Panorama da Saúde: América Latina e Caribe 2023

OCDE

GRUPO BANCO MUNDIAL

Panorama da Saúde: América Latina e Caribe 2023

Pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), este estudo foi publicado sob a responsabilidade do Secretário-Geral da OCDE. As opiniões expressas e os argumentos utilizados nesta publicação não refletem necessariamente as opiniões oficiais dos países membros da OCDE.

Os resultados, interpretações e conclusões expressos neste trabalho não refletem necessariamente as opiniões do Banco Mundial, de sua Diretoria Executiva, ou dos governos que eles representam.

Os nomes dos países e territórios utilizados nesta publicação conjunta seguem a prática da OCDE.

Este documento e qualquer mapa aqui incluído foi elaborado sem prejuízo do status ou soberania de qualquer território, da delimitação de limites e fronteiras internacionais e do nome do território, cidade ou área.

Por favor, cite esta publicação como:
OECD/The World Bank (2023), *Panorama da Saúde: América Latina e Caribe 2023*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/047f9a8a-pt.

ISBN 978-92-64-70054-3 (impresso)
ISBN 978-92-64-63086-4 (pdf)
ISBN 978-92-64-75070-8 (HTML)
ISBN 978-92-64-78992-0 (epub)

Publicado originalmente pela OCDE sob o título: OECD (2023), *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/532b0e2d-en.

A qualidade da tradução e sua coerência com o texto original da obra são de responsabilidade exclusiva do autor da tradução. No caso de qualquer discrepância entre o trabalho original e a tradução, apenas o texto do trabalho original deve ser considerado válido.

Fotografias: Capa © SALMONNEGRO-STOCK/Shutterstock.com.

As erratas das publicações da OCDE podem ser acessadas online em: www.oecd.org/about/publishing/corrigenda.htm.

© OECD/The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank 2023

Esta obra é licenciada sob a licença Creative Commons Attribution Non-Commercial No Derivatives 3.0 IGO license (CC BY-NC-ND 3.0 IGO).

Apresentação

Após a pandemia de COVID-19, sociedades e sistemas de saúde na América Latina e no Caribe (ALC) continuam a enfrentar ameaças em larga escala que têm gerado importantes consequencias para a saúde e o bem-estar da população. Mais do que nunca, os sistemas de saúde da região precisam ser fortalecidos para que possuam um alto desempenho em tempos normais, mas também para que possam resistir a grandes choques, tais como pandemias, os efeitos das mudanças climáticas, ou crises financeiras.

Embora a pandemia tenha colocado em evidência vulnerabilidades até mesmo em sistemas de saúde melhor financiados e preparados, como nos países de alta renda da OCDE, os trágicos resultados em saúde da COVID-19 na ALC foram em grande parte associados a limitações estruturais e ao subinvestimento crônico em saúde. Os países da ALC tiveram que enfrentar a COVID-19 com menos médicos, enfermeiros e leitos hospitalares do que a média dos países da OCDE.

Nesse contexto, apesar de que certas políticas de saúde pública ajudaram a evitar a perda de muitas vidas na região, em 2020 e 2021 foram registradas na ALC 2,3 milhões de mortes a mais do que era esperado para aqueles anos caso a pandemia não tivesse ocorrido. Além disso, as deficiências dos sistemas de saúde na ALC foram agravadas por uma série de desafios sociais, incluindo altos níveis de pobreza, desigualdade de renda e trabalho informal; grandes grupos populacionais vivendo em moradias informais sem acesso a serviços essenciais; e as crescentes ameaças a ecossistemas da região, as quais afetam as populações mais diretamente integradas a tais regiões.

Em uma região geograficamente diversa como a ALC, as consequências das mudanças climáticas acrescentam uma camada de complexidade aos sistemas de saúde. Tal diversidade inclui montanhas e geleiras de alta altitude, a maior floresta tropical do mundo, várias pequenas nações insulares, e megalópoles com dezenas de milhões de pessoas. Os sistemas de saúde da região devem se preparar para enfrentarem diferentes padrões de doenças infecciosas, a exposição a temperaturas extremas e eventos climáticos catastróficos, tal como o aumento do nível do mar. Ignorar tais tendências seria correr o risco de consequências terríveis para a região.

Diante desses múltiplos desafios, é fundamental que países desenvolvam estratégias de saúde eficazes que levem em consideração as realidades complexas da ALC. Orçamentos limitados para a saúde na região tornam a tarefa de fornecer serviços de saúde de alta qualidade mais desafiadora, exigindo soluções inovadoras baseadas em dados e evidências. No entanto, os investimentos necessários para fortalecer os sistemas de saúde são apenas uma fração do que a pandemia custou às economias dos países da ALC. Da mesma forma, é urgente tornar os sistemas de saúde na região mais ecológicos e resilientes para enfrentar os desafios da mudança climática. Nas próximas décadas, mais e melhores investimentos em saúde serão necessários para assegurar que os requisitos de saúde da população sejam atendidos com maior eficiência e melhor focalizadas nas necessidades populacionais.

Este relatório, escrito em conjunto pela OCDE e pelo Banco Mundial, busca oferecer uma relevante contribuição a tais esforços, combinando uma análise retrospectiva das lições a serem aprendidas pela resposta à pandemia na ALC com um olhar prospectivo sobre como os sistemas de saúde podem se preparar para o desafio futuro da mudança climática. Além disso, ele reúne o conjunto mais completo e atualizado de dados e indicadores sobre todos os aspectos dos sistemas de saúde na região. A OCDE e o Banco Mundial continuarão a trabalhar em conjunto - buscando também colaborar com parceiros chave, como a Organização Pan-Americana da Saúde - para apoiar governos e sociedades da região a melhorar o desempenho de seus sistemas de saúde.

Índice

Apresentação 3

Guia do leitor 7

Resumo executivo 10

1 O impacto da pandemia de COVID-19 nos sistemas de saúde da América Latina e Caribe 13

1.1. Introdução 14
1.2. O número de óbitos por COVID-19 foi proporcionalmente maior na América Latina e Caribe do que em outras regiões 15
1.3. Interrupções graves no atendimento de rotina evidenciam sistemas de saúde frágeis 20
1.4. Os países que adotaram uma resposta abrangente à pandemia conseguiram minimizar a perda de vidas 26
1.5. Componentes estruturais ditaram a capacidade de resposta dos países 43
1.6. Discussão 44
Notas 50

2 Mudanças climáticas e saúde: fortalecimento dos sistemas de saúde para melhorar a saúde na América Latina e Caribe 51

2.1. Introdução 52
2.2. Panorama da mudança climática e de saúde 52
2.3. Mudanças climáticas e sistemas de saúde na América Latina e Caribe: situação e tendências 54
2.4. Conclusões 73

3 Estado de saúde 83

Expectativa de vida ao nascer 84
Excesso de mortalidade 86
Mortalidade infantil 88
Mortalidade de menores de 5 anos 90
Mortalidade materna 92
Mortalidade por todas as causas 94
Mortalidade por doenças cardiovasculares 96
Mortalidade por câncer 98
Mortalidade por lesões 100
Saúde mental 102
Tuberculose 104

HIV/AIDS 106
Doenças transmitidas por mosquitos 108
Diabetes 110

4 Determinantes da saúde 113
Planejamento familiar 114
Alimentação de lactentes e crianças pequenas 116
Desnutrição infantil 118
Saúde do adolescente 120
Sobrepeso e obesidade em adultos 122
Água e saneamento 124
Tabaco 126
Segurança viária 128
Uso de drogas 130
Riscos ambientais e climáticos 132

5 Recursos e atividades de saúde 135
Digitalização de informações sobre saúde 136
Tecnologias médicas 138
Cuidados hospitalares 140
Gravidez e nascimento 142
Cuidados de saúde para bebês e crianças 144

6 Gastos e financiamento da saúde 147
Gastos com saúde per capita e em relação ao PIB 148
Financiamento da assistência médica pelo governo e por esquemas obrigatórios de seguro de saúde 150
Financiamento da assistência médica por meio de gastos diretos das famílias, esquemas de seguro voluntário e recursos externos 152
Proteção financeira 154

7 Qualidade da atenção à saúde 157
Programas de vacinação infantil 158
Mortalidade intra-hospitalar após infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral 160
Sobrevivência ao câncer 162
Internações hospitalares evitáveis 164

8 Força de trabalho em saúde 167
Médicos 168
Enfermeiros 170
Demais profissionais da área de saúde 172
Profissionais de saúde mental 174

9 Envelhecimento 177
Tendências demográficas 178
Expectativa de vida e expectativa de vida saudável aos 65 anos 180
Cuidados de longo prazo e de fim de vida 182

Acompanhe as publicações da OCDE em:

https://twitter.com/OECD

https://www.facebook.com/theOECD

https://www.linkedin.com/company/organisation-eco-cooperation-development-organisation-cooperation-developpement-eco/

https://www.youtube.com/user/OECDiLibrary

https://www.oecd.org/newsletters/

Esta publicação contém...

StatLinks

Um serviço que disponibiliza ficheiros Excel®
a partir da publicação impressa

Procure o símbolo StatLink abaixo dos quadros e gráficos desta publicação. Para transferir a folha de cálculo Excel® correspondente, basta digitar o *link* no seu navegador de Internet ou clicar no *link* incluído na versão eletrónica da publicação.

Guia do leitor

Panorama da Saúde: América Latina e Caribe 2023 é uma publicação conjunta da OCDE e do Banco Mundial. Este relatório foi coordenado por Frederico Guanais, da Divisão de Saúde da OCDE, e Cristian A. Herrera e Edit V. Velenyi, do Banco Mundial. O capítulo 1 foi redigido por Nicolas Larrain, Gabriel Di Paolantonio, Tom Raitzik Zonenschein, Rushay Naik e Frederico Guanais, da Divisão de Saúde da OCDE. O capítulo 2 foi escrito por Yasna Palmeiro, Tomas Plaza Reneses, Edit V. Velenyi e Cristian A. Herrera do Banco Mundial. Foram co-autores dos capítulos 3 a 9: Gabriel Di Paolantonio, Frederico Guanais, Cristian A. Herrera, Nicolas Larrain, Rushay Naik, Tomas Plaza Reneses, Edit V. Velenyi, e Tom Raitzik Zonenschein. Alba Gasque e Anamaria Verdugo foram assistentes de pesquisa. Os autores gostariam de agradecer a Stefano Scarpetta, Mark Pearson e Francesca Colombo da Diretoria de Emprego, Trabalho e Assuntos Sociais da OCDE, e Michele Gragnolatti e Juan Pablo Uribe do Banco Mundial.

Os autores também agradecem a Lucy Hulett e Nathalie Corry pela contribuição editorial, e Guillaume Haquin pelo apoio na gestão de recursos.

Este relatório beneficiou-se da experiência e da contribuição generosa de informações e comentários por parte de vários membros de organizações internacionais que trabalham na área da saúde na América Latina e no Caribe, tais como a Organização Mundial da Saúde e seu escritório regional para as Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde. Em particular, os autores agradecem à Dra. Maristela Monteiro, Dr. Renato Oliveira e Souza, e Daniel Hugh Chisholm por suas ideias e contribuições durante a elaboração deste relatório.

Esta publicação se beneficiou de dados, comentários e revisões por parte das autoridades de saúde dos países nela incluidos. Nesse sentido, os autores agradecem a Rafaela Batista Brunale, Carolina Peláez Pelaéz, Francisco Adriazola Santibañez, Tatiana Vargas, Analia Imperioso, Dafne Ruiz Vargas, Anabelle Jones, Kadian Birch e outros funcionários dos Ministérios da Saúde dos países da regiao que cooperaram com este relatório.

Estrutura da publicação

Panorama da Saúde: América Latina e o Caribe 2023 está dividida em nove capítulos:

O capítulo 1 sobre ***o impacto da pandemia de COVID-19 nos sistemas de saúde da América Latina e Caribe*** avalia e compara o desempenho dos países em termos de resultados de mortalidade, políticas de resposta à pandemia e capacidade do sistema de saúde. Ao explorar as relações entre esses itens, o capítulo analisa os principais determinantes que contribuiram para os resultados observados nos países da região frentre à pandemia.

O capítulo 2 sobre ***mudança climática e saúde*** examina o nível atual de resiliência dos países da ALC à mudança climática, identificando tendências na região e fornecendo considerações para os países na implementação de políticas.

O capítulo 3 sobre o ***estado da saúde*** destaca as variações entre países na expectativa de vida, excesso de mortalidade, mortalidade infantil e infantil, e principais causas de mortalidade e morbidade, incluindo tanto doenças transmissíveis quanto não transmissíveis.

O capítulo 4 sobre ***determinantes de saúde*** concentra-se em determinantes não-médicos de saúde, incluindo saúde materno-infantil, planejamento familiar, desnutrição, e saúde dos adolescentes. Também inclui indicadores de estilo de vida e comportamento, tais como fumo, dietas pouco saudáveis, sobrepeso e obesidade, e uso de drogas, bem como água e saneamento. Também inclui indicadores sobre os riscos ambientais e climáticos.

O capítulo 5 sobre ***recursos e atividades da área de saúde*** analisa alguns dos insumos e resultados dos sistemas de saúde. Isto inclui a saúde digital, o fornecimento de tecnologias médicas e leitos hospitalares, assim como a prestação de serviços em torno da gravidez, parto e infância.

O capítulo 6 sobre ***gastos e financiamento da saúde*** examina as tendências dos gastos com a saúde nos países da ALC. Analisa como os serviços e bens de saúde são financiados, e a diferente combinação entre financiamento público, seguro de saúde privado, gastos diretos de famílias e recursos externos. Também examina medidas de proteção financeira, tais como o empobrecimento devido a gastos diretos da famílias com saúde.

O capítulo 7 sobre ***qualidade dos cuidados de saúde*** se baseia nos indicadores usados no programa de indicadores da qualidade da atenção à saúde da OCDE para examinar as tendências de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde nos países da ALC.

O capítulo 8 sobre a ***força de trabalho na área da saúde*** tem um olhar sobre números de médicos e enfermeiros, assim como demais profissionais de saúde, tais como dentistas, farmacêuticos, agentes de saúde comunitários e a força de trabalho da saúde mental.

O capítulo 9 sobre ***envelhecimento*** apresenta as tendências demográficas na ALC, tanto atuais quanto projetadas, bem como a expectativa de vida e a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade. Os cuidados de longo prazo também são destacados, com indicadores sobre gastos, cuidados de fim de vida e mortalidade devido a Alzheimer e outras demências.

Países da América Latina e do Caribe

Para esta segunda edição do *Health at a Glance: América Latina e Caribe*, 33 países da região foram incluídos, como visto na Tabela 1. Foram selecionados os países que são Estados soberanos localizados na América Latina e Caribe.

Tabela 1. Países da América Latina e Caribe incluídos e seus códigos ISO

País	Código ISO	País	Código ISO
Antígua e Barbuda	ATG	Guiana	GUY
Argentina	ARG	Haiti	HTI
Bahamas	BHS	Honduras	HND
Barbados	BRB	Jamaica	JAM
Belize	BLZ	México	MEX
Bolívia	BOL	Nicarágua	NIC
Brasil	BRA	Panamá	PAN
Chile	CHL	Paraguai	PRY
Colômbia	COL	Peru	PER
Costa Rica	CRI	São Cristóvão e Névis	KNA
Cuba	CUB	Santa Lúcia	LCA
Dominica	DMA	São Vicente e as Granadinas	VCT
República Dominicana	DOM	Suriname	SUR
Equador	ECU	Trinidad e Tobago	TTO
El Salvador	SLV	Uruguai	URY
Grenada	GRD	Venezuela	VEN
Guatemala	GTM		

Seleção e apresentação de indicadores

Foram selecionados indicadores relevantes para o monitoramento do desempenho dos sistemas de saúde, considerando a disponibilidade e a comparabilidade dos dados existentes na região da ALC. A publicação aproveita os dados administrativos e programáticos de rotina coletados pela Organização Mundial da Saúde, pelo Banco Mundial e pela OCDE, bem como pesquisas especiais da população dos países que coletam informações demográficas e de saúde.

Os indicadores são apresentados sob a forma de figuras de fácil leitura e texto explicativo. Cada um dos tópicos abordados nesta publicação é apresentado ao longo de duas páginas. A primeira página define o indicador, fornece um breve comentário destacando as principais conclusões baseadas nos dados e fornece algumas referências-chave. A página seguinte apresenta um conjunto de figuras. Estes normalmente mostram os níveis atuais do indicador e, quando possível, as tendências ao longo do tempo. Em alguns casos, uma segunda variável também é incluída na figura. Quando a média da OCDE é incluída em um número, ela é a média não-ponderada dos países da OCDE apresentados, a menos que especificado de outra forma.

As limitações na comparabilidade de dados são indicadas tanto no texto (na Quadro relacionada à "Definição e comparabilidade") quanto em notas de rodapé das figuras.

A situação da saúde e do sistema de saúde pode evoluir rapidamente, provavelmente ainda mais em países de renda baixa e média do que em países de renda alta. Portanto, é importante observar que alguns indicadores podem não refletir a situação mais recente de alguns países. Os autores coletaram os últimos dados disponíveis, de modo que o cenário descrito em cada capítulo e seção da publicação mostra o cenário mais atualizado possível.

Indicadores dos países da ALC que são membros da OCDE ou países parceiros

Quatro países da ALC são países membros da OCDE: Chile, Colômbia, Costa Rica e México. A média da OCDE inclui todos os quatro países da ALC.

O Brasil e o Peru estão atualmente em processo de adesão à OCDE. A Argentina é um país parceiro da OCDE.

Para estes sete países da ALC, alguns números desta publicação consideraram os dados que foram relatados diretamente à OCDE, em vez de utilizar fontes internacionais. Isto teve como objetivo manter a consistência entre o que é informado em outras publicações da OCDE (por exemplo, *Health at a Glance 2021,* https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en) e o que está disponível no banco de dados online OECD Health Statistics on OECD.Stat em https://oe.cd/ds/health-statistics. Estas diferenças são observadas nas notas de rodapé das figuras correspondentes ao longo dos capítulos.

Resumo executivo

O *Panorama da Saúde: América Latina e Caribe 2023* realiza uma avaliação comparativa do desempenho dos sistemas nacionais de saúde em 33 países da América Latina e Caribe (ALC) através de um conjunto abrangente de indicadores sobre estado e atenção à saúde, além de análises aprofundadas em dois capítulos temáticos iniciais.

O primeiro capítulo temático analisa o impacto da pandemia de COVID-19 nos sistemas de saúde da ALC, enquanto o segundo se concentra na relação entre mudanças climáticas e saúde. Embora esses dois tópicos sejam diferentes, juntos eles ilustram um fio condutor comum: a importância vital da resiliência dos sistemas de saúde. Após três anos desde o início da pandemia e à medida que os países saem da crise, a COVID-19 revelou os custos humanos, sociais e econômicos que grandes choques de saúde podem causar caso os sistemas de saúde não sejam suficientemente resilientes. Olhando para o futuro, a atual crise da mudança climática tem criado grandes ameaças aos ambientes naturais e às sociedades, com o potencial de perturbação maciça dos sistemas de saúde, os quais precisam se preparar de acordo para tais cenários.

Como de costume na série *Panorama da Saúde*, os outros sete capítulos deste relatório apresentam indicadores sobre estado de saúde e sistemas de saúde em toda a região da ALC. As principais evidências e conclusões desta publicação, resumidos abaixo, destacam a urgência de abordar os desafios estruturais à saúde na ALC e a necessidade de melhor preparar os sistemas de saúde para enfrentar as ameaças emergentes.

A COVID-19 foi trágica para a ALC, mas a perda de vidas teria sido ainda maior caso medidas de saúde pública em larga escala e uma forte adesão da população a medidas preventivas não tivessem ocorrido

- Combinando 2020 e 2021, estima-se que houve 2,3 milhões de mortes em excesso na ALC (i.e. a diferença entre as mortes esperadas e as estimadas para todas as causas naquele período), representando 15% do excesso global de mortes em uma região que tem 8,5% da população mundial. A taxa de excesso de mortalidade por 100.000 habitantes na ALC para esse período foi de 174, superior à média da OCDE de 114.
- A maioria das mortes em excesso na ALC ocorreu entre homens (60% do total) e pessoas com 60 ou mais anos de idade (75%). Argentina, Venezuela, Chile, Cuba, Costa Rica, Panamá, Uruguai, Jamaica e Trinidad e Tobago tiveram um excesso de mortalidade menor, com uma média de 34% menos mortes em excesso do que a média da OCDE. Por outro lado, Peru, Bolívia, México, Equador, São Vicente e Granadinas e Guiana tiveram uma mortalidade elevada, totalizando 48% das mortes em excesso na ALC, enquanto que representam 29% de sua população.
- A maioria dos países com baixo excesso de mortes aumentou ou manteve o rigor de suas medidas de contenção de 2020 a 2021. Esses mesmos países lideraram a região na cobertura vacinal da COVID-19 até o terceiro trimestre de 2021, com taxas de cobertura acima de 25%. Em média, 80% da população da ALC aceitou a vacinação em 2021, e 78% da população relatou usar, em meados de 2020, uma máscara facial durante todo ou a maior parte do tempo quando em público.

A gravidade das ameaças à saúde relacionadas ao clima está crescendo mais rapidamente do que a capacidade dos sistemas de saúde da ALC de mitigar e se adaptar às mudanças climáticas

- As mortes anuais de adultos com 65 anos ou mais atribuíveis à exposição ao calor na ALC aumentaram em média quase 240% de 2000-2004 a 2017-2021. Entre 2012 e 2021, o número básico de reprodução (R0) da dengue aumentou entre 0,32 e 0,46, dependendo da espécie de mosquito, em comparação com a década de referência de 1951-1960.
- Apenas sete dos 25 países da ALC relataram ter em ao menos um ocasião conduzido avaliações de vulnerabilidade e adaptação para a saúde no contexto das mudanças climáticas. Tais avaliações são vitais para a coleta e análise de dados, a condução contínua de análises conjunturais, e como base para planos de ação adequados para a construção de sistemas de saúde resilientes às mudanças do clima.
- Sistemas de alerta precoce de saúde aplicados ao clima são ferramentas essenciais para a antecipação e preparação para os riscos climáticos que afetam a saúde, mas apenas quatro dos 23 países da ALC relataram ter um sistema de alerta precoce para doenças relacionadas com o calor.

A falta de recursos nos sistemas de saúde ampliou o desafio da COVID-19, a exemplo da grave escassez de mão de obra de saúde que causou entraves na prestação de serviços durante a pandemia

- Em 14 países da ALC, durante 2020, em média 16% dos residentes em áreas urbanas e 21% em áreas rurais não puderam ter acesso a nenhum tipo de serviço de saúde quando necessário. No Equador, Peru e Bolívia, essas porcentagens estavam acima de 27% para os domicílios urbanos, chegando a 40% para os domicílios em áreas rurais no Peru.
- Há, em média, dois médicos para cada 1.000 pessoas na ALC. Somente Cuba, Uruguai, Trinidad e Tobago e Argentina estão acima da média de 3,5 da OCDE. Da mesma forma, a ALC tem em média 3,6 enfermeiros por 1.000 pessoas, enquanto a média da OCDE é de 10,3.
- Os países da ALC têm, em média: 4,2 dentistas por 10.000 pessoas, abaixo da média da OCDE de 7,2; 3,4 farmacêuticos por 10.000 pessoas, abaixo da média da OCDE de 8,8; e 4,4 agentes comunitários de saúde por 10.000 pessoas.

A qualidade do atendimento foi profundamente afetada pela pandemia, agravando a escassez de dados a longo prazo sobre a qualidade do atendimento

- Em 2021, apenas onze países da ALC cumpriram o nível mínimo recomendado de imunização de DTP (90%), e apenas nove países atingiram tal nível para o sarampo. A cobertura média foi de 82% e 83% para o DTP e o sarampo, respectivamente.
- A taxa média de sobrevivência de cinco anos para câncer de pulmão na ALC é de 13,3% para pacientes diagnosticados entre 2010 e 2014, em comparação com 17,1% na OCDE. A taxa média de sobrevivência de cinco anos para câncer de estômago na ALC é de 23,7%, também abaixo da média da OCDE de 29,6%.
- A taxa de mortalidade hospitalar por infarto agudo do miocárdio em valores padronizados por sexo e idade dentro de 30 dias após a admissão foi registrada como baixa na Colômbia (5,6%) e é mais alta no México (27,5%), dentre os cinco países que forneceram dados. No entanto, são necessários maiores esforços para desenvolver uma infraestrutura apropriada de informação do sistema de saúde a fim de proporcionar um monitoramento sistemático da qualidade do atendimento.

A melhoria a longo prazo da expectativa de vida na ALC segue sendo desigualmente distribuída, e os indicadores de saúde materna e infantil são muito piores do que a média da OCDE

- Apesar da COVID-19, a expectativa de vida na ALC atingiu 75,1 anos em 2021, tendo aumentado em 4 anos desde 2000, mas permanecendo abaixo da média da OCDE de 80,4. As mulheres possuem uma expectativa de vida 5,5 anos mais longa que os homens, onde se espera que 83,7% das mulheres recém-nascidas vivam até os 65 anos, e que 74,2% dos homens recém-nascidos vivam o mesmo tempo.
- A maior expectativa de vida está no Chile (81,0 anos para homens e 83,8 anos para mulheres) e na Costa Rica (80,8 anos para homens e 83,3 anos para mulheres), ambas acima da média da OCDE, enquanto as menores expectativas de vida estão no Haiti (64,3 anos para homens e 66,5 anos para mulheres) e na Guiana (70,0 anos para homens e 73,2 anos para mulheres).
- Entre 2000 e 2020, a taxa média de mortalidade infantil caiu 38% de 24,2 para 15 por 1.000 nascidos vivos na ALC, mas permanece 2,7 vezes maior do que a média da OCDE. A taxa média de mortalidade materna na região foi de 97 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2020, 10 vezes mais alta do que a média da OCDE.

O sobrepeso, a obesidade e o envelhecimento acelerado da população estão provocando uma rápida transição epidemiológica para doenças não transmissíveis

- O sobrepeso é um dos fatores de risco sanitário mais graves na ALC. O índice médio de massa corporal aumentou entre 2000 e 2017, atingindo 26,9 para homens e 28,3 para mulheres, acima do limiar de 25 para excesso de peso e aproximando-se do limiar de 30 para obesidade.
- Espera-se que a parcela da população acima de 65 anos de idade mais que duplique até 2050, atingindo mais de 18% da população da ALC. Apesar do valor ainda ser significativamente menor do que os 27,7% esperados entre a média dos países da OCDE, o envelhecimento na região da ALC afetará dramaticamente os sistemas de saúde. A parcela da população idosa será particularmente grande em Barbados, Chile, e Cuba, ultrapassando 25% em 2050.
- As doenças não transmissíveis foram a causa de morte mais comum na ALC, sendo responsáveis por quase 77% de todas as mortes. As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, com 218 mortes por 100.000 habitantes em 2020, 61% acima da média da OCDE. A mortalidade por câncer diminuiu 2,3% desde 2000 na ALC, mas não tão rapidamente quanto a diminuição de 15,4% observada em média na OCDE.

Embora os gastos com saúde em relação ao PIB tenham aumentado na ALC, os mesmos continuam insuficientes e dependem excessivamente de gastos privados

- Entre 2010 e 2019, os gastos em saúde por pessoa na ALC cresceram mais rapidamente do que a média de crescimento econômico. Em média, as despesas com saúde cresceram 4,9% ao ano, enquanto o produto interno bruto (PIB) cresceu 3,1% ao ano. Entretanto, a média dos gastos com saúde na ALC (USD PPC 1.155 per capita) ainda está muito abaixo do nível de gastos da OCDE (USD PPC 3.999 per capita). Os gastos com saúde como porcentagem do PIB representaram em média 6,9% na ALC em 2019, em comparação com 8,5% nos países da OCDE.
- Esquemas governamentais e seguros de saúde de caráter obrigatório representaram 57% dos gastos atuais com saúde na ALC em 2019, muito abaixo da média de 74% na OCDE. Por outro lado, seguros de caráter voluntário atingiram 11% dos gastos com saúde em 2019, em comparação com 6% em média na OCDE.
- Em média, 32,4% dos gastos com saúde na ALC em 2019 foram oriundos de pagamentos diretos pelas famílias, bem acima da média de 20% da OCDE. Enquanto a maioria dos países da ALC diminuiu a proporção de tais gastos diretos com saúde entre 2010 e 2019, aproximadamente 1,7% da população entrou na pobreza por conta de tais gastos, enquanto 12,7% da população viu sua situação de pobreza se agravar ainda mais.

1 O impacto da pandemia de COVID-19 nos sistemas de saúde da América Latina e Caribe

Nicolas Larrain, Divisão de Saúde da OCDE, Paris

Gabriel Di Paolantonio, Divisão de Saúde da OCDE, Paris

Tom Raitzik Zonenschein, Divisão de Saúde da OCDE, Paris

Rushay Naik, Divisão de Saúde da OCDE, Paris

Frederico Guanais, Divisão de Saúde da OCDE, Paris

A região da América Latina e o Caribe (ALC) foi fortemente afetada pela pandemia da COVID-19, com números proporcionalmente mais altos de óbitos quando comparados a outras regiões. Os desfechos mais graves relacionados à mortalidade foram observados em idosos, homens e pessoas socioeconomicamente desfavorecidas. Enquanto isso, grandes interrupções na prestação de cuidados de saúde de rotina expuseram os sistemas de saúde frágeis e exacerbaram o excesso de mortes. Os países que identificaram suas fragilidades e implementaram uma resposta abrangente à pandemia conseguiram mitigar a perda de vidas. As políticas destinadas a reduzir o impacto sanitário e socioeconômico da pandemia e fortalecer o setor de saúde mostraram-se altamente eficazes, especialmente quando acompanhadas da adesão popular às medidas de combate à pandemia. Ao mesmo tempo, as limitações estruturais ampliaram o desafio da COVID-19, com a escassez de profissionais de saúde representando um grande gargalo nas estratégias de combate ao vírus.

1.1. Introdução

Três anos se passaram desde que a atenção dos sistemas de saúde em todo o mundo se voltou para a crise da COVID. Entre dezembro de 2019 e outubro de 2022, foram notificados 631 milhões de casos e 6,59 milhões de óbitos. Além disso, a re-priorização dos recursos de saúde para lidar com a resposta imediata à pandemia afetou a atenção à saúde regular, gerando um acúmulo significativo de serviços adiados em todos os níveis de atendimento. Estima-se que 2.273.620 mortes em excesso ocorreram na região em 2020 e 2021 em comparação aos óbitos esperados para esses anos, conforme estimado pela OMSTrês anos se passaram desde a crise da COVID-19 galvanizou a atenção aos sistemas de saúde em todo o mundo. Entre dezembro de 2019 e outubro de 2022, foram registrados 631 milhões de casos e 6,59 milhões de mortes. Além disso, a redefinição das prioridades dos recursos de saúde para lidar com a resposta imediata à pandemia afetou a saúde regular, gerando um acúmulo significativo de serviços adiados em todos os níveis de atendimento. Estima-se que 2.273.620 mortes em excesso foram registradas na região em 2020 e 2021, em comparação com as mortes esperadas para esses anos, conforme estimado pela OMS (WHO, 2022[1]). Ao mesmo tempo, os efeitos sociais e econômicos causados pela perda de vidas e os efeitos multidimensionais das medidas de contenção terão implicações duradouras para os sistemas de saúde e, em última análise, para as pessoas que eles atendem.

O efeito da COVID-19 na América Latina e Caribe (ALC) é proporcionalmente muito maior quando comparado a outras regiões do mundo. Em julho de 2022, a ALC representava apenas 8,5 por cento da população mundial, mas 13 por cento dos casos documentados de COVID-19 no mundo e 27 por cento dos óbitos documentados (Herrera et al., 2022[2]). Os efeitos sanitários, sociais e econômicos na região foram catastróficos e trouxeram à tona fragilidades e desafios de longa data dos sistemas de saúde (ECLAC, 2022[3]).

A literatura anterior analisou extensamente diferentes aspectos do impacto socioeconômico e de saúde da pandemia (ECLAC, 2022[3]; Herrera et al., 2022[2]; OPS/PAHO, 2021[4]). No entanto, ainda existe uma grande lacuna de conhecimento na compreensão dos determinantes do impacto da pandemia e das características das respostas de emergência mais efetivas.

Neste capítulo, examinamos o impacto na mortalidade da crise da COVID-19 e os fatores que determinaram sua gravidade em 33 países da ALC[1], bem como, sempre que possível, a média da OCDE. Dado que quatro países da ALC fazem parte da OCDE (Chile, Colômbia, Costa Rica e México) e outros dois iniciaram o processo de adesão (Brasil e Peru) os leitores devem estar cientes de algumas sobreposições entre os grupos. O impacto da COVID-19 é avaliado a partir da perspectiva do desempenho dos sistemas de saúde da ALC em três níveis: resultados, processo e estrutura (Donabedian, 1988[5]).

- No nível de resultado, o foco está no impacto da mortalidade resultante do próprio vírus da COVID-19 e nas consequências mais amplas da emergência de saúde. Além disso, o capítulo analisa as interrupções no atendimento de rotina como um resultado intermediário, em um esforço para entender como a fragilidade dos sistemas de saúde da ALC influenciou os óbitos durante a pandemia.
- No nível de processo, a análise considera e compara as ações tomadas pelas autoridades para gerir e mitigar os efeitos da COVID-19, juntamente com a resposta pública e a adesão a essas medidas.
- No nível de estrutura, o capítulo se baseia na análise das variáveis que definem a prestação de cuidados, incluindo estado de saúde, equipamentos e recursos humanos, exploradas nos Capítulos 3 a 9 desta publicação. A análise se concentra nas principais características que influenciam a prontidão para lidar com a emergência de saúde da COVID-19.

A avaliação do impacto da pandemia nesta ordem é essencial para os objetivos do capítulo. Começar no nível de resultado permite uma análise da consequência mais devastadora da pandemia na região da ALC: a perda de vidas. Posteriormente, isso é comparado ao desempenho em resultados intermediários e no nível de processo para entender a efetividade da resposta à pandemia; e no nível de estrutura, para examinar a importância das capacidades básicas do sistema de saúde.

A seleção de indicadores em cada nível de avaliação prioriza a disponibilidade de informações para um conjunto mais amplo de países da ALC (Quadro 1.1) e a aplicabilidade dessas medidas para a melhoria do sistema de saúde (Carinci et al., 2015[6]). Dado que não se pretende uma análise causal formal, o relatório considera esses critérios os mais importantes para uma compreensão precisa e abrangente do desempenho dos países da ALC durante a pandemia.

Quadro 1.1. Principais fontes de informação para avaliar o impacto da COVID-19 na América Latina e no Caribe

Principais fontes de dados utilizadas no capítulo

- Organização Mundial da Saúde, incluindo estimativas de mortalidade em excesso associada à pandemia de COVID-19; Pesquisa Pulse sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia de COVID-19; Painel de dados de vigilância detalhada da COVID da OMS; Painel do Coronavírus (COVID-19) da OMS; Banco de Dados Global de Gastos em Saúde 2020. (WHO, 2022[7]; WHO, 2022[8]; WHO, 2021[9]; WHO, 2020[10])
- Banco Mundial, incluindo: Painel de Monitoramento de Alta Frequência da COVID-19; Indicadores de Desenvolvimento Mundial. (The World Bank group, 2021[11]; The University of West Indies, 2022[12])
- Repositório de dados da COVID-19 pelo Centro de Ciência e Engenharia de Sistemas (CSSE), da Universidade Johns Hopkins (Dong, Du and Gardner, 2020[13])
- Pesquisa Global de Tendências e Impacto da COVID-19, do Centro de Ciência de Dados Sociais da Universidade de Maryland, em parceria com o Facebook (The University of Maryland Social Data Science Center & Facebook, 2020[14])
- Rastreador de Resposta do Governo (Oxford COVID-19 Government Response Tracker, 2022[15])
- Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, incluindo: Despesa Pública em Saúde e na Área Social; Dados do Banco de Dados de Pesquisas Domiciliares (BADEHOG) (ECLAC, 2021[16])
- Banco de dados global de vacinas contra a COVID-19 (Mathieu et al., 2021[17])
- Estatísticas de Saúde da OCDE (OECD, 2022[18])

Essas fontes complementam os dados coletados para a publicação *Panorama da Saúde: América Latina e Caribe*, incluindo estatísticas nacionais coletadas por meio de questionários da OCDE, ou extraídas diretamente de fontes nacionais.

O capítulo está organizado da seguinte forma: o desempenho dos países da ALC no nível de resultado é apresentado na Seção 1.2. A análise das interrupções no atendimento de rotina e essencial é apresentada na Seção 1.3. O desempenho em nível de processo é avaliado na Seção1.4, com foco na resposta dos países à pandemia. Os componentes estruturais e seus efeitos no impacto da mortalidade por COVID-19 são abordados na Seção 1.5. Finalmente, a Seção1.6 discute os resultados das avaliações nos três níveis de forma agregada e oferece recomendações de políticas para fortalecer a resiliência dos sistemas de saúde da ALC.

1.2. O número de óbitos por COVID-19 foi proporcionalmente maior na América Latina e Caribe do que em outras regiões

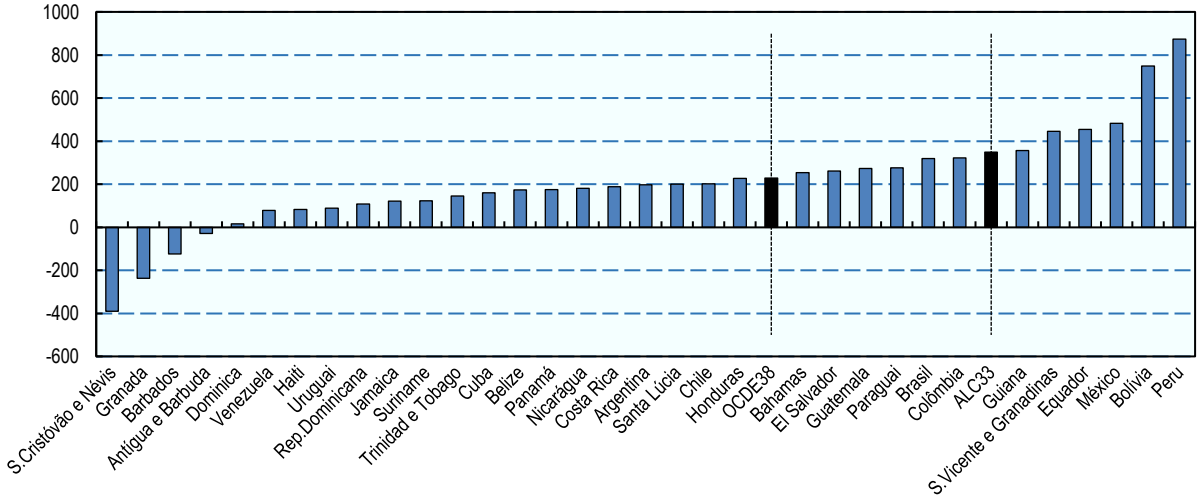
O excesso de mortalidade é calculado como a diferença entre óbitos esperados e estimados por todas as causas (Figura 1.1). No cálculo do excesso de mortes da OMS, os óbitos estimados são baseados em dados históricos de 5 a 20 anos antes da pandemia (WHO, 2022[1]). O excesso de mortalidade é considerado um indicador mais preciso do impacto direto da COVID-19 na saúde devido a limitações na comparabilidade entre países dos dados brutos de mortalidade da COVID-19 (Quadro 1.2). Estima-se que a ALC teve 2.273.620 mortes em excesso combinando 2020 e 2021, sendo o último ano de longe o mais mortal da pandemia (Figura 1.2). Isso representa 15 por cento do total de excesso de mortes no mundo. O excesso de mortalidade é considerado um indicador mais preciso do impacto direto na saúde da COVID-19 devido a limitações na comparabilidade entre países dos dados de mortalidade bruta da COVID-19 (Quadro 1.2). Estima-se que o LAC teve 2.273.620 mortes em excesso, combinando 2020 e 2021, sendo o último ano de longe o mais mortal da pandemia (Figura 1.2). Isto representa 15% do total de mortes em excesso no mundo (WHO, 2022[7]). Considerando-se que a ALC representava apenas cerca de 8,5 por cento da população mundial neste período (UN, 2022[19]), o efeito desproporcional da COVID-19 na região é inegável.

A Figura 1.1 apresenta o excesso de mortalidade estimado acumulado por 100.000 habitantes para os anos de 2020 e 2021. Apenas seis dos 33 países experimentaram um excesso de mortes particularmente alto, acima da média da

ALC: Peru, Bolívia, México, Equador, São Vicente e Granadinas e Guiana. Os casos de São Vicente e Guiana precisam ser analisados com cautela, pois sua pequena população pode exacerbar o impacto percebido do número de óbitos relacionados à COVID-19. O Peru sofreu o maior impacto dentro do grupo (e região), com 873 mortes em excesso por 100.000 habitantes, 150 por cento a mais que a média da ALC. A média desses seis países é de 560 mortes em excesso por 100.000 habitantes (60 por cento acima da média da ALC). Juntos, esse grupo foi responsável por 48 por cento de todas as mortes em excesso na ALC no período de 2020-21, mas com apenas 25 por cento da população da região.

Figura 1.1. Doze países estão acima da média de mortes em excesso da OCDE

Estimativas de excesso cumulativo de óbitos combinando 2020 e 2021 por 100.000 habitantes



Observação: O excesso de mortalidade é calculado como a diferença entre óbitos esperados e estimados por todas as causas. Os óbitos estimados são baseados em dados históricos de 2015 a 2019 para países que reportam óbitos mensalmente, e de 2000 a 2019 para países que reportam óbitos anualmente. Mais informações sobre o método de estimação podem ser encontradas em (WHO, 2022[1]). Óbitos por COVID-19 em 2020 são reportados para BOL, BRA, CHL, COL, CRI, ECU, GTM, MEX, PER, PRY, SUR, URY. Óbitos em 2021 reportados por BOL, CHL, GTM, SUR. Óbitos por COVID-19 para o resto dos ALC33 são previsões. Dos OCDE38; IRL, JPN e TUR usam óbitos previstos, os demais OCDE38 usam óbitos notificados.
Fonte: OMS (2022[7]),"Global excess deaths associated with COVID-19 (modelled estimates)", a partir de 25 de março de 2022, https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates.

StatLink https://stat.link/zs31f7

Quadro 1.2. Comparabilidade entre países dos dados de mortalidade por COVID-19

Dados comparáveis são especialmente limitados na ALC

Não há metodologia padronizada na região para medir os óbitos por COVID-19. Em vez disso, vários métodos são usados em toda a região, com alguns países, como o Peru, usando até três classificações diferentes para os óbitos por COVID-19. Além disso, devido à capacidade limitada das autoridades locais de saúde, há uma subestimação significativa da mortalidade por COVID-19 para óbitos que ocorreram fora do hospital e em áreas remotas. Por fim, a capacidade de testagem para identificar a infecção por COVID-19 apresentou muita heterogeneidade na região, impedindo que alguns países determinassem com precisão a presença ou ausência do vírus em todos os óbitos ocorridos durante os anos de pandemia.

Excesso de mortalidade como *proxy* do impacto na saúde

Considera-se que o excesso de mortalidade tenha menos limitações para a comparabilidade entre países e, portanto, seja um indicador mais preciso para comparar os efeitos diretos da COVID-19 na saúde entre os países. No entanto, o indicador não é específico para a COVID-19 e, portanto, é suscetível a taxas de mortalidade subjacentes heterogêneas relacionadas a qualquer evento e característica do país. Em segundo lugar, como o

indicador compara a mortalidade registrada com a mortalidade esperada com base nos anos anteriores, ele não é apenas suscetível a eventos no momento da análise, mas também a eventos na linha de base. Finalmente, o excesso de mortalidade depende da precisão dos registros de óbitos e, embora alguns países da ALC tenham feito esforços para melhorar a qualidade dos registros de óbitos durante a pandemia (como a Colômbia), em muitos países a qualidade dos dados é mais difícil de avaliar. Portanto, é importante considerar:

- Eventos específicos do país que possam influenciar o indicador de excesso de mortalidade no momento da análise ou na linha de base. Por exemplo, desastres naturais ou épocas de gripe severa. O método de cálculo do indicador de excesso de mortalidade neste relatório usa vários anos de linha de base (de 5 a 20, dependendo da periodicidade dos registros no país) para minimizar esses efeitos. No entanto, o baixo desempenho na mortalidade geral em alguns países pode influenciar a relação entre o excesso de mortalidade e o desempenho real do sistema de saúde.

- Ondas de infecções e óbitos ocorreram em épocas diferentes entre os países. Para explicar essas diferenças, consideramos o excesso de mortes cumulativo combinando os anos de 2020 e 2021.
- Confinamentos e outras intervenções podem levar a um excesso de mortalidade negativo durante a pandemia devido ao risco reduzido de várias causas de mortalidade, como lesões ou outras doenças transmissíveis (WHO, 2022[1]).
- Por fim, a estimativa de excesso de mortes selecionada pela OMS (WHO, 2022[1]) é apenas uma das várias estimativas disponíveis na literatura. Outras estimativas, como a de Wang et al. (Wang et al., 2022[20]), podem levar a uma ordem diferente da apresentada na Figura 1.1. Por esse motivo, consideramos a sensibilidade de nossas conclusões a diferentes estimativas de excesso de mortalidade.

Fonte: Morgan et al. (2020[21]), "Excess mortality: Measuring the direct and indirect impact of COVID-19",https://doi.org/10.1787/c5dc0c50-en; Wang et al. (2022[20]), "Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020 2021",https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02796-3; WHO (2022[1]) Methods for estimating the excess mortality associated with the COVID-19 pandemic, https://www.who.int/publications/m/item/methods-for-estimating-the-excess-mortality-associatedwith-the-covid-19-pandemic.

A comparação do desempenho da região da ALC à média da OCDE pode ser usada como limite para definir um segundo grupo de países, com excesso de mortalidade superior à média da OCDE, mas inferior à média da ALC. A Colômbia lidera esse grupo, com 323 mortes em excesso por 100.000 habitantes. Isso é 8 por cento menor que a média da ALC e 40 por cento maior que a média da OCDE. O grupo (Colômbia, Brasil, Paraguai, Guatemala, El Salvador e Bahamas) tem uma média de 285 mortes em excesso estimadas por 100.000 habitantes, 25 por cento acima da média da OCDE e 18 por cento abaixo da média da ALC. Esses seis países foram responsáveis por 41 por cento de todas as mortes em excesso na região, e representam 45 por cento da população da região.

O restante da região pode ser interpretado como um terceiro grupo de países, com excesso de mortes abaixo da média da OCDE. Este grupo de 21 países tem uma média de 81 mortes em excesso estimadas por 100.000 habitantes. Isso é 64 por cento menos que a média da OCDE. Juntos, esse grupo respondeu por 11 por cento das mortes em excesso, com 30 por cento da população da região.

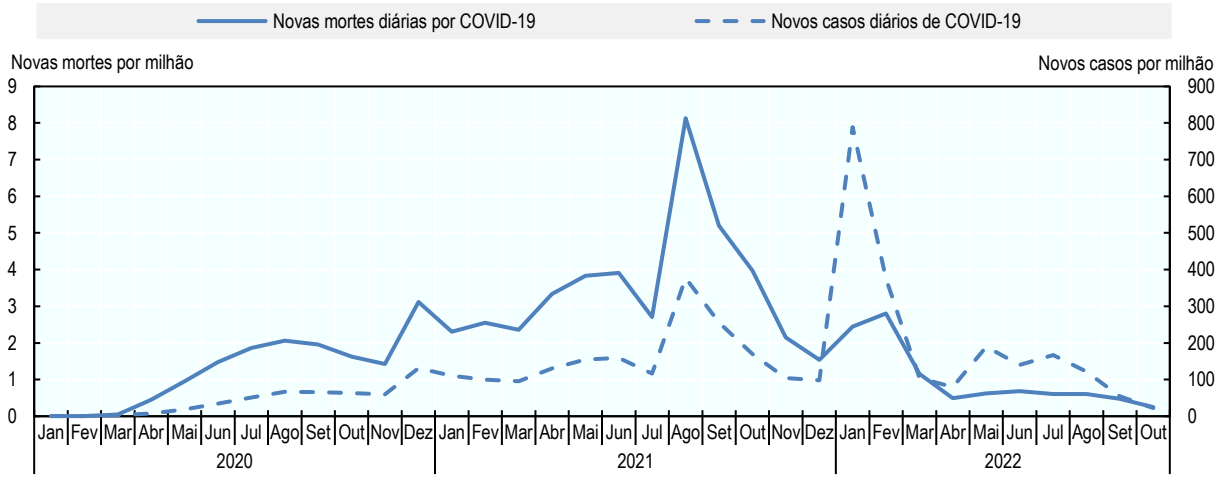
No entanto, o grupo de países com desempenho superior à média da OCDE é composto por vários países afetados pelas limitações do indicador de excesso de mortalidade (Quadro 1.2). Para os países afetados por essas limitações, o indicador de excesso de mortalidade não representa com precisão o impacto da pandemia na saúde e, portanto, não deve ser usado para fins de comparação. Nesse sentido, os países adequados para comparação no grupo que sofreu efeitos de saúde mais leves podem ser identificados usando-se os três critérios a seguir:

- **Excesso de mortalidade acumulada em 2020 e 2021 abaixo da média da OCDE**, uma vez que estes foram os países com menor excesso de mortalidade durante os dois primeiros anos da pandemia.
- **Taxa de mortalidade padronizada por idade (todas as causas) abaixo da média da ALC em 2019**. Esse critério permite filtrar os países onde a alta mortalidade geral atrapalha a precisão do indicador de excesso de mortalidade na sinalização de uma resposta positiva à pandemia. A taxa de mortalidade padronizada por idade é obtida da Rede Colaborativa Global de Carga de Doenças (IHME, 2021, 2021[22]).
- **Países com mais de 500 mil habitantes.** Por fim, esse critério exclui os países onde as consequências não intencionais da resposta à pandemia, como redução de óbitos relacionados a trânsito e lesões, geralmente são mais imprevisíveis. Além disso, as estimativas de excesso de mortalidade para países com população pequena são consideravelmente menos precisas (WHO, 2022[1]).

A lista resultante de países com resultados positivos em termos de efeito da COVID-19 na saúde é composta (em ordem de tamanho da população) por Argentina, Venezuela, Chile, Cuba, Costa Rica, Panamá, Uruguai, Jamaica e Trinidad e Tobago. Conforme apresentado por Herrera et al (2022[2]), uma estimativa diferente de excesso de mortalidade apresentada pelo grupo COVID-19 Excess Mortality Collaborators 2022 indica a Venezuela como o único país neste grupo que muda consideravelmente sua posição relativa na região e apresenta um excesso de mortalidade médio superior à média da ALC. Consequentemente, as conclusões relativas a este país serão examinadas com cuidado.

Figura 1.2. Na ALC, 2021 foi o ano mais mortal da pandemia

Média mensal diária de casos e óbitos na ALC



Fonte: Dong, Du e Gardner (2020[13]), "Um painel interativo baseado na web para rastrear a COVID-19 em tempo real", https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30120-1.

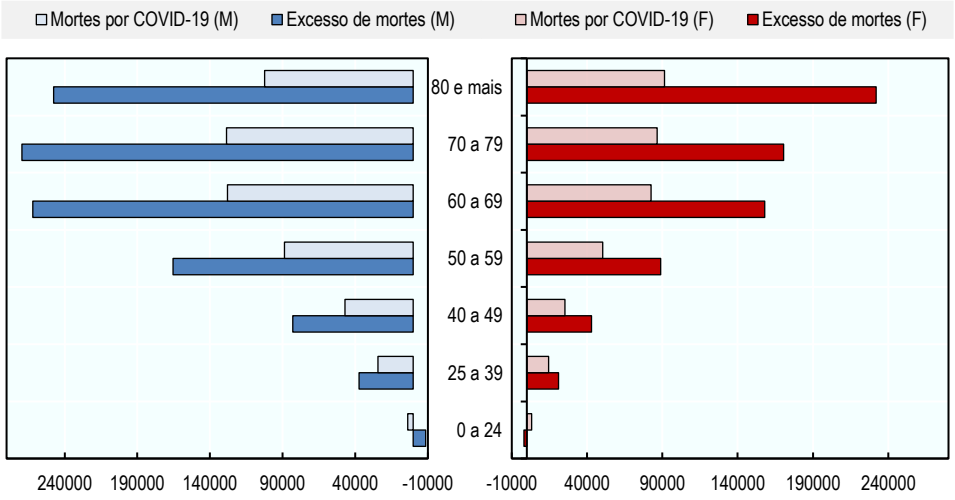
StatLink https://stat.link/r2x1a5

1.2.1. A mortalidade por COVID-19 foi mais grave entre homens, idosos e grupos socioeconômicos desfavorecidos

As grandes diferenças entre os óbitos notificados e o excesso de mortalidade (Figura 1.3) validam o uso do excesso de mortalidade como um indicador mais preciso do efeito da pandemia na saúde da população. Além disso, a estratificação por idade e sexo mostra que os homens sofreram uma carga mais pesada em termos de mortalidade durante a pandemia, em consonância com estudos anteriores (Huang et al., 2021[23]; Gebhard et al., 2020[24]; de Souza et al., 2021[25]; PAHO, 2021[26]). Por fim, a diferença entre óbitos por COVID-19 notificados e excesso de mortalidade durante esse período aumentou com a idade, seja por subnotificação de óbitos por COVID-19 (OECD, 2021[27]) ou devido a óbitos por outras causas.

Figura 1.3. A diferença entre excesso de mortes e mortes por COVID-19 aumenta com a idade.

Excesso de mortes e mortes confirmadas por faixa etária e sexo, acumuladas 2020 e 2021



Nota: A figura inclui ARG, BHS, BRA, CHL, COL, CRI, DOM, ECU, GTM, JAM, LCA, MEX, PAN, TTO. As mortes COVID-19 incluem mortes confirmadas e prováveis COVID-19.

