmes: The Recent Experience in Latin America and the Caribbean [Internet]; 2011. Disponible em: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/6/45096/P45096.xml&xsl=/dds/tpl-i/p9f.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xslt>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
36. Organización Internacional del Trabajo. Estadísticas laborales. LABORSTATA [Internet]; 2011. Disponible em: <http://laborsta.ilo.org/STP/guest#BAR05>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
37. Organización de Estados Americanos, Comisión Interamericana de Mujeres. Plan estratégico 2011-2016 [Internet]; 2011. Disponible em: <http://www.oas.org/cim>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
38. Organización Internacional del Trabajo. Panorama laboral. América Latina y el Caribe [Internet]; 2011. Disponible em: <http://br.bing.com/search?q=Panorama%20Laboral.%20Am%c3%a9rica%20latina%20y%20el%20Caribe.%20ISBN%20978%2092%202%20325889%204.&mkt=p-t-br&FORM=HPDWBR&DI=2883&CE=14.0&CM=SearchWeb>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
39. United States, Bureau of Labor Statistics [Internet]; 2012. Disponible em: <http://data.bls.gov/timeseries/LNS14000000>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
40. International Labour Organization. Children in hazardous work. What we know, what we

- need to do [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_155428.pdf. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
41. World Health Organization. Improving Equity in Health by Addressing Social Determinants [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.globalhealthequity.ca/webfm_send/154. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 42. Miller G. Hidden Tragedy: Underreporting of Workplace Injuries and Illnesses [Internet]; 2008. Disponível em: <http://www.docstoc.com/docs/19968722/HIDDEN-TRAGEDY-UNDERREPORTING-OF-WORKPLACE-INJURIES-AND-ILLNESSES-House-Congressional-Hearing-110th-Congress-2007-2008>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 43. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Población asegurada y tasas de accidentes de trabajo en países seleccionados de la Región de las Américas. Elaboración propia. Washington, DC: OPS; 2011.
 44. LATINBAROMETRO [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.infoamerica.org/primer/lb_2011.pdf. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 45. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. El bono demográfico: una oportunidad para avanzar en materia de cobertura y progresión en educación secundaria. [Internet]; 2008. http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/2/34732/PSE2008_Cap3_BonoDemografico.pdf. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 46. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Observatorio de Igualdad de Género [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/oig/agrupadores_xml/aes779.xml&xsl=/oig/agrupadores_xml/agrupa_listado.xsl&base=/oig/tpl/top-bottom.xsl. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 47. United Nations. Year of Afrodescendants [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.panastrag.org/pages/news.php?id=22>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 48. Durán MA. Los costes invisibles de la enfermedad. Madrid: Fundación BVA; 2003.
 49. Pan American Health Organization; Economic Commission for Latin America and the Caribbean; United Nations Fund for Population Activities; United Nations Children's Fund; United Nations Development Fund for Women; United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. Health of Women and Men in the Americas. [Internet]; 2009. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Profile-English-health-women-men.pdf>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 50. Pulver LJ, Haswell MR, Ring I, Waldon J, Clark W, Whetung V *et al.* Indigenous Health – Australia, Canadá, Aotearoa, New Zealand and the United States.- Laying claim to a future that embraces health for us all [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/IHNo33.pdf>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 51. United States, Office of Minority Health [Internet]; 2011. Disponível em: <http://minorityhealth.hhs.gov/templates/browse.aspx?lvl=2&lvlID=52>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 52. Lopez H, Maloney W. Poverty reduction and growth. Virtuous and vicious circles [Internet]; 2006. Disponível em: http://siteresources.worldbank.org/INTLACINSPANISH/Resources/Reduccion_de_la_pobreza.pdf. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 53. United States, National Cancer Institute [Internet]. Disponível em: <http://www.cancer>.

- [gov/statistics](#). Acessado em: 10 de novembro de 2011.
54. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Informe anual de la Directora [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.paho.org/annual-report-d-2011/chapter1_AR2011span.html. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 55. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio con igualdad en América Latina y el Caribe: Progresos y desafíos [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 56. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011 [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/spanish/MDG_Report_2011_SP.pdf. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 57. United Nations Children's Fund; World Health Organization. Progress on Drinking Water and Sanitation [Internet]; 2012. Disponível em: http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/JMP-report-2012-en.pdf. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 58. Lancet. Global health in 2012: development to sustainability [Internet]; 2012. Disponível em: [http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60081-6/fulltext](http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60081-6/fulltext). Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 59. Global Fund. The Global Fund to Fight Aids, TB and Malaria [Internet]; 2012. Disponível em: <http://www.theglobalfund.org/en/>. Acessado em: 6 de junho de 2012.
 60. World Health Organization. Environmental Burden of Disease [Internet]; 2006. Disponível em: http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/countryprofiles/en/. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 61. Millenium Ecosystem Assessment. Ecosystems and Human Well-being: Current State and Trends, Volume 1. 2005. Disponível em: <http://www.maweb.org/documents/document.766.aspx.pdf>. Acessado em: 29 de julho de 2012.
 - 61.b. Naciones Unidas. Resolución sobre derecho humano al agua y saneamiento. A/64/L.63/Rev.1 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.politicaspUBLICAS.net/panel/agua/dhagua/667-onu-2010-resolucion-agua.html>. Acessado em: 24 de março de 2011.
 62. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Avances en la sostenibilidad ambiental del desarrollo en ALC [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.eclac.cl/mdg/reportevances/>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 63. World Health Organization; United Nation Children's Fund. A Snapshot of Drinking-water and Sanitation in the MDG Region Latin-America & Caribbean [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/1284626181-LAC_snapshot_2010.pdf. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 64. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Informe del Proyecto de Evaluación Regional del Manejo de Residuos Sólidos Urbanos en ALC [Internet]; 2010. Disponível em: www6.iadb.org/Residuos/infogeneral/Acerca.bid. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 65. Banco Interamericano de Desarrollo; Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Informe de la evaluación regional del manejo de residuos sólidos urbanos en América Latina y el Caribe [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.iadb.org/es/temas/residuos-solidos/gestion-de-residuos-solidos,2203.html>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.