Fonte: OMS (2022[7]), "Global excess deaths associated with COVID19 -(modelled estimates)", a partir de 25 de março de 2022, https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates; COVID-19 deaths: -Painel de dados de vigilância detalhada COVID-19 da OMS, -baseado em formulários de relatório de casos da OMS.

StatLink https://stat.link/ytx7sz

Cerca de 60 por cento das mortes em excesso estimadas ocorreram entre os homens e 75 por cento das mortes em excesso estimadas foram atribuídos a pessoas com 60 anos ou mais. Ao comparar as mortes em excesso estimadas por 100.000 habitantes, os homens com 70 anos ou mais tiveram um risco de morte 80 por cento maior do que as mulheres na mesma faixa etária. O risco de morte para as mulheres é, em média, 50 por cento menor para cada faixa etária. Esses achados são consistentes com a literatura anterior (OPS/PAHO, 2021[4]).

A COVID-19 evidenciou graves desigualdades na saúde

A vulnerabilidade e as desigualdades socioeconômicas ditam a carga dos impactos diretos da COVID-19 na saúde. Isso é claramente visto nas diferenças de mortalidade e hospitalização por COVID-19 entre populações vulneráveis. Como destacou a CEPAL (ECLAC/PAHO, 2021[28]), a vulnerabilidade socioeconômica está correlacionada à infecção por COVID-19, gravidade da doença e morte (de Souza et al., 2021[25]). Áreas de baixa renda tiveram números desproporcionalmente altos de óbitos por COVID-19 no Brasil (Bermudi et al., 2021[29]) e na Argentina (Macchia et al., 2021[30]). Ao mesmo tempo, o ensino superior representou um efeito protetor acima do esperado durante 2020 no Chile (Bilal, Alfaro and Vives, 2021[31]) e no Brasil (SUS, 2022[32]). Estudos explorando diferenças étnicas nos óbitos por COVID-19 em 2020 no Brasil, Chile, Colômbia, México e Peru indicaram que a mortalidade afetou desproporcionalmente as populações não brancas (NU. CEPAL/German Agency for International Cooperation, 2021[33])). Além disso, foi encontrada uma associação positiva entre países com mais casos de COVID-19 e uma população migrante maior (Migration data portal, 2022[34]). Isso é consistente com outras fontes que afirmam que os migrantes na América Latina estão em desvantagem em termos de preparo para enfrentar a pandemia (Cabieses et al., 2020[35]).

A força de trabalho feminina na saúde foi mais exposta ao vírus

A força de trabalho na saúde na linha de frente da resposta à pandemia corre maior risco de infecção por COVID-19. Durante 2020, mais de 1,3 milhão de casos entre profissionais de saúde foram notificados na região e mais de 6.000 morreram devido à doença (OPS/PAHO, 2021[4]). As mulheres representam uma parcela desproporcionalmente maior de profissionais de saúde da linha de frente na região: 86 por cento dos profissionais de enfermagem na região são mulheres e 70 por cento da linha de frente da resposta mundial à pandemia são mulheres (PAHO, 2021[26]; OECD, 2020[36]). Isso se traduz em 72 por cento dos casos de COVID-19 (de março de 2020 a janeiro de 2021) em profissionais de saúde ocorridos entre mulheres (OPS/PAHO, 2021[4]).

1.3. Interrupções graves no atendimento de rotina evidenciam sistemas de saúde frágeis

Em 2020, a COVID-19 interrompeu todos os serviços de saúde em todo o mundo em algum nível. Em 2021, a interrupção dos serviços de saúde essenciais continuava em 90 por cento dos países. A escassez de força de trabalho e as interrupções na cadeia de suprimentos foram relatadas em mais de 30 por cento dos países que responderam à pesquisa WHO PULSE (WHO, 2022[8]). A atenção primária e de reabilitação e os cuidados paliativos e de longo prazo continuaram sendo os serviços mais afetados durante esse período (Kuehn, 2021[37]).

Uma lição importante da pandemia é que os sistemas de saúde precisam fortalecer sua resiliência: a capacidade de se preparar para choques, absorver interrupções e se recuperar o mais rapidamente possível com custo mínimo e se adaptar aprendendo lições para melhorar o desempenho e gerenciar riscos futuros (OECD, 2023[38]). Nesse sentido, é importante entender até que ponto a COVID-19 alterou o funcionamento normal da atenção à saúde e como isso se refletiu nos resultados de saúde durante a pandemia. Medir a extensão da interrupção dos serviços de saúde gera informações importantes para minimizar as consequências negativas e buscar uma recuperação mais rápida para responder à próxima emergência.

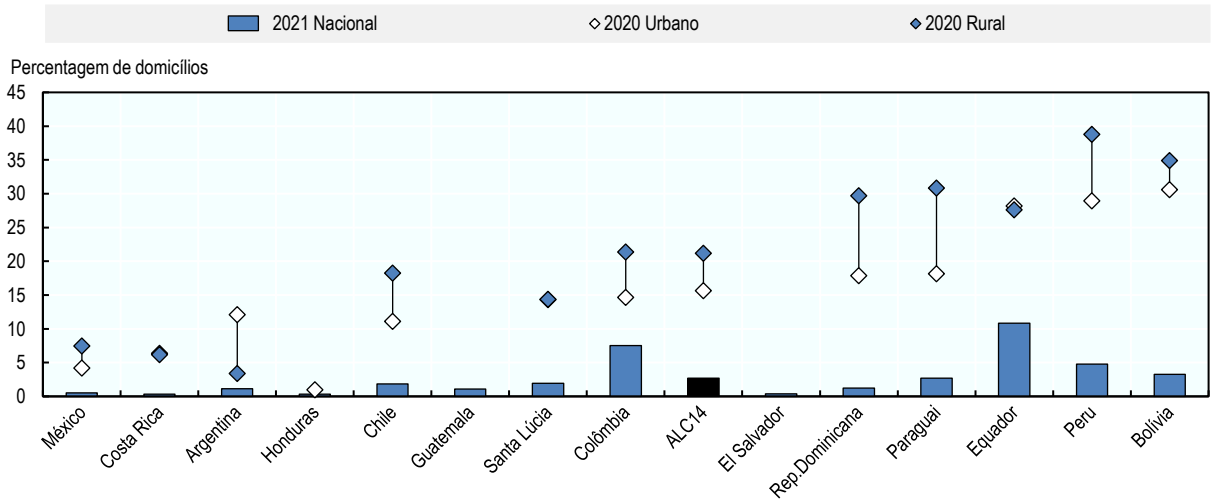
1.3.1. A ausência de busca por atendimento foi maior em países com maior excesso de mortalidade

Em 14 países da ALC, durante 2020, 16 por cento das famílias urbanas e 21 por cento das famílias rurais em média informaram não conseguir acessar os serviços de saúde quando necessário (Figura 1.4). No Equador, Peru e Bolívia (três países do grupo com maior excesso de mortes), esse percentual foi superior a 27 por cento dos domicílios do país. Embora a relação entre a gravidade da pandemia e a interrupção da atenção à saúde seja indubitavelmente endógena, o fato de a interrupção apresentada no gráfico ter ocorrido um ano antes do ponto mais alto de excesso de mortes na região sugere que a interrupção precoce da atenção à saúde foi uma determinante-chave da gravidade posterior do excesso de mortes.

A maioria dos países apresentou importantes capacidades de recuperação durante 2021, onde, em média, apenas 2,7 por cento das famílias não receberam atendimento médico quando necessário. As interrupções mais importantes durante o segundo ano da pandemia coincidem com países que tiveram um alto excesso de mortes. Por outro lado, em vários países com excesso de mortes abaixo da média da OCDE (Costa Rica, Argentina, Honduras e Chile), houve menos interrupções durante 2020, entre 18 por cento (área rural do Chile) e 3 por cento (área rural da Argentina) das famílias informaram interrupções no atendimento e quase nenhuma interrupção durante 2021 (abaixo de 2 por cento). A exceção é o México, que reportou uma porcentagem muito baixa de famílias que perceberam alguma interrupção no atendimento durante os dois anos (menos de 7,5 por cento), mas, ao mesmo tempo, teve o terceiro maior número estimado de mortes em excesso na região. Esses achados são congruentes com os apresentados pela CEPAL (ECLAC, 2022[3]) e pelo Banco Mundial (Herrera et al., 2022[2]).

Figura 1.4. As populações rurais enfrentaram maiores interrupções nos serviços de saúde

Proporção de famílias que não receberam serviços de saúde quando necessário, rural vs. urbano



Observação: Dados de pesquisas móveis de alta frequência projetadas para serem representativas da população subjacente. Os dados de 2020 são uma média de quatro rodadas de pesquisa ocorridas em 2020 (rodada 1 entre maio e junho, rodada 2 em junho, rodada 3 entre julho e agosto e rodada 4 em agosto).

Fonte: Banco Mundial (2021[11]), Painel de monitoramento de alta frequência COVID-19, https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2020/11/11/COVID-19-high-frequency-monitoring-dashboard.

StatLink https://stat.link/iu38a7

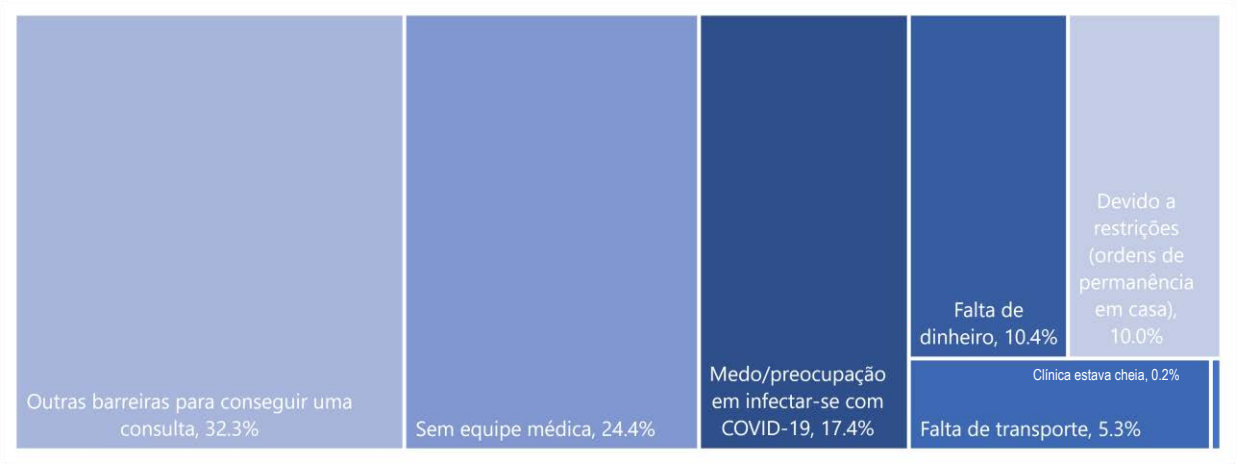
As razões pelas quais as pessoas não recebem atendimento quando necessário podem ser classificadas de duas maneiras. A primeira diz respeito à oferta de serviços, quando não há atendimento disponível. Compreender a extensão desse efeito permite que os países garantam o foco apropriado no fortalecimento da provisão de cuidados. A outra possibilidade está relacionada à demanda, quando as pessoas não procuram atendimento. As diversas razões por trás dessa escolha afetam as recomendações de políticas: aqueles que optam por não buscar atendimento como uma decisão pessoal dão origem a considerações diferentes daqueles que não buscam atendimento devido a uma imposição percebida, como uma ordem de permanência em casa. No segundo caso, a estratégia de comunicação das autoridades é uma questão crucial, e as autoridades devem garantir que as opções de acesso ao atendimento sejam bem comunicadas às populações de difícil acesso.

A Figura 1.5 mostra que, dos domicílios que não receberam atendimento médico quando necessário, 24 por cento atribuíram a situação à falta de equipe médica. Isso está diretamente relacionado à redistribuição dos recursos da saúde por causa da pandemia. Na mesma categoria, 0,2 por cento dos domicílios não conseguiram atendimento médico porque a unidade de saúde estava lotada. Além disso, a categoria “outros motivos” (32 por cento) inclui respostas às questões “hospital/clínica não tinha materiais ou exames suficientes” e “estabelecimento médico fechado”, bem como “outros motivos”. Nesse sentido, essa também pode ser considerada uma barreira à oferta.

Em termos de demanda, 17 por cento dos domicílios informaram não ter recebido atendimento médico por medo de pegar COVID-19, enquanto 10 por cento informaram que não tinham dinheiro. Essas razões refletem os fortes impactos sociais, econômicos e de saúde da pandemia e os consequentes altos níveis de sofrimento mental. Finalmente, as restrições e a falta de transporte afetaram 15 por cento das famílias que deixaram de receber cuidados de saúde quando necessário.

Figura 1.5. A redistribuição dos recursos de saúde causou interrupções

Proporção de domicílios entre domicílios que não conseguiram a atenção médica necessária durante 2020 em 14 países da ALC



Observação: Dados de pesquisas móveis de alta frequência projetadas para serem representativas da população subjacente. "Outras barreiras para conseguir uma consulta" inclui as categorias "hospital/clínica não tinha materiais ou exames suficientes" e "estabelecimento médico fechado". Os dados incluem 14 países da ALC. Os dados são uma média entre a onda 1 (maio de 2020) e a onda 4 (agosto de 2020).
Fonte: Banco Mundial (2021[11]), Painel de monitoramento de alta frequência da COVID-19, https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2020/11/11/COVID-19-high-frequency-monitoring-dashboard.

StatLink https://stat.link/v0ch6m

O impacto das restrições é significativo por estar diretamente relacionado ao planejamento das autoridades que impuseram as restrições, mantendo-as totalmente sob seu controle. Garantir serviços essenciais, como transporte, e informar corretamente as pessoas sobre a natureza das restrições são aspectos essenciais para a eficácia da resposta à pandemia. Os sistemas de saúde também têm espaço para atuarem na redução de problemas relacionados à oferta. A redistribuição de recursos durante a resposta à pandemia deve garantir serviços para importantes necessidades de saúde. Finalmente, embora os sistemas de saúde possam afetar apenas indiretamente as questões relacionadas à demanda, campanhas de comunicação eficazes, distribuição de equipamentos de proteção e intervenções para reduzir o ônus financeiro dos cuidados de saúde podem ser muito eficazes para melhorar a capacidade de resposta dos sistemas de saúde durante uma pandemia.

Serviços essenciais foram severamente afetados

A pandemia interrompeu vários serviços essenciais. Conforme exposto pela pesquisa realizada pela Universidade de Maryland em colaboração com o Facebook (2020[14]), a vacinação contra a gripe sazonal diminuiu em pelo menos 10 países (com dados disponíveis[2]) entre a temporada de gripe de 2019 (junho de 2019 a fevereiro de 2020) e a de 2020 (após julho de 2020). A redução média na proporção da população imunizada nesses países foi da ordem de 27 por cento. Por outro lado, Colômbia e Honduras tiveram um pequeno aumento (2 pontos percentuais) na proporção de pessoas imunizadas contra a gripe. Além disso, a cobertura de imunização contra difteria, tétano e coqueluche (DTP3)[3] entre as crianças de 1 ano diminuiu de 90 por cento para 82 por cento em média na ALC (Capítulo 7 – Programas de vacinação infantil).

Além disso, em 2020, as consultas médicas diminuíram no Brasil (30 por cento), México (9 por cento – estimado), Costa Rica (17 por cento) e Chile (32 por cento) (OECD, 2022[18]). Além disso, as consultas pediátricas diminuíram 67 por cento no Chile e as consultas pré-natais diminuíram 56 por cento no Peru (OECD, 2022[39]).

As internações por motivos não relacionados à COVID-19 diminuíram consideravelmente. Embora os dados na região sejam escassos, entre 2019 e 2020, o Chile e a Costa Rica diminuíram em 23 por cento as altas hospitalares não relacionadas à COVID (OECD, 2022[18]). Em 2020, Peru e Guatemala (dos 24 países da ALC que reportaram dados) informaram interrupções superiores a 5 por cento nos serviços de emergência 24 horas. No final de 2021, mais de 50 por cento dos serviços nos dois países haviam sido afetados. Ao mesmo tempo, os serviços de ambulância tiveram interrupções superiores a 26 por cento (WHO, 2022[8]). O excesso de mortes nesses dois países esteve entre os mais altos da região e atingiu o pico no segundo semestre de 2021.

Pessoas com problemas crônicos de saúde na ALC sofreram interrupções importantes no atendimento de rotina

Apesar da escassez de dados padronizados e comparáveis para a região, as informações podem ser obtidas a partir de casos individuais. O atendimento em geral foi drasticamente afetado para pacientes oncológicos, cardíacos e com AVC no Chile (Pacheco et al., 2021[40]). Por exemplo, de abril a setembro de 2020, as consultas para diabéticos diminuíram 80 por cento e as consultas para hipertensos diminuíram 81 por cento em comparação ao ano anterior. Uma situação semelhante ocorreu no México, onde uma fonte relata quedas de 26 por cento e 28 por cento no atendimento a diabéticos e hipertensos, respectivamente (Arsenault et al., 2022[41]), enquanto outra relata quedas de 32 por cento para ambos os tipos de atendimento (Doubova et al., 2021[42]). No Peru, o atendimento a diabéticos caiu 8 por cento em 2020, enquanto não foram registradas interrupções no tratamento da hipertensão (INEI, 2021[43]). Na Costa Rica, a queda foi de 32 por cento para diabéticos e 20 por cento para hipertensos (CCSS, 2020[44]). Além disso, as taxas de cobertura de rastreamento de diabetes diminuíram 32 por cento e as taxas de cobertura de rastreamento de hipertensão diminuíram 23 por cento no Brasil e no Chile (OECD, 2022[39]). No México, foi observada uma queda nos diagnósticos de diabetes e hipertensão da ordem de 17 por cento e 22 por cento, respectivamente (Doubova et al., 2021[42]).

Além disso, grandes disparidades nos níveis de interrupção entre os grupos socioeconômicos foram observadas no Peru, onde pacientes com menos escolaridade (11,5 por cento) tiveram uma redução no tratamento do diabetes quase duas vezes maior do que pessoas com níveis mais altos de escolaridade (6,3 por cento) (INEI, 2021[43]).

Em uma pesquisa com um grupo de 704 oncologistas de 19 países da ALC, 70 por cento dos entrevistados relataram uma redução de novos pacientes, 72 por cento notaram uma diminuição nas consultas de acompanhamento e 58 por cento afirmaram ter mudado os tratamentos oferecidos a pacientes com câncer (Bernabe-Ramirez et al., 2022[45]). Isso é consistente com os registros que mostram reduções no rastreamento do câncer do colo do útero no México (68 por cento), Peru (49 por cento), Brasil (45 por cento) e Chile (9 por cento) e reduções no rastreamento do câncer de mama no México (79 por cento), Peru (51 por cento), Brasil (43 por cento) e Chile (10 por cento) (OECD, 2022[39]). Os encaminhamentos de pacientes oncológicos também foram afetados: o estudo de Bernabe Ramirez et al. (Bernabe-Ramirez et al., 2022[45]) constatou que 65 por cento dos médicos entrevistados na ALC relataram atrasos no encaminhamento e 20 por cento deles relataram que cirurgias tiveram que ser canceladas.

Como resultado da interrupção no rastreamento de câncer, na gestão de cadastros e nos serviços de tratamento oncológico, o número de casos de câncer registrados no Peru diminuiu em 50 por cento em 2020, em comparação à média anterior de 4 anos (MINSA, 2021[46]). Além disso, o tratamento de câncer em estágio avançado diminuiu 37 por cento entre março de 2020 e março de 2021 (Chávez Amaya, 2021[47]). Com isso, a mortalidade por câncer aumentou 5,3 por cento no país quando se comparam os dados de 2020 com os de 2018 (WHO, 2020[48]) (OECD, 2022[39]). No Chile, houve redução de 55 por cento no tratamento de câncer de colo do útero entre 2019 e 2020 e uma redução de 8 por cento em 2021, com a maior redução de serviços afetando as usuárias de serviços de saúde públicos (Superintendencia de Salud, 2022[49]). O Brasil teve queda de 42 por cento no encaminhamento de pacientes oncológicos entre 2019 e 2020 (Borges et al., 2020[50]).

A Tabela 1.1 apresenta a proporção de países por níveis de interrupção de serviços de saúde essenciais em 2021 (maior interrupção relatada durante o ano), desagregada por desempenho de excesso de mortes. Observa-se que os países com excesso de mortes abaixo da média da OCDE tiveram níveis mais baixos de interrupção de serviços durante 2021. A interrupção do tratamento do câncer é particularmente alarmante, dado o impacto imediato na saúde da população. A saúde mental também foi severamente afetada, com os desafios incluindo a capacidade limitada dos serviços de saúde de usar plataformas virtuais/telemedicina para atender na área de saúde mental (Antiporta and Bruni, 2020[51]).

Tabela 1.1. Interrupção nos serviços de saúde por grupo de desempenho de excesso de mortalidade

Proporção de países por nível de interrupção em 2021

Serviço de saúde	Proporção de serviços interrompidos	Excesso de mortes acima da média da OCDE (10 países*)	Excesso de mortes abaixo da média da OCDE (selecionada) (8 países**)
Rastreamento de câncer	Menos de 5%	20%	50%
	5-25%	10%	13%
	26-50%	30%	0%
	Mais de 50%	40%	38%
Tratamento de câncer	Menos de 5%	40%	37%
	5-25%	10%	25%
	26-50%	30%	13%
	Mais de 50%	20%	25%
Serviços de saúde mental infantil	Menos de 5%	37%	71%
	5-25%	13%	29%
	26-50%	25%	0%
	Mais de 50%	25%	0%
Atenção pré natal	Menos de 5%	38%	82%
	5-25%	50%	18%
	26-50%	0%	0%
	Mais de 50%	12%	0%

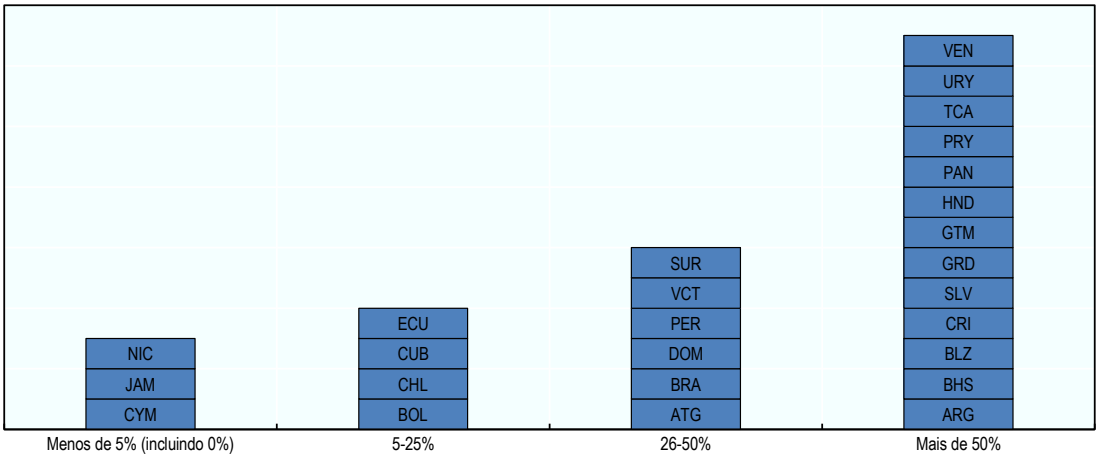
Observação: *Dados sobre a Colômbia e Guiana não estavam disponíveis. **Dados de Trinidad e Tobago não estavam disponíveis. Nem todos os países responderam a todas as perguntas. Países selecionados nos grupos de mortes em excesso abaixo da média da OCDE, de acordo com os critérios explicados na Seção 1.2. Se um país teve dois níveis de interrupção durante 2021, é apresentada a interrupção mais alta.
Fonte: OMS (2022[8]), Pesquisa Pulse sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia de COVID-19, https://apps.who.int/iris/handle/10665/351527.

Países adiaram cirurgias eletivas para redistribuir recursos de saúde

Durante 2021, cirurgias eletivas foram interrompidas em 59% dos países que reportaram dados para a pesquisa PULSE da OMS (WHO, 2022[8]). Na ALC, 19 dos 27 países da pesquisa reportaram interrupções superiores a 25 por cento (Figura 1.9). Enquanto a maioria dos países da região diminuiu drasticamente as cirurgias eletivas, alguns países da ALC com excesso de mortes acima da média, como Peru, Bolívia, Equador e São Vicente, tiveram interrupções de menos de 50 por cento. A interrupção de cirurgias eletivas pode ter consequências cumulativas na saúde e no bem-estar, especialmente no longo prazo. No entanto, devido ao status não emergencial das cirurgias eletivas, é uma área onde as autoridades podem redistribuir pessoal e recursos para cuidar de pacientes com COVID-19, como fizeram na maioria dos países do mundo (Nepogodiev et al., 2022[52]).

Figura 1.6. A maioria dos países interrompeu drasticamente as cirurgias eletivas durante 2021

Interrupção máxima - Março ou dezembro de 2021



Observação: Duas ondas da pesquisa PULSE são consideradas no gráfico, as de março e dezembro. É reportada a maior interrupção entre as duas.
Fonte: OMS (2022[8]), Pesquisa Pulse sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia de COVID-19, https://apps.who.int/iris/handle/10665/351527.

StatLink https://stat.link/nwx2uv

O colapso dos sistemas de saúde e o número de óbitos por COVID-19 afetaram a saúde mental

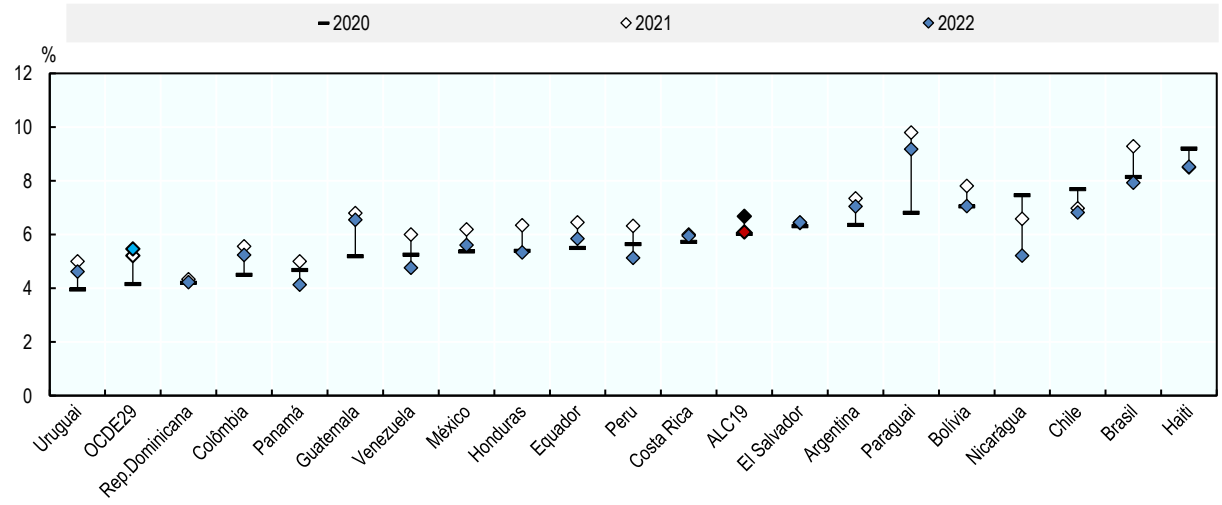
A saúde mental da população foi diretamente afetada pelo estado de emergência e pelas restrições ao contato com familiares, amigos e outras comunidades sociais. Pesquisas na região relataram que as reações mais frequentes - tanto à própria pandemia quanto às medidas de saúde pública implementadas pelos países - foram ansiedade, estresse e medo. Devido à urgência de intervir gerada pela pandemia, a ansiedade foi considerada por especialistas em saúde mental como a preocupação número um com efeitos indiretos na saúde. Dada a situação avassaladora e o colapso dos sistemas de saúde, a atenção à saúde mental baseada na comunidade e o fortalecimento das capacidades dos provedores primários de saúde não especializados foram destacados como intervenções eficazes para minimizar o efeito na saúde mental (Antiporta and Bruni, 2020[51]).

A Figura 1.7 apresenta a porcentagem da população de uma amostra representativa de usuários do Facebook que se autodeclararam ansiosos ao longo dos três anos da pandemia. Apenas em três países o número de pessoas ansiosas diminuiu entre 2020 e 2021, e para todos os outros países o pico de ansiedade autodeclarada foi atingido em 2021, coincidindo com o pico de óbitos por COVID-19 notificados. Além disso, o gráfico mostra como o senso de normalidade começou a se instalar ao longo de 2022, com os níveis de ansiedade diminuindo em relação a 2021 em todos os países da região. Outros fatores também podem ter influenciado esse indicador. A média da OCDE mostra um pico de ansiedade na população em 2022. Isso pode estar relacionado ao conflito em andamento na Ucrânia, bem como ao aumento nos óbitos por COVID-19 durante os primeiros meses deste ano.

A porcentagem de pessoas que relataram querer mais informações sobre como manter a saúde mental durante a pandemia é um bom indicador da capacidade de resposta dos sistemas nessa área. Entre os 19 países da ALC com dados disponíveis, 41 por cento da população, em média, relatou querer mais informações. Em contraste, apenas 29 por cento da população relatou isso em 29 países da OCDE. No Peru e no Chile, cerca de 50 por cento das pessoas em 2021 desejavam ter mais informações sobre saúde mental. Em contraste, 30 por cento das pessoas no Uruguai e 34 por cento na Argentina estavam nessa situação (The University of Maryland Social Data Science Center & Facebook, 2020[14]).

Figura 1.7. A proporção de pessoas com sofrimento mental atingiu o pico em 2021

Entrevistados que relataram sentir-se ansiosos a maior parte do tempo ou o tempo todo nos últimos 7 dias



Observação: Os dados de amostra representativa dos usuários do Facebook, abril de 2020 a junho de 2022.
Fonte: Centro de Ciência de Dados Sociais da Universidade de Maryland (2020[14]), Pesquisa Tendências e Impactos da COVID-19 em parceria com o Facebook, https://covidmap.umd.edu/.

StatLink https://stat.link/2a167o

1.4. Os países que adotaram uma resposta abrangente à pandemia conseguiram minimizar a perda de vidas

A resposta pandêmica dos países foi em grande parte definida pelas capacidades de seus sistemas de saúde, mas também por fatores estruturais que afetaram a circulação do vírus nos países. Esta análise começa comparando as medidas de saúde pública e sociais destinadas a mitigar a propagação do vírus entre a população. Em segundo lugar, é realizada uma comparação das políticas direcionadas ao fortalecimento do sistema de saúde, examinando aquelas implementadas para tratar pacientes com COVID-19, bem como garantir a prestação de cuidados essenciais não relacionados à COVID-19 durante a pandemia.

1.4.1. Políticas de saúde pública para mitigar o impacto da pandemia de COVID-19 reduziram o excesso de mortes

A gama de políticas de saúde pública voltadas para mitigar os efeitos da pandemia foi resumida pelo Oxford COVID-19 Government Response Tracker (Rastreador de Resposta Governamental) em quatro áreas; contenção e fechamento, economia, sistema de saúde e vacinação, e incluiu 21 indicadores (Oxford COVID-19 Government Response Tracker, 2022[15]). A maioria dos países da ALC (26 de 28 no banco de dados) implementou todas as medidas de contenção e fechamento (oito indicadores) em algum momento e em algum nível entre 2020 e junho de 2022. No entanto, a duração e o rigor das medidas variaram entre os países. A Tabela 1.2 mostra por quanto tempo os países da ALC implementaram medidas de contenção e fechamento no nível mais rígido. As diferenças mais significativas podem ser encontradas no indicador de confinamentos, onde o Chile lidera a região com 426 dias sob ordens de não sair de casa sem uma justificativa formal. Em contraste, nove países não implementaram o nível mais rígido de confinamento por diferentes motivos, sendo um deles a complexidade dos procedimentos jurídicos exigidos e a necessidade de aprovação do Congresso (Costa Rica). Em média, os países com excesso de mortalidade abaixo da média da OCDE mantiveram sete das oito medidas no nível mais rígido por mais tempo do que os países com maior excesso de mortalidade (Tabela 1.2). No entanto, a média é fortemente influenciada por um ou dois países em cada grupo com valores excepcionalmente altos ou baixos. O Peru é um *outlier* que se destaca em uma direção contraintuitiva, pois o país implementou uma das políticas mais rígidas da região, mas ainda teve um baixo desempenho em termos de excesso de mortes.

Para avaliar a relação entre as políticas de saúde pública e o excesso de mortalidade, é preciso desvendar um importante efeito da tempestividade da resposta à pandemia. Por um lado, os países em meio a um aumento de casos e óbitos por COVID-19 foram pressionados a fortalecer suas medidas de contenção. Por outro lado, a adoção de medidas mais rígidas pode minimizar futuros surtos de casos e óbitos. A Figura 1.8. apresenta o Índice de Contenção para 27 países da região no segundo trimestre de três anos da pandemia de COVID-19 (2020 a 2022). Seis países – Jamaica, Chile, Barbados, Suriname, Venezuela, Costa Rica e Uruguai – adotaram medidas de contenção mais rígidas no segundo trimestre de 2021 do que no ano anterior, em 2020. Todos esses países tiveram excesso de mortes abaixo da média da OCDE. Além disso, com exceção do Peru e da Guiana, os países do gráfico que tiveram excesso de mortes acima da média da OCDE em 2020-21 tiveram uma queda de mais de 11 por cento no rigor de suas medidas de contenção em 2021 em comparação com o mesmo trimestre de 2020 (Peru e Guiana tiveram queda de 5 e 6 por cento, respectivamente, neste período).

Considerando que o aumento nos óbitos por COVID-19 ocorreu durante 2021 (Figura 1.2), a Figura 1.8. mostra como a ALC adotou uma abordagem rígida no início de 2020 e o índice de contenção na maioria dos países foi superior à média da OCDE. O objetivo desta estratégia foi minimizar a propagação inicial do vírus, seguindo a abordagem mundial de "achatar a curva" (The Economist, 2020[53]; OECD, 2020[54]), com alguma eficácia no curto prazo. No entanto, após uma combinação de esgotamento econômico e político, menor adesão do público às medidas de contenção e perspectivas de saúde pública proporcionadas pela vacina contra a COVID-19, muitos países não conseguiram manter o rigor de suas medidas durante 2021, o que afetou diretamente o número de óbitos resultantes da pandemia. Esta hipótese é apoiada pela Figura 1.9, a qual mostra que o índice de contenção no segundo trimestre de 2020 tem uma correlação positiva contraintuitiva com o excesso de mortalidade acumulada durante a pandemia, mas essa correlação é negativa (como deveria ser) quando se considera o mesmo índice um ano depois.

Tabela 1.2. Duração das medidas públicas por grupo de excesso de mortalidade

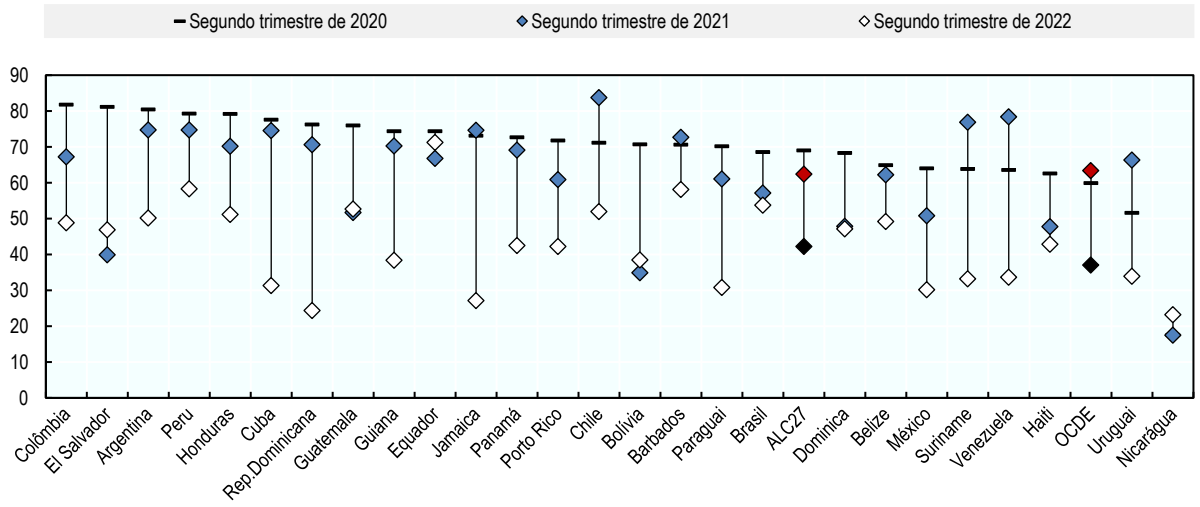
Em número de dias, de março de 2020 até dezembro de 2021

Excesso de mortes	País	Reuniões de pessoas	Confinamento	Fechamento de escolas	Fechamento de fronteiras	Movimento interno	Ambiente de trabalho	Eventos públicos	Transporte público
Abaixo da média da OCDE (*)	Venezuela	543	47	601	383	487	439	605	37
	Uruguai	154	0	140	403	28	16	407	0
	Jamaica	332	71	136	86	654	87	631	161
	Trinidad e Tobago	526	0	331	481	252	136	651	111
	Cuba	561	38	515	178	602	241	613	461
	Panamá	215	165	530	177	337	161	620	158
	Costa Rica	0	0	377	137	323	39	601	23
	Argentina	554	39	420	385	546	137	569	557
	Chile	323	426	465	226	647	431	564	209
	Média	**356**	**87**	**391**	**273**	**431**	**187**	**585**	**191**
Entre as médias da OCDE e da ALC	Bahamas	556	17	390	99	502	141	443	152
	El Salvador	70	87	391	191	185	73	342	109
	Guatemala	560	0	336	153	211	132	535	252
	Paraguai	165	61	338	205	154	98	381	27
	Brasil	272	54	388	124	655	369	579	271
	Colômbia	218	124	323	404	273	231	444	124
	Média	**307**	**57**	**361**	**196**	**330**	**174**	**454**	**156**
Acima da média da ALC	Guiana	613	0	145	199	390	89	638	0
	Equador	375	28	352	133	338	122	601	131
	México	42	0	525	0	636	285	385	0
	Bolívia	279	4	326	288	255	96	284	260
	Peru	623	220	250	199	456	112	660	243
	Média	**386**	**50**	**320**	**164**	**415**	**141**	**514**	**127**

Observação: O nível mais rigoroso corresponde a: Reuniões: Limitadas a 10 pessoas ou menos; Confinamento: Não sair de casa sem uma justificativa formal e com o mínimo de exceções; Escolas: Fechamento total, apenas aulas online; Fronteiras: Fechamento total para viajantes estrangeiros com mínimas exceções. Deslocamento: Deslocamento interno restrito; Trabalho: exigir o fechamento (ou teletrabalho) de todos os locais de trabalho, exceto os essenciais (ex., mercearias, médicos); Eventos: Cancelamento obrigatório; Transporte: Exigir fechamento (ou proibir a maioria de usá-lo).
Fonte: Oxford Tracker (2022[15]) conforme relatado em Our World in Data: https://ourworldindata.org/grapher/covid-containment-and-health-index.

Figura 1.8. O rigor das medidas de contenção não se alinhou com as ondas de mortes em excesso.

O índice é calculado como a pontuação média de 13 métricas de resposta, assumindo um valor entre 0 e 100

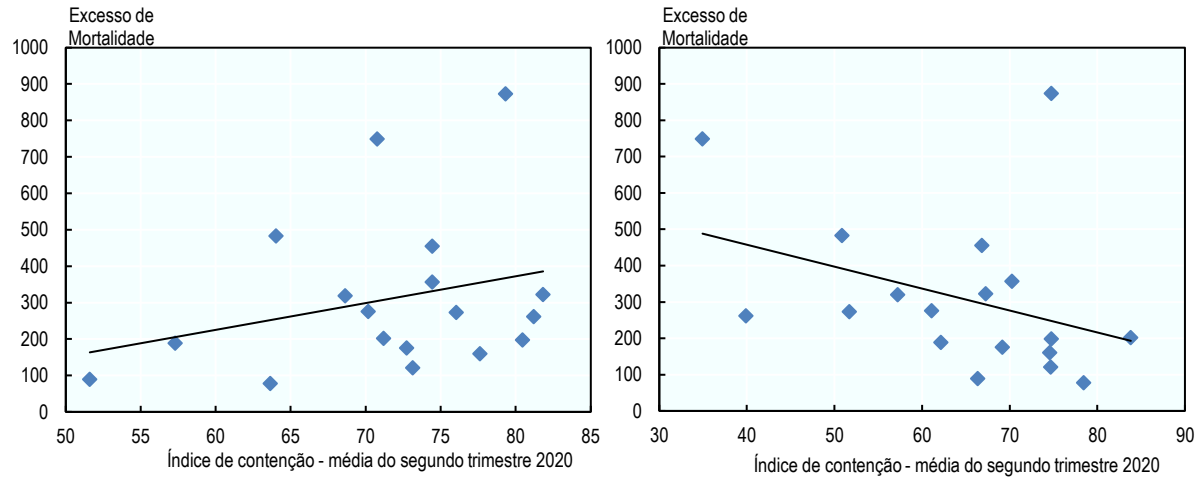


Observação: O índice de contenção é uma medida composta com base em 13 indicadores de resposta de políticas, incluindo fechamento de escolas, fechamento de locais de trabalho, proibições de viagens, política de testagem, rastreamento de contatos, coberturas faciais e política de vacinação, reescalonados para um valor de 0 a 100 (100 = mais rigoroso). Onde as políticas variam no nível subnacional, o índice é mostrado como o nível de resposta da sub-região mais rigorosa.
Fonte: Rastreador de Respostas Governamentais de Oxford (2022[15]) conforme relatado em Our World in Data.

StatLink https://stat.link/yj5bmw

Figura 1.9. Políticas de contenção mais rígidas no segundo trimestre de 2021 estão associadas a menor mortalidade em excesso

Excesso de mortalidade acumulada em 2020 e 2021 vs. índice de contenção no segundo trimestre de 2020 e 2021



Observação: Excesso de mortalidade medido como excesso de mortes (conforme estimado pela OMS) por 100.000 habitantes.
Fonte: Rastreador de Resposta Governamental (2022[15]) conforme relatado em Our World in Data: https://ourworldindata.org/grapher/covid-containment-and-health-index; OMS (2022[7]),"Óbitos em excesso globais associados à COVID-19 (estimativas modeladas)", desde 25 de março de 2022, https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates.

StatLink https://stat.link/pjru0z

Quadro 1.3. Resposta a outras epidemias na ALC

Pandemia de AH1N1 de 2009 no México e na ALC

A América Latina e Caribe não foram poupados de epidemias e surtos anteriores, tanto de doenças infecciosas entre humanos quanto de doenças transmitidas por vetores. Por exemplo, a pandemia de 2009 da doença respiratória infecciosa produzida pelo subtipo H1N1 do vírus influenza A afetou fortemente a região da ALC.

Em um caso específico de país, o México começou a elaborar um Plano Nacional de Prontidão para a Gripe (NIPP, na sigla em inglês) logo após o surgimento da epidemia de SARS de 2003 na Ásia. Concluído em 2005, este plano já estava sendo testado em nível nacional em 2006. Na ausência de mecanismos regionais de saúde da ALC, o NIPP do México foi complementado pelo Plano Norte-Americano para Influenza Aviária e Pandêmica desenvolvido pelos governos do Canadá, México e Estados Unidos. Esse plano nacional permitiu ao México enfrentar a pandemia de AH1N1 de 2009 com estoques de medicamentos estratégicos e equipamentos de proteção individual (EPIs), campanhas de comunicação de risco pré-testadas e redes para distribuir vacinas com mais eficiência. No entanto, os esforços para a prontidão dos leitos e ventiladores das unidades de terapia intensiva e o número de equipes qualificadas para usar essas ferramentas não foram suficientes, assim como ocorreu durante a pandemia da COVID-19. Além disso, mesmo com vacinas disponíveis, elas chegavam atrasadas e em quantidades limitadas, sinalizando outro aspecto a melhorar.

Muitas lições que deveriam ter sido aprendidas com a pandemia de AH1N1 de 2009 não foram aplicadas de forma consistente não apenas no México, mas também na maior parte da ALC. Por exemplo, o envolvimento tardio das autoridades de mais alto nível após a chegada do SARS CoV 2 à região atrasou a prontidão intersetorial. Além disso, a lentidão na aquisição de insumos médicos estratégicos, como EPIs, medicamentos e insumos laboratoriais, permitiu que as regiões afetadas antes da ALC aumentassem exponencialmente sua demanda por esses itens, distorcendo os mercados globais e tornando os insumos médicos mais escassos e caros, limitando a capacidade dos países da ALC de enfrentar a pandemia da COVID-19.

Vigilância epidemiológica: os surtos de vírus Zika em 2015-16 no nordeste do Brasil

Surtos significativos do vírus Zika ocorreram no nordeste do Brasil, incluindo casos associados à microcefalia e outros defeitos congênitos. Durante certos picos, mais de 200.000 casos foram notificados no Brasil (até o final de 2016), que teve o maior número de casos em todo o mundo, bem como o maior número de casos associados a defeitos congênitos (2.366). Foi realizado um esforço de vigilância genômica e epidemiológica para rastrear a evolução desse surto.

O laboratório móvel de genômica ZiBRA testou 1.330 amostras de pacientes em 82 municípios nos estados de Alagoas, Bahia, Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte, com o apoio do Ministério da Saúde e outras instituições. As amostras fornecidas pelos laboratórios de saúde pública e pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) foram analisadas quanto à presença do vírus Zika por meio de testes de PCR quantitativo em tempo real. As análises realizadas com essas amostras permitiram estimar que o vírus Zika estava presente no nordeste do Brasil no início de 2014 e, provavelmente, se espalhou de lá para outras áreas do Brasil e para o restante da ALC.

Fonte: Di Paolantonio (2020[55]); "Fostering resilience in the post-COVID-19 health systems of Latin America and the Caribbean", https://www.oecd.org/about/civil-society/youth/Shaping-the-COVID-19-Recovery-Ideas-from-OECD-s-Generation-Y-and-Z.pdf; OCDE (2022[39]), *Primary Health Care for Resilient Health Systems in Latin America*, https://doi.org/10.1787/743e6228-en.

Houve provisão ampla de assistência financeira para mitigar as consequências sociais e econômicas da pandemia

Para facilitar a adesão às medidas de contenção e mitigar as consequências econômicas e sociais da pandemia, uma das políticas mais importantes implementadas por países de todo o mundo foram as transferências diretas de recursos para uma grande parcela da população (ECLAC, 2022[3]).

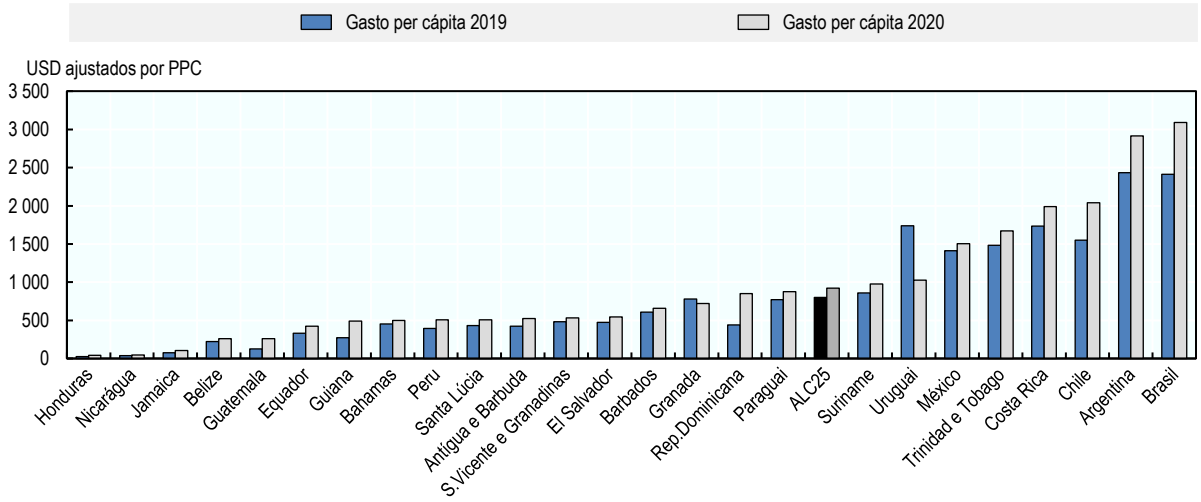
A Figura 1.10 mostra o gasto público per capita em proteção social em 2019 e 2020 na região da ALC. O Uruguai é o único país da região (com dados disponíveis) que diminuiu consideravelmente (em termos nominais) o valor gasto

com proteção social em 2020. Esta diminuição é explicada pela criação do "Fondo Solidario COVID-19", um fundo fora do orçamento que centralizou recursos para a resposta à pandemia (Restrepo, Palacios and Espinal, 2022[56]). Além disso, uma parcela significativa dos gastos com alívio econômico veio do seguro-desemprego (Amarante, 2022[57]). Outros países também implementaram transferências de recursos fora do orçamento para mitigar o efeito econômico da pandemia e que não estão refletidos na figura. Por exemplo, no Chile, as pessoas foram autorizadas a sacar 10 por cento de sua pensão social individual quatro vezes entre 2020 e 2022.

Além disso, oito países (Brasil, Argentina, Chile, Costa Rica, Trinidad e Tobago, México, Uruguai e Suriname) gastaram acima da média da ALC em proteção social em 2020. Esses são os mesmos países que ficaram abaixo da média da ALC em termos de mortes em excesso, exceto o México. Por outro lado, o Equador e o Peru estão na extremidade inferior dos gastos com proteção social, embora acima da média da ALC de mortes em excesso. A relação entre as variáveis, no entanto, não é tão evidente. Honduras, Belize e Jamaica (entre outros) tiveram mortes em excesso abaixo da média da OCDE, embora apresentassem alguns dos níveis mais baixos de gastos per capita em proteção social em 2020.

Figura 1.10. A maioria dos países aumentou os gastos públicos em proteção social

Despesa pública em proteção social per capita, PPC (dólares internacionais correntes)



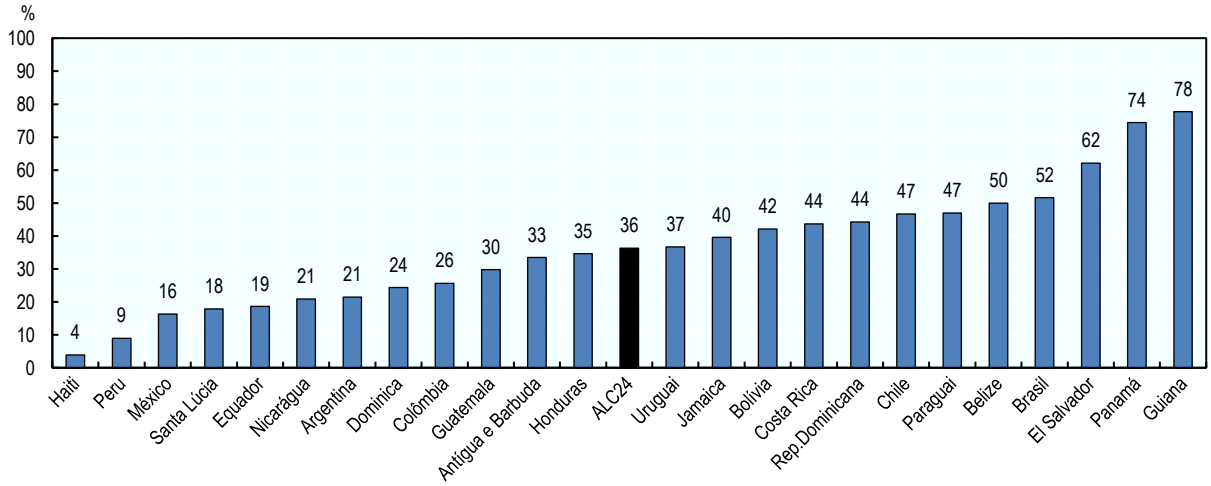
Observação: A proteção social inclui licenças por doença e subsídios por invalidez, velhice, auxílio de sobrevivência para familiares e filhos, desemprego, habitação, exclusão social, pesquisa e desenvolvimento relacionados à proteção social e outras despesas de proteção social.
PPC: Paridade do poder de compra.
Fonte: CEPAL (2021[16]), Despesas públicas com proteção social. Valores de conversão PPC: Banco de dados de Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial, https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicator_id=4409.

StatLink https://stat.link/i7k286

O alcance das políticas de proteção social teve um efeito claro na capacidade dos países de manter o cumprimento das restrições da pandemia pelo maior número possível de pessoas. As economias da ALC são marcadas por altos níveis de desigualdade, uma grande classe média com baixos níveis de poupança familiar e altos níveis de endividamento e significativa informalidade dos trabalhadores (ECLAC, 2022[3]). Nesse sentido, se mais domicílios tivessem recebido apoio e garantia de sustento, mais pessoas teriam tido condições financeiras de ficar em casa, limitando a propagação do vírus. A Figura 1.11 mostra a porcentagem de domicílios que receberam algum tipo de assistência financeira durante o ano de 2020-21. Embora os dados sejam limitados em relação aos valores da assistência, existem alguns padrões que representam a relação entre o apoio público para manter as medidas de saúde pública e mortes em excesso de modo geral. Alguns países com desempenho inferior em termos de mortes em excesso aparecem na extremidade inferior do gráfico, como o Peru, México e Equador. No entanto, países como Guiana, El Salvador, Brasil e Paraguai proporcionaram assistência financeira a mais de 45 por cento das famílias e ainda tiveram mortes em excesso acima da média da OCDE.

Figura 1.11. Esforços foram realizados para proporcionar ajuda financeira à população

Porcentagem de domicílios que receberam algum tipo de assistência desde o início da pandemia



Observação: Dados coletados entre 2020 e 2021. Dados de pesquisas móveis de alta frequência projetadas para serem representativas da população subjacente.
Fonte: Banco Mundial (2021[11]), Painel de monitoramento de alta frequência da COVID-19, https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2020/11/11/COVID-19-high-frequency-monitoring-dashboard.

StatLink https://stat.link/uz67t9

1.4.2. O fortalecimento do setor de saúde foi fundamental para enfrentar a pandemia

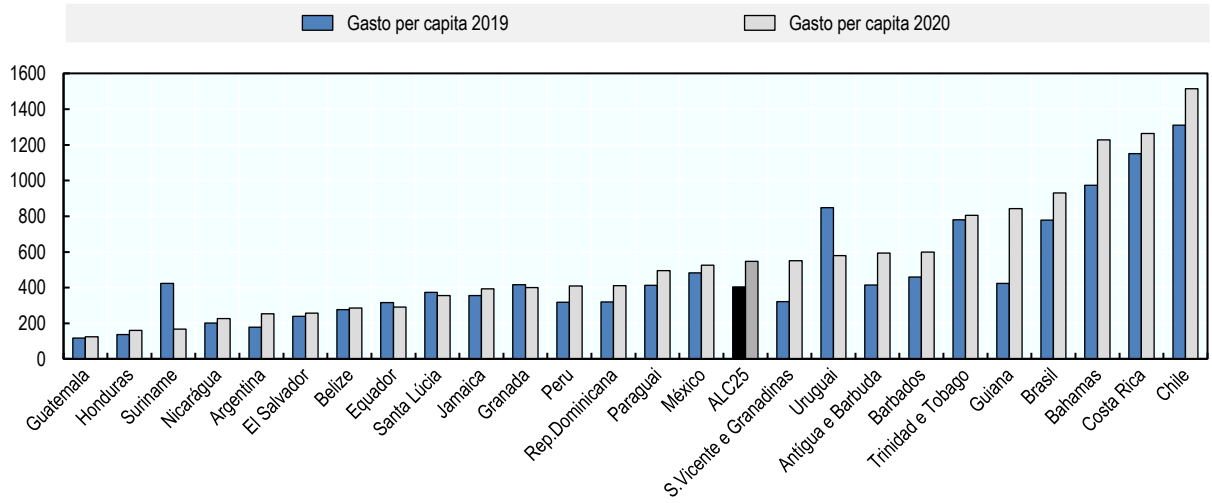
Todos os países da região implementaram políticas para aumentar seus orçamentos em saúde e reorganizar o sistema para lidar melhor com a emergência de saúde. Enquanto o gasto público em saúde na região em 2020 teve um aumento médio nominal de cerca de 16 por cento (12 por cento quando contabilizada a inflação) (ECLAC, 2021[16]), outras políticas importantes referem-se ao reforço do papel da atenção primária, com a ampliação da provisão e incentivos para os profissionais de saúde, a centralização da coordenação do atendimento hospitalar e a aquisição de kits de testagem, vacinas, respiradores, equipamentos de proteção e outros insumos.

Os países aumentaram os gastos públicos em saúde

Os gastos públicos em saúde em 2019 e 2020 são apresentados na Figura 1.12. Os maiores aumentos (sem contabilizar a inflação) são encontrados na Guiana (99 por cento), St. Vicente e Granadinas (71 por cento), Antígua e Barbuda (43 por cento) e Argentina (42 por cento). A Argentina é um caso especial, pois a alta inflação registrada em 2020 (42 por cento (OECD, 2023[58])) neutraliza o aumento nominal para zero. Os maiores gastos per capita são vistos no Chile (1.514 USD PPC), Costa Rica (1.264 USD PPC) e Bahamas (1.228 USD PPC), três países abaixo ou próximos da média de mortes em excesso da OCDE (Figura 1.12). Suriname e Uruguai são os únicos países que reduziram significativamente seus gastos com saúde pública. No Suriname, a queda se dá em resposta a uma política geral de austeridade fiscal para enfrentar a crise econômica no país (ECLAC/CEPAL, 2022[59]). Além disso, a criação de fundos especiais para a pandemia (ECLAC/CEPAL, 2022[59]) pode não estar refletida com precisão no valor apresentado na figura. No caso do Uruguai, a queda é explicada pelo “Fondo Solidario COVID-19”, fundo fora do orçamento que centralizou recursos para a resposta à pandemia (Restrepo, Palacios and Espinal, 2022[56]). Outros mecanismos para financiar gastos com saúde na pandemia que não estão refletidos na figura incluem o uso de fundos para emergências e desastres - como na Costa Rica, onde esses fundos foram usados para cobrir o uso público da capacidade de serviços de saúde privados.

Figura 1.12. A maioria dos países aumentou os gastos públicos com saúde

Gasto público em saúde per capita, PPC (dólares internacionais correntes)



Observação: As despesas públicas em saúde incluem equipamentos e suprimentos médicos, serviços ambulatoriais, serviços hospitalares, serviços de saúde pública, P&D relacionados à saúde e outras despesas de saúde.
PPC: Paridade do poder de compra.
Fonte: CEPAL (2021[16]), Despesa pública em Saúde. Valores de conversão do PPC: Banco de dados de Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial, https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicator_id=4409&area_id=2313&lang=es.

StatLink https://stat.link/0nkh91

Em contraste com o gasto público total em saúde, os esforços fiscais adicionais para lidar com a pandemia estão melhor representados no banco de dados do Fundo Monetário Internacional de medidas fiscais do país entre janeiro de 2020 e outubro de 2021 em resposta à pandemia de COVID-19 (IMF, 2021[60]). No entanto, não há correlação perceptível entre os valores per capita gastos nos esforços fiscais adicionais de resposta à COVID-19 e os níveis de mortalidade em excesso, o que destaca a importância do gasto total como *proxy* de um sistema de saúde mais forte, e do aumento de gastos desde o início da pandemia para garantir uma resposta rápida.

A atenção primária e a detecção precoce, tratamento e acompanhamento da COVID-19

A OMS destacou que o controle do acesso e a coordenação dos cuidados no tratamento e acompanhamento de pacientes com COVID-19 são medidas eficazes para melhorar a eficiência dos sistemas de saúde na resposta à pandemia (WHO, 2021[61]). Segundo esse princípio, a atenção primária à saúde é um componente essencial na resposta pandêmica dos países. No entanto, a resposta geral à pandemia na ALC tem se concentrado principalmente no atendimento hospitalar de pacientes graves com COVID-19. Apesar de os países darem mais ênfase à atenção hospitalar do que à atenção primária, esta última provavelmente será um importante determinante de melhor desempenho durante a pandemia. Nesse sentido, países com sistemas de atenção primária mais fortes apresentaram sinais de maior resiliência durante a pandemia (OECD, 2022[39]).

A atenção primária à saúde (APS) tem sido utilizada em diferentes dimensões, sintetizadas na prevenção, detecção precoce e gestão do cuidado. Em relação à prevenção, a APS tem sido usada para conscientizar sobre os riscos da COVID-19 e disseminar informações de saúde pública, para identificar e alcançar populações de alto risco e para rastrear contatos e supervisionar quarentenas. Em termos de detecção precoce, os prestadores de APS foram atores importantes nas capacidades de testagem dos países. Por fim, os prestadores de APS tiveram um papel importante no atendimento de casos leves de COVID-19 e pacientes com sintomas de longa duração ("COVID-19 longa"), seja nas unidades de saúde, na coordenação de atendimento comunitário por meio de saúde digital ou em visitas domiciliares.

A Tabela 1.3 resume o papel da APS na resposta à pandemia em sete países da ALC. Costa Rica, Argentina e Chile contaram com a APS para a realização de mais testes do que outros países do grupo. Ao mesmo tempo, eles tiveram menos mortes em excesso (inferiores à média da OCDE) quando combinam-se os números de 2020 e de 2021. Todos os países da avaliação contaram com a APS para cuidar de pacientes leves com COVID-19 e coordenar os

cuidados na comunidade com visitas domiciliares ou telessaúde e telemonitoramento. O rastreamento de contatos e a supervisão de quarentena foram as ações atribuídas com menos frequência à APS. No entanto, a atenção a casos de COVID longa na APS foi negligenciada pela maioria dos países na avaliação, com apenas pequenas iniciativas nesse sentido no México, Costa Rica, Peru e Colômbia (OECD, 2022[39]).

A disponibilidade de testes de COVID-19 nesses sete países foi bastante limitada no início da pandemia, juntamente com capacidades laboratoriais e técnicas limitadas para testar na escala necessária. Além disso, a orientação centralizada dos ministérios da saúde para o diagnóstico de COVID-19 geralmente vinha em um estágio posterior, exigindo que as autoridades locais desenvolvessem seus próprios protocolos desde o início (OECD, 2022[39]). Por outro lado, embora as vacinas contra a COVID-19 também fossem limitadas quando foram inicialmente disponibilizadas em grande escala, as diretrizes foram organizadas de maneira justa para a implementação da vacinação. Alguns países incluíram diretrizes explícitas para gerenciar os efeitos indiretos da COVID-19 na saúde no nível da APS. Na Colômbia e no Chile, por exemplo, as diretrizes de saúde mental incluíram recomendações sobre como lidar com a violência doméstica e de gênero (OECD, 2022[39]).

Tabela 1.3. O papel da atenção primária na resposta à pandemia

Países Latino-Americanos Selecionados

	Informar e Educar sobre COVID-19	Identificar e alcançar a população de alto risco para COVID-19	Rastreamento de contatos e supervisão de quarentena desde o início da pandemia	APS envolvida na imunização contra a COVID-19	Centros de APS para a realização de testes de COVID-19	Atendimento de casos leves de COVID-19
Costa Rica	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Argentina	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Chile	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Brasil	Sim	Sim[1]	Sim[1]	Sim	Sim	Sim
Colômbia		Sim	Sim			Sim
México	Sim	Sim				Sim
Peru	Sim			Sim	Sim	Sim

Nota: Os países são classificados conforme o excesso de mortes durante a pandemia. (*) A tabela original omitia essas duas funções para o Brasil. No entanto, as portarias nº 1.444; nº 2.045; nº 2.222, nº 2.358 e n.º 2.994 de 2020 (disponíveis em https://www.in.gov.br/inicio) atribuem incentivos aos centros de APS para que essas funções sejam disponibilizadas. No entanto, não é claro se os incentivos efetivamente desencadearam as funções de forma sistemática no nível nacional.
Fonte: Adaptado de "Secretariado da OCDE com base na Pesquisa de Políticas de 2021 sobre o papel da atenção primária à saúde durante a pandemia de COVID 19" em OCDE (2022[39]), *Primary Health Care for Resilient Health Systems in Latin America*, https://doi.org/10.1787/743e6228-en.

Países renovaram a telemedicina e serviços remotos durante a pandemia

Para atenuar a queda acentuada nas consultas de pacientes e a interrupção dos atendimentos de rotina, muitos países da região implementaram a telemedicina e outras práticas de prestação de serviços à distância. México, Chile e Argentina adotaram iniciativas para manter a adesão dos pacientes a medicamentos, permitir a renovação de prescrições médicas pela Internet, coletas externas, entregas comunitárias de medicamentos e prescrições médicas eletrônicas (Arsenault et al., 2022[41]; OIT/ILO, 2021[62]). O Panamá lançou uma iniciativa para coordenar visitas domiciliares com telemedicina para o monitoramento diário dos pacientes; já o Uruguai criou um serviço gratuito de consulta médica por telefone (OIT/ILO, 2021[62]).

Programas nacionais para coordenar consultas eletrônicas com clínicos gerais e especialistas foram implementados em países como Argentina, Peru, Colômbia, Guatemala, Panamá, Uruguai, México, Costa Rica e Chile (LeRouge et al., 2019[63]). As novas estratégias nacionais envolveram a atualização da legislação e diretrizes para enfrentar os desafios que limitam a implementação da telemedicina. Na Costa Rica, de janeiro a maio de 2020, das 680.644 consultas registradas no primeiro nível de atenção, 188.108 (28 por cento) foram realizadas por meio de métodos alternativos de atendimento (telefonemas ou chamadas de vídeo (CCSS, 2020[64])).

A região concentrou-se em melhorar a capacidade do atendimento hospitalar

Os países da região adotaram abordagens diferentes para melhorar sua capacidade de atendimento hospitalar, de acordo com suas necessidades estruturais. O Brasil concentrou seus esforços na aquisição de leitos de UTI, com a ajuda de uma nova legislação que permitia ao Governo Federal repassar recursos para esse fim. Outros países optaram por uma abordagem centralizada, criando novas unidades de internação de terapia intensiva - quer renovando as enfermarias dos hospitais existentes, como no caso do *Hospital Español*, no Uruguai, e as instalações hospitalares da *Caja de Seguro Social* (Caixa de Seguro Social) no Panamá - ou criando hospitais modulares de emergência em países como Argentina, Chile, Paraguai, Peru e Costa Rica. Além disso, alguns países, como a Costa Rica, converteram temporariamente hospitais e enfermarias inteiras para o atendimento de casos de COVID-19. Ao mesmo tempo, os países trabalharam para garantir o fornecimento de suprimentos essenciais, equipamentos e pessoal médico, bem como de outros serviços básicos em suas instalações de saúde, em todos os níveis. Outras infraestruturas - como estádios, hotéis e clubes - foram convertidas em centros de saúde para tratar casos leves ou potenciais de COVID-19 (OIT/ILO, 2021[62]).

A coordenação entre autoridades e unidades de saúde público-privadas foi crucial para maximizar a capacidade e a eficiência dos países no atendimento a pacientes (COVID-19 e não COVID-19) durante a pandemia. Chile e Colômbia adotaram uma abordagem centralizada que incluía a gestão de hospitais públicos e privados, em termos de leitos hospitalares, ventiladores mecânicos e triagem. O México garantiu um acordo com uma grande rede hospitalar privada para tratar pacientes com outros problemas de saúde que não COVID-19 e, assim, descomprimir os hospitais públicos para que tratassem de pacientes com COVID-19 (OIT/ILO, 2021[62]). Situação semelhante ocorreu na Costa Rica, onde a instituição gestora da atenção à saúde (Caja Costaricence de Seguro Social) orientou as instituições médicas a concentrar o atendimento de pacientes com outras doenças que não a COVID-19 em hospitais públicos.

A força de trabalho da saúde desempenhou um papel crucial na resposta à pandemia

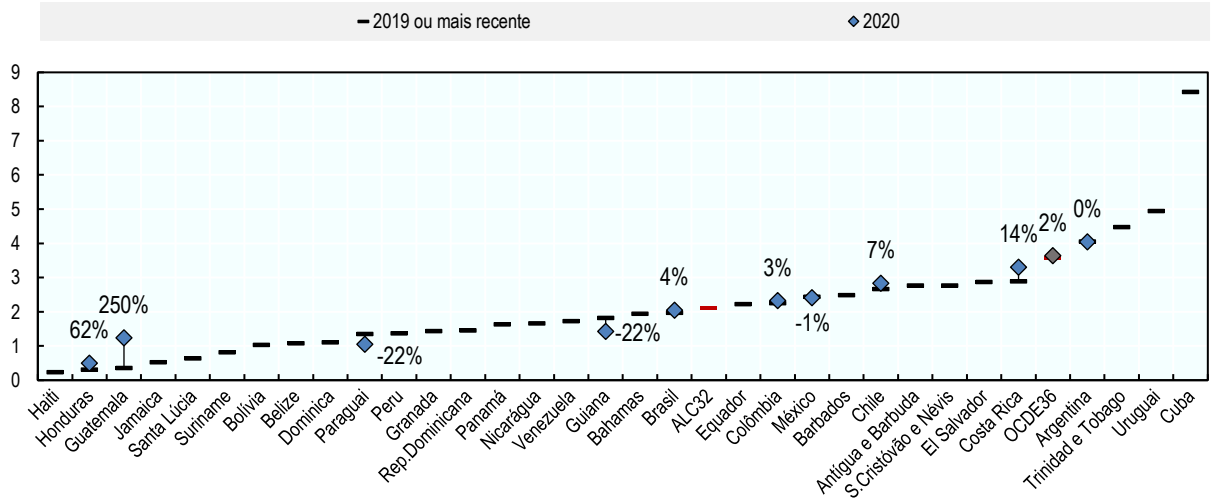
A pandemia de COVID-19 deixou clara a fragilidade dos sistemas de saúde da região em suprir adequadamente suas instalações médicas com pessoal de saúde, especialmente nas áreas rurais e no nível da atenção primária. Os países da região adotaram novas legislações para aumentar a quantidade de profissionais de saúde e distribuí-los de forma eficiente, de acordo com os esforços de combate à pandemia. Por exemplo, vários países criaram novos critérios para permitir que forças de trabalho da saúde em treinamento trabalhassem – dentro dos limites de sua competência - ao lado de profissionais. Ao mesmo tempo, observou-se um aumento no orçamento para remunerar os profissionais de saúde. No entanto, apenas alguns países concentraram esse aumento no fortalecimento da APS ou em políticas para reforçar a gestão de recursos humanos no longo prazo. Não está claro se o aumento e a gestão eficiente de profissionais de saúde serão mantidos no futuro, como um esforço para melhorar a qualidade da atenção à saúde. A perspectiva de gênero em relação à força de trabalho da saúde durante a pandemia foi negligenciada, embora seja uma questão especialmente importante devido à carga desproporcional atribuída às mulheres no cuidado de pacientes com COVID-19, além de outras funções relacionadas à resposta à pandemia (Cho and Levin, 2022[65]). Do lado positivo, a pandemia viabilizou esforços colaborativos entre os países da região destinados a melhorar a gestão, o treinamento e o planejamento de recursos humanos em saúde.

Dos dez países da ALC com dados disponíveis, seis aumentaram a taxa de médicos por mil habitantes, enquanto três a diminuíram e um a manteve (Figura 1.13). Há uma forte associação entre o excesso de mortes e a taxa padrão de médicos antes da pandemia. Nos cinco países da ALC com o maior número de médicos por população antes da pandemia, o excesso de mortes foi inferior ao da OCDE. Um sexto país, o Chile, foi o nono na região. Em 2019, todos esses países tinham mais de 2,7 médicos por mil habitantes - ou seja, 26 por cento acima da média da ALC. Ao mesmo tempo, os dois países com as maiores taxas de excesso de mortes, Bolívia e Peru, estão entre aqueles com o menor número de médicos antes da pandemia, com 1,03 e 1,37 por mil habitantes, respectivamente.

Em termos das mudanças no número de médicos para enfrentar a pandemia em 2020, em dois países que aumentaram substancialmente seu número de médicos, Honduras e Guatemala, o excesso de mortes foi inferior à média da ALC, apesar de estarem na extremidade inferior da região em número de médicos antes da pandemia e ainda abaixo da média da ALC em 2020. Em contrapartida, nos países que reduziram suas taxas de médicos, o excesso de mortes foi superior à média da OCDE (Paraguai) ou da ALC (México e Guiana). Conforme mencionado anteriormente, não está claro se o aumento de profissionais da saúde será mantido no futuro. Em alguns países, como a Costa Rica, isso certamente não ocorrerá, uma vez que as novas contratações foram transitórias e alinhadas com as ondas do vírus.

Figura 1.13. Os países com o maior número de médicos por habitante apresentaram níveis mais baixos de excesso de mortes

Médicos por mil habitantes em 2019 ou no último ano disponível e 2020



Nota: Os rótulos indicam a diferença proporcional.
Fonte: Observatório de Saúde Global da OMS 2022; Estatísticas de Saúde da OCDE (2022[18]) para a média da OCDE, Argentina, Peru, Brasil e México, https://doi.org/10.1787/health-data-en.

StatLink https://stat.link/0uywxj

A escassez de força de trabalho na área da saúde durante a pandemia motivou outros países da OCDE a reavaliar o escopo da prática atribuída a profissionais de saúde, como pessoal de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Com o apoio da literatura (Maier, Aiken and Busse, 2017[66]), os países reconheceram que outros profissionais de saúde, além dos médicos que tenham recebido educação e treinamento intensos, podem melhorar o acesso aos serviços, reduzir os tempos de espera e oferecer a mesma qualidade de atendimento que os médicos no caso de serviços limitados.

Nesse sentido, vários países da OCDE recorreram a licenças rápidas e ministraram treinamento em caráter excepcional a fim de mobilizar profissionais de saúde para enfrentar a pandemia de COVID-19. Austrália, Áustria, Finlândia, Letônia, Espanha, Suíça, Reino Unido e Estados Unidos, por exemplo, criaram novas funções e reorganizaram as tarefas de profissionais da saúde - médicos e não médicos - para manter a continuidade do atendimento de casos não agudos de COVID-19 na comunidade ou em casa. Os países da ALC poderiam seguir esse exemplo e ampliar o papel de agentes comunitários de saúde e pessoal de enfermagem no atendimento de determinadas questões de saúde - como, por exemplo, controle de rotina de doenças crônicas - para maximizar a capacidade durante emergências de saúde e minimizar interrupções no atendimento. O Brasil, por exemplo, emprega agentes comunitários de saúde para melhorar a adesão à medicação (OECD, 2021[67]).

A vacinação tornou-se a prioridade número um na resposta da ALC à pandemia

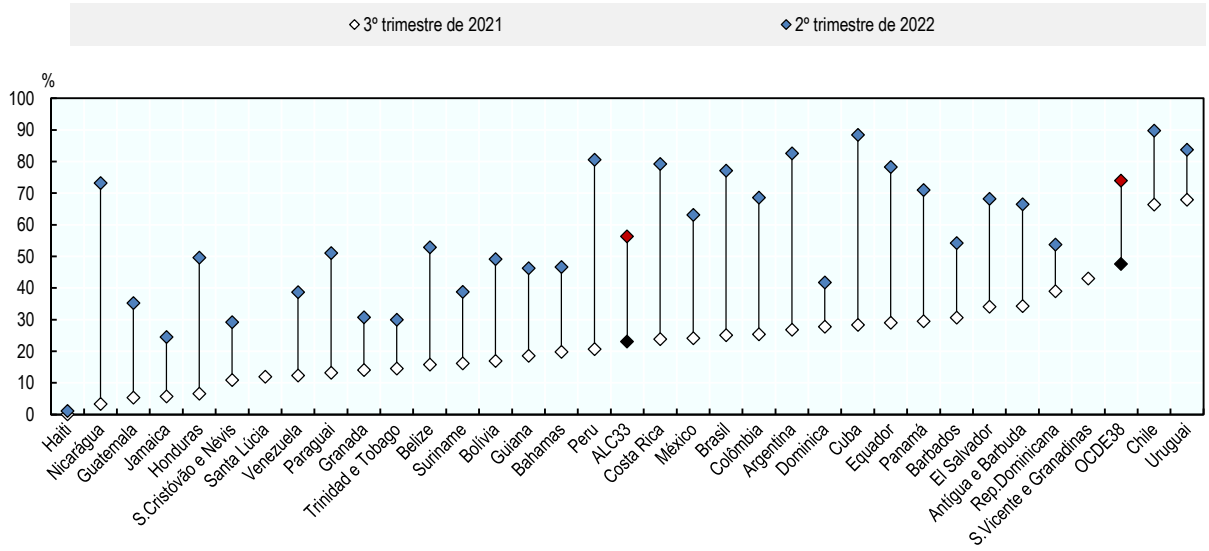
A vacina contra a COVID-19 foi disponibilizada pela primeira vez para a população em geral na região em dezembro de 2020, no Chile, Costa Rica, México e Argentina. Logo depois, todos os demais países da ALC tiveram acesso à vacina, sendo o Haiti o último país a começar a vacinar sua população (em julho de 2021). Consequentemente, em especial durante o ano de 2021, as autoridades de saúde concentraram seus esforços em conter a pandemia com a introdução rápida e eficiente da vacina contra a COVID-19. Figura 1.14 mostra o percentual da população totalmente vacinada em dois momentos distintos da pandemia. Na América Latina e Caribe, a introdução da vacina contra a COVID-19 foi, em geral, mais lenta em comparação aos países da OCDE devido, em parte, a problemas de aquisição. Além disso, a introdução nos países do Caribe foi mais lenta do que no restante da ALC (ECLAC, 2022[3]). Ao comparar a introdução da vacinação entre os grupos de excesso de mortes definidos na Seção1.3vários dos países no grupo de melhor desempenho (Chile, Uruguai, Argentina, Cuba, Panamá e Costa Rica) apresentaram cobertura vacinal superior à média da ALC no terceiro trimestre de 2021. Por outro lado, a maioria dos países dos grupos de

pior desempenho (Bolívia, Peru, México, Colômbia, Guiana e Brasil, entre outros) apresentou cobertura vacinal em torno ou abaixo da média no mesmo período.

A atenção primária à saúde facilitou a distribuição da vacina contra a COVID-19 na Argentina, Peru, Brasil, Chile e Costa Rica (Tabela 1.3). A participação da APS nessas ações foi considerada uma estratégia eficaz para aumentar a eficiência da resposta à pandemia. Por outro lado, a APS não teve um papel central na vacinação contra a COVID-19 na Colômbia e no México. A eficácia do uso da APS na introdução da vacina reflete-se, em parte, na proporção da população com vacinação completa no segundo trimestre de 2022, época em que as vacinas estavam amplamente disponíveis em todo o mundo. Enquanto no México e na Colômbia a cobertura foi de 63 por cento e 69 por cento da população, respectivamente, nos países que usaram a APS para introduzir a vacinação, a cobertura ultrapassou 77 por cento da população no mesmo período (Figura 1.14).

Figura 1.14. A ALC teve um início lento na vacinação, mas se recuperou rapidamente em 2022

Proporção de pessoas que receberam todas as doses prescritas pelo protocolo inicial de vacinação



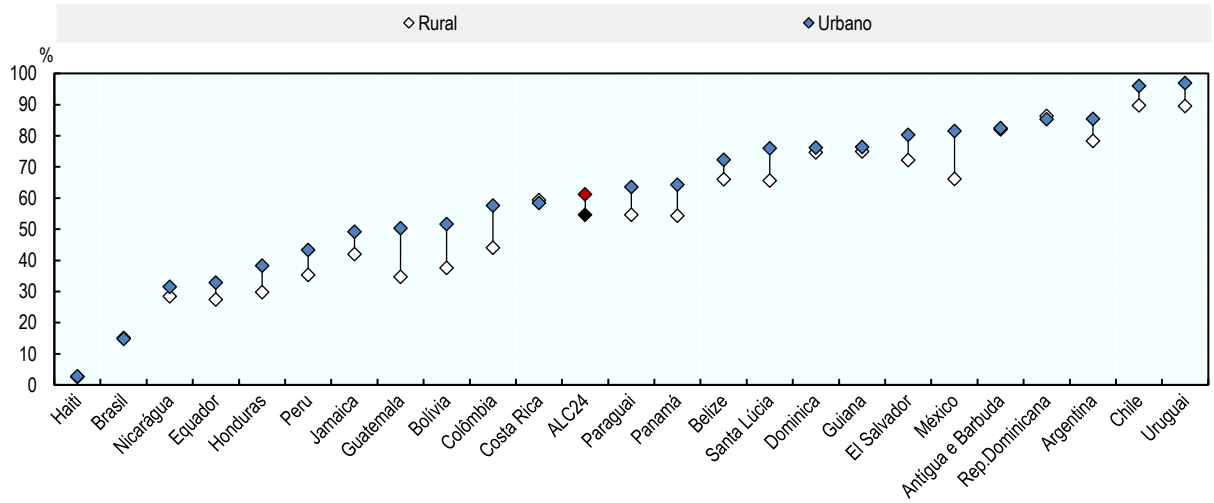
Nota: O indicador considera toda a população e não é ajustado pela estrutura etária dos países ou pela população vacinável.
Fonte: Mathieu et al. (2021[17]), "A global database of COVID-19 vaccinations", https://doi.org/10.1038/s41562-021-01122-8, disponível em Ritchie et al. (2020[68]), "Pandemia de Coronavírus (COVID-19)", Nosso Mundo em Dados, https://ourworldindata.org/coronavirus.

StatLink https://stat.link/1g57w3

Comunicar o plano de vacinação de forma eficaz foi crucial para a introdução da vacina de forma rápida e eficiente. Figura 1.15 mostra o percentual de entrevistados em uma amostra representativa de país que conheciam o procedimento para tomar a vacina contra a COVID-19 em seu país de residência em 2021. O grupo foi liderado por Uruguai, Chile, Argentina, República Dominicana e Antígua e Barbuda, onde 78 por cento e 97 por cento das pessoas residentes em áreas urbanas e rurais sabiam como proceder para tomar a vacina contra a COVID-19. Coincidentemente, todos esses países estão no grupo de melhor desempenho em termos de excesso de mortes, e três deles capitalizaram a APS em seus esforços de vacinação. Por outro lado, os países que foram menos eficazes na comunicação de seus planos de vacinação estavam correlacionados com países que tinham níveis de excesso de mortes acima da média da ALC. A diferença em termos de conhecimento da vacinação entre as áreas rurais e urbanas foi mais pronunciada no México, Guatemala, Bolívia e Colômbia, com uma diferença de até 15 pontos percentuais. Ao mesmo tempo, México e Colômbia não recorreram à APS para esse fim. Em média, apenas 59 por cento da população sabia como se vacinar na ALC em 2021, desagregada em 61 por cento de residentes em áreas urbanas e 55 por cento em áreas rurais. A abordagem comunitária da atenção primária à saúde apresenta um forte argumento para a capitalização da APS para essa finalidade (OECD, 2022[39]).

Figura 1.15. Campanhas de comunicação de vacinas necessitam de melhoras

Percentual de entrevistados que sabem como tomar a vacina contra a COVID-19, 2021



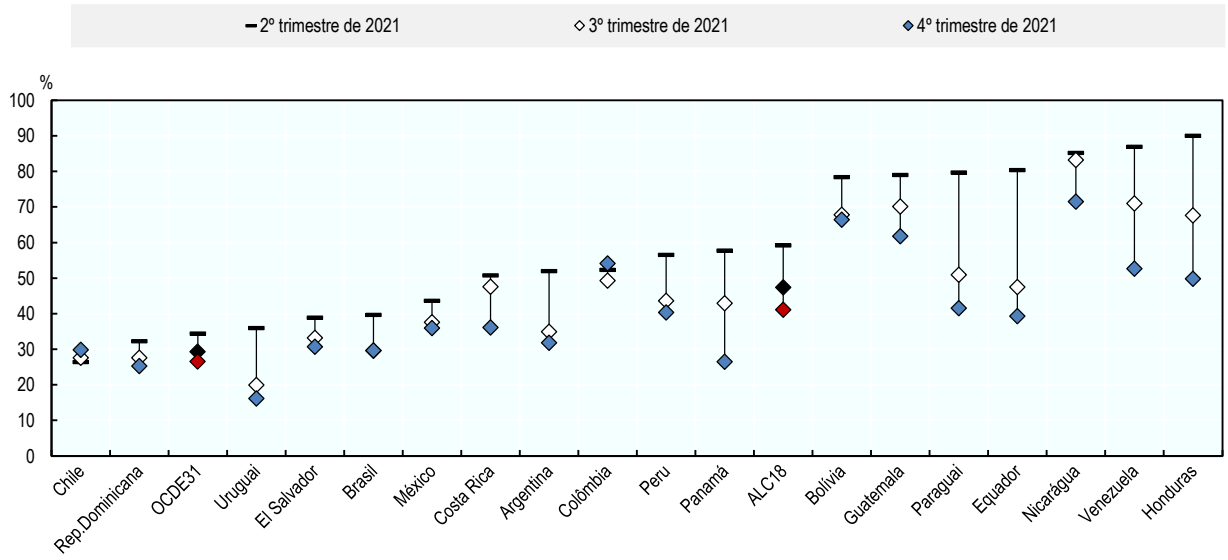
Nota: Dados coletados em 2021. Dados de pesquisas móveis de alta freqüência, projetados para serem representativos da população subjacente.
Fonte: Banco Mundial (2021[11]), COVID-19 Painel de Monitoramento de Alta Freqüência, https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2020/11/11/covid-19-high-frequency-monitoring-dashboard.

StatLink https://stat.link/f9jomx

A implementação eficaz dos planos de vacinação envolveu a divulgação adequada de informações do calendário de vacinação. A implementação bem-sucedida passou pelo reconhecimento e resolução das barreiras que poderiam impedir as pessoas de se vacinar. Figura 1.16 apresenta a proporção de pessoas (dentre usuários do Facebook) que encontraram barreiras que as impediram de tomar a vacina. As barreiras incluíram: não possuir a documentação adequada; não poder se ausentar do trabalho ou da escola; indisponibilidade de horário; restrição de horários; e deslocamento até o local de vacinação, entre outras. As barreiras no primeiro trimestre de 2021 afetaram 59 por cento dos entrevistados, número significativamente maior do que a média da OCDE no mesmo período (34 por cento dos entrevistados). Não há padrões evidentes entre barreiras vacinais e desempenho em excesso de mortes. No entanto, vários países (Chile, República Dominicana, Uruguai e Argentina) com excesso de mortes abaixo da média da OCDE estão na extremidade inferior do gráfico, onde apenas cerca de 30 por cento dos entrevistados relataram barreiras no terceiro trimestre de 2021. No entanto, países com resultados mais desafiadores em termos de excesso de mortes, como Brasil, México, El Salvador e Peru, também apresentam percentuais de pessoas que se depararam barreiras inferiores à média da ALC. No outro extremo do gráfico, na Bolívia, Equador e Paraguai mais de 75 por cento dos entrevistados relataram barreiras para tomar a vacina no segundo trimestre de 2021. Embora essa situação tenha melhorado drasticamente no Equador e no Paraguai no terceiro trimestre do mesmo ano, 66 por cento dos entrevistados na Bolívia ainda relataram barreiras para se vacinar no quarto trimestre. Situação semelhante ocorreu na Nicarágua. Na Venezuela e em Honduras, o percentual da população que relatou enfrentar barreiras também foi alto.

Figura 1.16. As campanhas de vacinação enfrentaram obstáculos

Percentual de entrevistados que relataram barreiras para tomar a vacina contra a COVID-19, 2021



Nota: Dados coletados em 2021. Os dados são uma amostra representativa de usuários do Facebook.
Fonte: Centro de Ciência de Dados Sociais da Universidade de Maryland e Facebook (2020[14]), *Global COVID-19 Trends and Impact Survey*, em parceria com o Facebook, https://covidmap.umd.edu/.

StatLink https://stat.link/k390h2

1.4.3. A população da ALC estava disposta a aderir a algumas medidas de combate à pandêmia

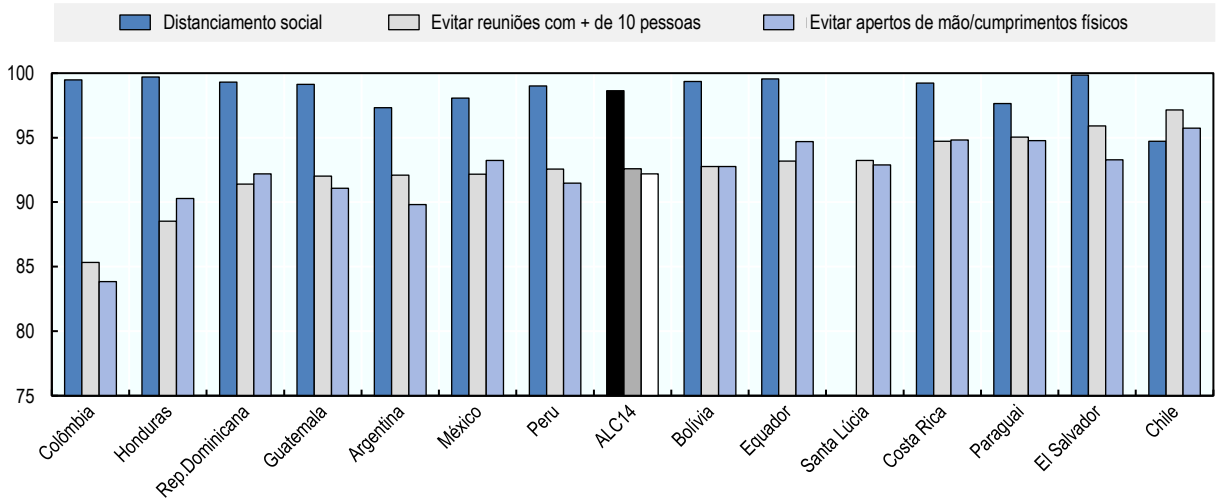
A adesão ao distanciamento social foi alta em toda a região, mas o mesmo não ocorreu com outras medidas preventivas

E mbora os regulamentos e orientações de saúde pública variem na região e tenham variado ao longo dos três anos (até agora) da pandemia, recomendações preventivas foram implementadas ao longo de 2020 e 2021 em toda a ALC. Na maioria dos países, uma maioria significativa da população adotou medidas preventivas durante esse período. Nos 14 países da ALC com informações disponíveis (Figura 1.17), 98,6 por cento da população cumpriu o distanciamento social em 2020. Outras medidas preventivas não foram tão populares. Em média, 92,2 por cento da população seguiram a orientação de evitar aglomerações de mais de dez pessoas. No Chile, esse percentual sobe para 95,7 por cento, o que é importante se considerada a duração dessa orientação no país (Tabela 1.2). Em contraste, na Colômbia a adesão foi de 85 por cento. Situação semelhante ocorreu no caso de cumprimentos físicos (apertos de mão, abraços), em que a medida foi cumprida, em média, por 92,2 por cento da região.

Entre maio e julho de 2020 houve grandes incertezas em relação a recomendações de saúde pública, restrições e outras medidas implementadas para mitigar os efeitos da pandemia. Os governos lançaram campanhas para informar a população sobre as ações a serem tomadas. No entanto, nessa fase a população sabia muito pouco sobre as ações do governo e das autoridades. Nos mesmos 14 países apresentados na Figura 1.17 em média 56,8 por cento da população sabiam que as autoridades estavam aconselhando os cidadãos a ficar em casa. No entanto, apenas 6 por cento, em média, sabiam do fechamento temporário de empresas e escolas, embora essas medidas já estivessem sendo implementadas, em alguma medida, em todos os países. A imposição de toques de recolher ou confinamentos só era conhecida por 42 por cento da população, em média, e esse percentual cai para 10,8 por cento e 14,2 por cento no México e na Bolívia, respectivamente. Talvez o melhor indicador para refletir a falta de eficácia das campanhas de informação em meados de 2020 tenha sido o fato de que, em média, apenas 11,1 por cento da população desses 14 países sabiam que o governo ou outras autoridades estavam disseminando conhecimentos sobre a pandemia de COVID-19.

Figura 1.17. A adesão às medidas preventivas variou

Proporção de entrevistados que adotaram medidas preventivas em 2020



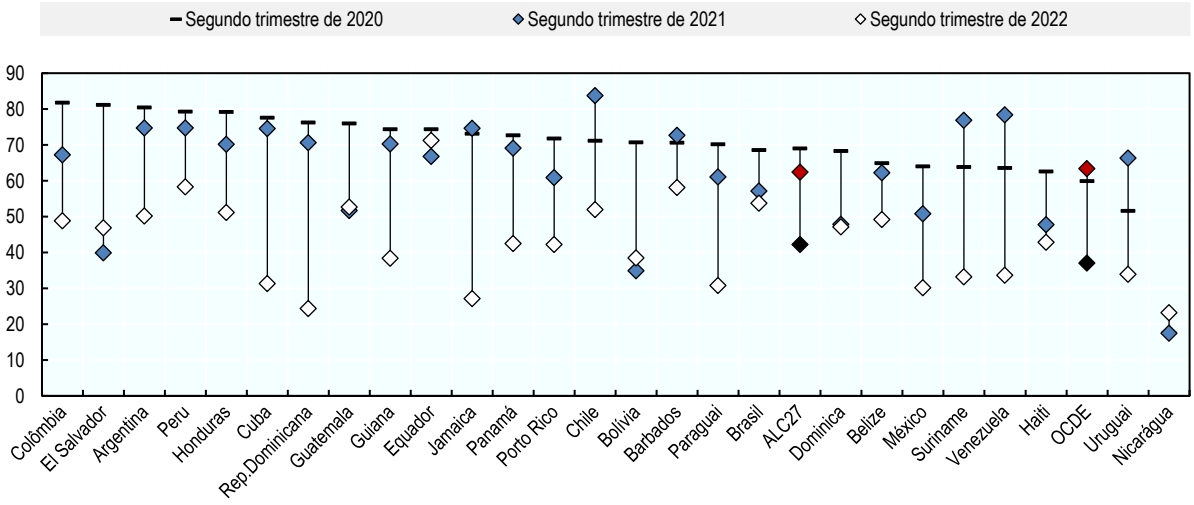
Nota: Dados coletados entre maio e agosto de 2020. Dados de pesquisas móveis de alta frequência criados para serem representativos da população subjacente.
Fonte: Banco Mundial (2021[11]) Painel de Monitoramento de Alta Frequência da COVID-19, https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2020/11/11/covid-19-high-frequency-monitoring-dashboard.

StatLink https://stat.link/audl52

O distanciamento social foi amplamente adotado pelos países da ALC. No entanto, dados referentes ao ano de 2021 mostram que houve um claro declínio na adesão ao longo do tempo (Figura 1.18). Isso se desvia da tendência de excesso de mortes, que atingiu o pico no 3º trimestre de 2021 e só diminuiu no final do ano. Em comparação a uma média de 75 por cento das pessoas, em média, nos países da OCDE, 78 por cento cumpriram as medidas de distanciamento social na região da ALC no primeiro trimestre de 2021. Posteriormente, os países da ALC mantiveram a adesão ao distanciamento social ao longo do ano, que diminuiu lentamente até atingir apenas 65 por cento da população, em comparação a 53 por cento (em média) na OCDE (Figura 1.18). Entre os países da ALC, houve alta heterogeneidade no nível de adesão a essa medida específica. Embora os padrões não sejam simples, nos países de melhor desempenho em termos de excesso de mortes a adesão foi superior à média durante os trimestres dois e três (os losangos verdes da Figura 1.18 são consistentemente mais altos do que os losangos vermelhos), juntamente com o aumento do excesso de mortes (exceto no Uruguai no 3º trimestre). Por outro lado, nos países com excesso de mortes acima da média da ALC, o percentual da população que aderiu ao isolamento social durante esses seis meses foi inferior à média da ALC (exceto no México). Os altos níveis de isolamento social repercutem nos altos níveis de sofrimento mental observados anteriormente, fator que provavelmente influenciou a disposição de aderir à medida.

Figura 1.18. A maioria das pessoas evitou o contato em 2021

Percentual de entrevistados que evitaram intencionalmente o contato com outras pessoas o tempo todo ou na maior parte do tempo durante 2021



Nota: A cor vermelha indica países com excesso de mortes superior à média da ALC33: Peru, Bolívia, México, Equador. A cor verde, países com excesso de mortes inferior à média da OCDE, selecionados conforme explicado na Seção 1.3: Argentina, Venezuela, Chile, Cuba, Costa Rica, Panamá e Uruguai. Os dados são uma amostra representativa de usuários do Facebook.
Fonte: Centro de Ciência de Dados Sociais da Universidade de Maryland e Facebook (2020[14]), *Global COVID-19 Trends and Impact Survey*, em parceria com o Facebook, https://covidmap.umd.edu/.

StatLink https://stat.link/1kil8n

O uso recomendado ou obrigatório de máscara facial também foi amplamente aceito nos países da ALC desde o início da pandemia; a maioria dos países apresenta um uso maior do que a média da OCDE. De acordo com a pesquisa da Universidade de Maryland em colaboração com o Facebook (2020[14]), no segundo trimestre de 2020, em média 78 por cento dos entrevistados na ALC informaram ter usado máscara facial durante todo o tempo ou na maior parte do tempo quando em público, em comparação a apenas 54 por cento, em média, nos países da OCDE. Um ano depois, no segundo trimestre de 2021, a maioria dos países havia atingido seu pico de adesão à máscara facial, com 88 por cento na ALC e 77 por cento na média da OCDE. A Costa Rica apresenta um caso interessante, pois no início da pandemia o país apresentava a menor taxa de adesão (32 por cento), mas, um ano depois, tornou-se o país com a maior adesão (92 por cento), em consonância com o aumento de casos e mortes por COVID-19.

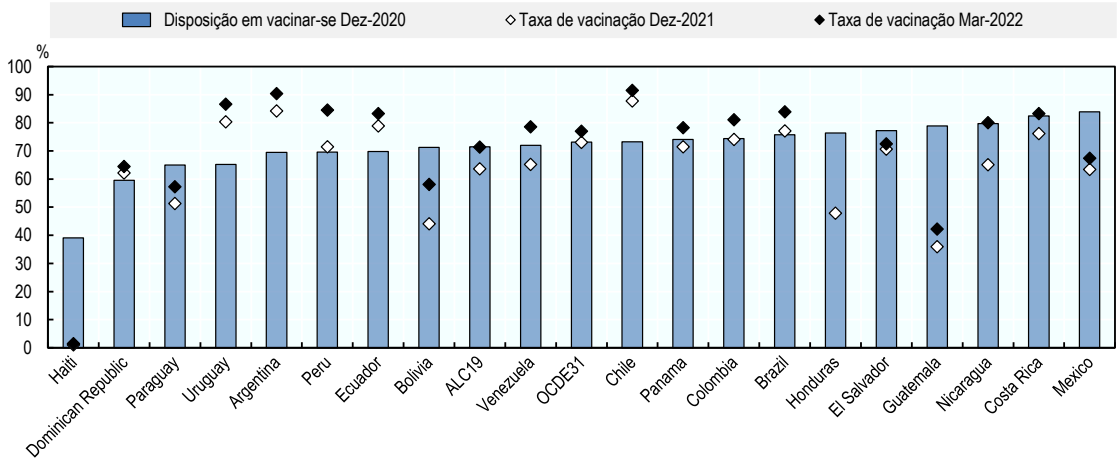
Na maioria dos países, a hesitação vacinal não foi o principal fator impeditivo para a cobertura vacinal.

A vacina contra a COVID-19 é o único fenômeno que teve o maior efeito no controle da pandemia. A aceitação da vacina foi essencial para uma introdução eficaz. Entre junho e julho de 2021, 80 por cento da população em 24 países da ALC pretendiam se vacinar contra a COVID-19 (The World Bank group, 2021[11]).

Com base em uma amostra representativa de usuários do Facebook, Figura 1.19 mostra como os países da OCDE, em média, alcançaram todas as pessoas que estavam dispostas a tomar a vacina contra a COVID-19 em dezembro de 2020 após um ano. Na ALC, esse nível foi atingido três meses depois, em março de 2022. No entanto, há uma grande heterogeneidade na eficácia da introdução da vacina que não é explicada pela hesitação vacinal. Em 11 países, o número de pessoas que recebeu pelo menos uma dose da vacina foi maior do que a proporção da população que havia manifestado vontade ser vacinada 12 a 15 meses antes. Isso comprova o impacto de campanhas eficazes de comunicação e persuasão por parte das autoridades de saúde. Mais dois países (Nicarágua e Costa Rica) conseguiram atingir o mesmo nível de cobertura de pessoas dispostas a tomar a vacina. Por outro lado, Haiti, Paraguai, Bolívia, Honduras, Salvador, Guatemala e México não foram capazes de alcançar toda a população que desejava ser vacinada contra a COVID-19, e vários desses países tinham altos níveis de excesso de mortes.

Figura 1.19. A maioria dos países administrou efetivamente a hesitação vacinal

Proporção de pessoas dispostas a tomar a vacina contra a COVID-19 em 2020 e proporção de pessoas com pelo menos uma dose da vacina



Nota: Dados sobre a disposição de tomar a vacina extraídos de uma amostra representativa de usuários do Facebook. A disposição para tomar a vacina é considerada entre os entrevistados que definitiva ou provavelmente optaram por se vacinar caso a vacina contra a COVID-19 lhes fosse oferecida, dentre os entrevistados que não foram vacinados.

Fonte: Aceitação da vacina conforme dados do Centro de Ciência de Dados Sociais da Universidade de Maryland e do Facebook (2020[14]), Global COVID-19 Trends and Impact Survey, em parceria com o Facebook, https://covidmap.umd.edu/. Taxa de vacinação de Mathieu et al. (2021[17]), *A global database of COVID-19 vaccinations*, https://doi.org/10.1038/s41562-021-01122-8, disponível em Ritchie et al. (2020[68]), "Pandemia de Coronavírus (COVID-19)", Nosso Mundo em Dados, https://ourworldindata.org/coronavirus.

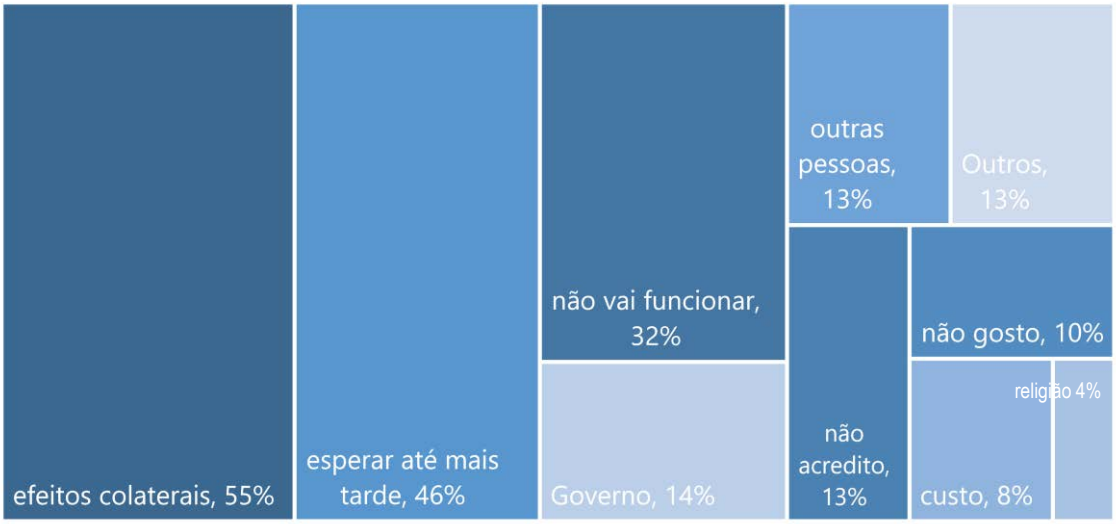
StatLink https://stat.link/3cs84q

Os fatores de hesitação vacinal são diversos (Figura 1.20). Com base na mesma amostra de usuários do Facebook (The University of Maryland Social Data Science Center & Facebook, 2020[14]), dos entrevistados da América Latina e do Caribe que hesitavam em tomar a vacina contra a COVID-19, 55 por cento apontaram para preocupações sobre possíveis efeitos colaterais como o motivo de sua hesitação. Embora tenham sido detectados alguns efeitos da vacina contra a COVID-19, pesquisas realizadas após mais de um ano e meio da sua implementação em massa concluíram que os benefícios superam os riscos por uma margem significativa. Além disso, 46 por cento dos entrevistados hesitantes disseram querer esperar para ver se a vacina era segura e que poderiam tomá-la mais tarde. Finalmente, 32 por cento dos entrevistados que relataram estar hesitantes não achavam que a vacina era eficaz. Todas as três principais razões por trás da hesitação vacinal podem ser substancialmente superadas por campanhas de comunicação eficazes e que divulguem as pesquisas mais recentes sobre a segurança e a eficácia da vacina contra a COVID-19.

Outros fatores importantes da hesitação vacinal estão relacionados à confiança no governo (14 por cento), confiança na vacina (13 por cento), influência de terceiros (13 por cento) e não gostar da vacina (10 por cento) (Figura 1.20). As pessoas confiam mais nos órgãos de saúde internacionais (Organização Mundial da Saúde) e locais quando se trata de vacinas contra a COVID-19 (Figura 1.21 Na ALC, a parcela média da população que confia nessas instituições é de cerca de 70 por cento, enquanto na OCDE esse percentual é de apenas 53 por cento. Por outro lado, apenas 40 por cento e 26 por cento dos entrevistados na ALC e na OCDE confiam nos políticos no que se refere à vacinação. Os dados sugerem que a especialização no assunto é um fator importante da confiança na vacinação, o que é positivo para a gestão da saúde da população em situação de crise. No entanto, o nível de confiança em relações sociais mais próximas e entre parentes é significativamente mais alto na ALC do que na média da OCDE - 63 por cento dos entrevistados da ALC confiam nas opiniões de seus familiares sobre a vacina contra a COVID-19, em comparação a apenas 40 por cento na OCDE. Altos níveis de confiança em pessoas que não são especialistas no assunto abrem espaço para a disseminação da desinformação. Por exemplo, 8 por cento dos entrevistados na ALC em meados de 2021 achavam que as máscaras não eram necessárias após a vacinação. Houve alguma variabilidade entre os países da ALC a esse respeito - de 5 por cento na Bolívia, Brasil e Chile, a 12 por cento no Haiti.