66. Romieu I, Alamo-Hernández U, Texcalac-Sangrado JL, Pérez L, Gouveia N, McConnell R. En: Galvao L, Finkelman J, Henao S (eds.). Determinantes ambientales y sociales de la salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2010.
67. World Health Organization. Urban Outdoor Air Pollution Section: Mortality and Burden of Disease Attributable to Urban Outdoor Air Pollution [Internet]; 2011. Disponível em: http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=2259. Acessado em: 4 de novembro de 2011.
68. Organización Mundial de la Salud. Guías de calidad del aire [Internet]; 2006. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs313/es/index.html>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
69. World Health Organization. Population Using Solid Fuels. Global Health Observatory Data Repository [Internet]; 2007. Disponível em: <http://apps.who.int/ghodata/#>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
70. World Health Organization. Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks [Internet]; 2009. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
71. Rehfuss E, Mehta S, Prüss-Üstün A. Assessing Household Solid Fuel Use: Multiple Implications for the Millennium Development Goals [Internet]; 2006. Disponível em: ehp03.niehs.nih.gov/ambra-doi-resolver/10.1289/ehp.8603. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
72. International Program on Chemical Safety. WHO Human Health Risk Assessment Toolkit: Chemical Hazards [Internet]; 2010. Disponível em: <http://br.bing.com/search?q=%20International%20Program%20on%20Chemical%20Safety.%20WHO%20Human%20Health%20Risk%20Assessment%20Toolkit%20Chemical%20Hazards.%20WHO.%20Geneva.%202010.%20ISBN%20978%2092%204%20154807%206&mkt=pt-br&FORM=HP-DWBR&DI=2883&CE=14.0&CM=SearchWeb>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
73. American Chemistry. Global Business of Chemistry [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.americanchemistry.com/s_acc/sec_directory.asp?CID=292&DID=747. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
74. International Program on Chemical Safety. Assessment of Combined Exposures to Multiple Chemicals: Report of a WHO/IPCS International Workshop [Internet]; 2009. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/1037930/Toxic-Chemicals-and-Childrens-Health-in-North-America>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
75. Díaz B, García CL. Prevención de riesgo en poblaciones vulnerables. En: Galvao L, Finkelman J, Henao S (eds.). Determinantes ambientales y sociales de la salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2010.
76. World Health Organization. Initiative to Estimate the Global Burden of Foodborne Diseases: A Summary Document [Internet]; 2008. Disponível em: http://www.who.int/foodsafety/foodborne_disease/Summary_Doc.pdf. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
77. Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura. La seguridad alimentaria en la Américas: una exigencia de un nuevo modelo de desarrollo para el siglo XXI [Internet]; 2009. Disponível em: http://www.enlaceacademico.org/uploads/media/Seguridad_Alimentaria_iica.pdf. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
78. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.fao>.