Figura 1.20. A hesitação vacinal foi motivada principalmente pelos efeitos colaterais

Razões para a hesitação dos entrevistados em tomar a vacina contra a COVID-19, dentre os entrevistados que não querem se vacinar ou ainda não se decidiram sobre a vacinação, 2021

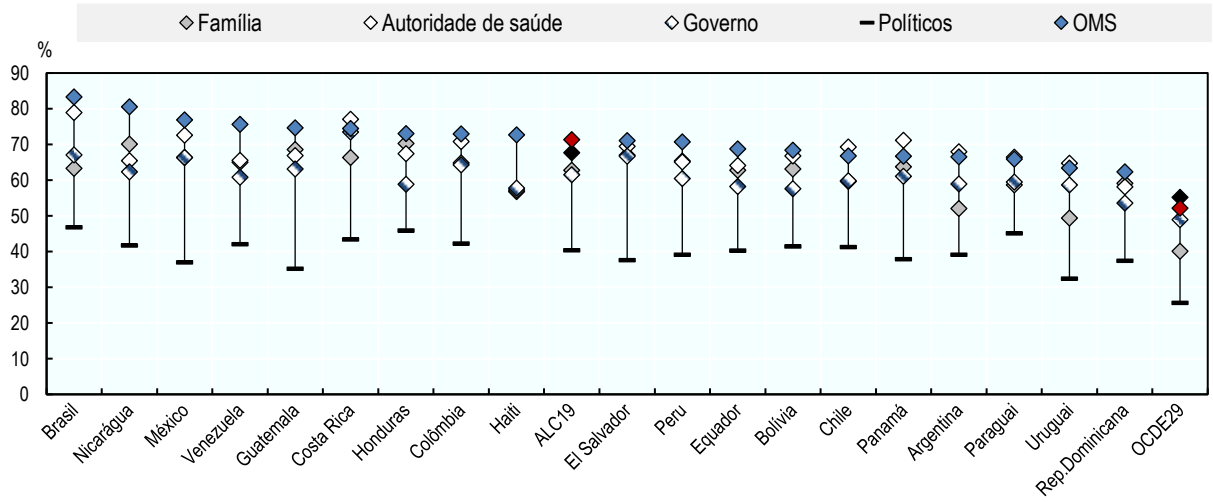


Nota: Os dados são uma amostra representativa de usuários do Facebook. Foi possível escolher mais de um motivo.
Fonte: Centro de Ciência de Dados Sociais da Universidade de Maryland e Facebook, (2020[14]), *Global COVID-19 Trends and Impact Survey*, em parceria com o Facebook, https://covidmap.umd.edu/.

StatLink https://stat.link/qhzito

Figura 1.21. Especialistas geram confiança na vacina contra a COVID-19

Proporção de entrevistados com maior probabilidade de se vacinar por recomendação de partes interessadas, dezembro de 2020



Nota: Os dados são uma amostra representativa de usuários do Facebook.
Fonte: Centro de Ciência de Dados Sociais da Universidade de Maryland e Facebook, (2020[14]), *Global COVID-19 Trends and Impact Survey*, em parceria com o Facebook, https://covidmap.umd.edu/.

StatLink https://stat.link/hza8xj

1.5. Componentes estruturais ditaram a capacidade de resposta dos países

A preparação inicial dos países da ALC para a pandemia apresentava grave desvantagem quando comparada a outros países da OCDE. Altos níveis de desigualdade e informalidade reduziram a capacidade da população de aderir às medidas de saúde pública, e aqueles sem acesso à proteção social e cobertura de saúde enfrentaram barreiras adicionais para receber atendimento médico quando necessário. A região também tem um alto percentual de pessoas vivendo em moradias inadequadas ou assentamentos informais, o que as torna mais vulneráveis ao vírus. Embora esses temas não sejam analisados em profundidade neste capítulo, os Capítulos 3 a 9 desta publicação apresentam uma caracterização abrangente dos sistemas de saúde da ALC. Em vez disso, nos concentramos nas principais características de linha de base que influenciaram o nível de excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19.

1.5.1. Sistemas de saúde com poucos recursos exacerbaram o desafio da COVID-19

O s países da América Latina e do Caribe tinham características estruturais muito diferentes no início da pandemia. Algumas dessas características estão altamente associadas ao excesso de mortes durante a pandemia; outras, não. Não há padrões claros entre o nível de saúde nos países da ALC (ver Capítulo 3) antes da pandemia e o excesso de mortes entre 2020 e 2021. Contrariando o senso comum, há uma forte associação entre países com população mais idosa (ver Capítulo 9 – Figura 9.1) e melhor desempenho em excesso de mortes, o que se explica, em grande parte, pela renda per capita, associada tanto ao envelhecimento quanto à capacidade de responder melhor à pandemia. Em contraste, o nível de recursos disponíveis no sistema de saúde se comporta como esperado, com países mais bem equipados apresentando melhor desempenho em termos de excesso de mortes, embora os níveis de recursos sejam inferiores à média da OCDE.

Os gastos em saúde per capita na ALC são muito inferiores à média da OCDE de 3.999 pela PPC em US$ (ver Capítulo 6 – Figura 6.1). A média da ALC foi de 1,155 pela PPC em US$, 28 por cento da média da OCDE. Esses baixos níveis de gasto total em saúde podem sinalizar por que os sistemas de saúde da região dispunham de poucos recursos e estavam menos preparados para enfrentar os desafios da crise de COVID-19. Há uma forte associação entre maiores gastos em saúde per capita e baixo nível de excesso de mortes. Em sete dos nove países no grupo de melhor desempenho, os gastos em saúde per capita foram superiores a 1.500 pela PPC em US$ (com exceção da Venezuela e Jamaica). Por outro lado, nos seis países com os maiores números de mortes em excesso na região, a despesa média em saúde foi de 781 pela PPC em US$, com o México na primeira posição (1.117 pela PPC em US$) e São Vicente e Granadinas na última (620 pela PPC em US$).

Os sistemas de saúde na ALC se beneficiariam não apenas de mais gastos, mas também de gastos melhores. De fato, a ineficiência nos gastos é um problema importante na região, especialmente nas áreas de atendimento clínico, operacional e de governança, dificultando o caminho para a cobertura universal de saúde (OECD/The World Bank, 2020[69]). Durante a crise de COVID -19, a ineficiência contínua nos gastos exacerbou a falta de gastos em saúde, dificultando a capacidade dos sistemas de saúde da região de realocar recursos escassos para aumentar a força de trabalho e os recursos de saúde.

1.5.2. A capacidade de prestar serviços de atenção à saúde foi um gargalo na estratégia contra a COVID-19

A ALC também fica atrás da média da OCDE em termos de densidade da força de trabalho na saúde. Em média, a ALC tem 2,15 médicos por mil habitantes (segundo os dados mais recentes de 2017-2021) (ver Capítulo 8 – Figura 8.1). A média da OCDE nesse período foi de 3,6 (68 por cento a mais). Como visto em 1.4.2melhor desempenho em termos de excesso de mortes, a densidade de médicos foi maior que nos países que não tiveram um desempenho tão bom. A associação com o número de profissionais de enfermagem segue na mesma direção (ver Capítulo 8 – Figura 8.4), mas a correlação é mais fraca, pois os países com o menor número de profissionais de enfermagem por mil habitantes estão situados no grupo intermediário – ou seja, com excesso de mortes acima da média da OCDE, mas abaixo da média da ALC.

Apenas três países da ALC têm mais leitos hospitalares por mil habitantes do que a média da OCDE (ver Capítulo 5 – figura 5.7). São eles: Barbados (5,8), Cuba (5,2) e Argentina (5,0), em comparação à média da OCDE de 4,3. Esses três países apresentaram forte desempenho em termos de excesso de mortes durante 2020 e 2021. Da mesma forma, nos países com alto nível de excesso de mortes, normalmente o número de leitos hospitalares é menor do que a média da ALC (2,1 por mil habitantes), como no Peru (1,6), Bolívia (1,1), México (1,4), Equador (1,5), Guiana (1,6) e Colômbia (1,7).

Curiosamente, alguns países com números semelhantes de leitos hospitalares por mil habitantes apresentaram desempenhos diferentes em excesso de mortes. Embora tenham uma taxa semelhante de leitos hospitalares, países como, por exemplo, Uruguai (2,8), Panamá (2,3), Chile (2,1), Bahamas (2,9) e Brasil (2,3) apresentaram grandes diferenças no número de excesso de mortes, indicando que a eficiência da gestão de leitos hospitalares também desempenhou um papel fundamental. Essa tendência se repete quando se leva em conta a capacidade de leitos de UTI (OECD/The World Bank, 2020[69]). Entre os países com baixos níveis de excesso de mortes, Uruguai (19,9 leitos) e Argentina (18,7 leitos) têm um número de leitos de UTI por 100 mil habitantes maior do que a média de 22 países da OCDE (12 leitos) para os quais há dados disponíveis. No entanto, Chile (7,3 leitos) e Costa Rica (2,7 leitos), países que também contabilizam um número baixo de excesso de mortes, têm uma capacidade consideravelmente menor. Por outro lado, o Brasil (20,6 leitos), Colômbia (10,5 leitos) e Paraguai (10,3 leitos) apresentam níveis superiores ou semelhantes à média de 22 países da OCDE, mas níveis mais altos de excesso de mortes. Por fim, três países com excesso de mortes acima da média da ALC - Equador (6,9 leitos), México (3,3 leitos) e Peru (2,9 leitos) - têm baixa capacidade de leitos de UTI (OECD/The World Bank, 2020[69]).

1.6. Discussão

E mbora haja uma variação substancial no desempenho dos países da ALC ao longo das variáveis estudadas no capítulo, existem padrões claros entre desempenho no nível de processo e estrutura e o excesso de mortes. A avaliação aponta para um menor excesso de mortes relacionado tanto à implementação efetiva quanto à abrangência da resposta, junto com intervenções para solucionar as fragilidades identificadas na capacidade de resposta e nas características estruturais.

Tabela 1.4 reúne o desempenho dos países em excesso de mortes com as principais variáveis que resumem a resposta à pandemia, a capacidade de resposta dos sistemas e as características estruturais que afetam a capacidade de resposta. A predominância da cor verde no topo da figura mostra que uma resposta abrangente à pandemia, com desempenho acima da média na maioria das categorias, foi associada consistentemente a níveis mais baixos de excesso de mortes. Do outro lado do espectro, países com o maior número de excesso de mortes exibem diversas variáveis nas quais figuram entre os de pior desempenho na região. Nesses países, um desempenho inferior nessas áreas tornou esses fatores no sistema de saúde fracos o suficiente para que a COVID-19 interrompesse gravemente os atendimentos e reduzisse a eficácia das medidas de saúde pública. No entanto, o baixo desempenho em algumas áreas não foi, necessariamente, um ponto fraco no enfrentamento da pandemia. Os países que reconheceram suas deficiências e implementaram intervenções para resolvê-las apresentam níveis mais baixos de excesso de mortes. Por exemplo, embora no Chile e na Costa Rica o número de leitos hospitalares estivesse perto ou abaixo do número médio, ambos enfrentaram esse desafio com a gestão centralizada das capacidades hospitalares, incluindo prestadores privados, e com base na triagem e avaliação de risco.

Além disso, a abrangência na resposta à pandemia reforçou a implementação eficaz das medidas de saúde pública. Os países com menor excesso de mortes integraram as necessidades da população e implementaram políticas complementares para mitigar os efeitos sanitários e socioeconômicos da resposta à COVID-19. Isso minimizou o custo social da pandemia e permitiu aos países vincular o rigor de suas medidas de saúde pública às ondas de infecção e à capacidade ociosa de seu sistema de saúde. Quando, em 2021, o foco da resposta à pandemia mudou para a vacinação em massa, os países que complementaram uma rápida introdução da vacina com campanhas de informação aumentaram a eficácia da medida ao amenizar a incerteza pública e aumentar a aceitação da vacina. Na mesma linha, os países que sofreram interrupções nos serviços de saúde com a coordenação centralizada dos recursos de saúde e uma forte dependência dos sistemas de atenção primária para a promoção, prevenção (incluindo vacinação), tratamento e acompanhamento da COVID-19 conseguiram pôr fim ao ciclo vicioso de interrupções no sistema de saúde e excesso de mortes.

Valores atípicos e contraintuitivos em grupos de alto e baixo desempenho esclarecem a discussão sobre as muitas outras possíveis variáveis que influenciam o efeito da pandemia. A Venezuela e a Jamaica tiveram um bom desempenho em termos de excesso de mortes, mas inferior ao da maior parte dos países na maioria das variáveis selecionadas na Tabela 1.4 No entanto, esses países adotaram medidas de contenção relativamente rigorosas e aumentaram ainda mais o rigor em 2021 em comparação a 2020. Aliados ao isolamento imposto pelo contexto econômico e político da Venezuela e à geografia da Jamaica, esses fatores pareciam ter sido especialmente eficazes em mitigar a propagação do vírus. Outros países insulares do Caribe com baixos níveis de excesso de mortes podem ter se beneficiado do mesmo efeito. O caso da Venezuela precisa ser interpretado com cautela, porque em outras contagens de excesso de mortes (Wang et al., 2022[20]) o país aparece com excesso de mortes acima da média da ALC. Isso pode indicar que o país não estava tão efetivamente isolado quanto se pensava inicialmente.

Tabela 1.4. Respostas abrangentes à pandemia conseguiram minimizar os óbitos

Painel de desempenho da pandemia, variáveis selecionadas

País	Excesso de mortes 2020-21	Índice de Contenção, Segundo trimestre de 2021	Assistência financeira durante a pandemia	População totalmente vacinada até o 3º trimestre de 2021	Pessoas que sabem como tomar a vacina em 2021	Interrupção dos serviços em 2020	Gasto total com saúde per capita em 2019	Leitos hospitalares	Número de médicos
	Taxa por 100 mil habitantes	Índice de Contenção (0-100)	Proporção de domicílios	Proporção da população	Proporção da população	Proporção de pessoas com atendimentos perdidos	PPC em US$	Número por mil habitantes	Número por mil habitantes
Venezuela	78	87		12%			385	0.8	1.7
Uruguai	89	69	37%	68%	96%		2145	2.8	4.9
Jamaica	121	73	40%	6%	46%		598	1.7	0.5
Trinidad e Tobago	145			15%			1835	3.0	4.5
Cuba	160	78		28%			2548	5.2	8.4
Panamá	176	63	74%	29%	61%		2491	2.3	1.6
Costa Rica	189	60	44%	24%	59%	6%	1556	1.1	3.3
Argentina	198	79	21%	27%	84%	11%	2199	5.0	4.0
Chile	202	82	47%	66%	95%	12%	2297	2.1	2.8
Bahamas	254			20%			2228	2.9	1.9
El Salvador	262	27	62%	34%	77%	18%	782	1.3	2.9
Guatemala	273	51	30%	5%	43%	13%	529	0.6	1.2
Paraguai	276	55	47%	13%	61%	20%	950	1.3	1.1
Brasil	319	63	52%	25%	15%		1451	2.3	2.2
Colômbia	323	68	26%	25%	55%	16%	1293	1.7	2.3
Guiana	356	61	78%	19%	76%		674	1.6	1.4
St. Vincent e o G.	446			43%			620		0.0
Equador	455	67	19%	29%	31%	28%	935	1.5	2.2
México	483	45	16%	24%	78%	5%	1117	1.4	2.4
Bolívia	749	28	42%	17%	49%	32%	631	1.1	1.0
Peru	873	77	9%	21%	41%	31%	712	1.6	1.4

Nota: Os códigos de cores apresentam uma escala de percentil em cada coluna. Vermelho representa o desempenho mais baixo (percentil 95), amarelo representa o desempenho mediano (percentil 50) e verde é o melhor desempenho (percentil 5) dos países na tabela. Entre os países com excesso de mortes abaixo da média da OCDE, apenas os selecionados na Seção 1.2 são apresentados.
Fonte: Elaborado com base nas figuras (ordenadas por coluna) 1, 9 (TR2-2021), 11, 13 (TR3-2021), 14 (Nacional), 23 (Nacional 2020) deste capítulo, mais o Capítulo 6, Figura 6.1 e Capítulo 8, Figuras 8.1 e 8.4.

O México, por outro lado, apresenta o terceiro maior número de mortes em excesso na região (quarto na estimativa de mortes em excesso de acordo com (Wang et al., 2022[20])), mas desempenho médio ou melhor do que a média na maioria das variáveis selecionadas na Tabela 1.4 No entanto, embora não analisado extensivamente neste capítulo, o México tem alta prevalência de fatores de risco importantes para COVID-19, a saber: obesidade e prevalência de condições crônicas (ver Capítulos 3 e 4). Além disso, ainda persistem problemas sérios com a fragmentação da assistência e o acesso universal aos serviços decorrentes da transição iniciada em 2018, com a extinção do "Seguro Popular" e a criação do novo programa universal de saúde (OECD, 2022[39]). Características dos sistemas de saúde como essa última não foram amplamente examinadas neste capítulo devido à falta de indicadores consistentes e comparáveis para a região, mas podem ter uma influência importante no efeito da pandemia. Em particular, a fragmentação de sistemas, sistemas de informação para controle epidemiológico e coordenação de cuidados, bem como gestão da cadeia de abastecimento médico, parecem ter tido um efeito importante e foram uma parte central da resposta dos países à pandemia (OECD, 2023[38]). Além disso, enquanto a resposta emergencial dos países da ALC foi gerenciada principalmente no nível central de governança, a implementação das ações de resposta, juntamente com a preparação básica do sistema de saúde, dependeu em grande medida dos governos subnacionais. Seguindo a responsabilidade compartilhada dos governos centrais e subnacionais pelo planejamento, financiamento e prestação de atenção à saúde, pesquisas futuras que estudem os determinantes de uma resposta eficaz a emergências devem explorar a coordenação e o desempenho desses níveis de governança (e também entre eles).

1.6.1. Lições aprendidas para melhorar a resiliência do sistema de saúde na ALC

Combinando as lições deste capítulo e recomendações extensivamente estudadas para aumentar a resiliência do sistema de saúde (OECD, 2023[38]; Herrera et al., 2022[2]; OECD, 2022[39]), destacamos considerações importantes e de particular interesse para aumentar a resiliência do sistema de saúde nos países e temas examinados neste capítulo, da seguinte forma:

- **Promover a prontidão para emergências:** melhorar a coordenação entre prestadores (públicos e privados) e viabilizar a coordenação centralizada em situações de emergência. Introduzir (ou fortalecer) mecanismos para a liberação rápida de fundos de emergência. Elaborar planos abrangentes de resposta que consideram as necessidades e perspectivas das comunidades locais, os custos socioeconômicos das medidas de saúde pública, a saúde mental da população, as barreiras e desigualdades no acesso a cuidados e a importância de manter os serviços essenciais de saúde.
- **Promover o recrutamento da força de trabalho e fortalecer a atenção primária:** as limitações da força de trabalho se revelaram um importante fator restritivo na pandemia. Empoderar as forças de trabalho da saúde para prestar cuidados de qualidade e abrangentes pode maximizar a capacidade da equipe. Ao mesmo tempo, um sistema de atenção primária à saúde minimizou as interrupções nos cuidados de saúde e acelerou a implementação de medidas de saúde pública (vacinação).
- **Promover a governança, a confiança e a coleta de dados:** as estruturas de governança devem integrar uma abordagem de toda a sociedade para enfrentar choques tão graves quanto a pandemia de COVID-19. A confiança é necessária para que a governança seja eficaz, e tanto campanhas de comunicação quanto a tomada de decisões precisas podem fortalecer a confiança no governo. A coleta de dados e os sistemas de informação são (e continuarão sendo) essenciais para subsidiar a formulação precisa de políticas e a gestão da saúde da população em choques futuros.
- **Promover a saúde da população e abordar as desigualdades na saúde**: exaustivamente discutidas nos Capítulos 3 a 9 desta publicação, a saúde e a atenção à saúde na ALC apresentam várias deficiências em comparação a outros países da OCDE. Abordar riscos de saúde como a obesidade e determinantes mais amplos da saúde precária - como pobreza, saneamento e desemprego - é fundamental para melhorar a prontidão para o próximo choque. Além disso, dadas as importantes interrupções nos serviços de saúde durante a pandemia, devem ser adotadas estratégias de gestão para evitar interrupções de serviços no futuro e o consequente agravamento das condições sanitárias.

Referências

Amarante, V. (2022), "Fortalecimiento de los sistemas de protección social de la región: aprendizajes a partir de la pandemia de COVID-19", *Documentos de Proyectos*, CEPAL, https://hdl.handle.net/11362/47830. [57]

Antiporta, D. and A. Bruni (2020), "Emerging mental health challenges, strategies, and opportunities in the context of the COVID-19 pandemic: Perspectives from South American decision-makers", *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 44, p. 1, https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.154. [51]

Arsenault, C. et al. (2022), "COVID-19 and resilience of healthcare systems in ten countries", *Nature Medicine 2022* 5, pp. 1-11, https://doi.org/10.1038/s41591-022-01750-1. [41]

Bermudi, P. et al. (2021), "Spatiotemporal ecological study of COVID-19 mortality in the city of São Paulo, Brazil: Shifting of the high mortality risk from areas with the best to those with the worst socio-economic conditions", *Travel Medicine and Infectious Disease*, Vol. 39, p. 101945, https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101945. [29]

Bernabe-Ramirez, C. et al. (2022), "HOLA COVID-19 Study: Evaluating the Impact of Caring for Patients With COVID-19 on Cancer Care Delivery in Latin America", *JCO Global Oncology* 8, https://doi.org/10.1200/go.21.00251. [45]

Bilal, U., T. Alfaro and A. Vives (2021), "COVID-19 and the worsening of health inequities in Santiago, Chile", *International Journal of Epidemiology*, Vol. 50/3, pp. 1038-1040, https://doi.org/10.1093/ije/dyab007. [31]

Borges, F. et al. (2020), "Impact of the COVID-19 pandemic in patient admission to a high-complexity cancer center in Southern Brasil", *Revista da Associação Médica Brasileira*, Vol. 66/10, pp. 1361-1365, https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.10.1361. [50]

Cabieses et al. (2020), "Migrantes venezolanos frente a la pandemia de COVID-19 en Chile: factores asociados a la percepción de sentirse preparado para enfrentarla", *Notas de Población*, No. 111, CEPAL, https://hdl.handle.net/11362/46554. [35]

Carinci, F. et al. (2015), "Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators", *International Journal for Quality in Health Care*, https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv004. [6]

CCSS (2020), *Effects on health services*, https://www.ccss.sa.cr/. [44]

CCSS (2020), *Informe de resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2019 y monitoreo 2020*, https://www.binasss.sa.cr/informeservicios2019.pdf. [64]

Chávez Amaya, C. (2021), *Demanda asistencial de pacientes crónicos supera la capacidad de los servicios de salud | Ojo Público*, Ojo Público, https://ojo-publico.com/3088/demanda-asistencial-de-pacientes-cronicos-supera-al-sistema-de-salud (accessed on 27 May 2022). [47]

Cho, M. and R. Levin (2022), "Implementación del plan de acción de recursos humanos en salud y la respuesta a la pandemia por la COVID-19", *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 46, p. 1, https://doi.org/10.26633/rpsp.2022.52. [65]

Di Gennaro, F. (ed.) (2021), "On the analysis of mortality risk factors for hospitalized COVID-19 patients: A data-driven study using the major Brazilian database", *PLOS ONE*, Vol. 16/3, p. e0248580, https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248580. [25]

Di Paolantonio, G. (2020), "Fostering resilience in the post-COVID-19 health systems of Latin America and the Caribbean", in *Shaping the COVID-19 Recovery: Ideas from OECD's Generation Y and Z*, OECD, Paris, https://www.oecd.org/about/civil-society/youth/Shaping-the-Covid-19-Recovery-Ideas-from-OECD-s-Generation-Y-and-Z.pdf. [55]

Donabedian, A. (1988), "The quality of care. How can it be assessed?", *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, Vol. 260/12, pp. 1743-1748, https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743. [5]

Dong, E., H. Du and L. Gardner (2020), "An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time", *The Lancet Infectious Diseases*, Vol. 20/5, pp. 533-534, https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30120-1. [13]

Doubova, S. et al. (2021), "Disruption in essential health services in Mexico during COVID-19: an interrupted time series analysis of health information system data", *BMJ global health*, Vol. 6/9, https://doi.org/10.1136/BMJGH-2021-006204. [42]

ECLAC (2022), *The sociodemographic impacts of the COVID-19 pandemic in Latin America and the Caribbean*, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, https://hdl.handle.net/11362/47923. [3]

ECLAC (2021), "Estadísticas e indicadores", *CEPALSTAT Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas*, https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicator_id=4409&area_id=2313&lang=es. [16]

ECLAC/CEPAL (2022), "Suriname", in *Economic Survey of Latin America and the Caribbean 2022*, CEPAL, https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48078/10/ES2022_Suriname_en.pdf. [59]

ECLAC/PAHO (2021), *The prolongation of the health crisis and its impact on health, the economy and social development*, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, https://hdl.handle.net/11362/47302. [28]

Gebhard, C. et al. (2020), "Impact of sex and gender on COVID-19 outcomes in Europe", *Biology of Sex Differences*, Vol. 11/1, https://doi.org/10.1186/s13293-020-00304-9. [24]

Herrera, C. et al. (2022), *Building Resilient Health Systems in Latin American and the Caribbean: Lessons Learned from the COVID-19 Pandemic*, World Bank, Washington DC, http://documents.worldbank.org/curated/en/099805001182361842/P1782990d657460cb0a2080ac0048f8b98f. [2]

Huang, B. et al. (2021), "Sex-based clinical and immunological differences in COVID-19", *BMC Infectious Diseases*, Vol. 21/1, https://doi.org/10.1186/s12879-021-06313-2. [23]

IHME, 2021 (2021), *Global Burden of Disease Study 2019*, Institute for Health Metrics and Evaluation, Seattle, United States, https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/. [22]

IMF (2021), *Database of Country Fiscal Measures in Response to the COVID-19 Pandemic*, International Monetary Fund, https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Fiscal-Policies-Database-in-Response-to-COVID-19. [60]

INEI (2021), *Perú: Enfermedads No Transmisibles y Transmisibles, 2020*, https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1796/ (accessed on 31 May 2022). [43]

Kuehn, B. (2021), "Despite Improvements, COVID-19's Health Care Disruptions Persist", *JAMA*, Vol. 325/23, p. 2335, https://doi.org/10.1001/jama.2021.9134. [37]

LeRouge, C. et al. (2019), "Health System Approaches Are Needed To Expand Telemedicine Use Across Nine Latin American Nations", *Health Affairs*, Vol. 38/2, pp. 212-221, https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05274. [63]

Macchia, A. et al. (2021), "COVID-19 among the inhabitants of the slums in the city of Buenos Aires: a population-based study", *BMJ Open*, Vol. 11/1, p. e044592, https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044592. [30]

Maier, C., L. Aiken and R. Busse (2017), "Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation", *OECD Health Working Papers*, No. 98, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/a8756593-en. [66]

Mathieu, E. et al. (2021), "A global database of COVID-19 vaccinations", *Nature Human Behaviour*, Vol. 5/7, pp. 947-953, https://doi.org/10.1038/s41562-021-01122-8. [17]

Migration data portal (2022), *Datos sobre migración relevantes para la pandemia de COVID-19*, https://www.migrationdataportal.org/es/themes/datos-sobre-migracion-relevantes-para-la-pandemia-de-covid-19 (accessed on 4.08.2022). [34]

MINSA (2021), *Boletín Epidemiológico del Perú 2021 - Volume 30-SE24*, https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202124_23_145452.pdf (accessed on 27 May 2022). [46]

Morgan, D. et al. (2020), "Excess mortality: Measuring the direct and indirect impact of COVID-19", *OECD Health Working Papers*, No. 122, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/c5dc0c50-en. [21]

Nepogodiev, D. et al. (2022), "Projecting COVID-19 disruption to elective surgery", *The Lancet*, Vol. 399/10321, pp. 233-234, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02836-1. [52]

NU. CEPAL/German Agency for International Cooperation (2021), *The impact of COVID-19 on indigenous peoples in Latin America (Abya Yala): Between invisibility and collective resistance*, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, https://hdl.handle.net/11362/46698. [33]

OECD (2023), *Inflation (CPI)* (indicator), https://doi.org/10.1787/eee82e6e-en (accessed on 17 February 2023). [58]

OECD (2023), *Ready for the Next Crisis? Investing in Resilient Health Systems*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en. [38]

OECD (2022), *OECD Health Statistics*, https://doi.org/10.1787/health-data-en. [18]

OECD (2022), *Primary Health Care for Resilient Health Systems in Latin America*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/743e6228-en. [39]

OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en. [27]

OECD (2021), *Primary Health Care in Brazil*, OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/120e170e-en. [67]

OECD (2020), "Flattening the COVID-19 peak: Containment and mitigation policies", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/e96a4226-en. [54]

OECD (2020), *SIGI 2020 Regional Report for Latin America and the Caribbean*, Social Institutions and Gender Index, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/cb7d45d1-en. [36]

OECD/The World Bank (2020), *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/6089164f-en. [69]

OIT/ILO (2021), *Respuestas de corto plazo a la COVID-19 y desafíos persistentes en los sistemas de salud de América Latina*, Organización Internacional del Trabajo, https://www.ilo.org/lima/publicaciones/WCMS_768040/lang--es/index.htm. [62]

OPS/PAHO (2021), *Resultados de salud desglosados por sexo en relación con la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas. De enero del 2020 a enero del 2021*, Organización Panamericana de la Salud, https://iris.paho.org/handle/10665.2/53603. [4]

Oxford COVID-19 Government Response Tracker (2022), , https://ourworldindata.org/grapher/covid-containment-and-health-index (accessed on 1 August 2022). [15]

Pacheco, J. et al. (2021), "Gender disparities in access to care for time-sensitive conditions during COVID-19 pandemic in Chile", *BMC Public Health*, Vol. 21/1, https://doi.org/10.1186/s12889-021-11838-x. [40]

PAHO (2021), *EU CARIFORUM Climate Change and Health Project*, https://www.paho.org/en/eu-cariforum-climate-change-and-health-project. [26]

Restrepo, J., D. Palacios and J. Espinal (2022), "Gasto en salud durante la pandemia por covid-19 en países de América Latina", Grupo de Economía de la Salud, https://www.andi.com.co/Uploads/Documento%20de%20Trabajo%20Gasto%20en%20salud%20y%20covid-19.pdf. [56]

Ritchie, H. et al. (2020), *Coronavirus Pandemic (COVID-19)*, https://ourworldindata.org/coronavirus. [68]

Superintendencia de Salud (2022), *Casos GES (AUGE) acumulados a diciembre de 2021 - Biblioteca digital. Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile.*, https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-20904.html (accessed on 7 July 2022). [49]

SUS (2022), *Open Data SUS*, Sistema Único de Saúde, Brazil, https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/srag-2021-e-2022. [32]

The Economist (2020), "Covid-19 Flattening the curve", *The Economist*, Vol. Vol. 434/No. 9183 - It's going global. [53]

The University of Maryland Social Data Science Center & Facebook (2020), *The University of Maryland Social Data Science Center Global COVID-19 Trends and Impact Survey, in partnership with Facebook*, https://covidmap.umd.edu/ (accessed on 23 August 2022). [14]

The University of West Indies (2022), *Climate Change and Health Leaders Fellowship Program*, https://sta.uwi.edu/cchsrd/empowering-caribbean-action-climate-and-health-each. [12]

The World Bank group (2021), *Covid-19 High-Frequency Monitoring Dashboard*, https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2020/11/11/covid-19-high-frequency-monitoring-dashboard. [11]

UN (2022), *World Population Prospects 2022: Summary of Results*, https://www.un.org/development/desa/pd/content/World-Population-Prospects-2022. [19]

Wang, H. et al. (2022), "Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21", *The Lancet*, Vol. 399/10334, pp. 1513-1536, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02796-3. [20]

WHO (2022), *Global excess deaths associated with COVID-19 (modelled estimates)*, https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates. [7]

WHO (2022), *Global tuberculosis report 2022*, World Health Organization, Geneva, https://apps.who.int/iris/handle/10665/363752. [1]

WHO (2022), "Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic", *World Health Organization, Geneva*, https://apps.who.int/iris/handle/10665/351527 (accessed on 4 July 2022). [8]

WHO (2021), *Role of primary care in the COVID-19 response*, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, https://apps.who.int/iris/handle/10665/331921. [61]

WHO (2021), *WHO Coronavirus (COVID-19) detailed surveillance data dashboard*, World Health Organization, https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYWRiZWVkNWUtNmM0Ni00MDAwLTljYWMtN2EwNTM3YjQzYmRmIiwidCI6ImY2MTBjMGI3LWJkMjQtNGIzOS04MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCIsImMiOjh9. [9]

WHO (2020), *Peru*, https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-fact-sheets.pdf (accessed on 27 May 2022). [48]

WHO (2020), *Vector-borne diseases*, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/vector-borne-diseases. [10]

Notas

[1] A lista completa dos países incluídos pode ser encontrada no prefácio.

[2] Países com dados disponíveis: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras e México.

[3] A cobertura vacinal reflete a porcentagem de crianças com um ano de idade que recebem a dose final da série primária de imunização no respectivo programa de vacinação no período recomendado (Capítulo 7).

2 Mudanças climáticas e saúde: fortalecimento dos sistemas de saúde para melhorar a saúde na América Latina e Caribe

Yasna Palmeiro, Banco Mundial, Santiago, Chile

Tomas Plaza Reneses, The World Bank, Washington, DC

Edit V. Velenyi, The World Bank, Washington, DC

Cristian A. Herrera, The World Bank, Washington, DC

A pandemia de COVID-19 destacou a importância de construir a resiliência e a adaptabilidade dos sistemas de saúde para enfrentar choques e condições de rápida mudança. À medida que emergem lentamente dessa crise, os países têm a oportunidade de fortalecer sua capacidade de mitigar e se adaptar a um clima em constante mutação que deverá afetar cada vez mais a saúde da população, de várias maneiras. Este capítulo examina o nível atual de resiliência dos sistemas de saúde dos países da ALC à mudança climática, identificando tendências na região e apresentando considerações importantes para ações políticas que os países podem implementar para fortalecer essa resiliência. O capítulo é organizado de acordo com os seis pilares do Quadro Operacional para a Criação de Sistemas de Saúde Resilientes ao Clima da Organização Mundial da Saúde, e os usa para explorar os países da ALC em várias dimensões.

2.1. Introdução

Conforme apresentado no Capítulo 1, a pandemia de COVID-19 foi um choque para a América Latina e o Caribe (ALC) em termos de impactos sanitários, econômicos e sociais (Jaramillo, 2022[1]; OECD, 2020[2]). À medida que saem lentamente dessa crise, os países também têm a oportunidade de melhorar sua preparação e capacidade de resposta de seus sistemas de saúde para lidar com ameaças simultâneas à saúde da população, incluindo aquelas associadas a um clima em mudança que devem afetar cada vez mais a saúde da população.

Os perigos da mudança climática (por exemplo, ondas de calor, eventos de chuvas intensas, aumento do nível do mar), aliados a vulnerabilidades sociais (por exemplo, governança climática e políticas intersetoriais fracas) ameaçam o desenvolvimento das populações em todos os países. Em particular, a ALC enfrenta desafios climáticos, sociais, econômicos e políticos sobrepostos, que podem ter sérias consequências para os sistemas de saúde e a saúde da população (Yglesias-González et al., 2022[3]), bem como para outros setores determinantes da saúde, como energia, transporte e agricultura, entre outros. Os efeitos interativos dos riscos climáticos, a alta vulnerabilidade social e a falta de preparação podem resultar em interrupções das atividades diárias, danos diretos a infraestruturas críticas, carga econômica, maiores taxas de morbimortalidade e exacerbação de desigualdades sociais.

Os sistemas de saúde na ALC já estão sob grande pressão por causa não apenas da pandemia de COVID-19, mas também dos baixos gastos em saúde, altos gastos diretos, baixa qualidade da atenção, acesso limitado a serviços de saúde e iniquidades em saúde entre diferentes grupos demográficos e socioeconômicos (OECD/The World Bank, 2020[4]). Portanto, para enfrentar os desafios adicionais da mudança climática, os sistemas de saúde devem ser fortalecidos para continuar protegendo a saúde e o bem-estar da população.

Atenuar os potenciais danos dos riscos climáticos e promover uma melhor saúde para todas as populações requer medidas múltiplas e complementares. O primeiro passo fundamental é analisar o estado dos sistemas de saúde e sua preparação e resiliência para enfrentar os desafios da mudança climática.

Este capítulo examina a resiliência dos sistemas de saúde à mudança climática na ALC, identificando tendências e emitindo considerações importantes para ações políticas que os países podem implementar. O capítulo inclui, ainda, as melhores práticas relevantes dos países da OCDE que também estão no processo de fortalecer sua resiliência à mudança climática. Para analisar exaustivamente essa informação, o presente capítulo é organizado seguindo os pilares do Quadro Operacional para a Criação de Sistemas de Saúde Resilientes ao Clima da Organização Mundial da Saúde (OMS), composto por seis pilares, com liderança/governança e financiamento vitais para uma força de trabalho de saúde adequada, sistemas de informação em saúde, produtos e tecnologias médicos essenciais e prestação de serviços (WHO, 2015[5]).

2.2. Panorama da mudança climática e de saúde

2.2.1. Panorama da mudança climática e de saúde na América Latina e Caribe

O aumento dos gases de efeito estufa (GEE) na atmosfera, que "aprisionam calor", levou ao aquecimento global e a subsequentes mudanças no clima. Embora os países da ALC não tenham historicamente emitido uma grande quantidade de GEE na atmosfera (Friedlingstein et al., 2022[6]; Global Carbon Project, 2021[7]), os efeitos da mudança do clima são globais e afetam todas as regiões e todos os países do mundo.

Na ALC, a temperatura média próxima à superfície continuou aquecendo, sendo 0,78°C mais quente em 2021 em relação ao período de 1961-1990 (WMO, 2022[8]). Extremos quentes tornaram-se mais frequentes e severos e os padrões de chuva mudaram com o aumento dos eventos de seca em alguns países (Brasil, Bolívia, Chile e Paraguay) e eventos de chuvas intensas em outros (Uruguai e Argentina) (IPCC, 2021[9]; WMO, 2022[8])). As geleiras encolheram drasticamente desde a década de 1980, perdendo entre 30 por cento e 50 por cento de sua massa nos Andes (WMO, 2022[8]) e afetando o uso da água para consumo humano, fins agrícolas e energia hidrelétrica. Finalmente, o aumento do nível do mar representa altos riscos para as áreas baixas, especialmente pequenas ilhas no Caribe e cidades costeiras (WMO, 2022[8]).

A região da ALC já enfrentou e continua a enfrentar várias crises de saúde relacionadas ao clima. Por exemplo, períodos de seca prolongados e chuvas excessivas afetaram as plantações no Corredor Seco da América Central, expondo os agricultores e suas famílias à fome e à desnutrição. Temperaturas mais elevadas, mudanças nas condições climáticas e climas mais extremos, que variam de chuvas torrenciais a secas, podem alimentar os surtos de dengue que já afetaram países como a Nicarágua, El Salvador, Brasil, Paraguai, Colômbia e Belize. A região do Caribe está particularmente exposta a furacões, tempestades e eventos climáticos extremos semelhantes que já

causaram danos extensos à infraestrutura de saúde e mataram e feriram um número significativo de pessoas. Por exemplo, o furacão Mitch causou 11.374 fatalidades na América Central em 1998, e mais de 10 mil pessoas morreram em consequência direta de ciclones tropicais no Caribe nos últimos 20 anos.

A região da ALC já passou e continua a passar por várias crises de saúde relacionadas ao clima. Por exemplo, os períodos de seca prolongada e chuvas excessivas afetaram as culturas no Corredor Seco da América Central, deixando os agricultores e suas famílias propensos à fome e à desnutrição. O aquecimento das temperaturas, a mudança das condições climáticas e o clima mais extremo, desde chuvas torrenciais até a seca, podem alimentar surtos de dengue, que afetaram países como Nicarágua, El Salvador, Brasil, Paraguai, Colômbia e Belize. A região do Caribe está particularmente exposta a furacões, tempestades e eventos climáticos extremos similares, que causaram grandes danos à infra-estrutura sanitária e mataram e feriram um número significativo de pessoas. Por exemplo, o furacão Mitch causou 11.374 mortes na América Central em 1998, e mais de 10.000 pessoas morreram como resultado direto de ciclones tropicais no Caribe nos últimos 20 anos.

Como esses impactos são fortemente influenciados por vulnerabilidades sociais e capacidade adaptativa, respostas adequadas e tempestivas a riscos climáticos de início rápido e lento são fundamentais. Fraca governança e políticas limitadas de gestão de riscos de desastres e preparação e adaptação ao clima, combinadas com profundas desigualdades sociais, altos níveis de pobreza e informalidade (CEPAL, 2022[10]; OECD/The World Bank, 2020[4]) e sistemas de saúde empobrecidos são fatores importantes que podem determinar os impactos devastadores da mudança climática na saúde da população.

Os impactos nos sistemas humanos prejudicaram o cotidiano das populações, afetando aspectos como saúde, bem-estar, desenvolvimento social e capital humano. Alguns exemplos de impactos negativos incluem o excesso de mortes e a maior incidência de doenças cardiovasculares e respiratórias, doenças relacionadas ao calor, doenças transmitidas por vetores, água e alimentos, além de distúrbios de saúde mental (Romanello et al., 2022[11]). Estima-se que entre 20 por cento (Argentina) e 75 por cento (Colômbia, Equador, Guatemala e Portugal) de todas as mortes relacionadas ao calor possam ser atribuídas à mudança climática induzida pelo homem (Vicedo-Cabrera et al., 2021[12]).

2.2.2. Sistemas de saúde e resiliência climática

Um sistema de saúde é um conjunto interconectado de organizações, instituições, infraestruturas, recursos, pessoas e atividades, aliado a colaborações com outros setores e entidades. Independentemente da sua estrutura específica, os sistemas de saúde visam melhorar a saúde das populações (WHO, 2010[13]), sendo, ao mesmo tempo, responsivos e eficientes e oferecendo proteção contra riscos sociais e financeiros (WHO, 2007[14]).

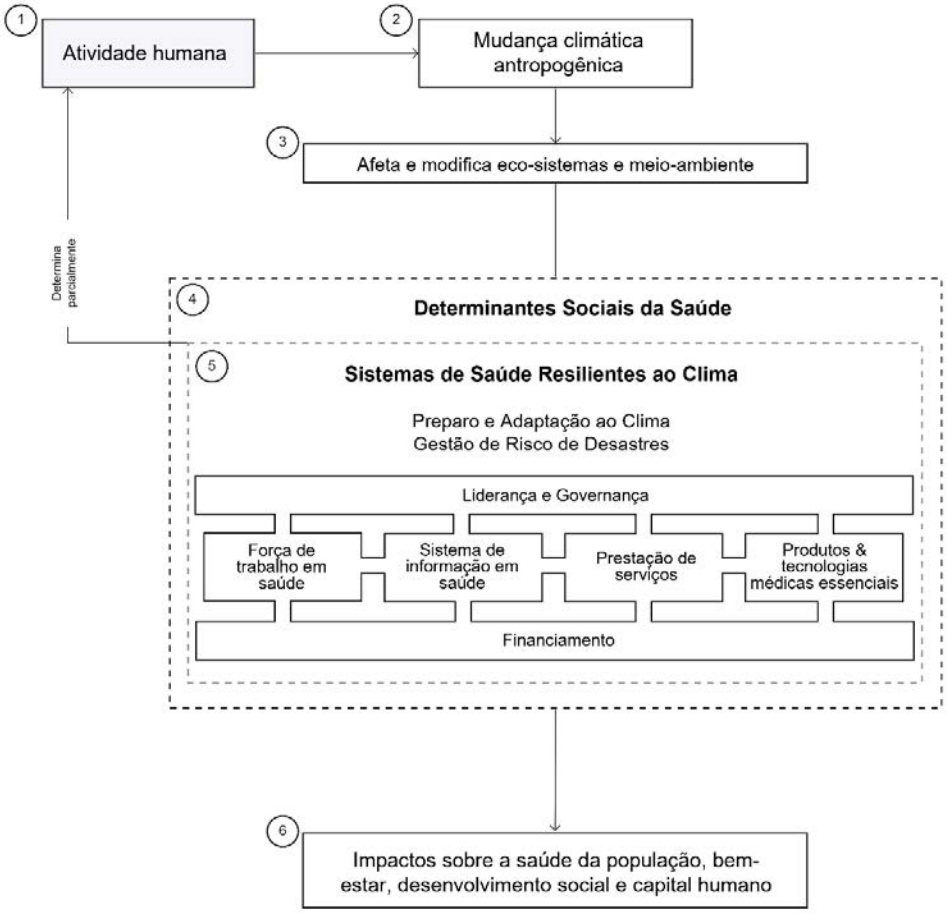
A mudança climática representa uma ameaça para os sistemas de saúde, que precisam estar preparados e ser resilientes para enfrentar riscos ou choques de início rápido (p. ex., ondas de calor) e perigos ou estresses de início lento (p. ex., secas), para proteger os ganhos e continuar avançando na direção da cobertura universal de saúde (UHC, na sigla em inglês). Nesse sentido, uma perspectiva de preparação climática deve ser integrada a sistemas de saúde que funcionem para criar sistemas de saúde resilientes ao clima, que devem ser *"capazes de antecipar, responder, enfrentar, recuperar-se e adaptar-se a choques e estresse relacionados ao clima, de modo a trazer melhorias sustentadas à saúde da população, apesar da instabilidade do clima "* (WHO, 2015[5]) .

Conforme mostra a Figura 2.1 os sistemas de saúde resilientes ao clima, conjuntamente com outros determinantes sociais da saúde, desempenham um papel importante na modulação dos impactos da mudança climática na saúde da população, no bem-estar, no desenvolvimento social e no capital humano. As políticas e ações para fortalecer os sistemas de saúde resilientes ao clima estão ancoradas nos seis pilares básicos da OMS para sistemas de saúde resilientes ao clima.

Criar resiliência climática geralmente envolve diferentes atores e setores nos níveis nacional, regional e local. Nesse sentido, as políticas intersetoriais devem se concentrar em reduzir vulnerabilidades sociais gerais, diminuindo a pobreza e as desigualdades sociais e proporcionando acesso universal a serviços essenciais (por exemplo, saúde, educação, água potável, alimentos nutritivos e transporte seguro). Ao mesmo tempo, políticas específicas no setor da saúde devem fortalecer a governança e a liderança em matéria de saúde, promover infraestruturas inteligentes em relação ao clima e melhorar sistemas de vigilância levando em conta informações climáticas, dentre outras medidas.

Se os governos adotarem uma abordagem de sistema integral, os esforços e investimentos em sistemas de saúde resilientes ao clima deverão trazer vários benefícios, não apenas no aumento da resiliência climática, mas também no fortalecimento dos sistemas de saúde como um todo, na melhoria da saúde geral da população e na promoção da cobertura universal de saúde e da atenção primária para todos.

Figura 2.1. Diagrama das relações entre a mudança climática antropogênica, impactos em sistemas e populações humanos e sistemas de saúde resilientes ao clima



2.3. Mudanças climáticas e sistemas de saúde na América Latina e Caribe: situação e tendências

Esta seção apresenta uma análise da situação e das tendências da resiliência climática de sistemas de saúde na ALC em cada um dos seis sistemas de saúde resilientes ao clima da OMS.

2.3.1. Liderança e governança

Governança forte, liderança política, colaboração e responsabilização são essenciais para a gestão de riscos climáticos que afetam sistemas de saúde e setores determinantes da saúde. Objetivos e ações estão centrados em fortalecer a governança no âmbito dos ministérios de saúde, integrar a mudança climática às políticas e aos programas de saúde e apoiar a colaboração intersetorial para promover a saúde e o bem-estar (WHO, 2015[5]).

Planos nacionais de adaptação e planos nacionais de saúde e clima

Com base na identificação de vulnerabilidades sociais e oportunidades de adaptação climática, estratégias nacionais sobre mudança climática e saúde devem ser planejadas e implementadas para fortalecer os sistemas de saúde e proteger a saúde da população. O processo do Plano Nacional de Adaptação à Mudança do Clima (PNA) foi estabelecido no âmbito do Quadro de Adaptação de Cancún (UNFCCC, 2011[15]) e facilita a identificação das necessidades de adaptação para, posteriormente, orientar o desenvolvimento e a implementação de estratégias para tratá-las.

Com base no portal do PNA da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima (UNFCCC), foram publicados PNAs de 12 países da ALC (UNFCCC, 2022[16]) e, na maioria dos documentos, o setor da saúde foi

identificado como vulnerável à mudança climática. No entanto, o grau de detalhes e a integração entre os planos setoriais de saúde existentes - conhecidos também como HNAPs, na sigla em inglês - e o PNA global varia entre países (WHO, 2021[17]). Quatro países desenvolveram planos nacionais de saúde e clima (NHCP, na sigla em inglês) ou HNAPs, e 14 ainda os estão desenvolvendo (Office of Climate Change, Government of Guyana, 2019[18]; WHO, 2021[19]; WHO, 2021[20]). Complementando os PNAs, NHCPs e HNAPs, há outras iniciativas na região que reconhecem a ação em matéria de mudança climática e saúde; por exemplo, o Plano de Ação do Caribe sobre Saúde e Mudanças Climáticas foi aprovado pelos países e territórios do Caribe em 2019 e visa fortalecer a cooperação, as capacidades e os recursos para enfrentar os efeitos da mudança climática na saúde (PAHO, 2019[21]). A Tabela 2.1 apresenta um resumo dos PNAs, NHCPs, HNAPs e outros documentos e iniciativas publicados em cada país.

Tabela 2.1. PNAs, NHCPs, HNAPs e outros documentos ou iniciativas publicados e oficiais, por país

País	PNA apresentado à UNFCCC[1,2]	NHCP[3] ou HNAP			Outros documentos
		Desenvolvido em	Em desenvolvimento	Não / Nenhum participante	
Antígua e Barbuda				✓	
Argentina			✓		✓[4]
Bahamas			✓		
Barbados			✓		
Belize			✓		
Bolívia				✓	✓[5]
Brasil	✓ (2016)	✓			
Chile	✓ (2017)	✓			
Colômbia	✓ (2018)		✓		
Costa Rica	✓ (2022)		✓		
Cuba		✓			
Dominica			✓		
Equador				✓	
El Salvador			✓		
Grenada	✓ (2019)			✓	
Guatemala	✓ (2019)			✓	
Guiana			✓	✓	
Haiti				✓	
Honduras				✓	
Jamaica			✓		
México				✓	
Nicarágua			✓		
Panamá				✓	
Paraguai	✓ (2022)			✓	
Peru	✓ (2021)		✓		
República Dominicana			✓		
São Cristóvão e Névis		✓			
Santa Lúcia	✓ (2018)		✓		
São Vicente e as Granadinas	✓ (2019)			✓	
Suriname	✓ (2020)			✓	
Trinidad e Tobago				✓	
Uruguai	✓ (2019)			✓	
Venezuela				✓	

1. Submetido até agosto de 2022 (UNFCCC, 2022[22]).
2. O ano de lançamento aparece entre parênteses.
3. Extraídos de HCCGS 2021 da OMS (WHO, 2021[19]).
4. plano de ação de saúde e mudança do clima, que inclui várias medidas de adaptação (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Argentina, 2019[23]) e no qual foi anunciada a criação de um programa específico para a mudança climática e saúde (Chesini and Orman, 2021[24]).
5. mecanismo nacional de adaptação que inclui medidas de adaptação para o setor de saúde (Ministerio de Planificación del Desarrollo, 2007[25]).

No geral, os países da ALC têm trabalhado para desenvolver planos e estratégias climáticos; no entanto, parece que o ritmo das alterações climáticas é mais rápido do que seu desenvolvimento e implementação. Embora os países reconheçam que o setor da saúde é altamente vulnerável à mudança climática, há menos evidências de políticas e planos concretos e contextualizados que integram ações de adaptação para fortalecer os sistemas de saúde.

Uma prioridade fundamental para o futuro é acompanhar e a avaliar os PNAs, estratégias ou planos de ação passados e/ou atuais. Vários PNAs e HNAPs precisarão ser atualizados nos próximos anos, o que representará uma oportunidade para avaliar o que foi feito, o que foi parcialmente feito e o que precisa de ser melhorado para que os sistemas de saúde sejam resilientes à mudança climática.

Pontos focais nacionais

No âmbito da UNFCC, a designação de pontos focais nacionais visa reforçar o envolvimento e a participação dos países em atividades relevantes da UNFCCC (UNFCCC, 2016[26]). Em 2022, todos os países da ALC haviam designado pelo menos um ponto focal na UNFCCC, de maneira semelhante aos países da OCDE, que têm entre um e cinco pontos focais (Tabela 2.2Tabela 2.2) (UNFCCC, 2022[22]). A maioria dos pontos focais nacionais oficiais são do Ministério do Meio Ambiente ou do Ministério das Relações Exteriores, mas nenhum é do Ministério da Saúde. Em nível nacional, a maioria dos países da ALC designou um ponto focal de mudança climática e saúde dentro do Ministério da Saúde (WHO, 2021[19]), capaz de desempenhar um papel importante na colaboração e nas políticas intersetoriais.

Tabela 2.2. Número de pontos focais oficiais na UNFCC na ALC, por país

Países	Número de pontos focais				
	1	2	3	4	Mais de 4 (n)
Antígua e Barbuda	✓				
Argentina		✓			
Bahamas			✓		
Barbados		✓			
Belize	✓				
Bolívia					✓ (8)
Brasil	✓				
Chile		✓			
Colômbia				✓	
Costa Rica	✓				
Cuba	✓				
Dominica	✓				
Equador		✓			
El Salvador	✓				
Grenada	✓				
Guatemala				✓	
Guiana			✓		
Haiti	✓				
Honduras		✓			
Jamaica	✓				
Média LAC		✓			
México	✓				
Nicarágua	✓				
Média da OCDE		✓			
Panamá					✓ (10)
Paraguai		✓			
Peru	✓				
República Dominicana			✓		
São Cristóvão e Névis		✓			
Santa Lúcia		✓			

Países	Número de pontos focais				
	1	2	3	4	Mais de 4 (n)
São Vicente e as Granadinas	✓				
Suriname	✓				
Trinidad e Tobago		✓			
Uruguai	✓				
Venezuela			✓		

Fonte: UNFCCC (2022[22])Pontos focais nacionais, https://unfccc.int/process/parties-non-party-stakeholders/parties/national-focal-point.

Memorandos de entendimento conjuntos entre o setor de saúde e os setores determinantes da saúde em relação a políticas de saúde e mudança climática

Uma relação coordenada e forte entre o setor da saúde e os setores determinantes da saúde (por exemplo, agricultura, energia e transportes) é vital, uma vez que várias medidas e ações que afetam a saúde e o bem-estar da população dependem de outros setores que não o de saúde. O setor da saúde deve ser uma voz de liderança para assegurar que as políticas nos setores determinantes da saúde protejam a saúde e o bem-estar da população, além de promoverem sistemas de saúde resilientes à mudança climática. Memorandos de Entendimento Conjuntos (MECs) promovem a colaboração intersetorial e contribuem para a articulação de políticas intersetoriais que criam sistemas de saúde resilientes ao clima.