- [org/publications/sofi/es/](#). Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
79. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Mesa redonda sobre el cambio climático y sus repercusiones para la salud pública: una perspectiva regional [Internet]; 2008. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-16-s.pdf>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 80. Finkelman J, Galvao L, Henao S. Gobernanza de la salud ambiental en América Latina. En: Galvao L, Finkelman J, Henao S (eds.). Determinantes ambientales y sociales de la salud. Washington, DC: OPS; 2010.
 81. World Health Organization. Green economic development can be good for health [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.who.int/hia/cop16_article.pdf. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 82. Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible [Internet]; 2012. Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N12/381/67/PDF/N1238167.pdf?OpenElement>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 83. Roses M. Las políticas de salud en América Latina y El Caribe. 7o. Congreso Internacional de Salud Pública [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.slideshare.net/OPSColombia/las-politicas-de-salud-en-amrica-latina-y-el-caribe-dra-roses-meelln>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 84. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de los programas de inmunización. Resolución CD50/R5 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R5-s.pdf>. Acessado em: 11 de março de 2012.
 85. World Health Organization. PAHO Tracks Progress on the Documentation and Verification of Measles, Rubella and Congenital Rubella Syndrome Elimination in the Americas [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.who.int/immunization/GIN_September_2011.pdf. Acessado em: 11 de março de 2012.
 86. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. El décimo aniversario de la Semana de Vacunación en las Américas se celebrará del 21 al 28 de abril de 2012 [Internet]; 2012. Disponível em: <http://new.paho.org/vwa/?lang=es>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 87. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. XIX Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación [Internet]; 2011. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1862&Itemid=1674. Acessado em: 11 de março de 2012.
 88. Jauregui B, Sinha A, Clark AD, Bolanos BM, Resch S, Toscano CM *et al*. Strengthening the Technical Capacity at Country-level to Make Informed Policy Decisions on New Vaccine Introduction: Lessons Learned by PAHO's ProVac Initiative [Review] [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Jauregui>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 89. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Inmunización en las Américas [Internet]; 2012. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3573&Itemid=2573&lang=es. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 90. Pan American Health Organization. Progress Reports on Technical Matters Immunization: Challenges and Outlook. 51st Directing Council [Internet]; 2011. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5723&Itemid=4139&lang=en. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.

91. REMSAA XXIV/383. Acuerdo de Sucre Sobre la Interrupción de la Transmisión Autóctona del Virus del Sarampión en los Países Andinos [Internet]. Disponível em: <http://www.orasconhu.org/remsa/remsa-xxiv>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
92. Ropero-Alvarez AM, Kurtis HJ, Danovaro-Holliday MC, Ruiz-Matus C, Tambini G. Vaccination Week in the Americas: an opportunity for the integration of other health services with immunization [Internet]; 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ropero-Alvarez%20AM%20Kurtis%20HJ%20Danovaro-Holliday%20MC%20Ruiz-Matus%20C%20Tambini%20G.%20Vaccination%20Week%20in%20the%20Americas%3A%20an%20opportunity%20for%20the%20integration%20of%20other%20health%20services%20with%20immunization.%20J%20Infect%20Dis.%202012%20Mar%3B205%20Suppl%201%3AS120-5>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
93. Centers for Disease Control and Prevention. Trends in Tuberculosis-United States 2010 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.cdc.gov/tb/statistics/reports/2010/table1.htm>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
94. World Health Organization. Global Tuberculosis Control Report [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/2011/en/index.html>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
95. World Health Organization. World Malaria Report 2011 [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/en/. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
96. San Martin JL, Brathwaite O, Zambrano B, Solorzano JO, Bouckennooghe A, Dayan GH *et al*. The epidemiology of dengue in the Americas over the last three decades: a worrisome reality [Internet]; 2010. Disponível em: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=San%20Martin%2C%20J.%20L.%2C%20Brathwaite%2C%20O.%2C%20Zambrano%2C%20B.%2C%20Solorzano%2C%20J.%20O.%2C%20Bouckennooghe%2C%20A.%2C%20Dayan%2C%20G.%20H.%2C%20and%20Guzman%2C%20M.%20G.%20\(2010\).%20The%20epidemiology%20of%20dengue%20in%20the%20americas%20over%20the%20last%20three%20decades%3A%20a%20worrisome%20reality.%20Am%20J%20Trop%20Med%20Hyg%2082\(1\)%2C%20128-35](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=San%20Martin%2C%20J.%20L.%2C%20Brathwaite%2C%20O.%2C%20Zambrano%2C%20B.%2C%20Solorzano%2C%20J.%20O.%2C%20Bouckennooghe%2C%20A.%2C%20Dayan%2C%20G.%20H.%2C%20and%20Guzman%2C%20M.%20G.%20(2010).%20The%20epidemiology%20of%20dengue%20in%20the%20americas%20over%20the%20last%20three%20decades%3A%20a%20worrisome%20reality.%20Am%20J%20Trop%20Med%20Hyg%2082(1)%2C%20128-35). Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
97. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Dengue [Internet]; 2011. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=264&Itemid=363&lang=es. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
98. International Development Research Center. Ecohealth Field Building Leadership in Prevention and Control of Vector Borne Diseases [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.idrc.ca/EN/Programs/Agriculture_and_the_Environment/Ecosystem_Approaches_to_Human_Health/Pages/ProjectDetails.aspx?ProjectNumber=106149. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
99. San Martin JL, Brathwaite-Dick O. Integrated strategy for dengue prevention and control in the Region of the Americas [Internet]; 2007. Disponível em: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=San%20Martin%2C%20J.%20L.%2C%20and%20BrathwaiteDick%2C%20O.%20\(2007\).%20%5BIntegrated%20strategy%20for%20dengue%20prevention%20and%20control%20in%20the%20Region%20of%20the%20Americas%5D.%20Rev%20Panam%20Salud%20Publica%2021\(1\)%2C%2055-63](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=San%20Martin%2C%20J.%20L.%2C%20and%20BrathwaiteDick%2C%20O.%20(2007).%20%5BIntegrated%20strategy%20for%20dengue%20prevention%20and%20control%20in%20the%20Region%20of%20the%20Americas%5D.%20Rev%20Panam%20Salud%20Publica%2021(1)%2C%2055-63). Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
100. Centers for Disease Control and Prevention. Chikungunya Transmission [Internet]; 2012. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/>

- dvidbid/chikungunya/CH_Transmission.html.
Accesado em: 12 de janeiro de 2012.
101. Hotez PJ, Bottazzi ME, Franco-Paredes C, Ault SK. The neglected tropical diseases of Latin America and The Caribbean: a review of disease burden and distribution and road map for control and elimination [Internet]; 2008. Disponível em: <http://www.plosntds.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pntd.0000300> \ Accesado em: 12 de janeiro de 2012.
 102. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza [Internet]; 2009. Disponível em: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20\(Esp.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20(Esp.).pdf). Accesado em: 12 de janeiro de 2012.
 103. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Enfermedad de Chagas. Transmisión por el principal vector [Internet]; 2012. Disponível em: http://new.paho.org/hq/images/stories/AD/HSD/CD/Chagas/int_trans_vector_chagas_800.jpg. Accesado em: 12 de janeiro de 2012.
 104. World Health Organization. InterAmerican Conference on Onchocerciasis, 2010: Progress towards eliminating river blindness in the WHO Region of the Americas [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.who.int/wer/2011/wer8638.pdf> . Accesado em: 12 de janeiro de 2012.
 105. Schneider MC, Aguilera XP, Barbosa da Silva JJ, Ault SK, Najera P, Martinez J *et al.* Elimination of neglected diseases in Latin America and the Caribbean: a mapping of selected diseases. *PLoS Negl Trop Dis* 2011;5:e964.
 106. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Control y eliminación de cinco enfermedades desatendidas en América Latina y el Caribe, 2010 – 2015 [Internet]; 2010. Disponível em: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Prioritization_NTD_PAHO_Dec_17_2010_Sp_cor.pdf. Accesado em: 12 de janeiro de 2012.
 107. World Health Organization. Information resources. Soil-transmitted helminthiasis: estimated number of children needing preventive chemotherapy and number treated [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.who.int/wer/2011/wer8625.pdf>. Accesado em: 12 de janeiro de 2012.
 108. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Rabia de las Américas [Internet]; 2011. Disponível em: <http://siepi.panaftosa.org.br/>. Accesado em: 12 de janeiro de 2012.
 109. World Health Organization. Report of the first meeting of the Leptospirosis Burden Epidemiology Reference Group [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.who.int/zoonoses/diseases/lerg2009/en/index.html>. Accesado em: 12 de janeiro de 2012.
 110. Petersen A *et al.* Las enfermedades infecciosas emergentes y el medio ambiente. En: Galvao L, Finkelman J, Henao S (eds.). *Determinantes ambientales y sociales de la salud*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2010.
 111. World Health Organization. International Health Regulations [Internet]; 2005. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-en.pdf. Accesado em: 12 de janeiro de 2012.
 112. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional. Nivel de cumplimiento de los países de la Región de las Américas. Datos propios. Washington, DC: OPS; 2011.
 113. Pan American Health Organization. Emerging and reemerging infectious diseases, Region of the Americas [Internet]; 2008. Disponível em: <http://www.ops-oms.org/Project>.

- asp?SEL=TP&LNG=ENG&ID=73&PR-GRP=periodicals. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
114. México, Secretaría de Salud [Internet]; 2009. Disponível em: <http://portal.salud.gob.mx/contenidos/noticias/influenza/estadisticas.html>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
115. World Health Organization. Situation updates – Pandemic (H1N1) [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/updates/en/index.html>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
116. Ropero-Alvarez AM, Kurtis HJ, Whitembury A, Dos Santos T, Danovaro-Holliday MC, Ruiz-Matus C. Pandemic Influenza Vaccination: Lessons Learned from Latin America and the Caribbean [Internet]; 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22155136>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
117. World Health Organization. Influenza. Flu-Net Website. Disponível em: http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/flunet/en/. Acessado em: 11 de março de 2012.
118. Haiti, Ministerio de Salud Pública. Rapport journalier MSPP Haiti du 19 Février 2011 [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.mspp.gouv.ht/site/index.php?option=com_content&view=article&id=117&Itemid=1. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
119. República Dominicana, Ministerio de Salud Pública. Boletín epidemiológico N51-2011 [Internet]. Disponível em: <http://www.sespas-digepi.gob.do/>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
120. Lancet [Internet]; 2011. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60031-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60031-2/fulltext). Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
121. Joint United Nations Program on HIV/Aids. Report on the Global Aids Epidemic 2010 [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_em.pdf. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
122. Joint United Nations Program on HIV/Aids. AIDSinfo database [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/aidsinfo/>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
123. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N *et al.* Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1105243>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
124. World Health Organization. Towards Universal Access: Scaling up Priority HIV/Aids Interventions in the Health Sector: 2010 Progress Report [Internet]; 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500395_eng.pdf. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
125. Monteiro MG, Telles-Dias P, Inglez-Dias A. Epidemiología del uso del alcohol y otras sustancias psicoactivas. En: Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S (eds.). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2009 (Publicación Científica y Técnica No. 632).
126. Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia. Drogas y democracia: hacia un cambio de paradigma [Internet]; 2009. Disponível em: http://www.drogasedemocracia.org/Archivos/livro_espanhol_04.pdf. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
127. World Health Organization. InfoBase [Internet]; 2011. Disponível em: <https://apps.who.int/infobase/report.aspx>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
128. Global Economic Burden for Non Communicable Diseases [Internet]; 2011. Disponível