No geral, o setor de saúde na ALC limitou MECs com outros setores (Tabela 2.3). Cuba e Nicarágua reconheceram ter MECs com quase todos os setores em análise, exceto com o setor de serviços sociais. (WHO, 2021[19]).

Tabela 2.3. Número de países da ALC com memorando de entendimento conjunto (MdEC) entre o setor da saúde e os setores determinantes da saúde

Setores	Sim	Não	Desconhecido / Não aplicável
Agricultura	2: Cuba, Nicarágua	18	4
Educação	2: Cuba, Nicarágua	18	4
Energia	2: Cuba, Nicarágua	18	4
Meio Ambiente	5: Bahamas, Brasil, Cuba, Granada, Nicarágua	15	4
Meteorológico	3: Brasil, Cuba, Nicarágua	18	3
Serviços Sociais	0	19	5
Transporte	1: Cuba	18	5
Desenvolvimento Urbano e Habitação	1: Cuba	18	5
Água, Saneamento e Higiene	2: Cuba, Jamaica, Nicarágua	18	4

Fonte: OMS (2021[19]), *2021 WHO health and climate change global survey report*, https://apps.who.int/iris/handle/10665/348068.

Ao analisar as experiências dos países da OCDE, a situação é semelhante à da ALC. Entretanto, Alemanha, Holanda, Israel, Portugal e Suécia se destacam por ter a MCE com vários setores determinantes para a saúde, especialmente os serviços meteorológicos e hidrológicos nacionais. (WHO, 2021[19]). Esta colaboração intersetorial permitiu-lhes criar capacidade, estabelecer programas informados sobre o clima- e melhorar a vigilância e o clima- sistemas de alerta precoce de saúde informados, entre outras medidas (WHO, 2008[27]).

Em geral, os países da ALC têm trabalhado para melhorar a liderança e a governança na intersecção do clima e da saúde; entretanto, ainda há muitas oportunidades de melhoria, especialmente no que diz respeito à colaboração intersetorial para fortalecer os sistemas de saúde resilientes- do clima. O fortalecimento deste bloco de construção é fundamental porque é a base para fortalecer todos os outros blocos de construção.

2.3.2. Força de trabalho da saúde

Uma força de trabalho qualificada é essencial para promover a saúde, alcançar melhores resultados e construir sistemas de saúde climaticamente resilientes. Os profissionais da saúde estão em contato direto com as populações vulneráveis durante os períodos de normalidade e durante as emergências, planejando, organizando e

implementando atividades de saúde pública; desenvolvendo políticas públicas de saúde; e colaborando com outros setores, dentre outras atividades. Eles são a pedra angular dos sistemas de saúde. Portanto, em um contexto de mudança climática, os profissionais da saúde precisam entender os desafios impostos pelas mudanças e ser capazes de se preparar e agir diante de eventos climáticos que afetam o funcionamento dos sistemas de saúde. Ao capacitar profissionais da saúde, desenvolver capacidades organizacionais adequadas e melhorar a comunicação e a conscientização sobre os desafios da mudança climática, os países constroem sistemas de saúde resilientes ao clima.

Número de profissionais da saúde por país

Ter uma densidade adequada de trabalhadores da saúde sustenta a prestação de serviços de saúde adequados e, conseqüentemente, leva a uma melhor saúde da população, o que é ainda mais importante durante emergências de saúde. Em média, há 2 médicos e 3,4 enfermeiros e parteiros por 1.000 habitantes nos países da ALC, o que está bem abaixo da média dos países da OCDE (3,5 médicos e 9,7 enfermeiros e parteiros por 1.000 habitantes). O capítulo 8 desta publicação contém informações detalhadas sobre a densidade de trabalhadores de saúde na região da ALC. (WHO, 2022[28]).

Quando um choque ocorre, toda a prestação de serviços de saúde é significativamente afetada e há um aumento da demanda, o que exige a disponibilidade de pessoal de saúde suficiente. Infelizmente, os países da ALC estão inadequadamente preparados quando se trata de contra-medidas médicas e de pessoal durante situações de emergência. Com base no Índice de Segurança Sanitária Global (GHSI) de 2021, os países da ALC obtiveram uma pontuação muito baixa, com uma pontuação média de 9,09 em 100, que está bem abaixo da pontuação média de 30,26 (de 100) nos países da OCDE. (Bell and Nuzzo, 2021[29]).

Treinamento e currículos sobre mudança climática e saúde

O treinamento e a inclusão de módulos sobre mudança climática e saúde nos países da ALC são limitados. Uma análise de 161 universidades em 20 países da ALC mostrou que apenas uma universidade no Brasil incluiu e publicou deliberadamente uma matéria optativa sobre “mudança climática e saúde” nos currículos de graduação em medicina e enfermagem (Palmeiro-Silva et al., 2021[30]). É possível que o tema tenha sido incluído em aulas avulsas de outras matérias, como saúde pública e epidemiologia; no entanto, essa informação não está disponível publicamente. Outra pesquisa internacional que considerou os membros do Global Consortium on Climate and Health Education mostrou que 63 por cento dos entrevistados (n=84) oferecem educação sobre clima e saúde; no entanto, apenas seis membros eram da ALC na época (Palmeiro-Silva et al., 2021[30]; Shea, Knowlton and Shaman, 2020[31]).

Nos últimos anos, foram lançadas várias oportunidades educacionais oferecidas por instituições acadêmicas e organizações não governamentais da ALC, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Por exemplo, o Global Consortium on Climate and Health Education, da Columbia University, com o Inter-American Institute (IAI) e a OPAS organizaram um curso gratuito de 5 semanas chamado *Curso de Resposta a Clima e Saúde para a América Latina*, voltado para pesquisa acadêmica em saúde na região (Columbia University, 2022[32]). O *Curso de Resposta a Clima e Saúde para o Caribe*, de 10 semanas, foi organizado pelas organizações *Global Consortium on Climate and Health Education*, *Earth Medic/Earth Nurse* e *Caribbean Institute of Meteorology and Hydrology*, com foco em profissionais de saúde, líderes climáticos e estudantes (Columbia University, 2022[33]). Por fim, a University of the West Indies, com o apoio da OPAS, Comunidade do Caribe (CARICOM) e União Europeia (UE), lançou um programa de bolsas de estudo para capacitação chamado *Os Líderes da Mudança Climática e da Saúde*, com foco em líderes intersetoriais e multidisciplinares do Caribe (The University of West Indies, 2022[34]).

Mais amplamente na ALC, a OPAS e outras instituições acadêmicas organizaram diferentes cursos online abertos sobre mudança climática e saúde, com o objetivo de aumentar a conscientização entre os profissionais da região (PAHO-VCPH, 2022[35]). O IAI organizou um grande curso online aberto chamado *Mudança Climática e Global na América Latina*, que apresenta ao público os tópicos de ciências climáticas, mitigação, adaptação e sustentabilidade na ALC (IAI, 2020[36]). Outro curso aberto, chamado *Comunicando sobre a Mudança Climática Efetivamente,* foi lançado em 2020 pela CDKN voltado para profissionais de diferentes disciplinas (CDKN, 2022[37]). Também foram preparados dois cursos abertos sobre saúde planetária que incluem o tema de mudança climática e saúde. Um foi organizado por uma parceria entre o Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, TelessaúdeRS, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e a Planetary Health Alliance (TelessaudeRS, 2020[38]). O segundo curso foi organizado pela Sociedade Chilena de Saúde Planetária (Sochisap, 2022[39]).

Em nível internacional, a One United Nations Climate Change Learning Partnership tem realizado vários cursos abertos sobre mudança climática, incluindo a sua intersecção com a saúde. Geralmente são cursos de curta duração, alguns dos quais estão disponíveis em espanhol, português e francês (UNCCELEARN, 2022[40]). O Banco Mundial

também organizou um curso aberto chamado *Da Ciência Climática à Ação*, que apresenta informações regionais sobre impactos setoriais e medidas de mitigação e adaptação (World Bank, 2022[41]).

O número de indivíduos beneficiados por essas iniciativas é desconhecido e o treinamento formal raramente foi integrado aos currículos de graduação ou pós-graduação em saúde, o que destaca a necessidade de investimentos adicionais e de mais atenção a esse tema.

Comunicação com profissionais de saúde durante uma emergência de saúde pública

A comunicação de informações essenciais durante emergências de saúde pública é vital para maximizar os esforços, facilitar e apoiar a tomada de decisões e limitar os possíveis danos da ameaça (WHO, 2018[42]). A comunicação rápida, precisa e clara com os profissionais da saúde é, portanto, vital para proteger a saúde da população e os sistemas de saúde durante emergências.

De acordo com o GHSI 2021 sobre comunicações com profissionais da saúde durante uma emergência de saúde pública, os países da ALC têm uma pontuação média de 10,6 de 100, enquanto os países da OCDE obtiveram uma média de 31,6 de 100. Os países da ALC mais bem preparados são a Argentina, Peru, Chile, México e São Vicente e Granadinas, enquanto Austrália, Bélgica, Dinamarca, Finlândia e Estados Unidos são os mais bem preparados entre os países da OCDE. Essa baixa pontuação dos países da ALC aumenta o risco de inadequação no funcionamento e na coordenação dos atores durante uma emergência, tanto verticalmente (por exemplo, entre ministérios de saúde e unidades de saúde locais) quanto horizontalmente (por exemplo, entre os profissionais dentro da mesma unidade de saúde). Os efeitos resultantes incluem perda de confiança, atrasos em decisões críticas, alocação inadequada de recursos, mal-entendidos e conflitos, além de aumento da morbidade e da mortalidade.

Os países da ALC precisam melhorar sua comunicação de risco com profissionais da saúde e com os cidadãos para combater a desinformação, conquistar a confiança (OECD, 2020[43]) do público e fortalecer seus sistemas de saúde. Uma comunicação de risco precisa, clara, assertiva, rápida e centrada nas pessoas faz parte do aprimoramento da gestão de riscos de desastres e da construção de resiliência, ajudando a envolver os atores na resposta coletiva. A experiência da pandemia de COVID-19 mostrou que vários países tiveram que implementar estratégias práticas para melhorar a comunicação pública. Por exemplo, o Chile e a Coreia tinham *briefings* diários para comunicar informações essenciais de forma tempestiva e consistente; na Bélgica, no Chile, em Portugal e nos Estados Unidos, *briefings* públicos eram produzidos por cientistas e/ou especialistas em saúde pública para apoiar dados e intervenções em evidências (OECD, 2020[43]); e o Canadá, Chile e Reino Unido criaram sites específicos com estatísticas diárias para simplificar a compreensão dos dados (Bangdiwala et al., 2021[44]).

2.3.3. Sistemas de Informação de Saúde

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são um elemento central dos sistemas de saúde porque "*permitem que os tomadores de decisão identifiquem problemas e necessidades, tomem decisões baseadas em evidências sobre políticas de saúde e aloquem recursos escassos de maneira otimizada*" (WHO, 2008[45]). Para enfrentar os desafios e impactos da mudança climática e proteger a saúde da população, os tomadores de decisão e os profissionais da saúde devem entender as informações críticas relacionadas aos perigos climáticos, à localização de populações vulneráveis e aos recursos para implementar medidas de adaptação.

Os SIS estão intrinsecamente ligados a todas as peças do sistema de saúde, particularmente novas tecnologias de saúde (Seção 3.4) e prestação de serviços (Seção 3.5). Por exemplo, plataformas inovadoras para prestação de serviços exigiriam governança de saúde robusta e políticas de saúde integrais que permitissem a interoperabilidade e segurança dos sistemas. Ao mesmo tempo, as equipes de saúde devem ser devidamente treinadas para maximizar os benefícios das novas tecnologias e otimizar a prestação de cuidados de saúde de acordo com as características e necessidades dos pacientes. A integração de uma perspectiva de clima e saúde aos SIS fortaleceria a prestação de cuidados de saúde centrados no paciente e reduziria os riscos climáticos (por exemplo, minimizando a interrupção dos serviços durante emergências) (Rozenberg et al., 2021[46]).

Mudanças climáticas e avaliações de vulnerabilidade e adaptação à saúde

Um dos primeiros passos na construção de sistemas de saúde resilientes ao clima é entender: i) quais populações estão mais vulneráveis a diferentes ameaças à saúde relacionadas ao clima, ii) a capacidade de resposta do sistema de saúde para gerenciar os potenciais impactos nas populações, iii) principais vulnerabilidades do sistema de saúde antes e durante um evento extremo, e iv) os recursos disponíveis para adaptação efetiva. As avaliações de vulnerabilidade e adaptação (V&A) são vitais para coletar e analisar dados, conduzir análises situacionais contínuas

e informar planos de ação adequados. Os resultados das avaliações de V&A visam informar e desenvolver planos nacionais de adaptação, inclusive setoriais.

Com base na Pesquisa Global de Saúde e Mudança Climática 2021 (WHO, 2021[19]) (HCCGS) da OMS, apenas sete países da ALC (dos 25 participantes da pesquisa) conduziram avaliações de V&A sobre mudança climática e saúde. Outras análises nacionais sobre vulnerabilidade à mudança climática têm sido realizadas por diversos países, embora algumas vezes não atendam a todos os requisitos para serem consideradas avaliações formais. A Tabela 2.4 mostra um resumo dos países da ALC que declararam ou publicaram seus documentos de V&A.

Tabela 2.4. Avaliações de vulnerabilidade e adaptação de países da ALC

País	Avaliação de Vulnerabilidade e Adaptação[1]			Outras avaliações
	Realizado[2]	Em desenvolvimento	Não / Nenhum participante	
Antígua e Barbuda			✓	✓[3]
Argentina			✓	✓[3]
Bahamas				
Barbados			✓	
Belize			✓	✓[4]
Bolívia			✓	✓[3] ✓[5]
Brasil	✓(2020)			
Chile			✓	
Colômbia			✓	✓[3] ✓[4]
Costa Rica		✓		✓[3] ✓[4]
Cuba	✓ (2020)			
Dominica	✓ (2017)			✓[3]
Equador			✓	✓[3]
El Salvador			✓	✓[3] ✓[4]
Grenada	✓ (2016)			
Guatemala	✓ (2020)			✓[3] ✓[4]
Guiana			✓	
Haiti			✓	✓[3]
Honduras			✓	✓[3] ✓[4]
Jamaica		✓		
México			✓	✓[4]
Nicarágua		✓		✓[3] ✓[4]
Panamá			✓	✓[3] ✓[4]
Paraguai			✓	✓[3]
Peru		✓		✓[3]
República Dominicana			✓	✓[4]
São Cristóvão e Névis			✓	
Santa Lúcia	✓ (sem data)			
São Vicente e as Granadinas			✓	
Suriname			✓	
Trinidad e Tobago	✓ (2019)			
Uruguai			✓	
Venezuela			✓	

1. do HCCGS, OMS, 2021 (WHO, 2021[19]).
2. entre parênteses: conclusão da última avaliação.
3. V&A realizada por meio do *Encontro Regional para Transferência de Tecnologia e Ação de Mudança Climática para a América Latina e o Caribe* - REGATTA (UNEP-REGATTA, 2022[47])
4. V&A realizada através do Banco Interamericano de Desenvolvimento (IADB, 2010[48]).
5. O documento *Avanços no conhecimento: Mudança climática e o desafio da saúde na Bolívia* inclui algumas seções de V&A (Providas, 2013[49]).

Os Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (PEID) no Caribe, com o apoio da OPAS, têm trabalhado no fortalecimento de suas capacidades, incluindo a implementação de avaliações de V&A. Eles criaram o Centro de Mudança Climática da Comunidade do Caribe em 2004, a Agência de Saúde Pública do Caribe em 2013 e o Boletim de Clima e Saúde do Caribe, entre outras iniciativas, e também fazem parte da Iniciativa Especial sobre Mudança Climática e Saúde em Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento, que visa garantir que, até 2030, todos os sistemas de saúde dos PEID sejam resilientes à variabilidade e à mudança climática (PAHO, 2019[21]). Esforços combinados levaram Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Dominica, Granada, Guiana, Haiti, Jamaica, São Cristóvão e Nevis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Suriname e Trinidad e Tobago a receberem o Projeto EU/CARIFORUM de Mudança Climática e Saúde, de 5 anos, que lhes permitiu preparar avaliações de V&A sobre mudança climática e saúde e planos de adaptação subsequentes (PAHO, 2021[50]). Finalmente, Santa Lúcia demonstrou grande liderança ao cofundar a iniciativa *Coalizão de Ação para Adaptação em Saúde*, que visa adaptar e construir resiliência aos impactos da mudança climática (WHO, 2021[51]). No entanto, processos mais formais para avaliações de V&A são necessários para informar medidas e políticas subsequentes.

Outros países da região, incluindo o Chile (Ministerio del Medio Ambiente, 2017[52]), Costa Rica (Ministerio de Ambiente y Energía, 2022[53]), Peru (Ministerio del Ambiente, 2022[54]), República Dominicana (Presidencia de la República Dominicana, 2016[55]), Uruguai (MVOTMA, 2010[56]) e Venezuela (MINEA, 2017[57]), mencionaram vários fatores de vulnerabilidade em seus PNAs, suas Contribuições Nacionalmente Determinadas (NDCs, na sigla em inglês) ou nas comunicações nacionais, mas não estão vinculados a avaliações anteriores de V&A ou sequer foram sistematicamente analisados.

No geral, a maioria dos países da ALC está conduzindo ou conduziu avaliações formais ou preliminares de V&A; no entanto, algumas delas precisam ser atualizadas de acordo com os novos desafios e integrar ainda mais a saúde como área principal de análise. Finalizar avaliações que incluem análises específicas e sistemáticas de populações vulneráveis e vulnerabilidades do sistema de saúde ajuda os tomadores de decisão a concentrar as ações e recursos na adaptação e na resiliência climática.

Quadro 2.1. Diretrizes para avaliações de vulnerabilidade e adaptação

A UNFCCC compilou um pacote de treinamento sobre métodos e ferramentas para avaliações de V&A em inglês e espanhol, que pode ser usado pelos países para desenvolver suas próprias avaliações, incluindo um capítulo sobre saúde humana (UNFCCC, 2007[58]). Além disso, o Canadá, República Tcheca, Estônia, Alemanha, Lituânia, Holanda, Suécia e Estados Unidos realizaram avaliações específicas de mudança climática e V&A no âmbito da saúde que podem ser usadas como modelos metodológicos. Particularmente, o Governo do Canadá desenvolveu um manual específico sobre avaliação de V&A em mudança climática e saúde, que descreve diferentes etapas sobre como analisar as principais vulnerabilidades e identificar medidas para aumentar a resiliência climática dos sistemas de saúde; está disponível em inglês e francês (Health Canada, 2022[59]).

A Argentina também desenvolveu um documento chamado *Manual: Vulnerabilidade e Adaptação à Mudança Climática para a Gestão e o Planejamento Local,* que orienta a avaliação dos principais riscos e vulnerabilidades associados à mudança climática (Dirección de Cambio Climático de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación Argentina, 2011[60]).

O Banco Mundial tem apoiado países em todo o mundo com a implementação de Avaliações de Vulnerabilidade em Clima e Saúde (CHVAs), Avaliações Econômicas de Clima e Saúde (CHEVs) e outras análises relacionadas. Na ALC, a CHVA do Haiti foi concluída em 2022.

Identificação de populações vulneráveis

Embora os riscos da mudança climática possam ser semelhantes globalmente, os impactos são diferentes por causa das diferenças de exposição e fatores de vulnerabilidade dentro das populações. Em geral, a avaliação da vulnerabilidade inclui três componentes: a análise da exposição da população aos perigos, o grau de suscetibilidade (ou até que ponto as pessoas são afetadas) e a capacidade de adaptação ou resposta aos perigos. As populações vulneráveis correm maior risco de sofrer os efeitos negativos das ameaças climáticas, não apenas por causa de seus efeitos nos meios de subsistência e na vida cotidiana, mas também por causa dos impactos em cascata na renda, na pobreza e em problemas de saúde. Nesse sentido, a identificação de populações vulneráveis é fundamental para

reduzir os danos causados pelos perigos climáticos, intervindo em qualquer um dos três componentes da vulnerabilidade.

Pessoas que vivem em áreas com políticas climáticas fracas, acesso limitado a serviços básicos, comunidades marginalizadas e pobres, indígenas, mulheres, pessoas acima de 65 anos e abaixo de 1 ano de idade e trabalhadores ao ar livre são geralmente consideradas populações vulneráveis (IPCC, 2022[61]). Uma preocupação especial nos países da ALC é a combinação de planejamento urbano deficiente e rápidas taxas de urbanização das cidades (Ezquiaga Arquitectura, Sociedad y Territorio S.L., 2015[62]), o que aumenta o risco de efeitos adversos à saúde decorrentes da mudança climática.

Em nível nacional, a OMS e a Organização Meteorológica Mundial (OMM) publicaram um atlas de saúde e clima que identifica países ou áreas com alto risco de resultados negativos de saúde sensíveis ao clima, incluindo malária, dengue e doenças respiratórias. Neste documento, a maioria dos países da ALC são reconhecidos como vulneráveis à mudança climática e ambiental, especialmente devido às vulnerabilidades sociais (WHO and WMO, 2012[63]). Além disso, o Lancet Countdown estimou um aumento na exposição de populações vulneráveis a ondas de calor em todo o mundo e os países da ALC não foram exceção. O número de eventos de exposição a ondas de calor envolvendo pessoas com mais de 65 anos aumentou em todos os países da ALC, especialmente a Colômbia, Venezuela, Brasil, Bolívia, Paraguai, Suriname e Guiana (Romanello et al., 2021[64]; 2022[11]). Além disso, quase todos os países da ALC têm um número significativo de pessoas expostas ao aumento do nível do mar (ANM), tendo o Brasil e o Equador o maior número absoluto de pessoas expostas (Romanello et al., 2021[64]). Estima-se que mais de 27 por cento da população da ALC viva em áreas costeiras e 8 por cento corra alto ou muito alto risco de ser afetada por perigos costeiros, incluindo o ANM (WMO, 2022[8]); no entanto, proporcionalmente e geograficamente, os PEID no Caribe correm um risco particularmente alto de ANM (Giardino et al., 2020[65]; IPCC, 2022[66]).

Dada a correlação entre os resultados de saúde sensíveis ao clima e a vulnerabilidade social, os países têm a oportunidade de multiplicar os efeitos positivos da prontidão climática para a saúde, construir resiliência climática e reduzir a pobreza e as desigualdades sociais. Nesse sentido, a saúde, em colaboração com outros setores determinantes da saúde, como habitação e serviços sociais, pode mapear e identificar populações vulneráveis, permitindo uma melhor priorização e concentração de recursos e esforços. Também é importante identificar vulnerabilidades nos sistemas de saúde, incluindo processos de comunicação fracos ou infraestrutura crítica que possa ser danificada por perigos climáticos.

O México publicou um atlas interativo online chamado *Atlas Nacional de Vulnerabilidade à Mudança Climática*, onde o grau de vulnerabilidade a deslizamentos, dengue, inundações e ciclones tropicais é analisado e identificado em nível municipal para informar as estratégias de desenvolvimento local. O índice de sensibilidade inclui povos indígenas, pobreza alimentar, características individuais (peso, por exemplo) e outros fatores agrícolas (Gobierno de México/INECC, 2022[67]).

Da mesma forma, o Chile também desenvolveu e publicou um atlas online chamado *Atlas de Riscos Climáticos*, que aborda diferentes setores, incluindo agricultura, saúde e bem-estar, florestas, turismo e energia em nível municipal. Em particular para a saúde e o bem-estar, identifica os riscos de inundações, mortalidade prematura devido a mudanças de temperatura e calor, efeitos de ondas de calor e ondas de frio na saúde humana e segurança hídrica, analisando o perigo, o grau de exposição e a sensibilidade da população. Esse atlas informa os governos nacionais e regionais quanto à priorização de ações e concentração de recursos (Ministerio del Medio Ambiente, 2020[68]).

O Panamá fez uma análise espacial da vulnerabilidade à mudança climática, incluindo um índice de acesso a centros de saúde no nível dos *corregimientos* (Calderón, Francisco and López, 2021[69]).

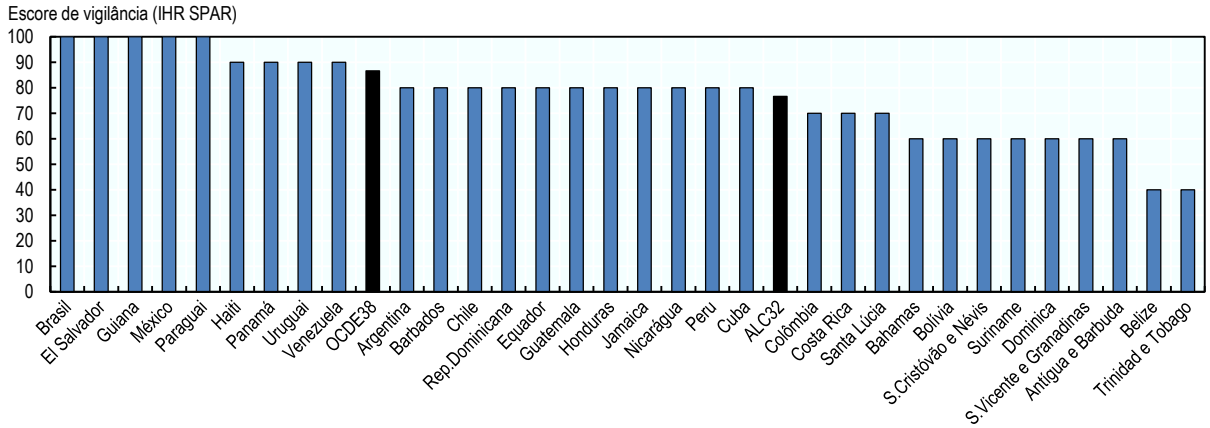
O Equador também analisou mapas de exposição e vulnerabilidade e identificou riscos a nível cantonal. Embora seja um documento muito útil, ele deve ser atualizado de acordo com novas vulnerabilidades emergentes (D'Ercole and Trujillo, 2003[70]). A Argentina propôs o desenvolvimento de um observatório nacional de saúde e clima para apoiar as políticas de adaptação relacionadas à saúde da população; no entanto, ainda é inédito (Ministerio de Salud, 2018[71]).

Capacidades laboratoriais e de vigilância

De uma perspectiva geral, os sistemas de vigilância na ALC melhoraram com o tempo, mas revelam diferenças importantes entre os países. De acordo com a avaliação da capacidade de vigilância do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da OMS, a pontuação média dos países da ALC em 2020 foi de 79,6 de 100, com pontuação mínima de 40 (Belize e Trinidad e Tobago) e máxima de 100 (Brasil, El Salvador, Guiana, México e Paraguai). Essa

pontuação média ficou próxima, mas abaixo, da pontuação média dos países da OCDE, que chegou a 87,6 de 100 (Figura 2.2) (WHO, 2022[72]).

Figura 2.2. Pontuação de vigilância (IHR SPAR) nos países da ALC em 2020 (ou no último ano).



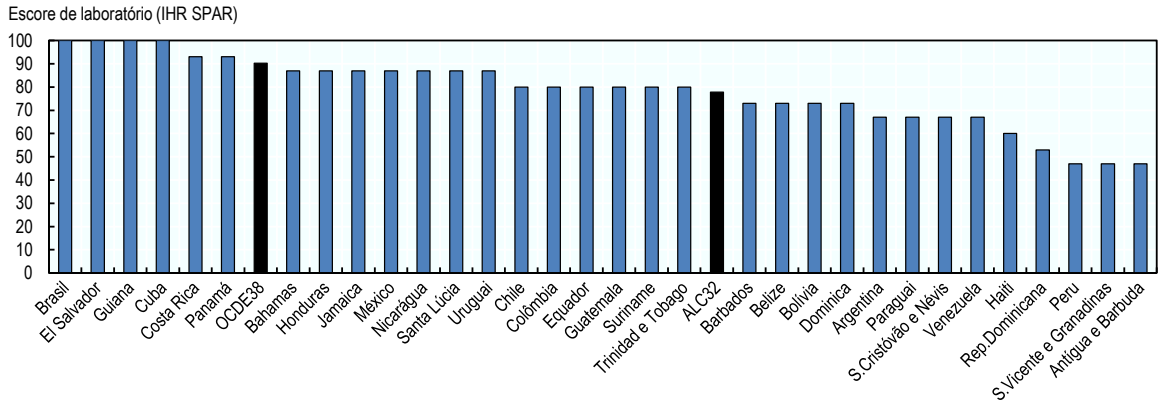
Fonte: OMS (2022[72]), Vigilância (IHR SPAR), https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/surveillance-ihr-spar.

StatLink https://stat.link/fu7iew

Informações mais detalhadas sobre a existência de sistemas de vigilância para doenças relacionadas ao clima foram coletadas pela HCCGS 2021 da OMS. A pesquisa mostra que a maioria dos países participantes da ALC (n=25) tem sistemas de vigilância para doenças não transmissíveis (92 por cento), doenças transmitidas por vetores (92 por cento), desnutrição e doenças transmitidas por alimentos (83,3 por cento), doenças transmitidas pela água (83,3 por cento), zoonoses (83,3 por cento) e doenças respiratórias e aéreas (71 por cento); no entanto, menos países têm sistemas de vigilância para saúde mental e psicossocial (65,2 por cento), para lesões e mortalidade por eventos climáticos extremos (33,3 por cento) e para doenças relacionadas ao calor (8,3 por cento) (WHO, 2021[19]).

Em termos de serviços laboratoriais, a pontuação média do RSI para os países da ALC é 77,8 de 100, com Brasil, Cuba, El Salvador e Guiana ocupando as posições mais altas. No entanto, a maioria dos países da ALC está bem abaixo da média dos países da OCDE, de 90,3 de 100 (Figura 2.3) (WHO, 2022[72]). Particularmente importante é a capacidade laboratorial de conduzir análises relacionadas a doenças transmitidas por vetores - especialmente dengue e malária, duas doenças de especial preocupação de saúde pública na ALC devido a seu comportamento endêmico e suas projeções em cenários de mudança climática. A Figura 2.4 (quadro à esquerda) mostra que 30 países relataram casos de dengue, mas apenas 15 confirmaram o sorotipo (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4) em 2021 (PAHO, 2022[73]). A análise e confirmação do sorotipo é relevante para fins de saúde pública, devido aos desfechos clínicos associados encontrados na população e medidas subsequentes (Aguas et al., 2019[74]). Complementarmente, a malária é uma doença parasitária com risco de vida que deve ser diagnosticada e tratada rapidamente após a suspeita, para se evitar altas taxas de mortalidade. Um aspecto importante a ser analisado na Figura 2.4, no quadro à direita, é a diferença significativa entre as taxas de incidência suspeita e confirmada em 2020, o que pode indicar a limitada capacidade laboratorial para realizar testes rápidos de diagnóstico ou análises de microscopia em alguns países (WHO, 2022[75]; WHO, 2022[76]).

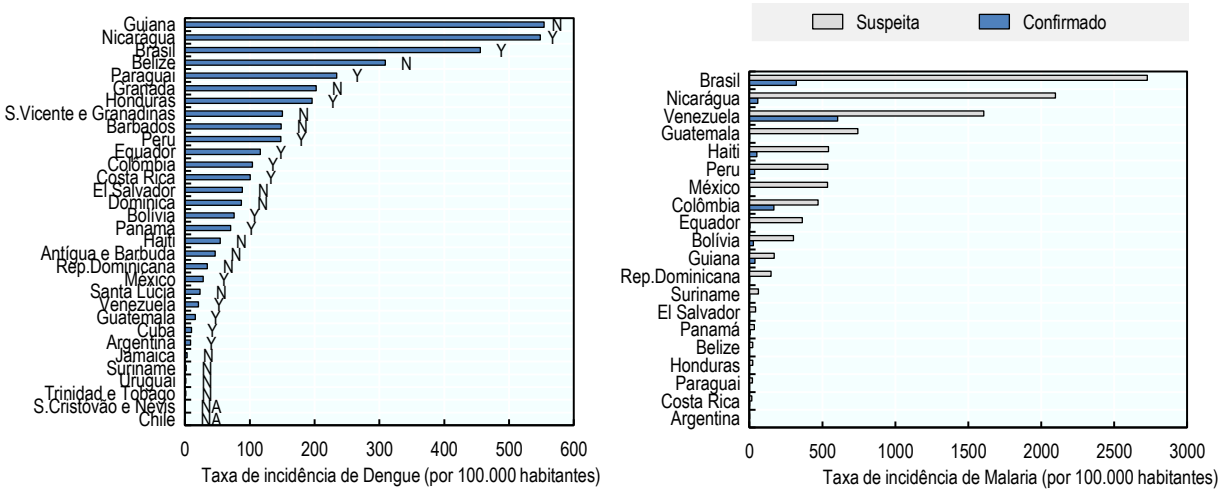
Figura 2.3. Pontuação de serviços laboratoriais do RSI (IHR SPAR) nos países da ALC em 2020 (ou no último ano)



Fonte: OMS (2022[72]), Vigilância (IHR SPAR), https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/surveillance-ihr-spar.

StatLink https://stat.link/8u3q0j

Figura 2.4. Capacidade de vigilância para dengue em 2021 e para malária em 2020 (ou no último ano) nos países da ALC



O gráfico à esquerda mostra a taxa de incidência de dengue por 100.000 pessoas e a confirmação do sorotipo (Y: Sim N: Não, NA: Não se aplica). O gráfico à direita mostra a taxa de incidência de malária por 100.000 pessoas: Totais para suspeitos (cinza) e confirmados por teste rápido de diagnóstico ou microscopia (azul).

Fonte: Plataforma de Informação em Saúde para as Américas (PLISA) (PAHO/WHO, 2023[77]) e Observatório Global de Saúde, OMS (WHO, 2022[75]; 2022[76]; 2022[78]).

StatLink https://stat.link/2f3nqj

Sistemas de alerta precoce de saúde informados pelo clima

Os sistemas de alerta precoce aplicados à vigilância e prontidão da saúde também são uma ferramenta fundamental para antecipar ameaças climáticas e prevenir danos (2.2). A esse respeito, os sistemas de alerta precoce de saúde informados pelo clima (C-HEWS, na sigla em inglês) em vigor são menos comuns nos países da ALC. Apenas seis países participantes da HCCGS 2021 (OMS) informaram ter C-HEWS atualmente para doenças transmitidas por vetores (26,1 por cento) e cinco para doenças transmitidas pelo ar e respiratórias (21,7 por cento). Poucos países informaram possuir C-HEWS para doenças relacionadas ao calor (17,4 por cento), lesões e mortalidade por eventos climáticos extremos (13 por cento), doenças não transmissíveis (8,7 por cento), doenças infecciosas (8,7 por cento), desnutrição e doenças transmitidas por alimentos (8,7 por cento), doenças de veiculação hídrica (8,7 por cento), zoonoses (5 por cento) e saúde mental e psicossocial (4,3 por cento) (WHO, 2021[19]).

Quadro 2.2. Sistemas de alerta precoce de saúde na prática

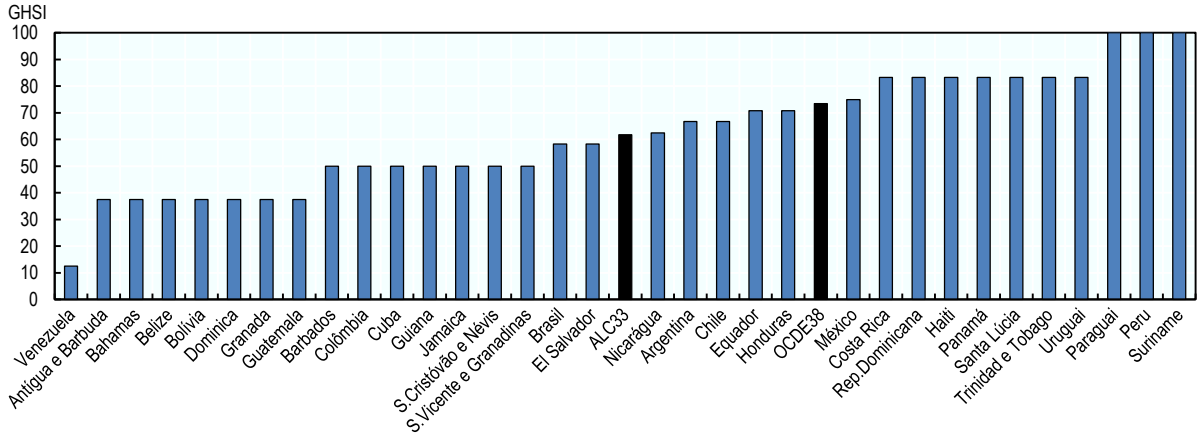
Avanços importantes foram feitos em vários países a respeito de C-HEWS, embora ainda haja grande variabilidade entre eles. Por exemplo, o EuroHEAT é uma ferramenta online que exibe previsões diárias de probabilidade de ondas de calor (0-100%), informando sobre os próximos dez dias (EuroHEAT, 2022[79]). Da mesma forma, o Reino Unido, por meio da UK Health Security Agency (UKHSA) e, com base nas previsões do Met Office, opera o Heat-Health Alert Service de junho a setembro. Esse serviço visa ajudar os profissionais de saúde a lidar com períodos de temperaturas extremas ou ondas de calor, informando possíveis cinco níveis de resposta (Níveis 0-4). Cada nível está associado a uma série de ações, detalhadas no Plano de Ondas de Calor para a Inglaterra, e incluem planejamento de longo prazo, prontidão e ação para o verão e ondas de calor e uma grande emergência nacional (MetOffice, 2021[80]; UK Health Security Agency, 2022[81]). Outra ferramenta é promovida pela European Aeroallergen Network (EAN) e prevê dados de pólen e esporos de fungos para a região europeia (EAN, 2022[82]). Na ALC, o Serviço Meteorológico Nacional da Argentina lançou um sistema de alerta precoce para ondas de calor com base nos impactos na saúde da população. O SAT-OCS (Sistema de Alerta Precoce para Ondas de Calor e Saúde) tem quatro níveis de alerta – verde (sem efeito), amarelo, laranja e vermelho (perigo extremo) – cada um deles indica os efeitos potenciais de ondas de calor na saúde das populações (SMN Argentina, 2022[83]).

Planejamento de comunicação de risco e plano de comunicação de risco para uso específico durante uma emergência de saúde pública

A pandemia de COVID-19 demonstrou a importância de uma comunicação de risco clara e adequada com o público em geral, bem como com os profissionais da saúde. A falta de informação rápida e clara deixou as pessoas à procura de respostas para várias questões em meio a um contexto estressante, onde a desinformação e os boatos eram comuns nas redes sociais, ameaçando a eficácia e o cumprimento das medidas de emergência contra a pandemia (OECD, 2020[43]).

Com base no GHSI 2021 para comunicação de riscos, os países da ALC mais bem preparados foram Paraguai, Peru e Suriname, enquanto os países que precisam melhorar seu planejamento de comunicação de riscos são Antígua e Barbuda, Bahamas, Belize, Bolívia, Dominica, Granada, Guatemala e Venezuela. A média do GHSI para os países da ALC foi de 61,73 de 100, abaixo da pontuação dos países da OCDE, que atingiram 73,46 de 100 (Figura 2.5). Neste caso, a Austrália, Canadá, Portugal, Eslovênia e Reino Unido lideraram o grupo (Bell and Nuzzo, 2021[29]).

Figura 2.5. GHSI para comunicação de risco nos países da ALC em 2021



Fonte: Sino e Nuzzo (2021[29]) Índice de Segurança Sanitária Global: Advancing Collective Action and Accountability Amid Global Crisis, https://www.ghsindex.org/.

StatLink https://stat.link/67er0h

Complementarmente, os planos de comunicação de risco específicos para emergências de saúde pública também devem ser aprimorados nos países da ALC. A pontuação média do GSHI 2021 para a região foi de 54,54 de 100, onde a Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Santa Lúcia, Suriname, Trinidad e Tobago e Uruguai foram os países mais bem preparados da região. No caso dos países da OCDE, a maioria está bem preparada, com pontuação média de 82,21 (Bell and Nuzzo, 2021[29]).

2.3.4. Produtos e tecnologias médicas essenciais

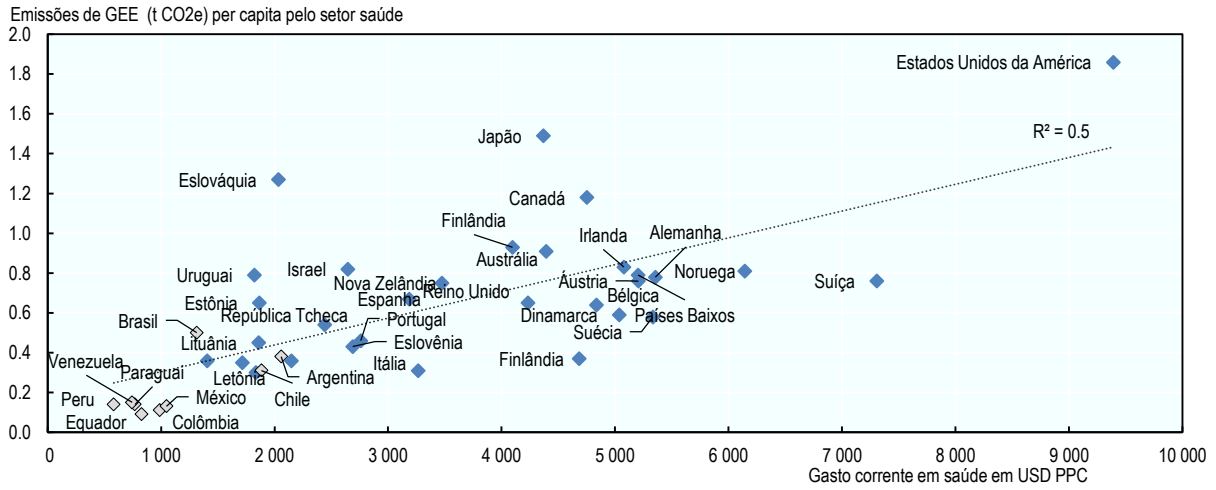
Visto que as atividades derivadas dos serviços e prestação de serviços de saúde contribuem para as emissões de GEE, é essencial que os sistemas de saúde incorporem práticas sustentáveis e reduzam suas emissões de carbono e suas pegadas ambientais (WHO, 2015[5]). Além disso, os sistemas de saúde resilientes ao clima consideram protocolos de resposta sob condições de risco climático para fornecer adequadamente produtos e serviços médicos essenciais, incluindo novas tecnologias que podem ajudar na resposta dos serviços de saúde (por exemplo, eHealth).

Emissões de GEE do setor de saúde por país e sustentabilidade das operações de saúde

Embora todas as ações dos sistemas de saúde sejam fundamentais para melhorar a saúde e o bem-estar da população, elas têm importantes pegadas de carbono e ambiental, que, paradoxalmente, ameaçam a saúde da população. Estima-se que entre 4 e 10 por cento das emissões globais de GEE sejam provenientes do setor da saúde; no entanto, essas estimativas podem variar significativamente entre países e unidades de saúde. Globalmente, os principais emissores de GEE no setor da saúde são os Estados Unidos da América, a China e todos os países da União Europeia, que, juntos, representam aproximadamente 56 por cento das emissões totais do setor (HCWP/ARUP, 2019[84]).

Estimativas internacionais mostram uma forte associação entre os gastos com saúde per capita e as emissões de GEE do setor saúde per capita (Figura 2.6). Os países da OCDE podem dobrar ou até triplicar os gastos com saúde per capita (em PPP), bem como as emissões totais de GEE do setor de saúde em comparação aos países da ALC (Lenzen et al., 2020[85]; WHO, 2022[86]). Essa situação clama urgentemente por transformações nos serviços de saúde nas próximas décadas (Quadro 2.3). Algumas intervenções para reduzir as pegadas ambiental e de carbono incluem estratégias passivas de aquecimento e resfriamento solar, eficiência energética, ventilação de modelo natural, redução do consumo de água, redução de resíduos em geral e de resíduos de gases anestésicos, entre outros (World Bank, 2017[87]).

Figura 2.6. Emissões per capita de GEE (t CO2e) do setor de saúde e gastos correntes com saúde per capita em PPC em US$, em 2015



Fonte: OMS (2022[86]), "Indicadores NHA", Banco de Dados de Despesas de Saúde Global da OMS, https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en, e Lenzen et al. (2020[85]), "A pegada ambiental da assistência à saúde: uma avaliação global", https://www.doi.org/10.1016/s2542-5196(20)30121-2.

StatLink https://stat.link/qibztr

A estimativa das pegadas de carbono ou ambientais das unidades de saúde permite identificar áreas ou atividades responsáveis por grandes emissões de carbono, bem como o posterior planejamento de unidades de saúde mais sustentáveis. Por exemplo, em 2015 o Hospital General de Agudos Enrique Tornú de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, na Argentina, constatou que, do total de emissões de GEE CO_2e, 43 por cento eram de atividades diretas, 29 por cento de consumo de energia e 29 por cento de outras emissões indiretas (Rodriguez-Smith and Titto, 2018[88]). Além disso, o Hospital Base de Puerto Montt, no Chile, constatou que, do total de emissões de CO_2e em 2016, 46 por cento foram provenientes do consumo de eletricidade, 29 por cento da geração de resíduos e 10 por cento do consumo de gás clínico, do qual o sevoflurano foi o mais significativo (Balkenhol et al., 2018[89]).

Quadro 2.3. Centros de saúde sustentáveis na ALC

A Red Global de Hospitales Verdes y Saludables (Rede Global de Hospitais Verdes e Saudáveis) e o Projeto Hospitais Saudáveis fazem parte de uma rede internacional de instituições de saúde que visa a transição para cuidados de saúde sustentáveis e climaticamente inteligentes. Sob uma estrutura e um roteiro padronizados, as instituições e organizações participantes atuam de acordo com dez metas de sustentabilidade interconectadas para promover cuidados de saúde sustentáveis, incluindo liderança, produtos químicos mais seguros, redução de resíduos, melhores transportes e edificações e aquisições ecológicas (HCWH, 2022[90]). Várias unidades de saúde da ALC aderiram à iniciativa, incluindo Brasil (37 instalações), Chile (29 instalações), Colômbia (20 instalações), Argentina, Costa Rica, Equador e México. Entre essas unidades, os objetivos mais compartilhados são resíduos, liderança e energia. Em relação aos hospitais, o Chile lidera o grupo com 180 hospitais, seguido pela Colômbia (178 hospitais), Brasil (176 hospitais) e México (80 hospitais), depois menos hospitais aderiram da Argentina, Costa Rica, Equador, República Dominicana, Peru, Guatemala, Uruguai, Honduras e Panamá. A área de foco mais comum é energia, desperdício e liderança (HCWH, 2022[90]). O caráter voluntário dessa adesão demonstra a consciência sobre a responsabilidade que as unidades de saúde têm nas emissões de GEE, bem como a liderança das instituições de saúde para se tornarem mais sustentáveis, verdes e saudáveis.

Iniciativas específicas surgiram da rede. Por exemplo, em 2019, o primeiro *Huellatón* da América Latina foi coorganizado pelo Ministério da Saúde do Chile em colaboração com a equipe Healthcare Without Harm Latin America. O objetivo dessa atividade foi apoiar os hospitais no cálculo e na mitigação de sua pegada de carbono (HCWH Europe, 2019[91]). Outra iniciativa chama-se *Menos Pegada, Mais Saúde*, que visa apoiar hospitais e unidades de saúde na redução de suas pegadas ambientais. Por exemplo, o Hospital San Rafael de Pasto, na Colômbia, reduziu sua pegada ambiental e hídrica instalando pias de baixo consumo e promovendo a compostagem para reduzir o desperdício. Da mesma forma, o hospital Dr. Rafael Angel Calderon Guardia, na Costa Rica, também reduziu seu consumo de água e sua pegada ambiental instalando dispositivos de economia de água (HCWH and GGHH, 2021[92]).

Tecnologias básicas e novas tecnologias de saúde

Da pandemia de COVID-19 podem ser extraídas várias lições para fortalecer as tecnologias no setor da saúde, incluindo a digitalização de prontuários para análises oportunas, aplicações móveis e consultas de telessaúde. Essas iniciativas devem também ser acompanhadas do reforço da governança digital e dos processos de digitalização, garantindo mais segurança e interoperabilidade digital, qualificação eficiente dos profissionais da saúde e promoção da alfabetização digital e sanitária da população, entre outras barreiras a ultrapassar. Os investimentos em saúde digital também devem ser ponderados em relação aos possíveis impactos negativos, como o aumento das emissões de GEE ou a geração de resíduos tecnológicos que podem ser difíceis de gerenciar, como os "*forever chemicals*" (químicos perenes ou PFAS, que são substâncias sintéticas extremamente persistentes que não se degradam com facilidade no meio ambiente e acabam se tornando poluentes).

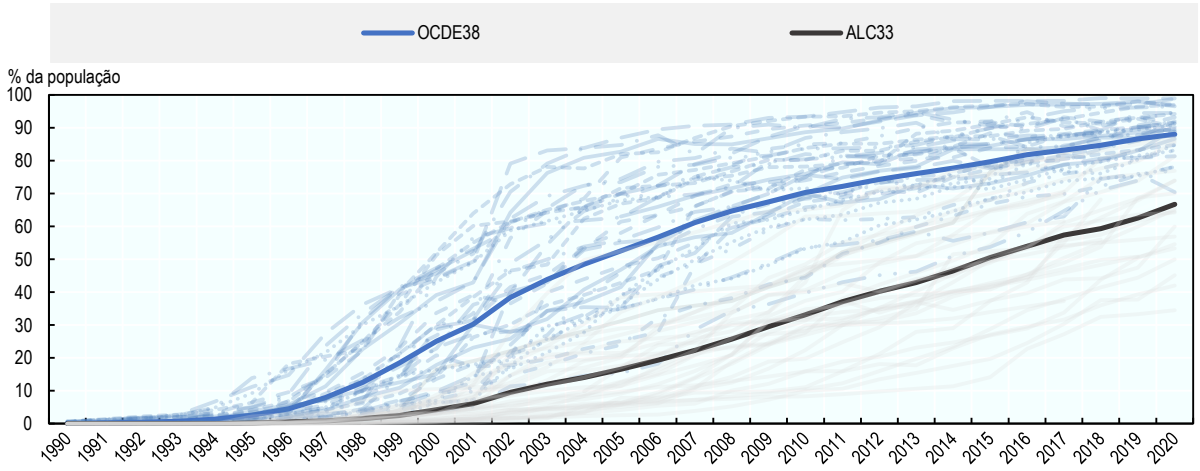
As tecnologias de saúde podem abranger desde tecnologias básicas que facilitam o acesso aos serviços de saúde até tecnologias mais modernas, incluindo a telessaúde. Atualmente, o acesso universal ao atendimento pré-hospitalar por telefone parece ser um serviço básico prestado pelos sistemas de saúde e tem ajudado a melhorar a prestação de cuidados, a eficiência dos recursos e as taxas de sucesso das visitas (Sheffield University, 2010[93]; Wray et al., 2022[94]). Em 2016, 75 por cento dos países da ALC tinham acesso a atendimento pré-hospitalar por meio de números de telefone nacionais, enquanto 21,42 por cento (Argentina, Bolívia, Colômbia, República Dominicana, Panamá e Paraguai) tinham cobertura parcial e apenas um (Guatemala) não tinha cobertura. Nos países da OCDE essa situação

era melhor. Mais de 80 por cento dos países tinham acesso universal, 13,2 por cento tinham cobertura parcial e 2,6 por cento não tinham cobertura nenhuma (WHO, 2020[95]).

Abordagens mais modernas para novas tecnologias de saúde podem ser vistas em vários países da ALC e da OCDE, desde a telessaúde até a inteligência artificial. Um processo de transformação digital fortaleceria a resiliência climática se os sistemas de saúde incluíssem uma abordagem de prontidão climática e risco de desastres em todos os componentes e políticas de saúde. O número de países da OCDE que implementaram prontuários eletrônicos (EMRs, na sigla em inglês) aumentou ao longo do tempo, onde, em média, 93 por cento das práticas de cuidados primários usam prontuários eletrônicos, em 24 países da OCDE (2021). Além disso, a maioria dos pacientes pode visualizar e interagir com suas informações nos prontuários eletrônicos, bem como acessar teleconsultas ou videoconferências (OECD, 2021[96]). Desde o início da pandemia de COVID-19, a proporção de adultos que informaram fazer teleconsultas (online ou por telefone) aumentou consideravelmente, passando de 30 por cento em meados de 2020 para aproximadamente 50 por cento no início de 2021 (OECD, 2021[96]).

O acesso a dispositivos tecnológicos e à Internet é fundamental para a digitalização dos sistemas de saúde e dos SIS (Quadro 2.4). A Figura 2.7 mostra que a porcentagem de pessoas que usam a Internet nos países da OCDE e da ALC aumentou constantemente de 1990 a 2020, mas varia significativamente entre os países. Na ALC, esse percentual em 2020 foi, em média, de 66,7 por cento, com o Haiti apresentando a menor proporção (34,5 por cento) e o Chile, a maior (88,3 por cento). A situação nos países da OCDE é bem diferente, onde a média em 2020 foi de 88 por cento, com a Colômbia tendo a menor proporção (69,8 por cento) e a Islândia a maior (99 por cento) (ITU, 2022[97]; World Bank, 2022[98]; WHO, 2022[72]). O acesso deve aumentar para permitir a digitalização dos sistemas de saúde na região, o que melhoraria o acesso aos cuidados ao encurtar as barreiras geográficas e facilitar a comunicação com o público em geral e com as equipes de saúde durante atividades de rotina e emergências.