- em: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNon-CommunicableDiseases_2011.pdf. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
129. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Datos básicos en salud. Mortalidad por enfermedades crónicas [Internet]; 2012. Disponible em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=2391&Itemid=2392. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 130. Belizán JM, Cafferata ML, Belizán M, Althabe F. Health inequality in Latin America [Internet]; 2007. Disponible em: [http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61673-0/fulltext](http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61673-0/fulltext). Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 131. United Nations. Population Division [Internet]; 2012. Disponible em: <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 132. World Health Organization. Standard Population [Internet]; 2012. Disponible em: <http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 133. Rodriguez T, Malvezzi M, Chatenoud L, Bossetti C, Levi F, Negri E *et al.* Trends in mortality from coronary heart and cerebrovascular disease in the Americas: 1970-2000 [Internet]; 2006. Disponible em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16537758>. Acessado em: 12 de janeiro de 2012.
 134. Rodríguez J, Kohn R. Prevalencia y carga de los trastornos mentales en la población adulta de América Latina; Norris FH, Kohn R. La utilización de los servicios de salud mental y la brecha de tratamiento en América Latina y el Caribe. En: Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S (eds.). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2009 (Publicación Científica y Técnica No. 632).
 135. Organización Mundial de la Salud. Informes subregionales y de país WHO-AIMS [Internet]. Disponible em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=445&Itemid=1106. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
 136. Colditz GA, Wei EK. Preventability of cancer: the relative contributions of biological and social and physical environment determinants of cancer mortality [Internet]; 2012. Disponible em: <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-publhealth-031811=124627-?journalCode=publhealth>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
 137. Barceló A. Diabetes: epidemia en las Américas [Internet]; 2009. Disponible em: <http://www.slideshare.net/rdaragnez/diabetes-epidemia-en-las-amricas>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
 138. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Diabetes mellitus: tendencias, muertes evitables y desigualdades [Internet]; 2012. Disponible em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=6150&Itemid=2395. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
 139. Federación Internacional de Diabetes [Internet]; 2011. Disponible em: <http://www.idf.org/>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
 140. Gaziano T *et al.* Scaling-up interventions for chronic disease prevention: the evidence [Internet]; 2007. Disponible em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-INF-6-F-e.pdf> • Archivo PDF. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
 141. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles en las Américas: construyamos un futuro más saludable [Internet]; 2011. Disponible em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=-

- [doc_view&gid=14833&Itemid](#). Acessado em: 15 de agosto de 2011.
142. World Health Organization. WHO Global Database: Body Mass Index [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.who.int/bmi/index.jsp>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
 143. Pan American Health Organization. Non-communicable diseases basic indicators 2011: minimum, optimum, and optional data set for NCDs [Internet]; 2011. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1930&Itemid=1708&lang=en. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
 144. Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J *et al*. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19299006>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
 145. Lutter CK, Chaparro CM, Muñoz S. Progress towards Millennium Development Goal 1 in Latin America and the Caribbean: the importance of the choice of indicator for under nutrition [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21346887>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
 146. Victora CG, de Onis M, Hallal PC, Blössner M, Shrimpton R. Worldwide timing of growth faltering: revisiting implications for interventions [Internet]; 2010. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20156903. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
 147. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la epidemia mundial de tabaquismo: advertencia sobre los peligros del tabaco [Internet]; 2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
 148. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [Internet]. Disponível em: <http://www.who.int/fctc/es/>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
 149. World Health Organization. Report on Global Health Risks [Internet]; 2009. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.htm. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
 150. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
 151. United Nations General Assembly. Sixty-sixth Sessions. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases [Internet]; 2011. Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N11/497/77/PDF/N1149777.pdf>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
 152. Pan American Health Organization. PAHO/Data Base. Violence in the American Region [Internet]; 2007. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
 153. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Muertes por causas externas. Sistema de Información de Mortalidad [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/ha-unit-page.htm>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
 154. Vasconcelos E *et al*. Seguridad vial, salud y políticas públicas. En: Galvao L, Finkelman J, Henao S (eds.). Determinantes ambientales y sociales de la salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2010.
 155. Guerrero R *et al*. Violencia y salud: el desafío de un problema social en las Américas. En: Galvao L, Finkelman J, Henao S (eds.). De-

- terminantes ambientales y sociales de la salud. Washington, DC: OPS; 2010.
156. International Development Bank. FACT SHEET- Citizen Security [Internet]; 2009. Disponible em: <http://idbdocs.iadb.org/ws-docs/getdocument.aspx?docnum=36241927>. Consultado em: 15 de agosto de 2011.
 157. World Health Organization. The Global Burden Disease. Disability [Internet]; 2008. Disponible em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/index.html. Consultado em: 15 de agosto de 2011.
 158. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Situación de salud de las Américas. Indicadores básicos. Discapacidad [Internet]; 2010. Disponible em: http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/eb_v22n4.pdf. Consultado em: 15 de agosto de 2011.
 159. Limburg H, Barria von-Bischhoffshausen F, Gomez P, Silva JC, Foster A. Review of recent surveys on blindness and visual impairment in Latin America. *Br J Ophthalmol* 2008 92(3):315-9.
 160. World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary Health Care. Now More than Ever [Internet]; 2008. Disponible em: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>. Consultado em: 15 de agosto de 2011.
 161. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal [Internet]; 2010. Disponible em: <http://www.who.int/whr/2010/es/index.html>. Consultado em: 15 de agosto de 2011.
 162. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud [Internet]; 1978. Disponible em: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm. Consultado em: 15 de agosto de 2011.
 163. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la APS. Declaración de Montevideo [Internet]; 2005. Disponible em: <http://br.bing.com/search?q=Declaraci%C3%B3n%20Regional%20sobre%20las%20Nuevas%20Orientaciones%20de%20la%20APS.%20Declaraci%C3%B3n%20de%20Montevideo.%20Washington%20DC.&mkt=pt-br&FORM=HPDWBR&DI=2883&CE=14.0&CM=SearchWeb>. Consultado em: 15 de agosto de 2011.
 164. Buenos Aires. Declaración “Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria” [Internet]; 2007. Disponible em: www.fcm.unr.edu.ar/.../2007-Declaración%20de%20Buenos%20Aire. Consultado em: 15 de agosto de 2011.
 165. Vilaça ME. As redes de atenção à saúde [Internet]; 2011. Disponible em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Vila%C3%A7a%20Mendes%2C%20E.%2C%20As%20redes%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20sa%C3%BAde.%20OPS%2FCO-NASS.%20Brasilia%2C%20Brasil.%202011>. Consultado em: 15 de agosto de 2011.
 166. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. A Atenção à Saúde Coordenada pela APS. Construindo redes de atenção no SUS. Série técnica redes integrada de atenção à saúde, No 2. Washington, DC: OPS/OMS; 2011.
 167. Perú, Ministerio de Salud. Experiencias de planificación de los recursos humanos en salud: Perú 2007-2010. Lima: Ministerio de Salud; 2011.
 168. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]; 2007. Disponible em: http://www.rededepesquisaaps.org.br/wpcontent/uploads/UserFiles/File/biblioteca/pactos_vol4.pdf. Consultado em: 15 de agosto de 2011.

169. Dussault G, Franceschini MC. “Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce” [Internet]; 2006. Disponível em: <http://www.cmdtla.org/combuilder/user-profile/gdussault>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
170. Frenk J *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world [Internet]; 2010. Disponível em: http://u21health.mty.itesm.mx/sites/default/files/Julio_Frenk.pdf. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
171. World Bank. The nurse labor and education markets in the English-speaking CARICOM: issues and options for reform [Internet]; 2009. Disponível em: siteresources.worldbank.org/INTJAMAICA/Resources/The_Nurse_Labor_Education_Market_Eng.pdf. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
172. Centers for Disease Control and Prevention. Health: United States 2010. Persons employed in health service sites, by site and sex: United States, selected years 2000–2009 (Table 105) [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus10.pdf>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
173. Association of American Medical College. New Physician Shortage Estimates Post- Reform News Alert September 30 [Internet]; 2010. Disponível em: <https://www.aamc.org/newsroom/newsreleases/2010/150570/100930.html>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
174. World Health Organization. World Health Report 2010. Financing Health Care Systems: The Path to Universal Coverage [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>. Acessado em: 17 de outubro de 2011.
175. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas 2007 (Vol. I) [Internet]; 2007. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892010000300009&script=sci_arttext. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
176. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Indicadores básicos 2011 – Situación de salud en las Américas [Internet]; 2011. Disponível em: http://ais.paho.org/chi/brochures/2011/BI_2011_ESP.pdf. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
177. Canadian Institute for Health Information. National Health Expenditure Trends in Canadá: 1975–2011 [Internet]; 2011. Disponível em: http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/nhex_trends_report_2011_en.pdf. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
178. Center for Medicare & Medicaid Services. National Health Expenditure Data – NHE Web tables 1960–2010, USA [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/02_NationalHealthAccountsHistorical.asp#TopOfPage. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
179. KaiserEDU.org. US Health Policy Explained, US Health Care Costs [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.kaiseredu.org/Issue-Modules/US-Health-Care-Costs/Background-Brief.aspx>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
180. Kimbuende E, Salganicoff A, KaiserEDU.com. Health Policy Explained [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.kaiseredu.org/Issue-Modules/US-Health-Care-Costs/Background-Brief.aspx>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
181. North Carolina Rural Economic Development Center, Inc. [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.ncruralcenter.org/events/485-2010-forum-background-health-care.html>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
182. Galewitz P, Villegas A. Kaiser Health News. Uninsured Rate Soars, 50+ Million Americans Without Coverage [Internet]; 2010. Dispo-