Figura 2.7. Proporção da população que usa a Internet nos países da ALC e OCDE, de 1990 a 2020



Fonte: UIT (2022[97]), Indicadores principais sobre acesso e uso das TIC pelos lares e indivíduos, https://www.itu.int:443/en/ITU-D/Statistics/Pages/stat/default.aspx; Banco Word (2022[98]), Pessoas que utilizam a Internet (% da população), https://data.worldbank.org/indicator/IT.NET.USER.ZS; OMS (2022[72]), Vigilância (IHR SPAR), https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/surveillance-ihr-spar.

StatLink https://stat.link/5uswdp

Quadro 2.4. Novas tecnologias de e-saúde na ALC

Embora de maneira esparsa, houve várias iniciativas para incorporar novas tecnologias nos países da ALC antes da pandemia de COVID-19 (PAHO, 2019[99]). O Brasil expandiu suas atividades de telemedicina por meio de inteligência artificial e lançou o programa Telessaúde Brasil, com foco em teleconsultas na atenção primária à saúde, resultando na otimização das listas de espera e na ampliação do acesso à saúde (Haddad and Messina, 2021[100]). Uruguai e Costa Rica implementaram prontuários eletrônicos para pacientes (Bagolle et al., 2022[101]). A Jamaica lançou o aplicativo de saúde "*Jamaica Moves*" que visa acompanhar o estado de saúde e promover estilos de vida mais saudáveis (Bagolle et al., 2022[101]). Além disso, o Chile lançou o Hospital Digital, que está associado a um novo modelo de saúde e visa transformar e modernizar o sistema público de saúde, oferecendo serviços digitais como o *Saludablemente* e o *Yo me Vacuno* (Ministerio de Salud - Chile, 2021[102]).

Para apoiar os países, o guia do kit de ferramentas de avaliação digital, fornecido pelo Banco Mundial, apresenta parâmetros para avaliar diferentes indicadores quantitativos e áreas de digitalização e planejar futuras estratégias e intervenções de saúde digital (World Bank, 2021[103]). Complementarmente, a OPAS lançou um plano de ação para fortalecer os sistemas de informação em saúde com o objetivo de "*fortalecer as atividades dos Estados Membros voltadas para a modernização dos sistemas de saúde por meio do uso de sistemas de informação interconectados e interoperáveis*" (PAHO, 2019[99]).

Avaliações de tecnologias de saúde

O s desafios de saúde associados à mudança climática exigem a adoção de novas tecnologias e inovações em saúde, seja para fornecer melhores serviços de saúde, responder a emergências ou reduzir as pegadas de carbono ou ambientais. No entanto, essas inovações às vezes podem ter implicações importantes para os sistemas de saúde, que devem ser identificadas e tratadas adequadamente. Nesse sentido, as avaliações de tecnologias em saúde (ATS) permitem uma análise sistemática das consequências das tecnologias a serem introduzidas (Quadro 2.5).

As ATS são realizadas em 15 dos países da ALC (Argentina, Belize, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guiana, Jamaica, México, Paraguai, Peru, Trinidad e Tobago e Uruguai) e seus escopos e coberturas variam significativamente entre os países. Apenas alguns países da ALC usam ATS sistematicamente (Belize, Brasil, Jamaica, México, Paraguai, Trinidad e Tobago e Uruguai) para tomar decisões de cobertura e nenhum país informou usar ATS para determinar os níveis de reembolso (Lorenzoni et al., 2019[104]).

Quadro 2.5. NHS Zero Líquido, Reino Unido

Considerando os sistemas de saúde como um todo, o National Health Service (NHS) do Reino Unido se comprometeu a se tornar mais ambientalmente sustentável e zero líquido até 2040 (NHS England, 2022[105]). O NHS é responsável por 4 por cento das emissões de carbono de GEE do país e é o maior sistema de saúde com financiamento público do mundo (Tennison et al., 2021[106]). Desde 2008, o NHS trabalha de acordo com a Lei de Mudança Climática do Reino Unido, conduzindo medições de pegadas de carbono regularmente com o objetivo de ser o primeiro serviço nacional de saúde zero líquido do mundo. De 1990 a 2019, as emissões de CO_2e foram reduzidas em 26 por cento; no entanto, ainda há trabalho a fazer até 2040 e além. O NHS adotou um processo analítico de 4 etapas para informar as metas e trajetórias para o zero líquido, incluindo estimativas atuais da pegada de carbono do NHS, cenários projetados modelados, reduções de carbono disponíveis em todo o sistema e intervenções modeladas e reduções de carbono. Essa abordagem permitiria uma compreensão clara da situação atual do sistema e de quais possíveis cenários e intervenções seriam possíveis para alcançar o zero líquido no futuro (NHS England, 2022[105]).

2.3.5. Prestação de serviços

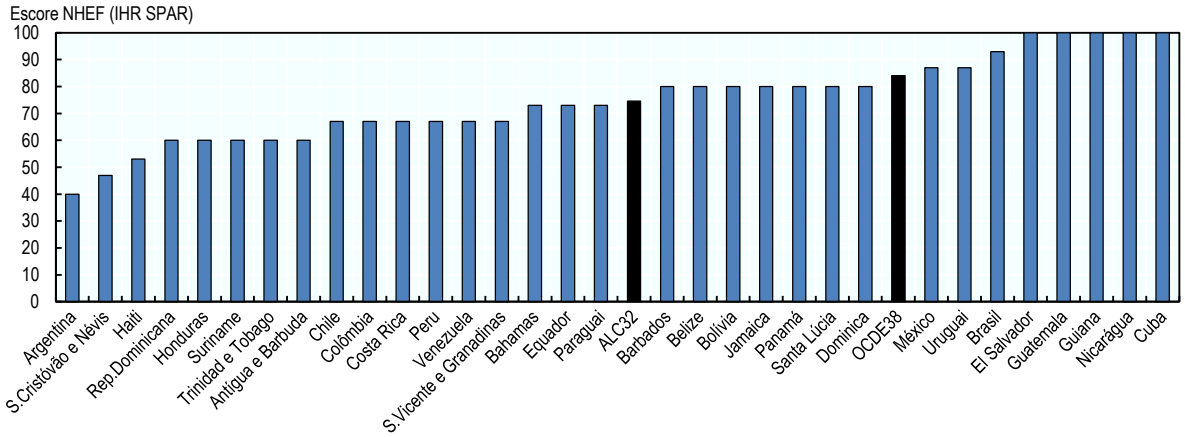
Para que os sistemas de saúde sejam resistentes ao clima, eles devem transformar seus modelos tradicionais de saúde biomédica e integrar determinantes sociais e ambientais que mediem os efeitos da mudança climática sobre a saúde da população. A vigilância e a gestão desses determinantes são essenciais, particularmente através de programas colaborativos e intersetoriais de saúde pública nos quais o setor de saúde fornece evidências, monitora os efeitos das mudanças climáticas sobre a saúde, define padrões regulatórios e coordena a gestão de riscos à saúde. Clima- programas de saúde informados e planos de preparação e emergência contribuem para sistemas de saúde resilientes e protegem a saúde da população.

Gestão de riscos de desastres e prontidão para emergências

As estruturas estratégicas de prontidão para emergências de saúde pública são fundamentais para apoiar, organizar e viabilizar as responsabilidades e atividades dos sistemas de saúde durante uma emergência, otimizando funções, eficácia e análise dos recursos necessários.

Em termos de ter uma estrutura nacional de emergências de saúde (NHEF) clara, os países da ALC melhoraram com o tempo; no entanto, ainda existem diferenças significativas entre os países. Entre 2019 e 2020, a pontuação do RSI nos países da ALC foi, em média, 74,6 de 100, com Cuba, El Salvador, Guatemala, Guiana e Nicarágua sendo os países mais preparados e a Argentina, o menos preparado. Já nos países da OCDE, a média foi de 84 de 100, com mínimo de 33 e máximo de 100 (Figura 2.8) (WHO, 2022[107]).

Figura 2.8. Pontuação em Estrutura Nacional de Emergências de Saúde (IHR SPAR) nos países da ALC no último ano (2019-20)



Fonte: OMS (2022[107]), National Health Emergency Framework (IHR SPAR), https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/national-health-emergency-framework.

StatLink https://stat.link/7aqb3x

Programas de saúde informados pelo clima

Os sistemas de saúde, em nível nacional ou local, são responsáveis pelo desenvolvimento de programas de saúde que abordam os riscos de saúde sensíveis ao clima (por exemplo, doenças relacionadas ao calor, doenças transmitidas por vetores e pela água), bem como a resposta sanitária durante eventos climáticos extremos. Os planos ou estratégias nacionais de saúde e os programas de saúde devem progressivamente incluir informações críticas sobre perigos climáticos e vulnerabilidades, uma vez que afetam os resultados de saúde da população (Quadro 2.6).

De acordo com o HCCGS 2021 da OMS, a proporção de países que estão desenvolvendo ou já desenvolveram programas de saúde informados pelo clima na ALC varia de 4,2 a 29,2 por cento, enquanto na OCDE essa faixa varia de 0 a 54,6 por cento. As três principais áreas nas quais a maioria dos países está se concentrando são doenças relacionadas ao calor, lesões e mortalidade por eventos climáticos extremos e doenças transmitidas por vetores (Figura 2.5) (WHO, 2021[19]).

Tabela 2.5. Proporção de países na ALC e OCDE que estão desenvolvendo ou já desenvolveram resultados de saúde informados pelo clima, por área.

Área	Países ALC	Países da OCDE
Doenças transmitidas pelo ar e respiratórias	17.4%	27.3%
Doenças relacionadas ao calor	4.6%	54.6%
Lesões e mortalidade por eventos climáticos extremos	13%	50%
Desnutrição e doenças transmitidas por alimentos	4.2%	0%
Saúde mental e psicossocial	4.4%	20%
Doenças não transmissíveis	4.2%	27.3%
Doenças transmitidas por vetores	29.2%	25%
Doenças transmitidas pela água e outros resultados de saúde relacionados à água	16.7%	18.2%
Zoonoses	13%	10%

Fonte: OMS (2021[19]), relatório de pesquisa global da OMS sobre saúde e mudança climática, https://apps.who.int/iris/handle/10665/348068.

Quadro 2.6. Integrando a mudança climática em programas de saúde

Como estratégia nacional, a Health Canada desenvolveu o HealthADAPT, um programa plurianual de capacitação que visa ajudar o setor de saúde e as comunidades a se preparar e responder aos impactos da mudança climática. Vários projetos se concentram na compreensão das vulnerabilidades da saúde à mudança climática e no desenvolvimento da capacidade de adaptação dos sistemas de saúde para limitar os danos causados pela mudança (Health Canada, 2022[108]).

Aprendendo com o evento catastrófico das ondas de calor de 2003 na Europa (Robine et al., 2008[109]), Áustria, Bélgica, Croácia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Itália, Holanda, Portugal, Eslovênia, Espanha, Suécia e Suíça desenvolveram planos de ação nacionais ou subnacionais de saúde e calor (HHAP) (European Climate Adaptation Platform, 2021[110]; WHO, 2008[27]). A Alemanha, por exemplo, chegou a incluir a mudança climática no plano estratégico do Ministério da Saúde, levando, de certa forma, à inclusão do tema em todos os programas de saúde (WHO, 2015[111]). Em 2022, o Chile também incluiu a mudança climática como tema do plano estratégico nacional até 2030 (Ministerio de Salud, Chile, 2022[112]).

2.3.6. Financiamento

Todos os planos, programas e atividades para fortalecer os sistemas de saúde resilientes ao clima requerem recursos financeiros. A capacidade de financiamento climático varia significativamente entre os países e dentro deles. Em geral, os países mais vulneráveis costumam ser os menos capazes de obter apoio financeiro suficiente para implementar ações de adaptação e resiliência.

Mecanismos de financiamento, tanto em nível internacional quanto nacional, devem ser implementados para apoiar políticas que aumentem a resiliência dos sistemas de saúde, bem como de outros setores, por meio de atividades orientadas para melhorar a infraestrutura de saúde, treinar pessoal de saúde, implementar sistemas de monitoramento e emergência e garantir segurança alimentar, saneamento e abastecimento de água (WHO, 2015[5]). Internacionalmente, a UNFCCC, o Protocolo de Quioto e o Acordo de Paris pedem assistência financeira das Partes com mais recursos financeiros para aquelas que são menos abastadas e mais vulneráveis. Nacionalmente, os países devem realizar avaliações de V&A e promover capacidades de adaptação para alocar, solicitar e priorizar investimentos em saúde climaticamente inteligentes. Vários fundos foram criados para ajudar os países com capacidade financeira limitada a se preparar e enfrentar os riscos climáticos, bem como fortalecer seus sistemas de saúde.

O Banco Mundial está trabalhando com parceiros internacionais para desenvolver inovações e ações políticas nesta agenda, sob o termo geral Financiamento Verde da Saúde (GHF, na sigla em inglês). Esse engajamento busca fortalecer todas as três funções do financiamento da saúde (mobilização de recursos, compartilhamento de riscos e compras estratégicas) com foco no clima.

Recursos para aumentar a resiliência à variabilidade climática e à mudança climática

Vários organismos internacionais de financiamento têm apoiado uma ampla gama de projetos de adaptação na ALC. A partir do Fundo de Adaptação (AF), estabelecido sob o Protocolo de Quioto, 27 projetos de adaptação foram financiados na ALC (até agosto 2022), incluindo projetos focados em vários setores, bem como agricultura, gestão costeira, redução do risco de desastres, segurança alimentar, desenvolvimento rural e gestão de recursos hídricos. Em média, o valor do subsídio é de US$ 5.403.755 por projeto, com o mínimo de US$ 10.000 e o máximo de US$ 13.248.121. Em geral, os projetos em todos os países concentram-se, principalmente, em melhorar a adaptação e a resiliência e reduzir a vulnerabilidade (Adaptation Fund, 2022[113]). O Mecanismo Global para Redução e Recuperação de Desastres (GFDRR) financiou 34 projetos na ALC com o objetivo de reduzir o risco de desastres ou aumentar a resiliência. O valor médio concedido por projeto é de US$ 509.654 (mínimo de US$ 49.943 e máximo de US$ 1.833.744). A fonte de financiamento mais comum é o Programa Japão-Banco Mundial para Integração da Gestão de Risco de Desastres em Países em Desenvolvimento, seguido pelo Fundo Fiduciário da Parceria para a Redução de Desastres entre Região da África, Caribe e Pacífico (ACP) e a União Europeia (UE) (GFDRR, 2022[114]). Nenhum dos projetos, seja do AF ou do GFDRR, está especificamente voltado para os sistemas públicos de saúde. A Figura 2.6 mostra os destinatários e número de projetos premiados do Fundo de Adaptação e do GFDRR.

Tabela 2.6. Destinatários e número de projetos do Fundo de Adaptação (AF) e do Mecanismo Global para Redução e Recuperação de Desastres (GFDRR) até 2022

País	Projetos sob o AF			Projetos sob o GFDRR		
	1	2	3 ou mais	1	2	3 ou mais
ALC						✓ (3)
América Central					✓	
Antígua e Barbuda			✓ (3)			
Argentina		✓				
Bahamas						
Barbados						
Belize		✓				
Bolívia				✓		
Brasil						✓ (3)
Caribe						✓ (9)
Chile		✓				
Colômbia	✓					
Costa Rica			✓ (5)			
Cuba	✓					
Dominica	✓			✓		
Equador		✓				
El Salvador	✓			✓		
Grenada						
Guatemala		✓				
Guiana						
Haiti	✓					✓ (3)
Honduras			✓ (3)	✓		
Jamaica	✓					
México	✓			✓		
Nicarágua	✓					
Panamá		✓				
Paraguai	✓					
Peru			✓ (3)			✓ (4)
República Dominicana			✓ (3)	✓		
São Cristóvão e Névis						
Santa Lúcia	✓				✓	
São Vicente e as Granadinas				✓		
Suriname				✓		

País	Projetos sob o AF			Projetos sob o GFDRR		
	1	2	3 ou mais	1	2	3 ou mais
Trinidad e Tobago	✓					
Uruguai	✓					
Venezuela						

Fontes: Fundo de Adaptação (2022[113]), Visualização da Tabela de Projetos, https://www.adaptation-fund.org/projects-programmes/project-information/projects-table-view/ e GFDRR (2022[114]), GFDRR grants, https://www.gfdrr.org/en/grants?title=&field_grant_region_target_id=14&field_country_target_id=All&field_topics_term_target_id=All&field_sendai_tag_value=All&field_status_value=All&field_completion_date_value&field_start_date_value&page=1.

Com foco em segurança sanitária, alimentar e hídrica, o Green Climate Fund (GCF) aprovou 17 projetos, dos quais 7 são voltados para adaptação e 11 são projetos transversais na ALC. A maioria dos projetos está relacionada a novas tecnologias aplicadas a recifes de coral, restauração florestal, setor agrícola, gestão de água e sistemas financeiros; no entanto, nenhum está concentrado em sistemas de saúde. Em média, o valor do subsídio é de US$ 284.710.000 e inclui Bahamas, Barbados, Belize, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Granada, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, e Trinidad e Tobago.

O Programa de Preparação do GFC, que fornece recursos para fortalecer as capacidades institucionais das Autoridades Nacionais Designadas/pontos focais, concedeu quatro projetos a países da ALC relacionados ao fortalecimento da resiliência climática dos sistemas de saúde. O projeto "*Desenvolvendo um sistema de saúde resiliente ao clima nas Bahamas*" foi concedido às Bahamas em 2020; o projeto "*Aumentando as capacidades dos setores de saúde e fortalecendo a coordenação em ação climática na Argentina nos níveis nacional e subnacional*" foi concedido à Argentina em 2020; o projeto "*Melhorando a resiliência à mudança climática dos sistemas de saúde no Caribe*" foi concedido a Jamaica, Guiana, Saint Kitts e Nevis, Santa Lúcia, Haiti, Trinidad e Tobago e Belize em 2020; e o projeto "*Construindo resiliência climática no sistema de saúde de Trinidad e Tobago*" foi concedido a Trinidad e Tobago em 2020 (Green Climate Fund, 2022[115]). Os resultados desses projetos ainda são inéditos e é provável que mecanismos padronizados de avaliação de impacto se façam necessários.

Outros fundos também apoiaram diferentes projetos de adaptação, desde a construção de resiliência na agricultura até a gestão de recursos hídricos e fortalecimento de ecossistemas e cidades costeiras. Quase todos os países da ALC receberam financiamento da Global Climate Change Alliance Plus (GCCA+), da Global Environment Facility (GEF), do Least Developed Countries Fund (LDCF), do MDG Achievement Fund, do Pilot Program for Climate Resilience (PPCR) e do Special Climate Change Fund (SCCF). Infelizmente, pelo título dos projetos, nenhum é dedicado ao fortalecimento da resiliência climática dos sistemas de saúde. Um projeto de mitigação foi aprovado pelo Clean Technology Fund (CFT) em Honduras e é intitulado "*GESP: Soluções Inovadoras de Energia para Prestação de Serviços de Saúde em Honduras*" (Climate Funds Update, 2022[116]). O Grupo Banco Mundial também tem sido um dos maiores financiadores multilaterais de ação climática nos países em desenvolvimento, entregando o recorde de US$ 31,7 bilhões em financiamento climático no ano fiscal de 2022 (World Bank, 2022[117]).

Complementarmente, com base no HCCGS 2021 da OMS, 36 por cento (n=9) dos países participantes declararam que o Ministério da Saúde está recebendo fundos internacionais para apoiar atividades e planos de mudança climática. Esses países são Bahamas, Belize, Colômbia, Granada, Guatemala, Guiana, Jamaica, Peru e Saint Kitts e Nevis (WHO, 2021[19]).

Não há dúvida de que o fortalecimento de sistemas de saúde resilientes ao clima requer financiamento adequado e sustentado. Por um lado, e de acordo com o princípio da "responsabilidade comum, mas diferenciada", o apoio internacional deve ser prestado aos países que mais dele necessitem; no entanto, cada país precisa fortalecer sua própria capacidade financeira para aumentar sua resiliência climática e priorizar recursos de acordo com suas próprias vulnerabilidades e capacidades. Um planejamento estratégico adequado e uma forte colaboração intersetorial otimizariam os esforços institucionais e os recursos financeiros, multiplicando os efeitos positivos em diferentes setores, bem como em todos os componentes dos sistemas de saúde.

2.4. Conclusões

Este capítulo examinou o nível de resiliência dos sistemas de saúde dos países da ALC à mudança climática, identificando tendências na região e oferecendo considerações importantes para ações políticas que os países podem implementar para fortalecer essa resiliência.

Os países da ALC têm uma grande oportunidade de superar as crises sanitária e econômica causadas pela pandemia de COVID-19, bem como de construir um caminho melhor adiante, considerando os desafios impostos pela mudança climática. Para promover sistemas de saúde resilientes ao clima à medida que se recuperam da crise de COVID-19, os países da ALC devem se concentrar em:

- **Liderança e governança:** O setor da saúde deve liderar uma transformação positiva em direção à resiliência climática nos sistemas de saúde e apoiar outros setores determinantes da saúde. As políticas e programas de saúde devem integrar uma perspectiva de resiliência climática e gestão de riscos de desastres para fortalecer os sistemas de saúde contra choques e tensões atuais e futuras. Ações específicas de colaboração entre os Ministérios da Saúde e setores determinantes da saúde, como serviços meteorológicos ou serviços sociais, devem ser tomadas para melhor entender os efeitos dos perigos climáticos na saúde da população e poder se preparar para eles, bem como para identificar as populações mais vulneráveis e melhor protegê-las. Algumas recomendações específicas para fortalecer a liderança e a governança são:
    - Designar uma equipe de mudança climática e saúde dentro do setor, com capacidade de liderança, recursos financeiros e vínculos com outros setores determinantes da saúde. Essa equipe seria responsável por garantir que a colaboração, as políticas e as atividades intersetoriais sejam realizadas adequadamente.
    - Definir e acompanhar os principais indicadores de desempenho que permitem a quantificação do progresso na construção da resiliência climática dos sistemas de saúde, incluindo os indicadores relacionados à responsabilização.
- **Força de trabalho da saúde:** Desenvolvimento formal e oportunidades de treinamento em mudança climática e saúde devem ser estabelecidos por meio da colaboração entre instituições para aumentar a capacidade técnica e profissional das equipes de saúde. As instâncias de educação formal devem ser apoiadas por instituições acadêmicas, além de ser legal e financeiramente reconhecidas pelos ministérios da educação, saúde e fazenda de cada país. Algumas recomendações específicas para fortalecer a força de trabalho da saúde são:
    - Criar um modelo educacional e de formação sobre mudança climática e saúde, apoiado por um comitê nacional que integre os ministérios da saúde e educação, bem como instituições acadêmicas e centros de saúde. Esse modelo padronizaria as instâncias de capacitação de acordo com as necessidades específicas do contexto.
    - Aplicar esse modelo para estabelecer protocolos de comunicação de risco com o público em geral e com as equipes de saúde antes, durante e depois de eventos climáticos extremos.
- **Sistemas de informação em saúde:** Os países da ALC precisam formalizar e sistematizar suas avaliações de V&A para melhor integrar as informações climáticas aos programas de saúde e sistemas de vigilância. Também precisam implementar sistemas de alerta precoce. Os países devem se concentrar na comunicação de riscos como base desses esforços. Algumas recomendações específicas para fortalecer os sistemas de informação em saúde são:
    - Realizar avaliações de V&A no nível municipal, incluindo identificação espacial de populações vulneráveis, que podem ser apoiadas por agentes comunitários de saúde.
    - Estabelecer grupos de trabalho entre o setor de saúde e os setores meteorológico e ambiental para informar os programas de saúde sobre os perigos climáticos, integrar o clima nos sistemas de vigilância e desenvolver sistemas de alerta precoce para riscos à saúde.
- **Produtos e tecnologias médicas essenciais:** A transformação dos sistemas de saúde em um modelo climaticamente sustentável e inteligente fortaleceria a liderança do setor na promoção de uma saúde melhor para todos. Além disso, diminuiria as perturbações durante choques e tensões climáticas e reduziria a pegada ambiental dos serviços de saúde. Algumas recomendações específicas para fortalecer produtos e tecnologias médicas essenciais são:
    - Promover a digitalização dos sistemas de saúde e investir na interoperabilidade e na cibersegurança.
    - Desenvolver um modelo nacional que padronize a avaliação da sustentabilidade dos centros de saúde, bem como oriente a melhoria das edificações e a otimização do consumo de energia e água e melhore a gestão de resíduos verdes.
- **Fortalecer a APS para garantir que os riscos de saúde relacionados ao clima sejam abordados e que os sistemas de resposta a emergências de saúde sejam resilientes ao clima e adotem uma prestação de serviços de baixo carbono e resiliente ao clima:** Os países da ALC devem fortalecer suas estruturas nacionais de emergência em saúde, incluindo a prontidão para emergências climáticas e planejamento de

respostas. Para construir a resiliência climática, os países da ALC devem promover ativamente a colaboração com os setores determinantes da saúde para incluir o clima e os determinantes sociais da saúde nos programas de saúde. Os planos de emergências de saúde devem estar em total coordenação com os planos de emergência nacionais e locais, o que significa que a prontidão e a capacidade de resposta com base na comunidade são essenciais para resguardar a saúde durante emergências. Complementarmente, para reduzir os impactos atuais e futuros dos riscos climáticos e ambientais, os programas de saúde devem integrar informações climáticas desde seu desenho até a implementação. Algumas recomendações específicas para fortalecer a prestação de serviços são:

- Desenvolver uma política nacional de gestão de riscos de desastres que inclua perigos climáticos e permita uma rápida articulação com as instâncias regionais e locais.
- Implementar campanhas de conscientização sobre mudança climática e saúde dirigidas ao público em geral, bem como às equipes de saúde.
- Reduzir a poluição do ar, incorporando progressivamente sistemas limpos de cozimento e aquecimento, além de melhorar o transporte público e criar cidades cicláveis e caminháveis e promover dietas com baixo teor de carbono. Essas ações beneficiariam a saúde para além dos impactos da mudança climática, pois podem ajudar a promover hábitos alimentares mais saudáveis e atividade física.
- Fortalecer a APS para garantir que os riscos de saúde relacionados ao clima sejam abordados (por exemplo, insolação) e que os sistemas de resposta a emergências de saúde estejam preparados para fornecer serviços essenciais a despeito dos perigos e riscos relacionados ao clima.

- **Financiamento:** Os países devem alocar mais recursos para preparar os sistemas de saúde para o impacto da mudança climática e capitalizar as sinergias com outras áreas (por exemplo, prontidão para pandemias) e setores. Igualmente importante, os países da ALC devem fortalecer a colaboração entre si e com diversas partes interessadas para obter apoio financeiro internacional. Algumas áreas para fortalecer o financiamento são:
  - Aumentar os gastos públicos com os principais serviços públicos de saúde que protegem a população da mudança climática.
  - Estabelecer grupos de trabalho transdisciplinares que possam buscar financiamento internacional para analisar problemas de saúde pública, além de desenhar e implementar políticas baseadas em evidências.

Os países da ALC estão em processo de fortalecimento da prontidão climática e resiliência de seus sistemas de saúde; no entanto, este capítulo destacou algumas das lacunas remanescentes. Os países da ALC têm potencial para construir sistemas de saúde mais equitativos, acessíveis e resilientes ao clima, mas precisam adotar uma abordagem proativa, holística e colaborativa, levando em consideração o importante papel dos setores determinantes da saúde, partes interessadas e instituições internacionais, bem como atores do setor de saúde em todos os níveis.

Referências

Adaptation Fund (2022), *Projects Table View*, https://www.adaptation-fund.org/projects-programmes/project-information/projects-table-view/. [113]

Aguas, R. et al. (2019), "Cross-serotype interactions and disease outcome prediction of dengue infections in Vietnam", *Scientific Reports*, Vol. 9/1, https://doi.org/10.1038/s41598-019-45816-6. [74]

Bagolle, A. et al. (2022), *La gran oportunidad de la salud digital en América Latina y el Caribe*, Inter-American Development Bank, https://doi.org/10.18235/0004153. [101]

Balkenhol, M. et al. (2018), "Huella de carbono en el Hospital Base de Puerto Montt", *Revista médica de Chile*, Vol. 146/12, pp. 1384-1389, https://doi.org/10.4067/s0034-98872018001201384. [89]

Bangdiwala et al. (2021), *Statistical Considerations when Communicating Health Risks: Experiences from Canada, Chile, Ecuador and England Facing COVID-19*. [44]

Bell, J. and J. Nuzzo (2021), *Global Health Security Index: Advancing Collective Action and Accountability Amid Global Crisis*, https://www.ghsindex.org/. [29]

Calderón, A., N. Francisco and R. López (2021), *Indice de vulnerabilidad al cambio climatico de la Republica de Panama*, https://dcc.miambiente.gob.pa/wp-content/uploads/2021/07/Indice_de_Vulnerabilidad_al_Cambio_Climatico.pdf. [69]

CDKN (2022), *Curso: Comunicando el cambio climático de manera efectiva," Climate & Development Knowledge Network*, https://cdkn.org/es/page/comunicando. [37]

CEPAL (2022), *Panorama Social de América Latina*, CEPAL, https://hdl.handle.net/11362/48518. [10]

Chesini, F. and M. Orman (2021), *Politica de salud en la agenda climatica Argentina*, Ministerio de Salud de la Nación. [24]

Climate Funds Update (2022), *Climate Funds Update*, https://climatefundsupdate.org/data-dashboard/themes/. [116]

Columbia University (2022), *Caribbean Climate and Health Responders Course*, https://www.publichealth.columbia.edu/research/global-consortium-climate-and-health-education/caribbean-climate-and-health-responders-course. [33]

Columbia University (2022), *Climate and Health Responder Course for Latin America*, https://www.publichealth.columbia.edu/research/global-consortium-climate-and-health-education/climate-and-health-responder-course-latin-america. [32]

D'Ercole, R. and M. Trujillo (2003), *Amenazas, vulnerabilidad, capacidades, y riesgos en el Ecuador*, https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers11-03/010032419.pdf. [70]

Dirección de Cambio Climático de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación Argentina (2011), *Manual: Vulnerabilidad y Adaptación al Cambio Climático para la Gestion y Planificación Local*. [60]

EAN (2022), *Pollen Info*, https://www.polleninfo.org/country-choose.html. [82]

EuroHEAT (2022), *EuroHEAT - Forecasts*, http://www.euroheat-project.org/dwd/index.php. [79]

European Climate Adaptation Platform (2021), *National heat-health warning systems and action plans*, https://climate-adapt.eea.europa.eu/en/observatory/evidence/national-and-sub-national-warning-systems. [110]

Ezquiaga Arquitectura, Sociedad y Territorio S.L. (2015), *The Experience of Latin America and the Caribbean in Urbanization: Knowledge Sharing Forum on Development Experiences: Comparative Experiences of Korea and Latin America and the Caribbean*. [62]

Friedlingstein, P. et al. (2022), "Global Carbon Budget 2021", *Earth System Science Data*, Vol. 14/4, pp. 1917-2005, https://doi.org/10.5194/essd-14-1917-2022. [6]

GFDRR (2022), *GFDRR Grants*, https://www.gfdrr.org/en/grants?title=&field_grant_region_target_id=14&field_country_target_id=All&field_topics_term_target_id=All&field_sendai_tag_value=All&field_status_value=All&field_completion_date_value&field_start_date_value&page=1. [114]

Giardino et al. (2020), *Assessing the impact of sea level rise and resilience potential in the Caribbean. Revisiting Resilience in the Caribbean: a 360-degree approach*. [65]

Global Carbon Project (2021), *Supplemental data of Global Carbon Project 2021*, https://doi.org/10.18160/gcp-2021. [7]

Gobierno de México/INECC (2022), *Atlas Nacional de Vulnerabilidad al Cambio Climático*, https://atlasvulnerabilidad.inecc.gob.mx/page/index.html#zoom=8&lat=31.7613&lon=-115.2253&layers=1. [67]

Green Climate Fund (2022), *Green Climate Fund - Projects & Programmes*, https://www.greenclimate.fund/countries. [115]

Haddad, A. and L. Messina (2021), *La Telemedicina y la Telesalud integradas en el ecosistema de salud digital*, https://www.paho.org/ish/. [100]

HCWH (2022), *Global Green and Healthy Hospitals*, Health Care without Harm, https://greenhospitals.org/about. [90]

HCWH and GGHH (2021), *Hospitales que curan el planeta. Informe sobre el trabajo de los miembros de la red global de hospitales verdes y saludables en America Latina*, https://saludsindanio.org/informe-2022. [92]

HCWH Europe (2019), *Annual Report 2019*, Health Care without Harm, https://noharm-europe.org/documents/annual-report-2019. [91]

HCWP/ARUP (2019), *Health care's climate footprint: How the health sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action*, Health Care without Harm, https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimateFootprint_092319.pdf. [84]

Health Canada (2022), *Climate change and health vulnerability and adaptation assessment: Workbook for the Canadian health sector*. [59]

Health Canada (2022), *HealthADAPT: Program descriptions*, https://www.canada.ca/en/health-canada/programs/health-adapt.html. [108]

IADB (2010), *Vulnerabilidad y adaptación al cambio climatico: Diagnóstico inicial, avances, vacíos y potenciales líneas de acción en Mesoamérica*, https://publications.iadb.org/es/vulnerabilidad-y-adaptacion-al-cambio-climatico-diagnostico-inicial-avances-vacios-y-potenciales. [48]

IAI (2020), *Cambio Climático y Global en América Latina: Curso masivo en línea*, https://cclatam.iai.int/. [36]

IPCC (2022), *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change, (H.-O. Pörtner et al., Eds.)*, Cambridge University Press. [61]

IPCC (2021), *Climate Change 2021: The Physical Science Basis. Contribution of Working Group I to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*, Cambridge University Press. [9]

ITU (2022), *Core indicators on access to and use of ICT by households and individuals*, https://www.itu.int:443/en/ITU-D/Statistics/Pages/stat/default.aspx. [97]

Jaramillo, C. (2022), *In 2022, Latin America and the Caribbean Must Urgently Strengthen the Recovery*, World Bank, https://www.worldbank.org/en/news/opinion/2022/02/07/latin-america-and-the-caribbean-must-urgently-strengthen-the-recovery. [1]

Lenzen, M. et al. (2020), "The environmental footprint of health care: a global assessment", *The Lancet Planetary Health*, Vol. 4/7, pp. e271-e279, https://doi.org/10.1016/s2542-5196(20)30121-2. [85]

Lorenzoni, L. et al. (2019), "Health systems characteristics: A survey of 21 Latin American and Caribbean countries", *OECD Health Working Papers*, No. 111, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/0e8da4bd-en. [104]

MetOffice (2021), *Heat-Health Alert*, https://www.metoffice.gov.uk/public/weather/heat-health/?tab=heatHealth&season=normal. [80]

MINEA (2017), *Segunda Comunicación Nacional ante la CMNUCC., Venezuela*, http://www.minea.gob.ve/wp-content/uploads/2015/10/Segunda-Comunicaci%C3%B3n-sobre-Cambio-Clim%C3%A1tico-V.pdf. [57]

Ministerio de Ambiente y Energía (2022), *Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático., Costa Rica*, https://cambioclimatico.go.cr/wp-content/uploads/2022/04/NAP_Documento-2022-2026_VC.pdf. [53]

Ministerio de Planificación del Desarrollo (2007), *Mecanismo Nacional de Adaptación al Cambio Climático*, https://www.bivica.org/file/view/id/1415. [25]

Ministerio de Salud (2018), *Observatorio Nacional de Salud y Clima, Cambio climático y salud," Cambio climático y salud*, Argentina. [71]

Ministerio de Salud - Chile (2021), *¿Qué es Hospital Digital? - Hospital Digital*, Chile, https://www.hospitaldigital.gob.cl/hospital-digital/que-es-hospital-digital. [102]

Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Argentina (2019), *Plan de Acción de Salud y Cambio Climático*, https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/infoleg/res447-6.pdf. [23]

Ministerio de Salud, Chile (2022), *Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitrios al 2030*, https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf. [112]

Ministerio del Ambiente (2022), *Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático del Perú: Un insumo para la actualización de la Estrategia Nacional ante el Cambio Climático., Peru*, https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2827898/220214_Resumen%20Ejecutivo%20del%20Plan%20Nacional%20. [54]

Ministerio del Medio Ambiente (2020), *Atlas de Riesgos Climaticos (ARCLIM)*, Chile. [68]

Ministerio del Medio Ambiente (2017), *Plan de Acción Nacional de Cambio Climático 2017-2022., Santiago, Chile*, https://mma.gob.cl/wp-content/uploads/2017/07/plan_nacional_climatico_2017_2.pdf. [52]

MVOTMA (2010), *Plan nacional de respuesta al cambio climatico. Diagnostico y lineamientos estrategicos., Uruguay*, https://www.gub.uy/ministerio-ambiente/politicas-y-gestion/planes/plan-nacional-respuesta-cambio-climatico. [56]

NHS England (2022), *Delivering a 'Net Zero' National Health Service*, Queen's Printer of Acts of Parliament, https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2022/31/contents/enacted. [105]

OECD (2021), "Digital health", in *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/08cffda7-en. [96]

OECD (2020), "COVID-19 in Latin America and the Caribbean: Regional socio-economic implications and policy priorities", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/93a64fde-en. [2]

OECD (2020), "Transparency, communication and trust: The role of public communication in responding to the wave of disinformation about the new Coronavirus", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/bef7ad6e-en. [43]

OECD/The World Bank (2020), *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/6089164f-en. [4]

Office of Climate Change, Government of Guyana (2019), *Office of Climate Change - Guyana - NAP*, https://climatechange.gov.gy/en/index.php/component/tags/tag/nap. [18]

PAHO (2022), *PLISA Health Information Platform for the Americas - Dengue Fever in The Americas: Number of reported cases*. [73]

PAHO (2021), *EU CARIFORUM Climate Change and Health Project*, https://www.paho.org/en/eu-cariforum-climate-change-and-health-project. [50]

PAHO (2019), *Caribbean Action Plan on Health and Climate Change. No. PAHO/CDE/19-007*. [21]

PAHO (2019), *Plan of action for strengthening information systems for health 2019-2023*, https://iris.paho.org/handle/10665.2/51617. [99]

PAHO/WHO (2023), "Dengue incidence rate", *PLISA Health Information Platform for the Americas*, Pan American Health Organization, https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics/indicadores-dengue-en/dengue-nacional-en/254-dengue-incidencia-en.html. [77]

PAHO-VCPH (2022), *Virtual Classroom of Massive Open Online Courses of Public Health*, https://mooc.campusvirtualsp.org/. [35]

Palmeiro-Silva, Y. et al. (2021), "Cambio climático y salud ambiental en carreras de salud de grado en Latinoamérica", *Revista de Saúde Pública*, Vol. 55, p. 17, https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002891. [30]

Pörtner, H. et al. (eds.) (2022), *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*, Cambridge University Press, http://doi:10.1017/9781009325844. [66]

Presidencia de la República Dominicana (2016), *Plan Nacional de Adaptación para el cambio climático en la República Dominicana*. [55]

Providas (2013), *Avances en el conocimiento: Cambio climático y el desafío de la salud en Bolivia., Bolivia*, https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/bo/undp-bo-salud-2014.pdf. [49]

Robine, J. et al. (2008), "Death toll exceeded 70,000 in Europe during the summer of 2003", *Comptes Rendus Biologies*, Vol. 331/2, pp. 171-178, https://doi.org/10.1016/j.crvi.2007.12.001. [109]

Rodriguez-Smith, M. and E. Titto (2018), *Hospitales sostenibles frente al cambio climático: Huella de carbono de un hospital público de la ciudad de Buenos Aires*, Revista Argentina de Salud Pública. [88]

Romanello, M. et al. (2022), "The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels", *The Lancet*, Vol. 400/10363, pp. 1619-1654, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)01540-9. [11]

Romanello, M. et al. (2021), "The 2021 report of the Lancet Countdown on health and climate change: code red for a healthy future", *The Lancet*, Vol. 398/10311, pp. 1619-1662, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)01787-6. [64]

Rozenberg et al. (2021), *360° Resilience: A Guide to Prepare the Caribbean for a New Generation of Shocks*, The World Bank, Washington, D.C. [46]

Shea, B., K. Knowlton and J. Shaman (2020), "Assessment of Climate-Health Curricula at International Health Professions Schools", *JAMA Network Open*, Vol. 3/5, p. e206609, https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.6609. [31]

Sheffield University (2010), *Building the evidence base in pre-hospital urgent and emergency care: a review of research evidence and priorities for future research*. [93]

SMN Argentina (2022), *Estado del Sistema de Alerta Temprana por Olas de Calor y Salud (SAT-OCS) | Servicio Meteorologico Nacional*, https://www.smn.gob.ar/smn_alertas/olas_de_calor. [83]

Sochisap (2022), *SoChiSaP*, https://www.sochisap.org/. [39]

TelessaudeRS (2020), *Cursos ead com inscrições abertas no Moodle do TelessaúdeRS*, https://www.ufrgs.br/telessauders/noticias/inscricoes-abertas-para-cursos-de-estomatologia-animais-peconhentos-climaterio-e-nutricao-na-aps/. [38]

Tennison, I. et al. (2021), "Health care's response to climate change: a carbon footprint assessment of the NHS in England", *The Lancet Planetary Health*, Vol. 5/2, pp. e84-e92, https://doi.org/10.1016/s2542-5196(20)30271-0. [106]

The University of West Indies (2022), *Climate Change and Health Leaders Fellowship Program*, https://sta.uwi.edu/cchsrd/empowering-caribbean-action-climate-and-health-each. [34]

UK Health Security Agency (2022), *Heatwave plan for England: Protecting health and reducing harm from severe heat and heatwaves*, https://www.gov.uk/government/publications/heatwave-plan-for-england. [81]

UNCCELEARN (2022), *One UN Climate Change Learning Partnership*, https://unccelearn.org. [40]

UNEP-REGATTA (2022), *Vulnerabilidad, impacto y adaptación - UNEP-REGATTA*, https://cambioclimatico-regatta.org/index.php/es/vulnerabilidad. [47]

UNFCCC (2022), *National Adaptation Plans*, https://www4.unfccc.int/sites/NAPC/Pages/national-adaptation-plans.aspx. [16]

UNFCCC (2022), *National focal points*, UN Climate Change, https://unfccc.int/process/parties-non-party-stakeholders/parties/national-focal-point. [22]

UNFCCC (2016), *Report of the Subsidiary Body for Scientific and Technological Advice on its forty-fourth session, held in Bonn from 16 to 26 May 2016. No. FCCC/SBSTA/2016/2*. [26]

UNFCCC (2011), *Report of the Conference of the Parties on its sixteenth session, held in Cancun from 29 November to 10 December 2010. Addendum: Part Two: Action taken by the Conference of the Parties at its sixteenth session. No. FCCC/CP/2010/7/Add.1.*, https://unfccc.int/resource/docs/2010/cop16/eng/07a01.pdf#page=4. [15]

UNFCCC (2007), *"Vulnerability & Adaptation," Non Annex I Training Package (CD ROM)*, https://unfccc.int/resource/cd_roms/na1/v_and_a/. [58]

Vicedo-Cabrera, A. et al. (2021), "The burden of heat-related mortality attributable to recent human-induced climate change", *Nature Climate Change*, Vol. 11/6, pp. 492-500, https://doi.org/10.1038/s41558-021-01058-x. [12]

WHO (2022), "Estimated number of malaria cases", *The Global Health Observatory. Explore a world of health data*, World Health Organization, https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-number-of-malaria-cases. [78]

WHO (2022), "Indicators index", *The Global Health Observatory*, World Health Organization, https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicators-index. [28]

WHO (2022), "National Health Emergency Framework (IHR SPAR)", *The Global Health Observatory*, World Health Organization, https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/national-health-emergency-framework. [107]

WHO (2022), "NHA Indicators", *Global Health Expenditure Database*, World Health Organization, https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en. [86]

WHO (2022), "Number of confirmed malaria cases", *The Global Health Observatory*, World Health Organization, https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/number-confirmed-malaria-cases. [75]

WHO (2022), "Number of suspected malaria cases", *The Global Health Observatory*, World Health Organization, https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/number-of-suspected-malaria-cases. [76]

WHO (2022), "Surveillance (IHR SPAR)", *The Global Health Observatory*, World Health Organization, https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/surveillance-ihr-spar. [72]

WHO (2021), *Adaptation Action Coalition Health Launch: Building climate resilient health systems*, World Health Organization, https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/05/06/default-calendar/adaptation-action-coalition-health-launch. [51]

WHO (2021), *Health in National Adaptation Plans: Review*, World Health Organization, https://apps.who.int/iris/handle/10665/340915. [17]

WHO (2021), *WHO global strategy on health, environment and climate change: the transformation needed to improve lives and well-being sustainably through healthy environments*, World Health Organization, https://apps.who.int/iris/handle/10665/358754. [20]

WHO (2021), *WHO health and climate change global survey report*, World Health Organization, https://apps.who.int/iris/handle/10665/348068. [19]

WHO (2020), "Existence of a universal access telephone number for pre-hospital care", *The Global Health Observatory*, https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/existence-of-a-universal-access-telephone-number-for-pre-hospital-care. [95]

WHO (2018), *Communicating risk in public health emergencies*, World Health Organization, https://apps.who.int/iris/handle/10665/259807. [42]

WHO (2015), *Implementing the European Regional Framework for Action to protect health from climate change*, World Health Organization, Regional Office for Europe, https://apps.who.int/iris/handle/10665/162057. [111]

WHO (2015), *Operational framework for building climate resilient health systems*, World Health Organization, https://apps.who.int/iris/handle/10665/189951. [5]

WHO (2010), *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A handbook of indicators and their measurements strategies*, World Health Organization, https://apps.who.int/iris/handle/10665/258734. [13]

WHO (2008), *Health information systems: Toolkit on monitoring health systems strengthening*, World Health Organization, https://www.who.int/publications/m/item/health-information-systems. [45]

WHO (2008), *Protecting health in Europe from climate change*, World Health Organization, Regional Office for Europe, https://apps.who.int/iris/handle/10665/107262. [27]

WHO (2007), *Everybody's Business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's Framework for action*, World Health Organization, https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918. [14]

WHO and WMO (2012), *Atlas of health and climate*, World Health Organization, https://apps.who.int/iris/handle/10665/76224. [63]

WMO (2022), *State of the Climate in Latin America and the Caribbean 2021*, World Metereological Organization, https://public.wmo.int/en/our-mandate/climate/wmo-statement-state-of-global-climate/LAC. [8]

World Bank (2022), *From Climate Science to Action*, https://www.coursera.org/learn/climate-science. [41]

World Bank (2022), *Individuals using the Internet (% of population)*, https://data.worldbank.org/indicator/IT.NET.USER.ZS. [98]

World Bank (2022), *World Bank Group Delivers Record $31.7 Billion in Climate Finance in Fiscal Year 2022*, https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2022/09/07/world-bank-group-delivers-record-31-7-billion-in-climate-finance-in-fiscal-year-2022. [117]

World Bank (2021), *Digital Health Assessment Toolkit Guide*, World Bank, https://doi.org/10.1596/36547. [103]

World Bank (2017), *Climate-Smart Healthcare: Low-Carbon and Resilience Strategies for the Health Sector*, http://hdl.handle.net/10986/27809. [87]

Wray, C. et al. (2022), "Assessing the Impact of a Pre-visit Readiness Telephone Call on Video Visit Success Rates", *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 38/1, pp. 252-253, https://doi.org/10.1007/s11606-022-07627-w. [94]

Yglesias-González, M. et al. (2022), "Code Red for Health response in Latin America and the Caribbean: Enhancing peoples' health through climate action", *The Lancet Regional Health - Americas*, Vol. 11, p. 100248, https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100248. [3]

3 Estado de saúde

Expectativa de vida ao nascer

Na região da América Latina e Caribe (ALC), a expectativa de vida ao nascer continua aumentando em média, apesar do início da crise da COVID-19, impulsionada pela redução constante da mortalidade em todas as idades, e particularmente da mortalidade infantil em todos os países. Estes ganhos em longevidade podem ser atribuídos a vários fatores, incluindo o aumento do padrão de vida, melhor nutrição e melhores instalações de água potável e saneamento. Estilos de vida mais saudáveis, aumento da educação e maior acesso a serviços de saúde de qualidade também desempenham um papel importante (Raleigh, 2019[1]).

A expectativa de vida ao nascer para toda a população da região atingiu 75,1 anos em média em 2021, um ganho de 3,9 anos desde 2000. Em comparação, os países da OCDE ganharam 3,4 anos durante o mesmo período (Figura 3.1). Entretanto, persistem disparidades regionais. Os países com a maior expectativa de vida em 2021 foram o Chile e a Costa Rica com cerca de 81 anos, seguidos de perto por Barbados com pouco menos de 80 anos. Em contraste, três países da região ALC tinham uma expectativa de vida total de menos de 70 anos (Haiti, Guiana e Bolívia). No Haiti, uma criança nascida em 2017 pode esperar viver uma média de menos de 65 anos.

As mulheres tendem a viver mais do que os homens (Figura 3.1). A diferença de gênero na expectativa de vida era de 5,5 anos em média entre os países da ALC31 em 2021, ligeiramente superior à média de 5,4 anos dos países da OCDE. A diferença de gênero era particularmente grande em El Salvador, com uma diferença de mais de nove anos, assim como na Venezuela, Brasil, Uruguai e Nicarágua, com diferenças de sete anos ou mais. As mulheres também têm maiores taxas de sobrevivência até os 65 anos de idade (Figura 3.2), independentemente da situação econômica do país. Em média, nos países da ALC, 83,7% de uma coorte de mulheres recém-nascidas viveriam até os 65 anos, enquanto apenas 74,2% dos homens recém-nascidos viveriam até os 65 anos. Somente na Costa Rica e no Chile, mais de 90% das mulheres recém-nascidas deveriam viver até os 65 anos, abaixo da média da OCDE de 91,8%. As diferenças de gênero na expectativa de vida podem ser explicadas por mudanças ocorridas no século passado, como a redução da mortalidade materna, bem como a diminuição da taxa de fertilidade total, o aumento do tabagismo entre homens e a redução das doenças infecciosas (Goldin and Lleras-Muney, 2018[2]).

A renda nacional mais alta está geralmente associada a uma maior expectativa de vida ao nascer (Figura 3.3). Houve, entretanto, algumas diferenças notáveis na expectativa de vida entre países com renda per capita semelhante. Por exemplo, a Costa Rica e o Chile tinham maior expectativa de vida e a Guiana tinha menor expectativa de vida do que o previsto apenas pelo PIB per capita. O status socioeconômico e a educação desempenham um papel importante na expectativa de vida, como visto no caso de uma gama diversificada de países da ALC como El Salvador, Peru e Honduras, onde a educação superior das mães e a riqueza familiar estão associadas a uma melhor sobrevivência infantil (ver indicadores "Mortalidade infantil" e "Mortalidade de menores de 5 anos").

Definição e comparabilidade

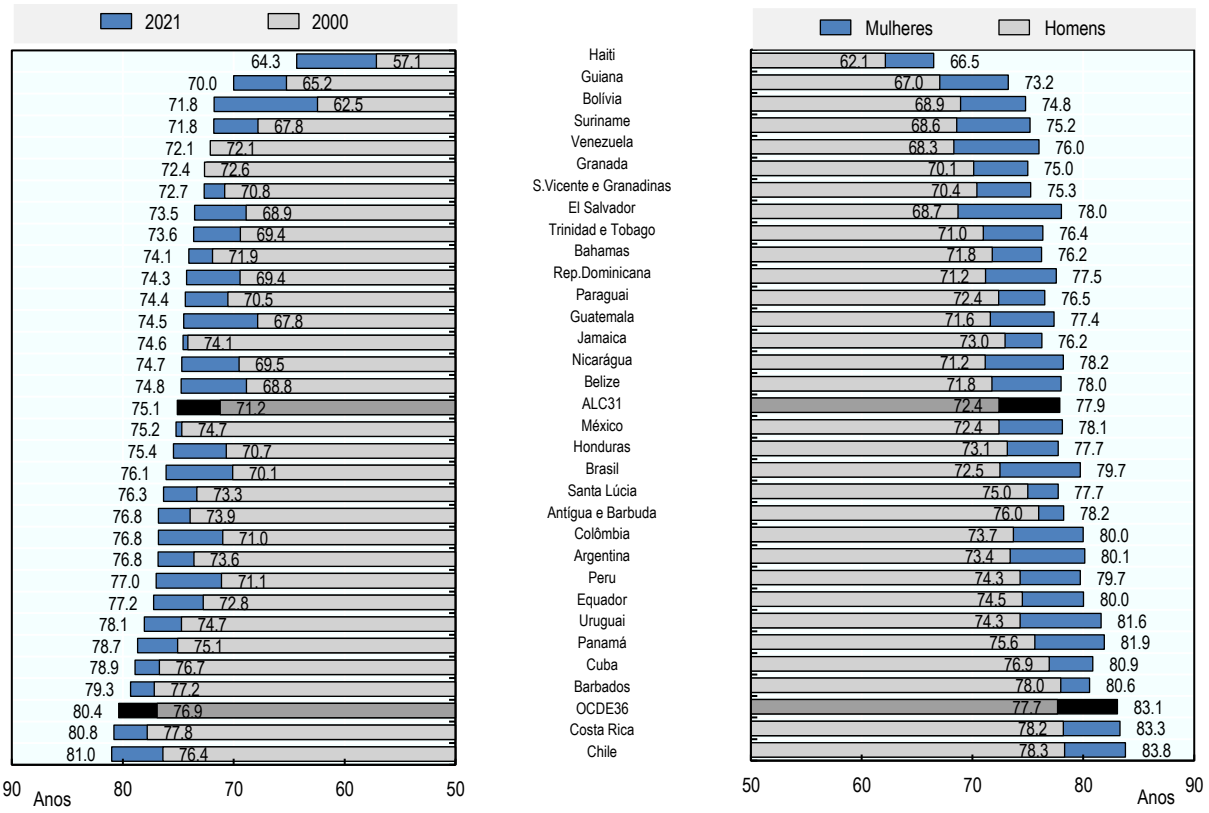
A expectativa de vida ao nascer é a medida mais conhecida do estado de saúde da população e é freqüentemente usada para avaliar o desenvolvimento da saúde de um país. Ela mede quanto tempo, em média, um recém-nascido pode esperar viver se as atuais taxas de mortalidade não mudarem. Como os fatores que afetam a expectativa de vida muitas vezes mudam lentamente, as variações são melhor avaliadas ao longo de longos períodos de tempo. Taxas de mortalidade específicas para a idade são usadas para construir tabelas de vida das quais se derivam as expectativas de vida. As metodologias que os países utilizam para calcular a expectativa de vida podem variar um pouco, levando a diferenças de frações de um ano. Alguns países baseiam suas expectativas de vida em estimativas derivadas de censos e pesquisas, e não no registro exato de mortes. Sobrevivência aos 65 anos de idade refere-se à porcentagem de uma coorte de recém-nascidos que sobreviveriam até os 65 anos de idade, se sujeitos às atuais taxas de mortalidade específicas para a idade.