- nível em: <http://www.kaiserhealthnews.org/Stories/2010/September/16/census-uninsured-rate-soars.aspx>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
183. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas. Serie Técnica No. 1: Medicamentos esenciales, acceso e innovación [Internet]; 2009. Disponible em: <http://72.249.20.135/wordpress-mu/argentina/files/2010/06/Informe-MAC-OPS.pdf>. Acessado em: 14 de noviembre de 2011.
184. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Estudio del impacto de la exclusión de los cuidados de salud sobre el acceso a medicamentos en Guatemala, Honduras y Nicaragua. Análisis comparativo [Internet]; 2010. Disponible em: [Www.durg-a.uab.es/pub/Home/DurglaPanama2009/DURG-LA_Panamá_2009.pdf](http://www.durg-a.uab.es/pub/Home/DurglaPanama2009/DURG-LA_Panamá_2009.pdf). Acessado em: 15 de agosto de 2011.
185. Guha-Sapir D, Vos F, Below R, Ponslerre S. Annual Disaster Statistical Review 2010: The Numbers and Trends [Internet]; 2011. Disponible em: http://www.cred.be/sites/default/files/ADSR_2010.pdf. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
186. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Plan de acción de hospitales seguros [Internet]; 2010. Disponible em: <http://new.paho.org/hq/dm-documents/2010/CD50-10-s.pdf>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
187. SafeHospitals [Internet]; 2011. Disponible em: http://safehospitals.info/index.php?option=com_content&task=view&id=30&Itemid=1&lang=spash. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
188. Pan American Health Organization. Health Response to the Earthquake in Haiti, January 2010 [Internet]; 2012. Disponible em: http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&task=view&id=1626&Itemid=1. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
189. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de los sistemas de información en salud [Internet]; 2012. Disponible em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3558&Itemid=3972&lang=es. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
190. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Monitoreo del Plan eLAC 2010: Avances y desafíos de la Sociedad de la Información en América Latina y el Caribe [Internet]; 2011. Disponible em: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/9/41729/P41729.xml&xsl=/ddpe/tpl/p9f.xsl&base=/elac2015/tpl/top-bottom.xsl#>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
191. Biblioteca Virtual en Salud [Internet]; 2011. Disponible em: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=es>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
192. Centro Latinoamericano y del Caribe en Ciencias de la Salud; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud [Internet]; 2011. Disponible em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%28%22Cochrane%20database%20of%20systematic%20reviews%20%28Online%29%22%5BJournal%5D%29%20AND%20LILACS>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
193. Scimago. Country Rankings [Internet]; 2012. Disponible em: http://www.scimago-jr.com/countryrank.php?area=2700&category=2713®ion=all&year=all&order=it&min=0&min_type=it. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
194. Moloney A. Latin America faces hurdles in health research [Internet]; 2009. Disponible em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61688-3/full-text](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61688-3/full-text). Acessado em: 15 de agosto de 2011.

195. Krleža-Jerić K, Lemmens T, Reveiz L, Cuervo LG, Bero L. Prospective Registration and Results Disclosure of Clinical Trials in the Americas: A Roadmap Toward Transparency [Internet]; 2011. Disponível em: <http://ssrn.com/abstract=1908351>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
196. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Sistemas nacionales de ciencia, tecnología e innovación en América Latina y el Caribe [Internet]; 2010. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001871/187122s.pdf>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
197. Kaul I, Grunberg I, Stern M. Bienes públicos mundiales. Cooperación internacional en el siglo XXI [Internet]; 1999. Disponível em: <http://web.undp.org/globalpublicgoods/Spanish/Spsum.pdf>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
198. Tugwell P, Sitthi-Amorn C, Hatcher-Roberts J *et al.* Health research profile to assess the capacity of low and middle income countries for equity oriented research [Internet]; 2006. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/151>. Acessado em: 15 de agosto de 2011.
199. World Health Organization. Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property [Internet]; 2008. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R21-en.pdf. Acessado em: 14 de novembro de 2011.
200. World Trade Organization. Ministerial Declaration adopted on 14 November 2001 (Doha Declaration). Geneva: WTO; 2001 (WT/MIN(01)/DEC/1).
201. World Trade Organization. Implementation of Paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health. Geneva: WTO; 2003 (WT/L/540 and Corr.1).
202. Smith R, Correa C, Cecilia Oh. Trade, TRIPS, and pharmaceuticals. The Lancet Series 2009 [Internet]; 2009. Disponível em: www.thelancet.com/collections/publichealth?collexcode=125&collexyear=all&sort=date& Acessado em: 14 de novembro de 2011.
203. World Health Assembly. Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. Geneva: WHA; 2008 (WHA61.21).
204. Abbott FM. Intellectual Property and Public Health: Meeting the challenge of sustainability. Global Health Programme Working Paper No.7 [Internet]; 2012. Disponível em: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1965458. Acessado em: 14 de novembro de 2011.
205. Dan WB, Wikler D. Ethical Issues in Resource Allocation, Research, and New Product Development [Internet]; 2006. Disponível em: <http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCP14.pdf>. Acessado em: 14 de novembro de 2011.
206. Rosoff PM. Unpredictable Drug Shortages: An Ethical Framework for Short-Term Rationing in Hospitals [Internet]; 2012. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15265161.2011.634483>. Acessado em: 14 de novembro de 2011.
207. Weatherall D *et al.* Science and Technology for Disease Control: Past, Present and Future. [Internet]; 2006. Disponível em: <http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCP05.pdf>. Acessado em: 14 de novembro de 2011.
208. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La salud y los derechos humanos. Documento conceptual [Internet]; 2010. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-12-s.pdf>. Acessado em: 14 de novembro de 2011.
209. Kickbusch I. Advancing the global health agenda [Internet]; 2012. Disponível em:

- <http://graduateinstitute.ch/globalhealth>.
Acessado em: 14 de novembro de 2011.
210. Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing Global Health 2011: Continued Growth as MDG Deadline Approaches [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/publications/policy-report/financing-global-health-2011-continued-growth-mdg-deadline-approaches>. Acessado em: 14 de novembro de 2011.
211. World Health Organization. WHO Reform for a Healthy Future. Executive Board EBSS/2/DIV/2 Special Session on WHO Reform 7 November 2011 [Internet]; 2011. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS/EBSS2_DIV2-en.pdf. Acessado em: 14 de novembro de 2011.
212. Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de la Salud apoya la agenda de reforma de la OMS [Internet]; 2012. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=6836&Itemid=1926. Acessado em: 14 de novembro de 2011.
213. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La diplomacia de cumbres y su impacto en la agenda de la salud global [Internet]; 2011. Disponível em: <http://new.paho.org/blogs/erp/wp-content/uploads/2011/05/DiplomaciaCumbresV4.pdf>. Acessado em: 14 de novembro de 2011.
214. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Centenario de la Organización Panamericana de la Salud [Internet]; 2002. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/dpi/100/spanish.htm>. Acessado em: 14 de novembro de 2011.
215. Harrison LE. The Pan-American Dream. New York, NY: Westview Press; 2008.
216. Kiernan P. Cien años de panamericanismo, 1902 – 2002 [Internet]; 2002. Disponível em: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero12_article3_5.htm. Acessado em: 14 de novembro de 2011.
217. Council of Accredited MPH Programs. The relationship between public health and health education [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.mphprograms.org/publichealththehealtheducation.html>. Acessado em: 14 de novembro de 2011.
218. Graham H. Where is the future of public health? [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.milbank.org/>. Acessado em: 14 de novembro de 2011.
219. Pearce D, Groom B, Hepburn C, Koundouri P. Valuing the future [Internet]; 2003. Disponível em: www.milbank.org/quarterly/8802featGraham.html. Acessado em: 14 de novembro de 2011.
220. Intergovernmental Panel on Climate Change. Climate Change Synthesis Report [Internet]; 2007. Disponível em: http://www.google.com.mx/search?sourceid=navclient&ie=UTF-8&rlz=1T4DKUS_enMX261MX271&q=PCC%2c+2007++Intergovernmental+Panel+on+Climate+ChangeClimate+Change.+Synthesis+Report.+Geneva. Acessado em: 14 de novembro de 2011.
221. United Nations. Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future [Internet]; 1987. Disponível em: <http://www.un-documents.net/wced-ocf.htm>. Acessado em: 14 de novembro de 2011.
222. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health [Internet]; 2008. Disponível em: http://www.searo.who.int/LinkFiles/SDH_SDH_Final-Report.pdf. Acessado em: 14 de novembro de 2011.

223. Rasanathan K, Villar ME, Matheson D, Etienne C, Evans T. Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.who.int/sdhconference/resources/rasanathan_jepidemiolcommunityhealth2009.pdf. Acessado em: 14 de novembro de 2011.
224. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf. Acessado em: 14 de novembro de 2011.
225. The Earth Institute. World Happiness Report [Internet]; 2012. Disponível em: <http://issuu.com/earthinstitute/docs/world-happiness-report>. Acessado em: 14 de novembro de 2011.
226. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Informe de la consulta informal preparatoria de la Organización Panamericana de la Salud para la “Cumbre de la tierra 2012” [Internet]; 2010. Disponível em: <http://br.bing.com/search?q=Informe%20de%20la%20consulta%20informal%20preparatoria%20de%20la%20Organizaci%3b3n%20Panamericana%20de%20la%20Salud%20para%20la%20e2-80%9ccumbre%20de%20la%20tierra%202012%e2%80%9d%20Washington%2c%20DC%2c%20EUA.%208%20de%20noviembre%20de%201%202010&mkt=ptbr&FORM=HPDWBR&DI=2883&CE=14.0&CM=-SearchWeb>. Acessado em: 14 de novembro de 2011.