Referências

Goldin, C. and A. Lleras-Muney (2018), “XX>XY?: The Changing Female Advantage in Life Expectancy”, No. 24716, NBER, Cambridge, MA, https://www.nber.org/papers/w24716.pdf. [2]

Raleigh, V. (2019), “Trends in life expectancy in EU and other OECD countries : Why are improvements slowing?”, *OECD Health Working Papers*, No. 108, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/223159ab-en. [1]

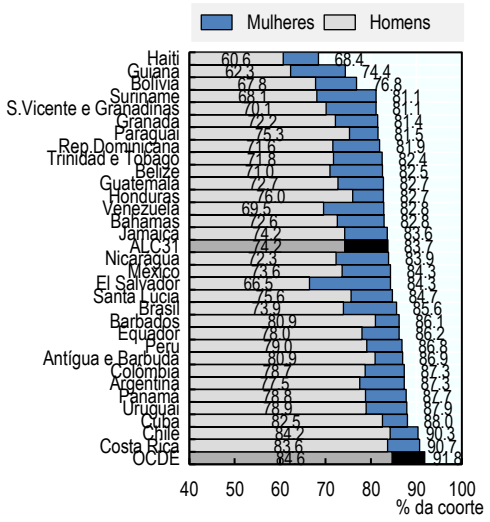
Figura 3.1. Expectativa de vida ao nascer, por sexo, 2000 e 2021 (ou ano mais próximo)



Fonte: OECD Health Statistics 2022, The World Bank World Development Indicators Online 2022.

StatLink https://stat.link/2yvk37

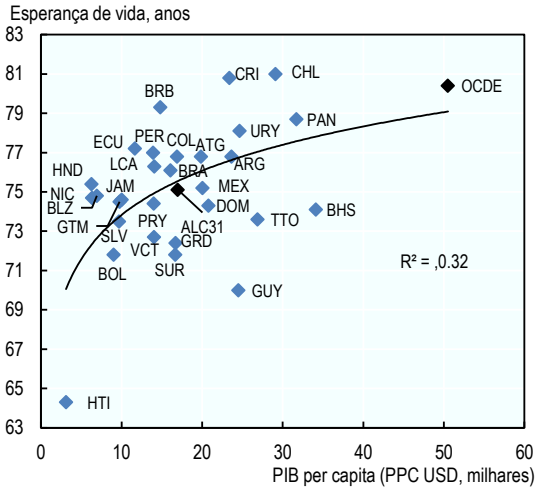
Figura 3.2. Taxa de sobrevivência até os 65 anos de idade, 2020 (ou ano mais próximo)



Fonte: The World Bank World Development Indicators Online 2022.

StatLink https://stat.link/jr0x5o

Figura 3.3. Expectativa de vida ao nascer e PIB per capita, 2021 (ou ano mais próximo)



Fonte: The World Bank World Development Indicators Online 2022.

StatLink https://stat.link/85b71m

Excesso de mortalidade

O excesso de mortalidade mede a diferença entre o número total de mortes por todas as causas está acima do que normalmente se poderia esperar durante um determinado período. As mortes em 2020 e 2021 são comparadas com o número esperado de mortes para esses anos, seguindo um modelo baseado em dados entre 2015 e 2019, ou 2000-19, dependendo da periodicidade da informação em cada país (WHO, 2021[1]). O excesso de mortalidade tem sido útil para proporcionar uma compreensão mais completa do impacto da COVID-19 nos países, uma vez que não é afetada por variações na forma como cada país registra as mortes por COVID-19 e portanto capta tanto as mortes diretamente atribuíveis à COVID-19 quanto às indiretamente ligadas ao vírus. (Morgan et al., 2020[2]).

Em 2020 e 2021, em todos os países da ALC33, foram registrados mais de 1,1 milhões de mortes em excesso por ano, em comparação com o número esperado de mortes com base nos anos anteriores. Em comparação, os 38 países membros da OCDE experimentaram mais de 1,5 milhões de mortes em excesso por ano no mesmo período, ao considerar os números relatados pela OMS.

Mais pessoas morreram em 2020 e 2021 em comparação com o que era esperado (números ajustados para o crescimento populacional) em todos os países da ALC, com exceção de quatro. O excesso de mortalidade anual em 2020 e 2021 foi maior no Peru, onde foram registradas 437 mortes em excesso por 100.000 habitantes, em média. O excesso de mortes por 100.000 habitantes também foi relativamente alto na Bolívia (375), México (242), Equador (228), São Vicente e Granadinas (222) e Guiana (178), todos eles acima da média ALC33 de 174 mortes em excesso por 100.000 habitantes. Em contraste, houve menos mortes por todas as causas em 2020 e 2021, em comparação com a expectativa em São Cristóvão e Névis, Granada, Barbados e Antígua e Barbuda - todos os países com relativamente poucas mortes por COVID-19 (Figura 3.4).

Com relação ao excesso de mortalidade por faixas etárias, todos os países da ALC para os quais havia dados disponíveis apresentaram maior mortalidade no grupo de pessoas com 70 anos ou mais, quando comparado aos grupos de pessoas de 0 a 39 e 40 a 69 anos, exceto o México, em que o grupo de pessoas de 40 a 69 anos apresentou o maior excesso de mortalidade para os anos de 2020 e 2021. Na ALC, como foi o caso no resto do mundo, a maioria das mortes por COVID-19 ocorreu entre os mais idosos (assim como entre aqueles com certas condições crônicas, tais como doenças cardiovasculares e diabetes). Além disso, países como Bahamas, Costa Rica, República Dominicana, Guatemala, Jamaica, Santa Lúcia, Panamá e Trinidad e Tobago experimentaram um excesso de mortalidade negativo para o grupo de pessoas de 0 a 39 anos durante os anos de 2020 e 2021 (Figura 3.5).

Definição e comparabilidade

O excesso de mortalidade é definido aqui como o número médio de mortes totais de todas as causas em 2020 e 2021, em comparação com o número médio esperado de mortes para esses anos estimado pela OMS com base nos anos anteriores. Mais informações sobre o método de estimativa das mortes esperadas podem ser encontradas em "Métodos para estimar o excesso de mortalidade associado à pandemia COVID-19". (WHO, 2021[1]). Os números são ajustados para o crescimento da população em grupos etários ao longo do tempo. Esta linha de base ajustada ainda poderia ser considerada uma estimativa um tanto conservadora do número esperado de mortes, uma vez que também se espera que uma população em envelhecimento aumente o número de mortes observadas a cada ano.

As variações nacionais nas taxas de mortalidade subjacentes relacionadas a vários eventos requerem cautela ao comparar o excesso de mortalidade em um determinado momento. Por exemplo, eventos significativos específicos de cada país, tais como estações de gripe grave, ondas de calor e desastres naturais durante os cinco anos anteriores podem ter tido uma grande influência no número de mortes, afetando a média subjacente. Entretanto, a escolha de um período comparativo de cinco anos ou 20 anos para alguns países) ajuda a mitigar tais variações.

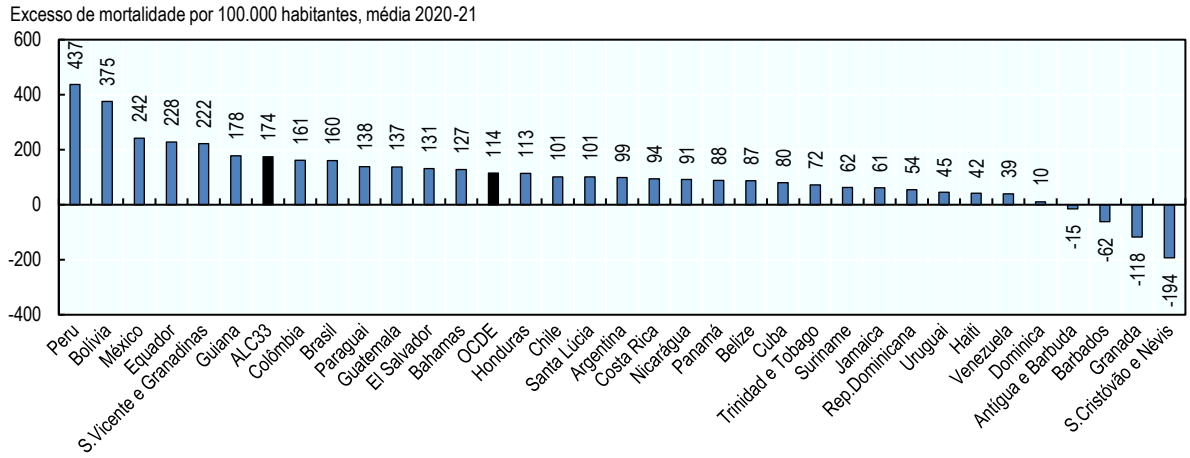
Referências

Morgan, D. et al. (2020), "Excess mortality: Measuring the direct and indirect impact of COVID-19", *OECD Health Working Papers*, No. 122, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/c5dc0c50-en. [2]

WHO (2022), *Global excess deaths associated with COVID-19 (modelled estimates)*, https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates. [3]

WHO (2021), *Obesity and overweight fact sheet*, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight. [1]

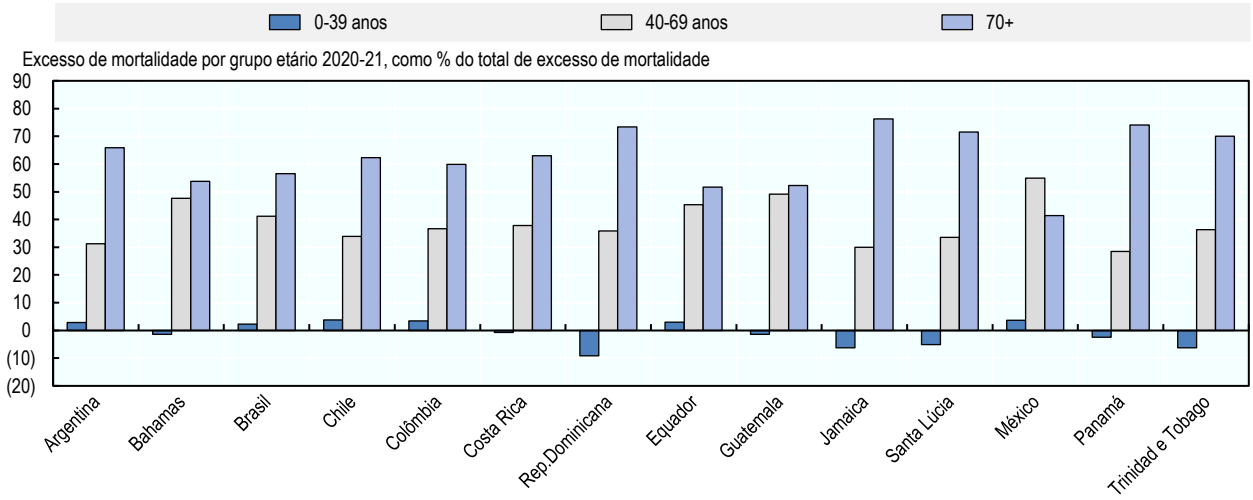
Figura 3.4. Excesso de mortalidade por 100.000 habitantes, 2020 e 2021



Fonte: OMS (2022[3]), "Global excess deaths associated with COVID19 (modelled estimates)", em 25 de março de 2022, https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates.

StatLink https://stat.link/s8rfvb

Figura 3.5. Excesso de mortalidade por faixa etária, 2020 e 2021



Fonte: OMS (2022[3]), "Global excess deaths associated with COVID-19 (modelled estimates)", em 25 de março de 2022, https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates.

StatLink https://stat.link/dh0q2z

Mortalidade infantil

A mortalidade infantil, ou mortes em crianças com menos de um ano de idade, reflete o impacto das condições econômicas, sociais e ambientais sobre a saúde de mães e bebês, assim como a eficácia dos sistemas de saúde. Fatores como a educação da mãe, a qualidade dos cuidados pré-natais e de parto, o nascimento prematuro e o peso ao nascer, o cuidado imediato do recém-nascido e as práticas de alimentação infantil são determinantes importantes da mortalidade infantil. A pandemia de COVID-19 resultou indiretamente na redução dos serviços de saúde e poderia, por em risco conquistas feitas nas últimas décadas na região na redução da mortalidade infantil (Castro, 2020[1]).

Em 2020, a média de mortalidade infantil na ALC era de 15 mortes por 1.000 nascidos vivos. A mortalidade infantil foi menor em países como Cuba, Uruguai, Antígua e Barbuda e Chile (menos de 7 mortes por 1.000 nascidos vivos), enquanto que maior na República Dominicana, Dominica e particularmente no Haiti (quase 28, 32 e 47 por 1.000 nascidos vivos, respectivamente) (Figura 3.6). Entre 2000 e 2020, a taxa média de mortalidade infantil caiu 38% na região da ALC, com a maioria dos países experimentando declínios entre 30% e 60% (Figura 3.6). Peru, Uruguai e Bolívia registraram quedas de mais de 30%. Entretanto, países como Granada, Venezuela, Santa Lúcia e Dominica experimentaram aumentos na taxa de mortalidade infantil, particularmente este último com um aumento de 125%.

Nível de renda e a educação das mães são determinantes das taxas de mortalidade infantil. Por exemplo, no Paraguai, a mortalidade infantil é 26 vezes maior no quintil mais pobre em comparação com o quintil mais rico, enquanto em El Salvador é mais de quatro vezes maior quando as mães têm níveis de educação mais baixos do que os mais altos (sem educação ou ensino primário em comparação com o ensino secundário ou terciário). A localização geográfica (urbana ou rural) é outro determinante da mortalidade infantil na região, particularmente na Guiana, onde a taxa de mortalidade infantil nas áreas rurais atinge 39 mortes por 1.000 nascidos vivos, em comparação com 7 mortes por 1.000 nascidos vivos nas áreas urbanas (Figura 3.7).

A mortalidade infantil pode ser reduzida através de intervenções tais como o contato imediato pele a pele entre mães e recém-nascidos após o parto, amamentação precoce e exclusiva durante os primeiros seis meses de vida, e cuidados com os pais cangurus para bebês com 2 kg ou menos, cuidados pós-natais para mães e recém-nascidos dentro de 48 horas após o nascimento, banho retardado até depois de 24 horas de parto, e cuidados com cordão seco são importantes para reduzir a mortalidade infantil. O manejo e tratamento de infecções neonatais, pneumonia, diarréia e malária também são críticos, e a terapia de reidratação oral é um meio barato e eficaz para compensar os efeitos debilitantes da diarréia. Intervenções de saúde pública como imunização e fornecimento de água limpa e saneamento são essenciais. A redução da mortalidade infantil exige que as estratégias acima mencionadas alcancem todos os segmentos da população (Gordillo-Tobar, Quinlan-Davidson and Mills, 2017[2]).

Definição e comparabilidade

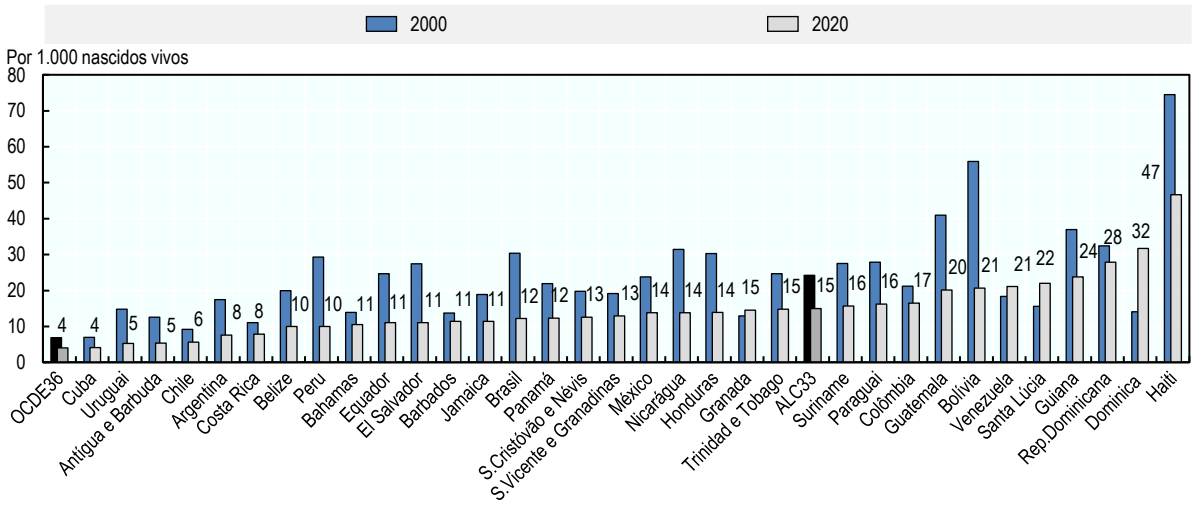
A taxa de mortalidade infantil é definida como o número de crianças que morrem antes de atingir seu primeiro aniversário em um determinado ano, expresso por 1.000 nascidos vivos. Alguns países baseiam suas taxas de mortalidade infantil em estimativas derivadas de censos, pesquisas e sistemas de registro de amostras, e não no registro exato e completo de nascimentos e mortes. As diferenças entre países nas práticas de registro de bebês prematuros também podem acrescentar um pouco às variações internacionais nas taxas. As taxas de mortalidade infantil são geradas ou pela aplicação de um modelo estatístico ou pela transformação das taxas de mortalidade de menores de 5 anos com base em tábuas de mortalidade modelo. Os dados sobre mortalidade por condições socioeconômicas- são provenientes de pesquisas DHS e MICS. Essas pesquisas permitem a desagregação dos dados domiciliares por nível de escolaridade (sem escolaridade e primário versus secundário e terciário), renda (quintis mais baixos e mais altos de renda) e residência rural e urbana.

Referências

[1] Castro, A. (2020), “Maternal and child mortality worsens in Latin America and the Caribbean”, *The Lancet*, Vol. 396/10262, p. e85, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32142-5.

[2] Gordillo-Tobar, A., M. Quinlan-Davidson and S. Mills (2017), *Maternal and child health : the World Bank Group’s response to sustainable development goal 3: Target 3.1 and 3.2*, The World Bank, http://documents.worldbank.org/curated/en/996461511255244233/Target-3-1-and-3-2.

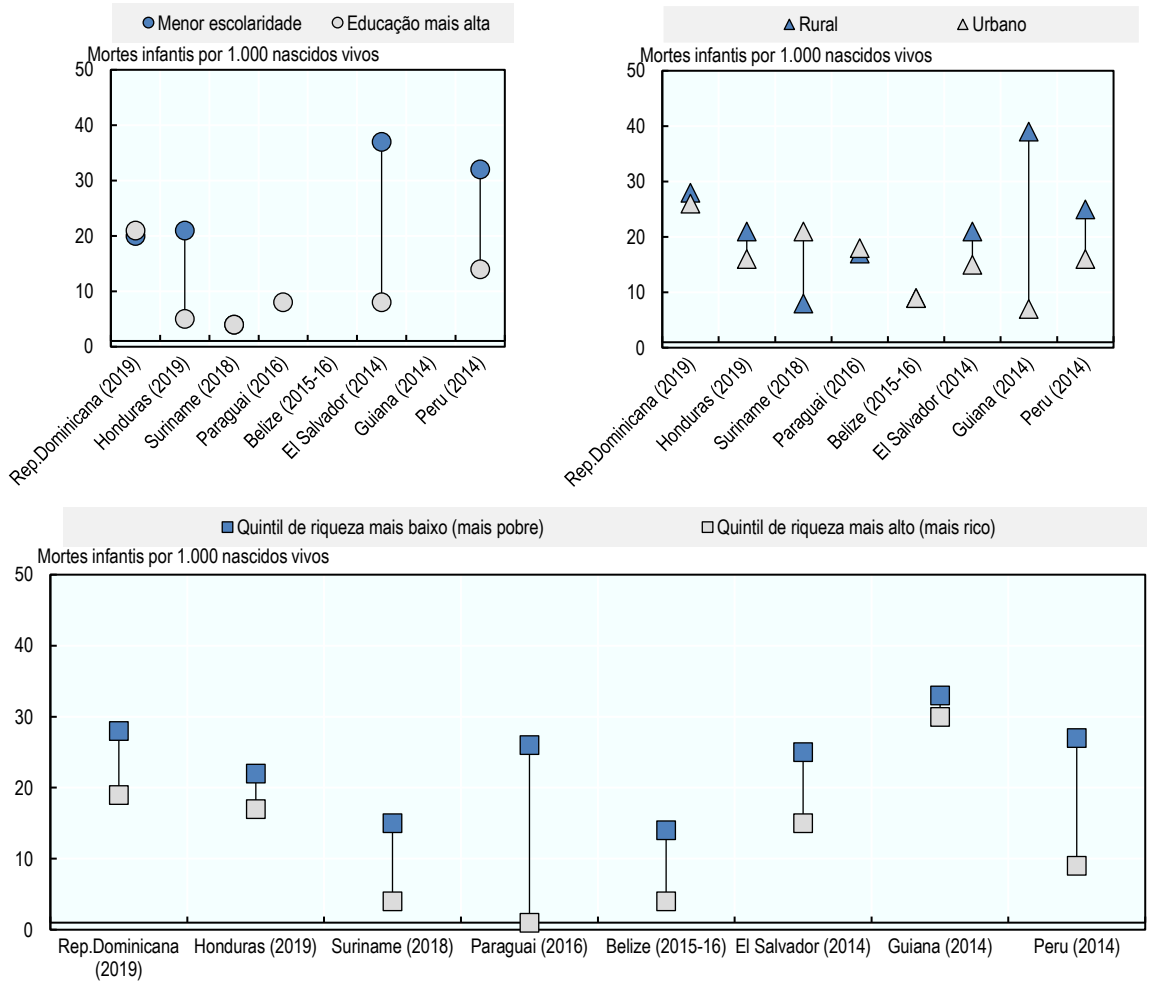
Figura 3.6. Taxas de mortalidade infantil, 2000 e 2020 (ou ano mais próximo)



Fonte: The World Bank World Development Indicators Online 2022.

StatLink https://stat.link/0y8uib

Figura 3.7. Taxa de mortalidade infantil por fator socio-econômico e geográfico, países selecionados e ano mais recente disponível



Fonte: Pesquisa Demográfica e de Saúde (DHS) e Pesquisa de Cluster de Indicadores Múltiplos (MICS).

StatLink https://stat.link/xuq1zj

Mortalidade de menores de 5 anos

A taxa de mortalidade de menores de 5 anos é um indicador da saúde infantil, bem como do desenvolvimento e bem-estar geral. Em 2019, 5,3 milhões de crianças morreram no mundo inteiro antes de seu quinto aniversário (Perin et al., 2022[1]). Uma das Metas de Desenvolvimento Sustentável (SDG) das Nações Unidas é a redução da mortalidade de menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos até 2030. As principais causas de morte entre menores de cinco anos incluem complicações pré-termo (18%), pneumonia (12%), complicações intra-parto (8%), e sepse (7%). Subnutrição, amamentação subótima e deficiência de zinco são fatores de risco sobrepostos de diarréia e pneumonia infantil são as principais causas infecciosas de morbidade e mortalidade infantil (PAHO, 2017[2]).

Em 2020, a taxa média de mortalidade de menores de cinco anos nos países da ALC33 foi de 17 mortes por 1.000 nascidos vivos (Figura 3.8). Cuba, Uruguai, Antígua e Barbuda, Chile, Costa Rica e Argentina alcançaram taxas de menos de 10 mortes por 1.000 nascidos vivos. As taxas de mortalidade na Dominica, República Dominicana, Guiana e Bolívia foram altas, entre 25 e 35 mortes por 1.000 nascidos vivos, enquanto as taxas no Haiti foram muito altas, atingindo 60,5 mortes por 1.000 nascidos vivos. A mortalidade de menores de 5 anos diminuiu em média 42% nos países da ALC entre 2000 e 2020, mas enquanto países como Peru, Bolívia, Uruguai e El Salvador relataram uma queda de mais de 60%, na Dominica a taxa aumentou 109%, em Santa Lúcia 33%, na Venezuela 12%, e em Granada 6%. No Haiti houve uma redução de 42% no período, no mesmo nível da melhoria na região.

As taxas de mortalidade de menores de 5 anos variam com base na renda familiar e na educação da mãe e, em certa medida, por localização geográfica. Em El Salvador, a mortalidade de menores de 5 anos era mais de cinco vezes maior entre as crianças cuja mãe não tinha ou tinha pouca escolaridade, em comparação com aquelas cuja mãe tinha mais do que educação secundária. A desigualdade por nível de educação também era grande no Peru e em Honduras. No Paraguai, as disparidades na mortalidade de menores de 5 anos de acordo com a renda também foram grandes, com crianças nos 20% mais pobres da população 28 vezes mais propensas a morrer antes do quinto aniversário do que aquelas nos 20% mais ricos. Desigualdades nas taxas de mortalidade baseadas em localizações geográficas também existem, por exemplo, na Guiana a mortalidade de menores de 5 anos é mais de quatro vezes maior nas áreas rurais do que nas urbanas (Figura 3.9).

Para atingir a meta do SDG, os países podem implementar intervenções preventivas e curativas eficazes, incluindo cuidados essenciais precoces ao recém-nascido, suplementação com vitamina A, vacinas para rotavírus e sarampo, água segura e saneamento melhorado, amamentação e alimentos complementares adequados, lavagem das mãos com sabão, e melhor gerenciamento de casos. Uma abordagem integrada visando as principais causas de mortes pós-natais poderia produzir uma redução de 14% na taxa de mortalidade de menores de 5 anos (PAHO, 2017[2]).

Definição e comparabilidade

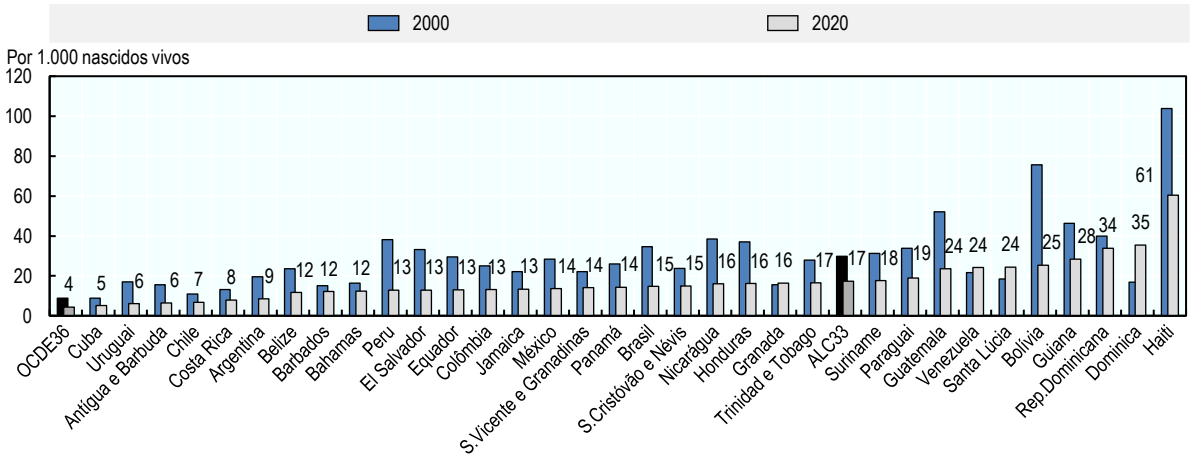
A mortalidade de menores de 5 anos é a probabilidade de uma criança nascida em um determinado ano morrer antes de completar 5 anos de idade e é expressa por 1.000 nascidos vivos. Como a mortalidade de menores de 5 anos é derivada de uma tábua de mortalidade, não é, a rigor, uma taxa mas uma probabilidade de morte. As taxas de mortalidade por idade são usadas para construir tábua de mortalidade a partir da qual se deriva a mortalidade de menores de 5 anos. Alguns países baseiam suas estimativas em censos, pesquisas e sistemas de registro de amostras, e não no registro exato e completo de óbitos. Os dados sobre mortalidade por condições socioeconômicas- são provenientes de pesquisas DHS e MICS. Essas pesquisas permitem a desagregação dos dados domiciliares por nível de escolaridade (sem escolaridade e primário versus secundário e terciário), renda (quintis mais baixos e mais altos de renda) e residência rural e urbana.

Referências

PAHO (2017), *Health in the Americas+, 2017 Edition. Summary: Regional Outlook and Country Profiles*, Pan American Health Organization, Washington, D.C., https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-English.pdf. [2]

Perin, J. et al. (2022), "Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals", *The Lancet Child & Adolescent Health*, Vol. 6/2, pp. 106-115, https://doi.org/10.1016/s2352-4642(21)00311-4. [1]

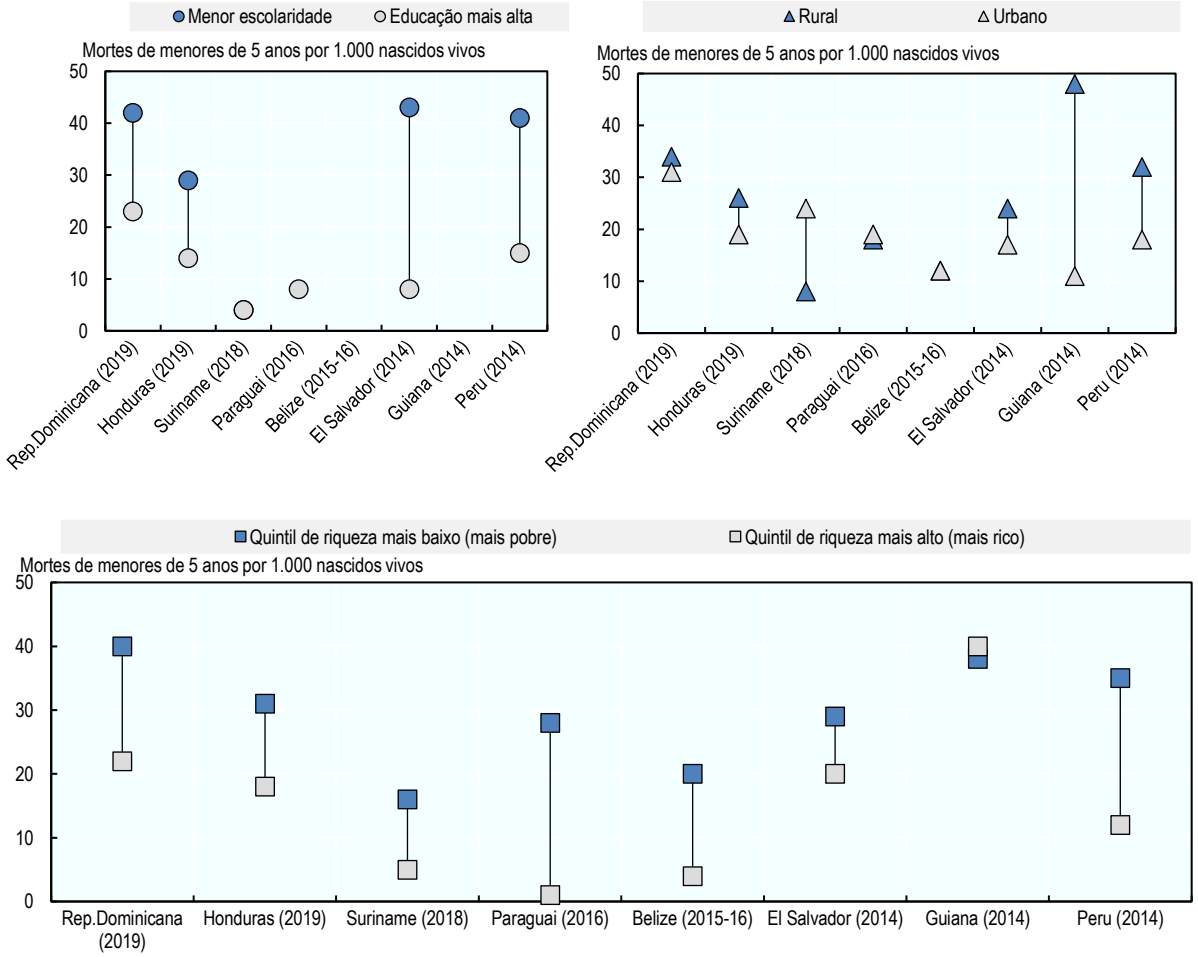
Figura 3.8. Taxas de mortalidade de menores de 5 anos, 2000 e 2020 (ou ano mais próximo)



Fonte: The World Bank World Development Indicators Online 2022.

StatLink https://stat.link/ej1knw

Figura 3.9. Taxa de mortalidade de menores de 5 anos por fator sócio-econômico e geográfico, países e anos selecionados



Fonte: Pesquisa Demográfica e de Saúde (DHS) e Pesquisa de Cluster de Indicadores Múltiplos (MICS).

StatLink https://stat.link/ncdrmg

Mortalidade materna

A mortalidade materna - a morte de uma mulher durante a gravidez, parto ou dentro de 42 dias após o término da gravidez - é um indicador importante do estado de saúde da mulher e para avaliar o desempenho do sistema de saúde. As Metas de Desenvolvimento Sustentável estabeleceram uma meta de reduzir a taxa global de mortalidade materna para menos de 70 por 100.000 nascidos vivos até 2030. Na ALC, cerca de 7.400 mortes maternas ocorreram em 2019, a maioria delas evitáveis (WHO, 2022[1]), o que corresponde a uma taxa de mortalidade materna (TMR) média de 97 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2020, substancialmente maior do que as 10 mortes por 100.000 nascidos vivos nos países da OCDE (Figura 3.10). As estimativas inlcudem resultados diversos como o Chile com TMRs de 22, o Haiti com 435, e Bolívia e São Cristóvão e Névis com 217 e 179, respectivamente. Apesar das altas taxas em certos países, uma redução de 3,2% na mortalidade materna foi alcançada na região da ALC entre 2000 e 2020, mas muito abaixo da redução de 27% nos países da OCDE no mesmo período. Na Nicarágua e na Colômbia, a TMR diminuiu em cerca de 50%. Entretanto, durante o mesmo período, a TMR aumentou em 17 países, com Granada (111%), Dominica (100%), Santa Lúcia (83%), São Vicente e Granadinas (78%), Belize (75%) e Barbados (73%) experimentando aumentos de mais de 70%.

Em 31 países da ALC, a mortalidade materna está inversamente relacionada com a cobertura da assistência qualificada ao parto (Figura 3.11). O TMR mais alto, Haiti, foi também o país com a menor proporção de nascimentos assistidos por um profissional de saúde qualificado (42%). Por outro lado, São Cristóvão e Névis, Guiana e Suriname mostram uma cobertura de partos altamente qualificada (97% ou mais), mas um TMR alto (todos acima de 115), indicando desafios com qualidade de atendimento. A maioria dos países (25) teve mais de 95% dos nascimentos atendidos por profissionais de saúde qualificados. Uma maior cobertura da assistência pré-natal (quatro ou mais consultas) está associada menor TMR (Figura 3.12), mas Cuba se desvia da tendência ao ter uma baixa cobertura de atendimento pré-natal (apenas 80% das mulheres grávidas recebem pelo menos quatro visitas), mas um TMR relativamente baixo de 50. Ao contrário, o Peru e a República Dominicana mostram uma cobertura de cuidados pré-natais acima de 92%, mas TMR acima de 90 mortes por 100.000 nascidos vivos, o que pode estar ligado a taxas mais baixas de assistência qualificada ao parto, mas também a problemas de qualidade de atendimento.

O risco de morte materna pode ser reduzido através de planejamento familiar, melhor acesso a cuidados pré-natais de alta qualidade e parto e cuidados pós-natais por profissionais de saúde qualificados. A abordagem das disparidades na prestação desses serviços essenciais de saúde reprodutiva às populações carentes deve ser incluída em qualquer estratégia. Além disso, o amplo fortalecimento dos sistemas de saúde e a agenda universal de cobertura de saúde, juntamente com a ação multisetorial são cruciais para reduzir as mortes maternas (WHO et al., 2018[2]).

Definição e comparabilidade

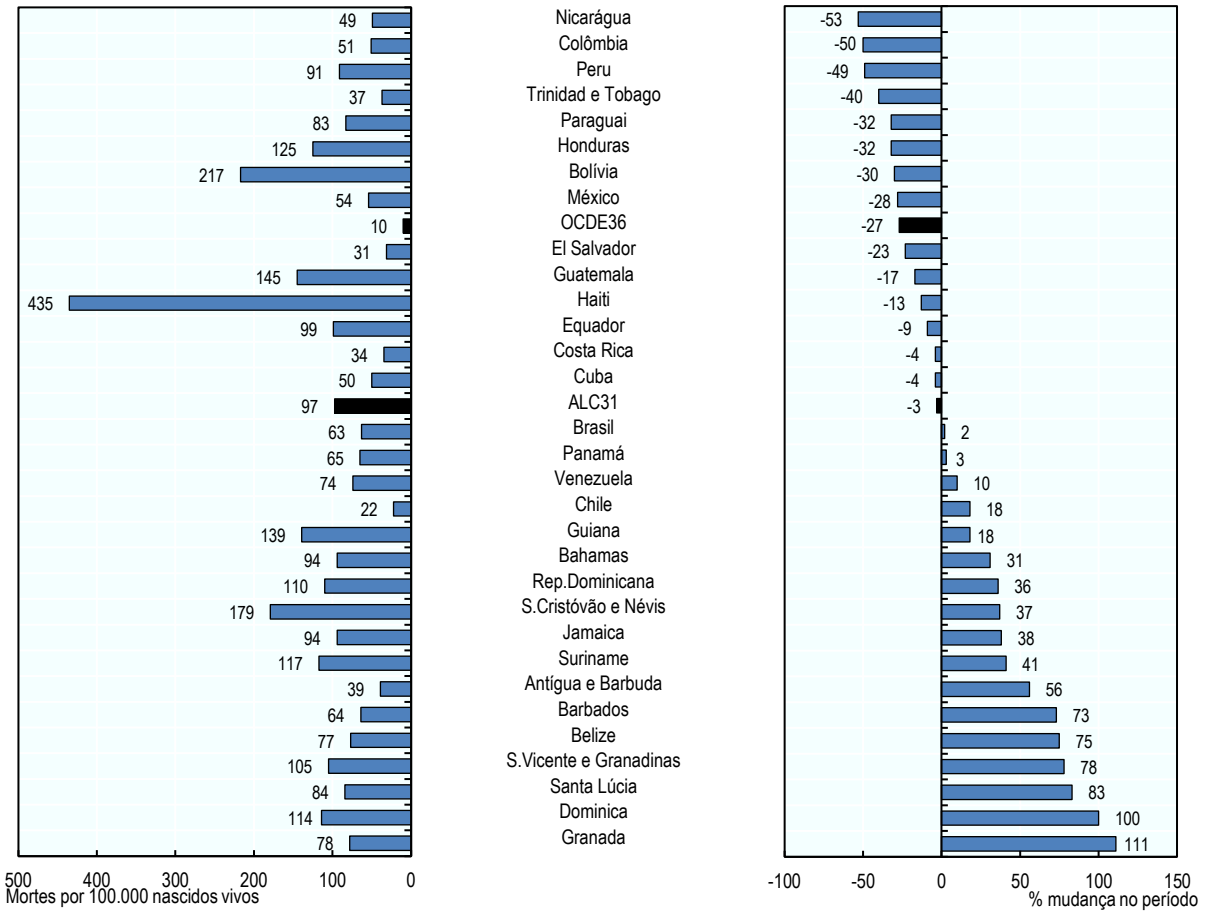
A mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher durante a gravidez ou durante o parto ou dentro de 42 dias após a interrupção da gravidez, independentemente da duração e local da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou seu manejo, mas não por causas involuntárias ou incidentais. Isto inclui mortes diretas por complicações obstétricas da gravidez, intervenções, omissões ou tratamento incorreto. Também inclui mortes indiretas devido a doenças previamente existentes, ou doenças que se desenvolveram durante a gravidez, quando estas foram agravadas pelos efeitos da gravidez. A taxa de mortalidade materna é definida como o número de mortes maternas durante um determinado período de tempo por 100.000 nascidos vivos durante o mesmo período. Há dificuldades para identificar com precisão os óbitos maternos. Muitos países da região não possuem sistemas de registro vitais precisos ou completos e, portanto, o TMR é derivado de outras fontes, incluindo censos, pesquisas domiciliares, histórias de irmãos, autópsias verbais e estudos estatísticos.

Referências

[1] WHO (2022), *Global health estimates: Leading causes of death*, https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death.

[2] WHO et al. (2018), *Survive, Thrive, Transform. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health: 2018 report on progress towards 2030 targets*, World Health Organisation, https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2018/05/EWECGSMonitoringReport2018.pdf.

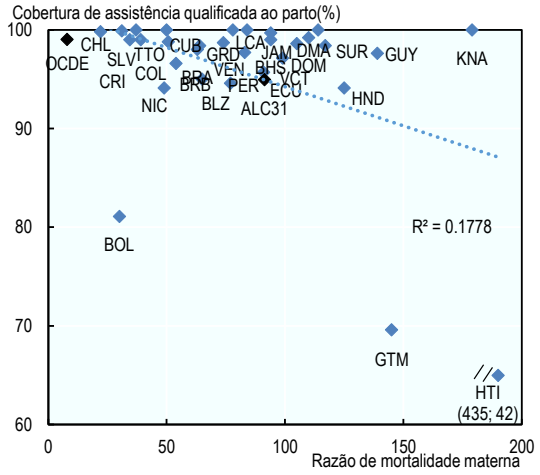
Figura 3.10. Taxa de mortalidade materna estimada, 2020, e mudança percentual desde 2000



Fonte: Fundação Bill e Melinda Gates (2021), OECD Health Statistics 2022.

StatLink https://stat.link/5syfk3

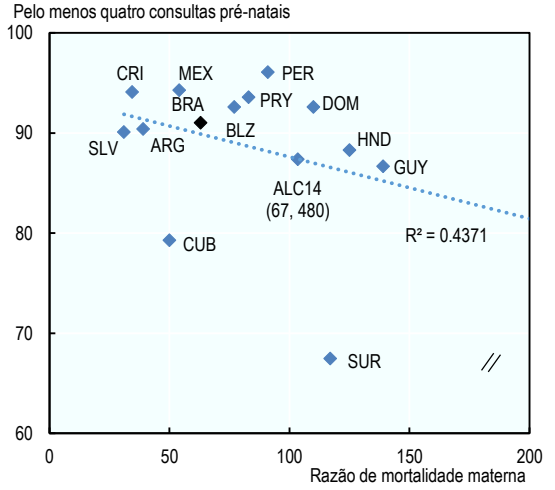
Figura 3.11. Cobertura de parto qualificado e índices estimados de mortalidade materna, último ano disponível



Fonte: OMS GHO 2019.

StatLink https://stat.link/de4nuq

Figura 3.12. Cobertura de cuidados pré-natais e mortalidade materna, último ano disponível



Fonte: OMS GHO 2019.

StatLink https://stat.link/7pqn9e

Mortalidade por todas as causas

O desenvolvimento progressivo dos países está levando a uma "transição epidemiológica", pela qual as mortes precoces são substituídas por mortes tardias, e as doenças transmissíveis são substituídas por doenças não transmissíveis (Omran, 2005[1]). Este também é o caso na ALC, onde a carga de doenças não transmissíveis entre adultos - a faixa etária economicamente mais produtiva - está aumentando rapidamente. Na verdade, níveis mais altos de educação, acesso a água limpa e saneamento, bem como níveis mais baixos de superlotação estão ligados a níveis mais baixos de doenças transmissíveis e níveis mais altos de mortalidade devido ao câncer, doenças cardiovasculares e outras doenças não transmissíveis. (SALURBAL, 2021)[2].

Há grandes disparidades na mortalidade de adultos na região da ALC. Para os homens em 2020, a probabilidade de morrer entre 15 e 60 anos variou de 104 por 1.000 habitantes no Chile a 267 por 1.000 na Guiana (Figura 3.13). Também excedeu 250 por 1.000 habitantes em El Salvador e no Haiti. Entre as mulheres, a probabilidade variava de 55 por 1.000 habitantes na Costa Rica a 192 no Haiti. A mortalidade foi maior entre os homens do que entre as mulheres em todos os países, e a proporção foi maior em países com taxas de mortalidade globalmente mais baixas. As taxas de mortalidade entre os homens eram uma vez e meia superiores às taxas entre as mulheres ou superiores na maioria dos países. Em ALC31, a probabilidade média de morrer era de 176 por 1.000 habitantes para homens adultos e 102 por 1.000 habitantes para mulheres adultas, ainda muito mais alta do que a mortalidade média de adultos nos países da OCDE (101 por 1.000 habitantes para homens e 52 por 1.000 habitantes para mulheres).

A mortalidade de toda a população variou de menos de 500 por 100.000 habitantes na Colômbia, Peru, Panamá, Costa Rica e Chile, a mais de 1.000 no Haiti e Guiana (Figura 3.14). A taxa média de mortalidade por todas as causas na região ALC foi mais de 50% superior à média entre os países membros da OCDE. No entanto, a mortalidade total diminuiu em média 14% na região da ALC entre 2000 e 2019. Os maiores declínios foram na Colômbia, Peru e Guatemala (mais de 30% de queda). O Haiti tem a maior mortalidade adulta para as mulheres e a segunda maior para os homens, assim como a maior mortalidade por todas as causas.

A proporção de mortes devidas a doenças não transmissíveis está aumentando nos países da ALC. As doenças não transmissíveis, como doenças cardiovasculares e câncer, foram as causas mais comuns de morte, sendo responsáveis por quase 77% de todas as mortes, em média, em 31 países da ALC. Nos países membros da OCDE, a média era mais alta, 86%, e a participação também estava aumentando. Entretanto, doenças transmissíveis como infecções respiratórias, doenças diarréicas e tuberculose, juntamente com condições maternas e perinatais, também continuaram sendo as principais causas de morte entre muitos países da região da ALC, sendo responsáveis por mais de 11% das mortes em 2019. Os restantes 12% das mortes são atribuídos a lesões e violência.

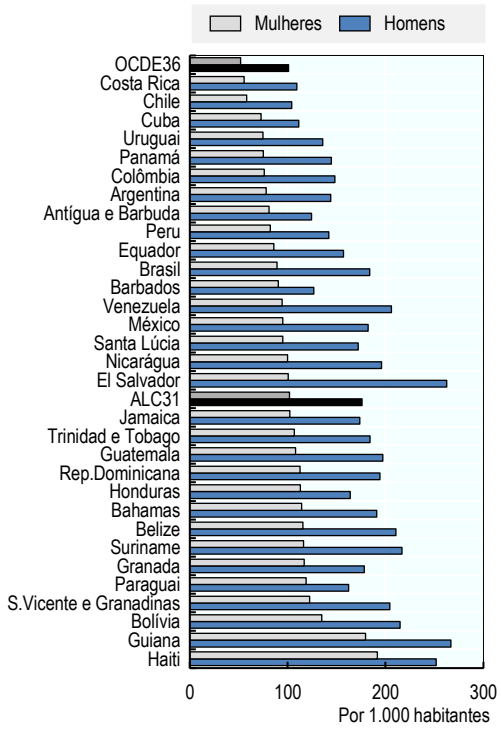
Definição e comparabilidade

As taxas de mortalidade são calculadas dividindo o número anual de mortes pelas estimativas de população do meio do ano. As taxas foram padronizadas para as Perspectivas Populacionais Mundiais da ONU- para remover variações decorrentes de diferenças nas estruturas etárias entre os países. Sistemas completos de registro vital não existem em muitos países em desenvolvimento, e cerca de um- terço dos países da região não tem dados recentes. A classificação errada das causas de morte também é um problema. O projeto Global Health Estimates (GHE) da OMS recorre a uma ampla gama de fontes de dados para quantificar os efeitos globais e regionais de doenças, lesões e fatores de risco sobre a saúde da população. A OMS também desenvolveu tabelas de vida para todos os estados membros, com base em uma revisão sistemática de todas as evidências disponíveis sobre níveis e tendências de mortalidade. A probabilidade de morrer entre 15 e 60 anos de idade (taxa de mortalidade adulta) deriva dessas tábuas de mortalidade.

Referências

Omran, A. (2005), “The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change”, *The Milbank quarterly*, Vol. 83/4, pp. 731-57, https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x. [1]

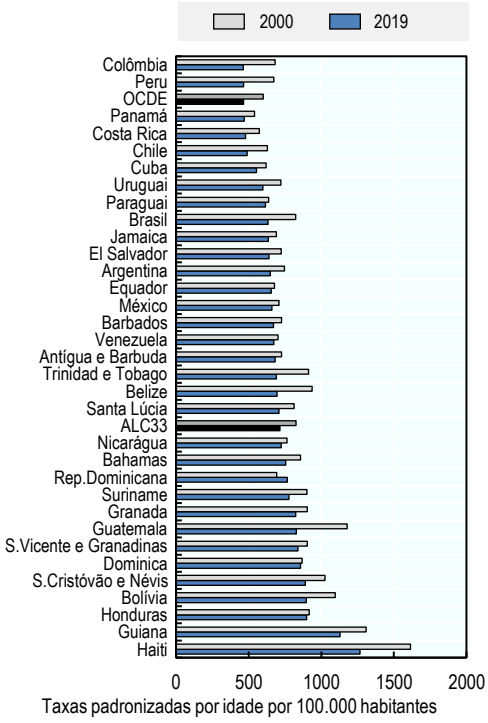
Figura 3.13. Taxa de mortalidade de adultos (probabilidade de morrer entre 15 e 60 anos por 1.000 habitantes), 2020 (ou ano mais próximo)



Fonte: The World Bank World Development Indicators Online 2022.

StatLink https://stat.link/uzoa6c

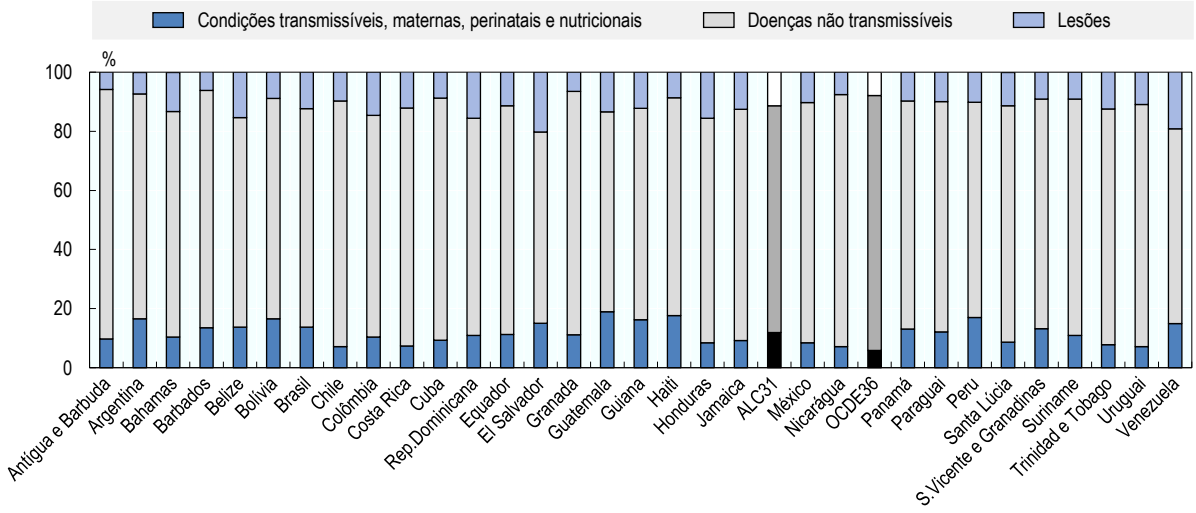
Figura 3.14. Taxas de mortalidade por todas as causas para todas as populações, 2000 e 2019 (ou ano mais próximo)



Fonte: Carga Global de Doenças (2022), IHME.

StatLink https://stat.link/dkg5ht

Figura 3.15. Proporções de mortes por todas as causas, 2019 (ou ano mais próximo)



Fonte: Carga Global de Doenças (2022), IHME.

StatLink https://stat.link/216wc0

Mortalidade por doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte em todo o mundo e estima-se que tenham causado mais de 2 milhões de mortes na Região das Américas da OMS em 2019, sendo responsáveis por 28% de todas as mortes (WHO, 2022[1]). A DCV abrange uma série de doenças relacionadas ao sistema circulatório, incluindo a cardiopatia isquêmica (DIC) e a doença cerebrovascular. A doença isquêmica do coração é causada pelo acúmulo de uma placa aterosclerótica na parede interna de uma artéria coronária, restringindo o fluxo de sangue para o coração. Doenças cerebrovasculares referem-se a um grupo de doenças relacionadas a problemas com os vasos sanguíneos que abastecem o cérebro. A maioria das DCV é causada por fatores de risco que podem ser controlados, tratados ou modificados, tais como pressão alta, glicemia alta, colesterol alto, obesidade, falta de atividade física, uso de tabaco e consumo de álcool.

A CVD é a principal causa de morte na região da ALC. A mortalidade média da CVD diminuiu tanto na ALC como na OCDE entre 2000 e 2020, embora a redução tenha sido consideravelmente menor na ALC (-16% contra -36%) (Figura 3.16). Países como Belize, Colômbia e Trinidad e Tobago experimentaram as maiores quedas nas taxas de mortalidade por DCV, de mais de -35% no período, sendo Belize o único país da ALC acima da redução média da OCDE. Notavelmente, a República Dominicana, Honduras, Equador e Jamaica foram os únicos países que aumentaram a mortalidade CVD no período, especialmente a República Dominicana que passou de 228 para 311 mortes por 100.000 habitantes. A mortalidade por CVD excedeu 400 mortes por 100.000 habitantes entre os homens na Guiana e no Haiti em 2019 (Figura 3.17). Peru, Panamá, Chile, Colômbia e Costa Rica foram os únicos países abaixo da média da OCDE de 164 mortes masculinas por 100.000 habitantes. Para as mulheres, as taxas mais altas foram observadas no Haiti e na Guiana, com 475 e 399 mortes por 100.000 habitantes, respectivamente. Em contraste, o Peru apresentou os números mais baixos para as mulheres na região, com 77 mortes por 100.000 habitantes ao lado do Panamá, Costa Rica e Chile, os únicos países abaixo da média da OCDE de 112.

Juntos, IHD e AVC compreendem 78% de todas as mortes por DCV em todos os países da ALC, muito semelhantes aos 77% dos países da OCDE, mas as mortes devidas a AVC hemorrágica na ALC são proporcionalmente 40% maiores do que as da OCDE (14% contra 10%) (Figura 3.18). As mortes por DIC representam mais de 60% de todas as mortes por DIC em El Salvador, México, Nicarágua e Guatemala, enquanto 35% ou menos em Santa Lúcia, Jamaica, Dominica e São Cristóvão e Névis. Na Jamaica, as mortes por acidentes vasculares cerebrais absorvem 45% de todas as mortes por CVD, enquanto estas representam menos de 25% na Costa Rica, México, El Salvador, Colômbia e Nicarágua.

O sucesso da redução das taxas de mortalidade por DCV nos países da OCDE deve-se a um declínio nas taxas de tabagismo, à expansão da capacidade do sistema de saúde de controlar o colesterol e a pressão arterial elevados e a um maior acesso a cuidados eficazes no caso de um episódio agudo como um derrame ou um ataque cardíaco (OECD, 2015[2]). Como a proporção de pessoas idosas aumenta na região da ALC, a demanda por cuidados de saúde aumentará e a complexidade e o tipo de cuidados que os pacientes com DCV necessitam mudarão devido à crescente multi-morbidade (OECD, 2022[3]).

Definição e comparabilidade

Ver indicador "Mortalidade por todas as causas" no Capítulo 3 para definição, fonte e metodologia subjacentes às taxas de mortalidade.

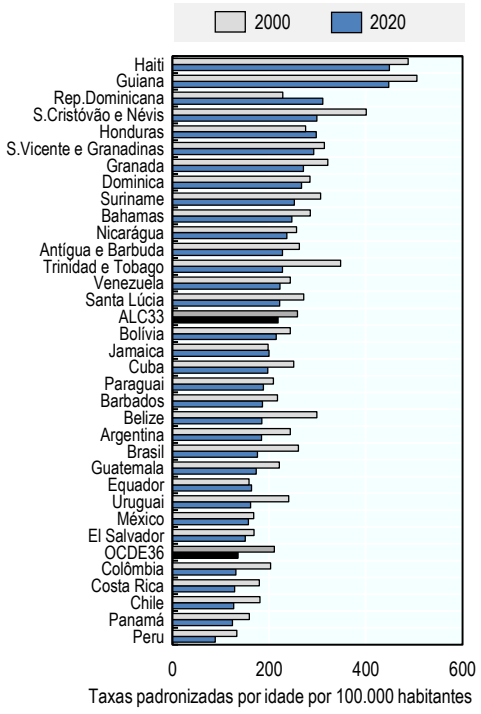
Referências

OECD (2022), *Primary Health Care for Resilient Health Systems in Latin America*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/743e6228-en. [3]

OECD (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264233010-en. [2]

WHO (2022), *Global health estimates: Leading causes of death*, https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death. [1]

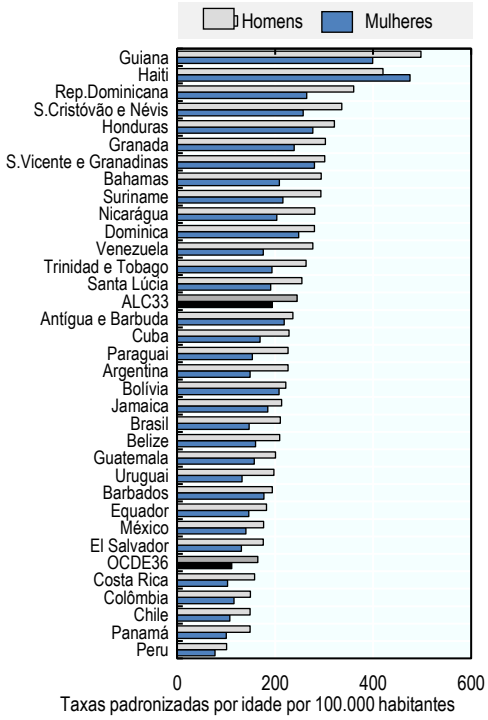
Figura 3.16. Doenças cardiovasculares, taxas de mortalidade estimadas, 2000 e 2020 (ou ano mais próximo)



Fonte: Carga Global de Doenças (2019), IHME.

StatLink https://stat.link/9lc73o

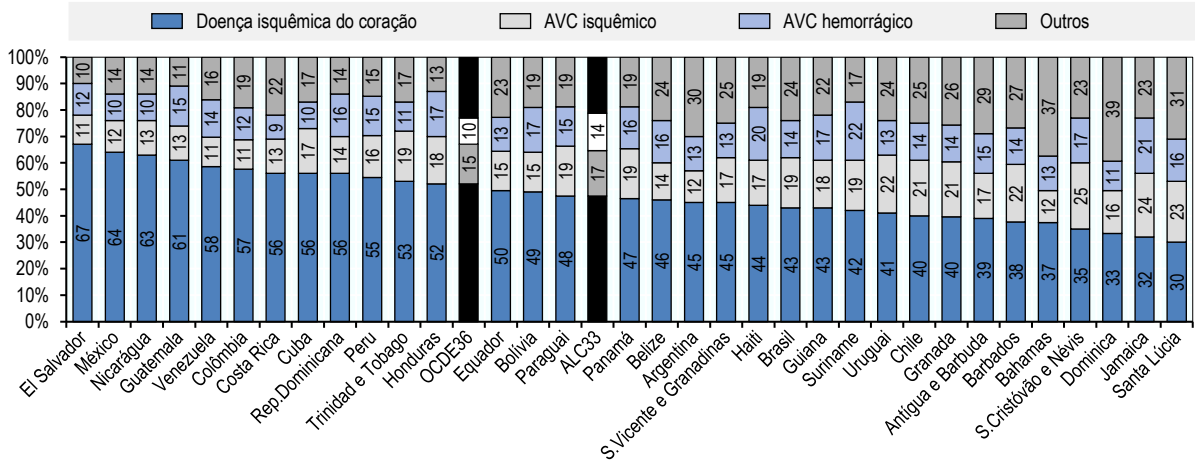
Figura 3.17. Doenças cardiovasculares, taxas de mortalidade estimadas, por sexo, 2020 (ou ano mais próximo)



Fonte: Carga Global de Doenças (2019), IHME.

StatLink https://stat.link/plerh1

Figura 3.18. Proporções de mortes por tipo de doença cardiovascular, 2019 (ou ano mais próximo)



Fonte: Carga Global de Doenças (2019), IHME.

StatLink https://stat.link/3exmpt

Mortalidade por câncer

O câncer é a segunda principal causa de morte após a DCV entre os países da ALC, produzindo mais de 670.000 mortes em 2018 na região (Bray et al., 2018[1]). O câncer ocorre quando células anormais se dividem sem controle e invadem outros tecidos. Existem mais de 100 tipos diferentes de cânceres, com a maioria com o nome do órgão em que eles começam. Apenas cerca de 5% a 10% de todos os cânceres são herdados, o que significa que fatores de risco modificáveis como fumo, obesidade, exercício e exposição excessiva ao sol, assim como exposições ambientais, explicam até 90-95% -de todos os casos de câncer (Whiteman and Wilson, 2016[2]). A prevenção, detecção precoce e tratamento permanecem na vanguarda das ferramentas para reduzir a carga do câncer.

A taxa média regional de mortalidade por câncer no ALC33 era de 134 por 100.000 habitantes em 2019, um pouco acima da média de 133 países da OCDE (Figura 3.19). As mortes por câncer foram menos comuns no México, Colômbia, Panamá e El Salvador, com taxas inferiores a 100 mortes por 100.000, sendo as mais altas na Dominica, Uruguai, Grenada e Barbados acima de 170 mortes por 100.000 habitantes. A mortalidade por câncer diminuiu globalmente na região da ALC em 2,3% desde 2000, embora bem abaixo da redução de 15,4% observada nos países da OCDE. No entanto, 14 países da região aumentaram sua taxa de mortalidade por câncer entre 2000 e 2019, com a República Dominicana e Honduras apresentando os maiores aumentos com 24% e 19%, respectivamente. A Guatemala experimentou a maior queda na região, com 20%, acima da redução média da OCDE. A taxa de mortalidade por câncer foi maior nos homens do que nas mulheres em quase todos os países da ALC, exceto em Honduras (Figura 3.20). Dominica, Santa Lúcia, São Cristóvão e Névis, Uruguai, Bahamas e Granada são os únicos países da ALC com uma relação homem/mulher de câncer mais alta do que os países da OCDE.

As mortes mais comuns na região ALC em média em 2019 foram por câncer do sistema respiratório (traquéia, brônquios e pulmão), colorretal e estomacal, respondendo por 14,8%, 14,1% e 13,2% das mortes por câncer, respectivamente (Figura 3.21). Na média dos países da OCDE, as morte por câncer mais frequentes foram por canc^r do sistema respiratório, colorretal e câncer de mama com 29,4%, 16,3% e 9,2%, respectivamente. O câncer do sistema respiratório foi responsável por mais de 30% das mortes por câncer em Cuba e no Uruguai. Os países de baixa renda tendem a experimentar uma menor proporção de mortes por câncer do sistema respiratório, abaixo de 9,7%. As mortes por câncer de estômago têm quotas mais altas na Bolívia, Guatemala, Equador e Dominica (mais de 20% de todas as mortes por câncer) e as mais baixas em Trinidad e Tobago e Cuba (abaixo de 6%). O câncer colorretal é mais proeminente em alguns países de maior renda, como Uruguai, Barbados e Argentina, embora as variações dentro da região não sejam tão significativas. O câncer de mama representa uma proporção maior de mortes em Barbados, Bahamas, Uruguai, São Cristóvão e Névis, Granada, Antígua e Barbuda e Dominica, todos com mais de 16%, e uma proporção menor no Peru e Guatemala (abaixo de 6%). Finalmente, o câncer cervical é responsável por mais de 14% das mortes por câncer no Haiti, significativamente maior do que a média da ALC33 de 7,4%. O câncer cervical é atribuído a uma proporção muito menor da mortalidade por câncer na OCDE (1,8%).

O envelhecimento da população levará a muito mais casos de câncer nas próximas décadas. Uma vez que os recursos necessários para tratar o câncer são significativos (por exemplo, força de trabalho de saúde qualificada, medicamentos caros e tecnologias), o planejamento do controle do câncer na região da ALC será mais eficaz e eficiente ao visar fatores de risco como o fumo, a atividade física e o excesso de peso/obesidade.

Definição e comparabilidade

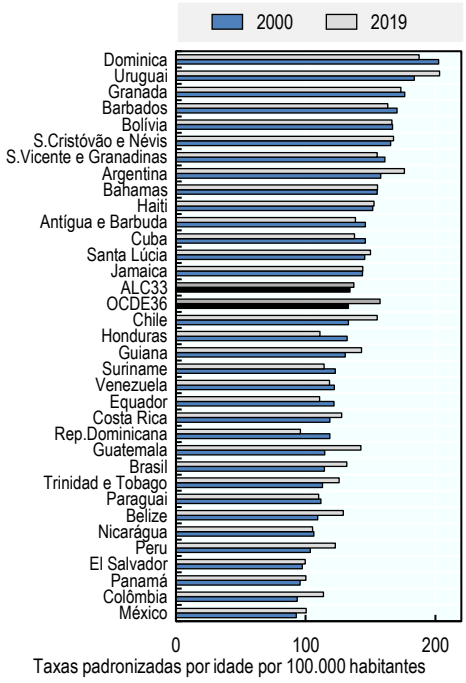
Ver indicador "Mortalidade por todas as causas" no Capítulo 3 para definição, fonte e metodologia subjacentes às taxas de mortalidade.

Referências

Bray, F. et al. (2018), "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, Vol. 68/6, pp. 394-424, https://doi.org/10.3322/caac.21492. [1]

Whiteman, D. and L. Wilson (2016), "The fractions of cancer attributable to modifiable factors: A global review", *Cancer Epidemiology*, Vol. 44, pp. 203-221, https://doi.org/10.1016/j.canep.2016.06.013. [2]

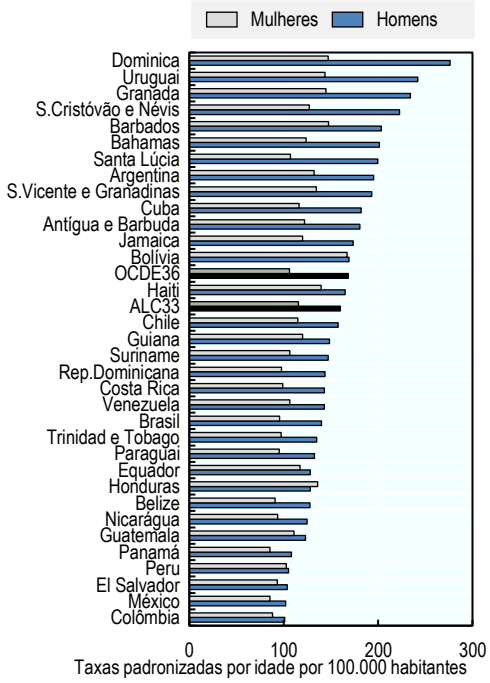
Figura 3.19. Câncer, taxas de mortalidade estimadas, 2000 e 2019 (ou ano mais próximo)



Fonte: Carga Global de Doenças (2019), IHME.

StatLink https://stat.link/3me4gb

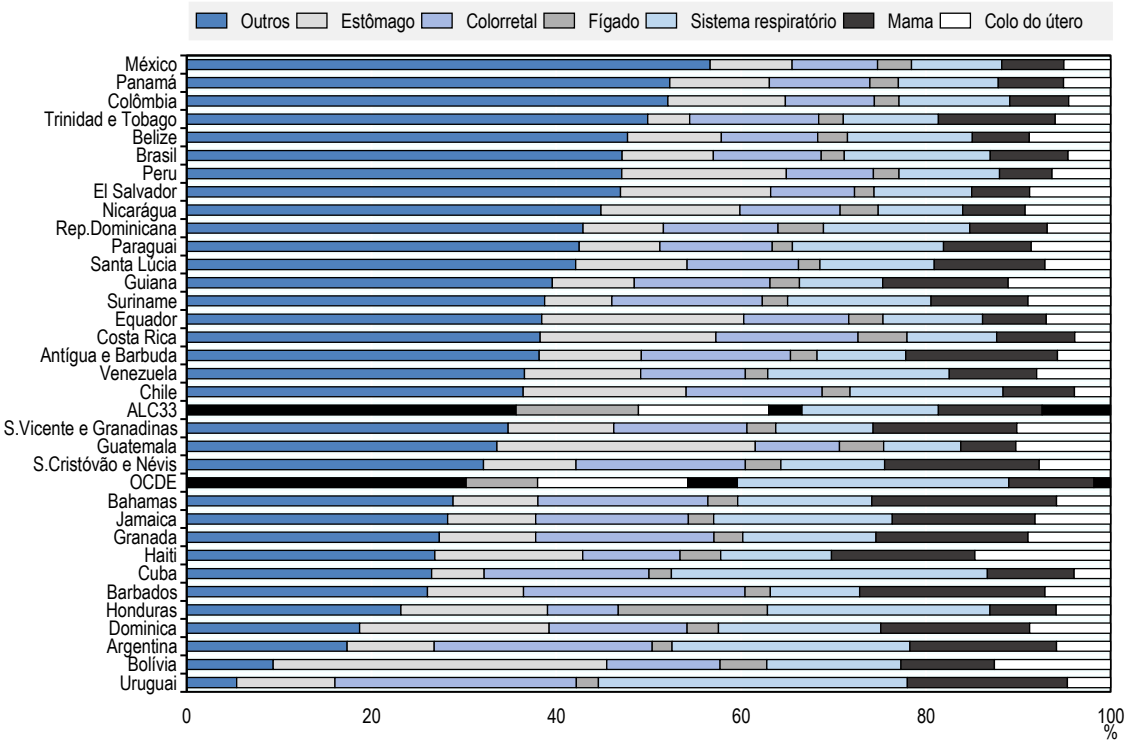
Figura 3.20. Câncer, taxas de mortalidade estimadas, por sexo, 2019 (ou ano mais próximo)



Fonte: Carga Global de Doenças (2019), IHME.

StatLink https://stat.link/6qftpl

Figura 3.21. Proporções de mortes por câncer, 2019 (ou ano mais próximo)



Fonte: Carga Global de Doenças (2019), IHME.

StatLink https://stat.link/4paw8d

Mortalidade por lesões

Na região das Américas da OMS, as lesões são uma das principais causas de morte e incapacidade para todas as faixas etárias e tiraram mais de 650.000 vidas em 2019, sendo responsáveis por 9% de todas as mortes (WHO, 2022[1]). Os homens tiveram taxas de mortalidade muito mais elevadas que as mulheres na região da ALC em 2019, com 102 mortes por 100.000 para os homens e 27 mortes por 100.000 para as mulheres, em comparação com 55 e 20 mortes por 100.000, respectivamente, entre os países da OCDE (Figura 3.22). A Colômbia mostra a maior diferença de gênero com uma mortalidade de lesões mais de seis vezes maior entre os homens do que entre as mulheres, seguida por El Salvador e São Cristóvão e Névis com taxas mais de cinco vezes maiores. Por outro lado, Cuba e Bolívia mostram as menores diferenças de gênero com taxas de mortalidade por lesões de 2 e 2,4, respectivamente.

As mortes violentas foram a causa mais comum de morte devido a ferimentos na região da ALC em 2019 e foram responsáveis, em média, por 26% das mortes por ferimentos, seguidas por mortes no trânsito rodoviário com 24%, e lesões auto-infligidas com 12% (Figura 3.23). Na média da OCDE, 28% das mortes por ferimentos foram auto-infligidas, 22% foram devidas a acidentes de trânsito, e 12% foram mortes violentas. Esses números deve ser considerados no contexto de um aumento no número de veículos registrados, o que sugere que as intervenções para melhorar a segurança rodoviária global mitigaram um aumento no número de mortes. (WHO, 2018[2]). Mais da metade de todas as mortes por ferimentos pode ser atribuída à violência interpessoal na Colômbia e El Salvador, e a proporção mais baixa foi observada no Peru, Bolívia, Uruguai e Chile, todos abaixo de 11% de todas as mortes por ferimentos. No Equador, Paraguai, República Dominicana e Peru, os acidentes de trânsito representaram mais de 35% das mortes por ferimentos e menos de 17% no Haiti, São Vicente e Granadinas, Bahamas e Cuba. No Suriname, Uruguai, Guiana e Chile, as mortes auto-infligidas representaram mais de 25% de todas as mortes por ferimentos, e abaixo de 6% nas Bahamas e Honduras.

A mortalidade por ferimentos devido à violência mostra um aumento de 23% na ALC entre 1990 e 2019, enquanto a OCDE teve um decréscimo de 12% (Figura 3.24). O maior crescimento foi observado em Belize, Venezuela e Trinidad e Tobago com mais de 130%, enquanto a maior queda ocorreu na Colômbia (-54%), Chile (-53%) e Peru (-47%). A mortalidade devida a lesões autoprovocadas no período também aumentou na ALC em 2%, em oposição à redução de 22% na OCDE. O Paraguai apresenta o maior aumento em 77% e o Chile apresenta a diminuição mais pronunciada de -52%. As -mortes por acidentes de trânsito na ALC e na OCDE experimentaram uma diminuição de 20% e 54% entre 1990 e 2019, respectivamente. Somente o Paraguai, Jamaica, Guatemala e República Dominicana apresentaram um aumento, enquanto a maior redução foi observada em Cuba e São Cristóvão e Névis (-50%). Muitos países da OCDE implementaram uma abordagem de "sistemas seguros" para a segurança rodoviária, que inclui campanhas de educação e prevenção, projeto e segurança de veículos, novas leis e regulamentos (ITF, 2017[3]).

Definição e comparabilidade

Ver indicador "Mortalidade por todas as causas" no Capítulo 3 para definição, fonte e metodologia subjacentes às taxas de mortalidade. As mortes por ferimentos onde a intenção não é determinada são distribuídas proporcionalmente a todas as causas abaixo do nível do grupo para ferimentos. As estimativas para mortes por acidentes de trânsito se basearam em dados de registro de mortes, mortes relatadas por acidentes de trânsito dos sistemas oficiais de vigilância de trânsito e modelo de regressão revisado para países sem dados de registro de mortes utilizáveis. (WHO, 2014[4]).

Referências

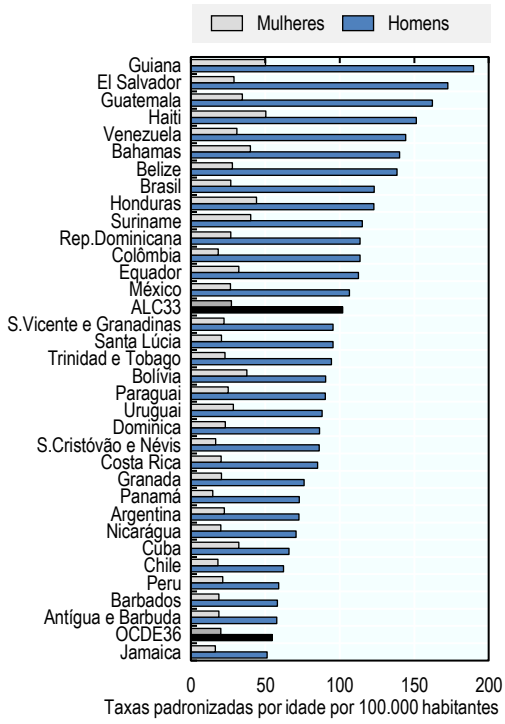
ITF (2017), *Road Safety Annual Report 2017*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/irtad-2017-en. [3]

WHO (2022), *Global health estimates: Leading causes of death*, https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death. [1]

WHO (2018), *Global status report on road safety 2018*, World Health Organisation, https://apps.who.int/iris/handle/10665/276462. [2]

WHO (2014), *Global Health Estimates*, World Health Organization, https://www.who.int/data/global-health-estimates. [4]

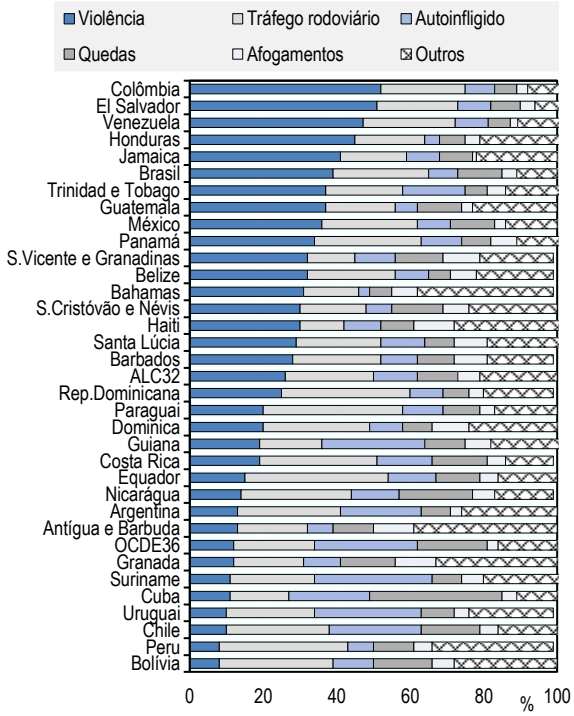
Figura 3.22. Lesões, taxas de mortalidade, masculino e feminino, 2019 (ou ano mais próximo)



Fonte: Carga Global de Doenças (2019), IHME.

StatLink https://stat.link/byn9fe

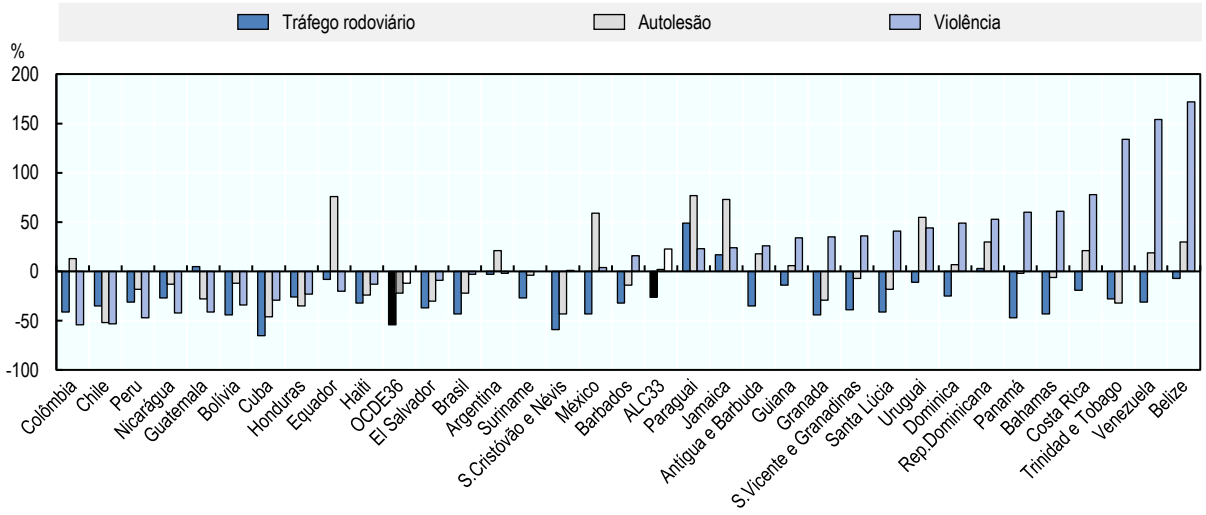
Figura 3.23. Proporções de mortes por ferimentos, 2019 (ou ano mais próximo)



Fonte: Carga Global de Doenças (2019), IHME.

StatLink https://stat.link/x0f45q

Figura 3.24. Taxas de crescimento de acidentes de trânsito, mortalidade por auto-lesões e violência, 2000-2019 (ou ano mais próximo)



Fonte: Carga Global de Doenças (2019), IHME.

StatLink https://stat.link/7n5kj0

Saúde mental

Durante as primeiras fases da crise da COVID-19 , foram observados impactos substanciais na saúde mental quando populações em toda a região da ALC e em todo o mundo experimentaram perturbações significativas em suas vidas diárias, estudos e trabalho. Em março e abril de 2020, os níveis registrados de ansiedade e depressão na população em geral foram maiores em quase todos os países da OCDE em comparação com os anos anteriores. (OECD, 2021[1]). Pessoas que estavam desempregadas ou com dificuldades financeiras relataram taxas de ansiedade e depressão maiores do que a população em geral durante a crise da COVID-19, uma tendência que já existia antes da crise e que foi ampliada pela crise em certos países (OECD, 2021[2]). A saúde mental dos jovens também foi particularmente atingida durante a pandemia, com a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão aumentando especialmente no final de 2020 e início de 2021 (OECD, 2021[3]). Na ALC, os distúrbios mentais e de uso de substâncias resultaram em mais de 120.000 mortes em 2019, que foram responsáveis por 2% de todas as mortes na região (WHO, 2022[4]).

Ao analisar os números antes da pandemia, os anos de vida ajustados por deficiência (DALYs) para distúrbios de saúde mental por 100.000 habitantes dos países ALC33 foram em média 1.815. Países como Brasil, Guiana, Chile, Paraguai e Suriname tinham mais de 2000 DALYs para transtornos de saúde mental por 100.000 habitantes. A Colômbia era o único país com uma cifra abaixo de 1.600 (Figura 3.25). A cobertura de tratamento para psicose era de 4,6% em média para o ALC6 em 2019. A Costa Rica teve a maior taxa de cobertura na região entre os países com dados disponíveis de 8,6%, seguida pelo Brasil e México com 7% e 6,3%, respectivamente. Colômbia, Chile e Equador registraram coberturas de tratamento abaixo de 3% (Figura 3.26).

Em relação às mortes por suicídio, os países da ALC31 experimentaram 7,4 mortes por 100.000 habitantes em média em 2019, abaixo da média da OCDE de 9,9 mortes por 100.000 habitantes. Somente Guiana, Suriname, Uruguai, Haiti e Cuba tiveram taxas de morte por suicídio acima da média da OCDE, com a Guiana apresentando 40,9 mortes por suicídio por 100.000 habitantes em 2019. Países como Barbados, Antígua e Barbuda, Granada, e São Vicente e Granadinas tiveram menos de 2 mortes por suicídio por 100.000 habitantes em 2019 (Figura 3.27). Os países da ALC poderiam implementar políticas de saúde mental semelhantes às observadas nos países da OCDE desde o início da crise da COVID-19. Por exemplo, a maioria dos países da OCDE desenvolveu novas linhas de informação sobre saúde mental e suporte telefônico fornecendo dicas sobre medidas para enfrentar a crise, e alguns países têm maior acesso a serviços e/ou financiamento de saúde mental (OECD, 2021[2]).

Definição e comparabilidade

Seguindo a definição do Observatório Mundial de Saúde da OMS, um ano de vida ajustado por deficiência (DALY) pode ser interpretado como a perda de um ano de saúde plena. DALYs para transtornos de saúde mental são a soma dos anos de vida perdidos por mortalidade prematura e os anos vividos com uma incapacidade devido a transtornos de saúde mental em uma população. A cobertura do tratamento da psicose é calculada como o número total de casos tratados de psicose do Atlas de Saúde Mental 2020 dividido pelo número de casos de esquizofrenia e distúrbio bipolar da GBD. É preciso ter cuidado ao comparar entre países, pois alguns podem relatar o número de casos tratados e não o número individual de pessoas tratadas. O registro do suicídio é um procedimento complexo, afetado por fatores como a forma como a intenção é determinada; quem é responsável pelo preenchimento da certidão de óbito; e dimensões culturais, incluindo o estigma. Portanto, é necessário ter cuidado ao comparar as taxas entre países. As taxas de mortalidade padronizadas por idade baseiam-se no número de mortes dividido pelo tamanho da população correspondente. A fonte é o Banco de Dados de Mortalidade da OMS; os suicídios são classificados como códigos ICD-10 X60-X84 e Y870.

Referências

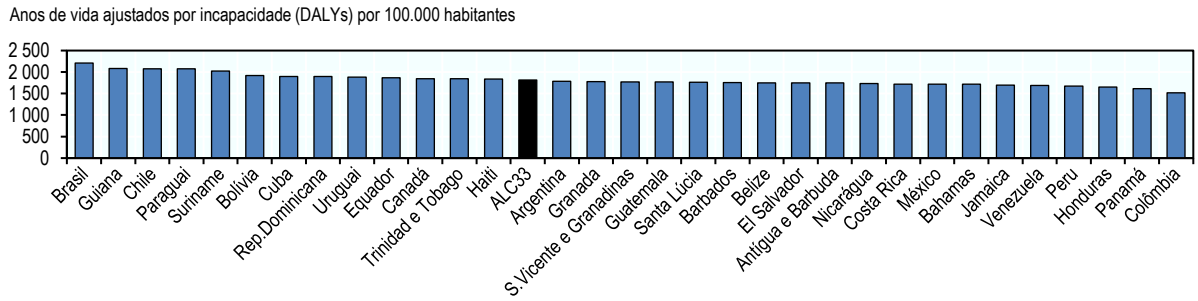
OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en. [1]

OECD (2021), "Supporting young people's mental health through the COVID-19 crisis", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/84e143e5-en. [3]

OECD (2021), "Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/0ccafa0b-en. [2]

WHO (2022), *Global health estimates: Leading causes of death*, https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death. [4]

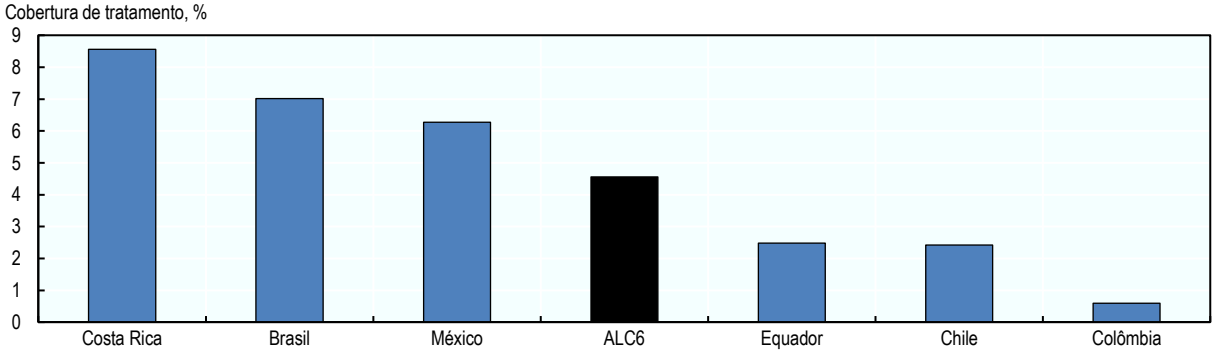
Figura 3.25. Anos de vida ajustados por deficiência (DALYs) para distúrbios de Saúde Mental, por 100.000 habitantes, 2019



Fonte: OPAS: O fardo dos distúrbios mentais na região das Américas - 2000-2019 (2021).

StatLink https://stat.link/7kvs8j

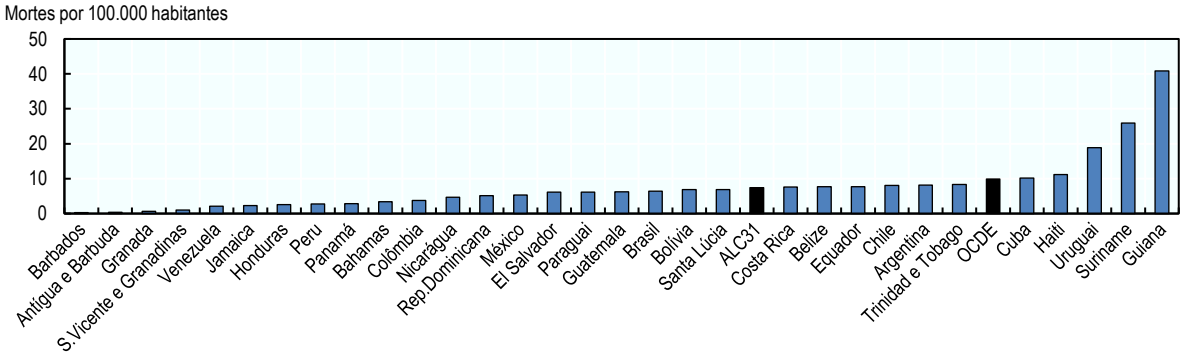
Figura 3.26. Cobertura do tratamento da psicose, 2019



Fonte: Carga Global de Doenças (2019), IHME; Atlas de Saúde Mental 2020.

StatLink https://stat.link/eplhrd

Figura 3.27. Mortes por suicídio, 2019



Fonte: OMS GHO 2021.

StatLink https://stat.link/4pnb6m

Tuberculose

Globalmente em 2021, o número total de novos casos de tuberculose (TB) foi estimado em 10,6 milhões, dos quais menos de 3% são observados na região da ALC. O número de mortes por TB foi estimado em 1,6 milhões, com a Região das Américas da OMS experimentando o maior aumento de mortes por TB entre 2015 e 2021, com 31% (WHO, 2022[1]). A maioria dos casos é evitável se diagnosticada e o tratamento adequado for fornecido. A TB foi declarada uma emergência sanitária global pela OMS em 1993 e a Parceria Stop TB coordenada pela OMS estabeleceu metas de reduzir pela metade a prevalência e as mortes por TB até 2015, em relação à linha de base de 1990. As Metas de Desenvolvimento Sustentável prevêem o fim da epidemia de tuberculose até 2030.

A maior taxa de incidência foi observada no Haiti, Peru e Bolívia, com 168, 116, e 105 casos por 100.000 habitantes em 2020, respectivamente (Figura 3.28). Baixos índices de incidência, abaixo de três casos por 100.000 habitantes, foram registrados em Santa Lúcia, Antígua e Barbuda, Jamaica, Barbados e Grenada. As maiores taxas de mortalidade devido à TB (excluindo o HIV) foram encontradas na Guiana, Haiti e Bolívia, com mais de 10 mortes por 100.000 habitantes em 2020. As taxas mais baixas de mortalidade são observadas na Jamaica, Cuba, Bahamas, Costa Rica, Barbados, El Salvador e São Vicente e Granadinas, todas abaixo de 1 morte por 100.000 habitantes (Figura 3.28).

Embora a taxa média de detecção da TB na região seja geralmente alta (74% de detecção de todos os casos em 2020), houve muitos casos não detectados em Granada, Bolívia e Haiti, onde as taxas de detecção estavam abaixo de 50% (Figura 3.29). Os serviços de TB de alta qualidade se expandiram nos países da ALC e muitos casos são tratados, com excelentes taxas de sucesso de tratamento em São Vicente e Granadinas e em São Cristóvão e Nevis. Em contraste, a taxa de sucesso do tratamento é a mais baixa em Granada com 33%, seguida pela Argentina com 47%, bem abaixo da média ALC29 de 65%.

Em geral, a região da ALC está enfrentando os desafios apresentados pela TB, com incidência e mortalidade diminuindo constantemente desde 1990, apesar das disparidades regionais. A redução média da incidência na região da ALC entre 2000 e 2020 foi de 26%. O declínio mais forte neste período foi observado em Honduras e Bahamas com mais de 70% de redução, enquanto na Dominica a incidência aumentou dez vezes- , passando de 4,5 para 47 casos por 100.000 habitantes entre 2000 e 2020 (Figura 3.30). Alguns dos desafios remanescentes incluem a prestação de serviços aos mais pobres e vulneráveis. As estratégias mais relevantes a serem desenvolvidas nos países da ALC incluem a implementação e expansão do diagnóstico precoce com novos testes moleculares rápidos, o estudo epidemiológico de contatos, o uso de regimes de tratamento da TB com resistência reduzida a múltiplas drogas, a redução das lacunas de financiamento e a necessidade de maior especialização técnica (PAHO, 2018[2]).

Definição e comparabilidade

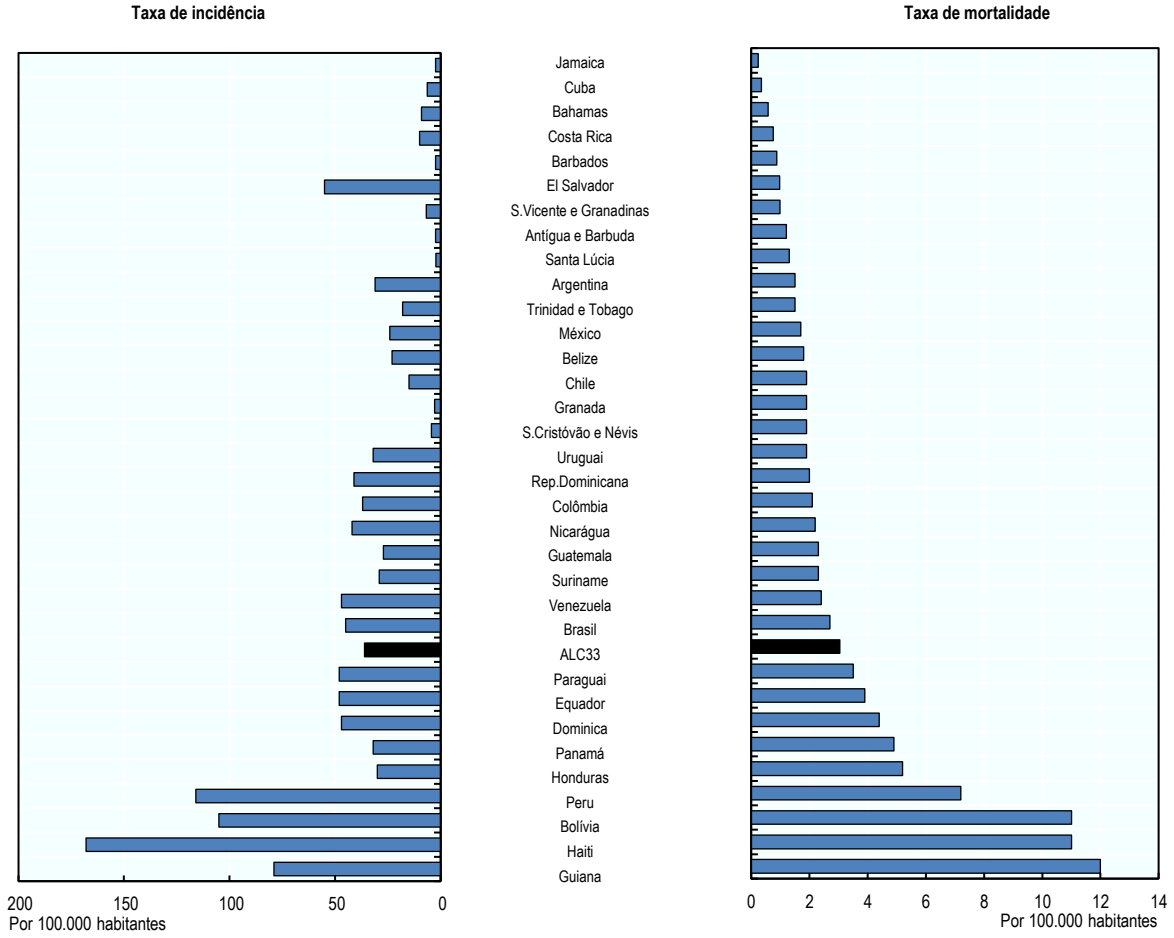
A tuberculose (TB) é uma doença contagiosa, causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis.* A tuberculose geralmente ataca os pulmões, mas também pode afetar outras partes do corpo. Ela se espalha pelo ar, quando as pessoas que têm a doença tossem, espirram, falam ou cuspem. A maioria das infecções em humanos são latentes e sem sintomas, com cerca de uma em cada dez infecções latentes que acabam progredindo para doença ativa. Se não tratada, a tuberculose ativa mata entre 20% e 70% de suas vítimas dentro de dez anos, dependendo da gravidade. A taxa de incidência da TB é o número de novos casos da doença estimado para ocorrer em um ano, por 100.000 habitantes. A taxa de prevalência da TB é o número total de pessoas com a doença em um determinado momento, por 100.000 habitantes. A mortalidade por TB não inclui a TB/HIV, de acordo com o CID-10.

Referências

PAHO (2018), *Tuberculosis in the Americas 2018*, http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49510/PAHOCDE18036_eng?sequence=1&isAllowed=y. [2]

WHO (2022), *Global tuberculosis report 2022*, World Health Organization, Geneva, https://apps.who.int/iris/handle/10665/363752. [1]

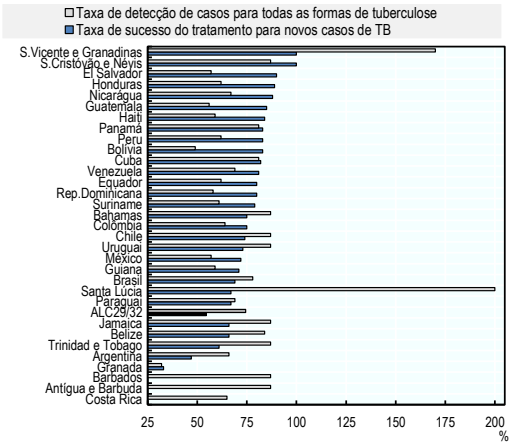
Figura 3.28. Estimativa da carga da doença causada pela tuberculose, 2020



Fonte: Relatório Global da OMS sobre a Tuberculose 2021.

StatLink https://stat.link/2z3l65

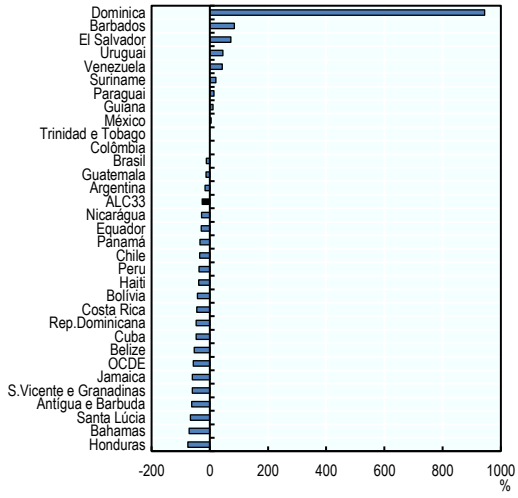
Figura 3.29. Sucesso no tratamento da tuberculose para novos casos de tuberculose e detecção de casos, 2020 (ou ano mais próximo)



Fonte: Relatório Global da OMS sobre a Tuberculose 2021.

StatLink https://stat.link/n4oqp8

Figura 3.30. Alteração na taxa de incidência da tuberculose, 2000-20 (ou ano mais próximo)



Fonte: Relatório Global da OMS sobre a Tuberculose 2021.

StatLink https://stat.link/15gin9

HIV/AIDS

O HIV/AIDS tem tido um impacto substancial sobre a saúde na região da ALC desde o início dos anos 80. O Caribe continua a ser uma das regiões mais afetadas em termos de prevalência, atrás apenas de algumas regiões africanas. (UNAIDS, 2019[1]). A ONU estabeleceu a meta de eliminar a AIDS como uma ameaça pública nos ODS de 2030, para a qual foi definida uma meta de reduzir o número de novas infecções por HIV e mortes relacionadas à AIDS em 90% em relação a 2010. (UNAIDS, 2014[2]). Na ALC26, a prevalência em adultos entre 14 e 49 anos varia de 0,2% na Guatemala e Honduras a 1,8% no Haiti em 2021 (Figura 3.31). Embora a prevalência geral na região seja relativamente baixa, o número de pessoas vivendo com HIV é superior a 2,5 milhões nos países declarantes, a maioria dos quais vive no Brasil com 960.000 pessoas, seguido pelo México com 360.000 e pela Colômbia com 170.000.

O acesso ampliado à terapia anti-retroviral (ART) aumentou as taxas de sobrevivência das pessoas vivendo com HIV, mas cerca da metade das pessoas elegíveis para o tratamento do HIV não o recebem em todo o mundo. No LAC24, a cobertura estimada foi particularmente baixa (<50%) na Jamaica e Belize, enquanto que é superior a 70% no Haiti, Peru, Equador, Colômbia, Guatemala, Brasil, Cuba e Argentina (Figura 3.32). Isto indica que alguns países com alta prevalência (por exemplo, Haiti) estão abordando a questão da cobertura do tratamento, mas a região permanece longe do objetivo de tratar 90% das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Por outro lado, a tendência é positiva nos últimos anos, com a maioria dos países da ALC reduzindo a incidência da transmissão do HIV. Entre 2010 e 2021, Haiti e Bahamas reduziram as taxas de incidência em mais de 50%, seguidos por Barbados, Nicarágua, Equador e República Dominicana, todos eles reduzindo o número de novos casos de infecção pelo HIV em mais de 25% (Figura 3.33). Entre os cinco países que relataram um aumento na incidência, a Costa Rica teve o maior crescimento, com 17%, seguida por Belize com 14%, e Peru, Cuba e Uruguai com 13%.

O fortalecimento da agenda de prevenção e tratamento do HIV poderia enfrentar ainda mais a ameaça à saúde pública da AIDS na região. A abordagem UNAIDS 95-95-95-95 para 2025 visa atingir as metas de 95% de todas as pessoas vivendo com HIV sabendo seu status de HIV, 95% das pessoas com diagnóstico de HIV recebendo ART, e 95% das pessoas recebendo ART alcançando a supressão viral. Os benefícios da terapia anti-retroviral e dos serviços integrados só podem ser plenamente realizados se as pessoas vivendo com HIV forem diagnosticadas e ligadas com sucesso aos cuidados. Isto exigirá esforços direcionados para remover barreiras entre populações desproporcionalmente afetadas pelo HIV/AIDS, incluindo trabalhadores do sexo, seus clientes, homens que fazem sexo com homens, pessoas transgêneros e pessoas que injetam drogas, juntamente com colaborações com as partes interessadas e a sociedade civil em nível nacional e subnacional. (Bekker et al., 2018[3]).

Definição e comparabilidade

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um retrovírus que destrói ou prejudica as células do sistema imunológico. À medida que a infecção pelo HIV progride, uma pessoa torna-se mais suscetível a infecções. O estágio mais avançado da infecção pelo HIV é a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Pode levar -1015 anos para que uma pessoa infectada pelo HIV desenvolva a AIDS, embora os medicamentos anti-retrovirais possam retardar o processo. A prevalência de HIV entre adultos de 15 a 49 anos é calculada como o número estimado de pessoas de 15-49 anos vivendo com HIV dividido pelo total de pessoas de 15-49 anos no país.

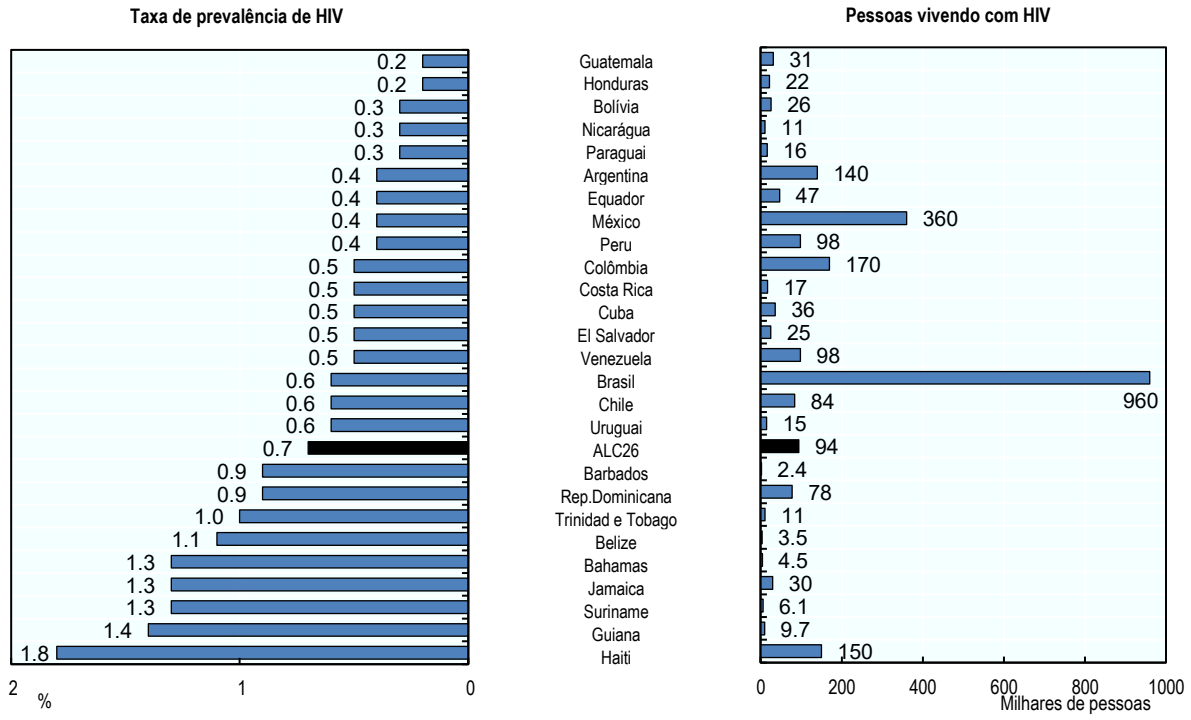
Referências

Bekker, L. et al. (2018), “Advancing global health and strengthening the HIV response in the era of the Sustainable Development Goals: the International AIDS Society—Lancet Commission”, *The Lancet*, Vol. 392/10144, pp. 312-358, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31070-5. [3]

UNAIDS (2019), *AIDSinfo*, Joint United Nations Programme on HIV and AIDS, http://aidsinfo.unaids.org/. [1]

UNAIDS (2014), *90–90–90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva, https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf. [2]

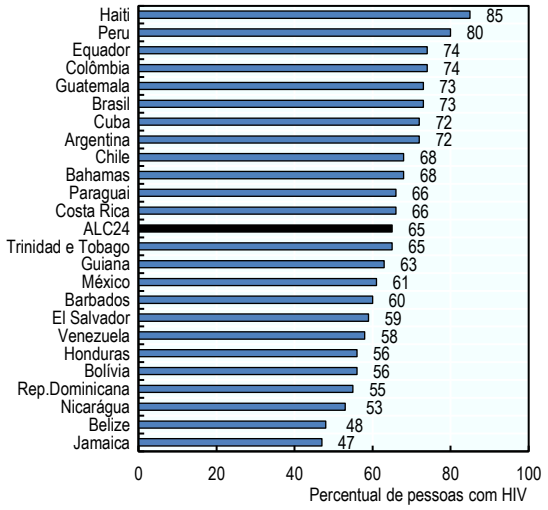
Figura 3.31. Taxa de prevalência de HIV, porcentagem de adultos com 15-19 anos e pessoas vivendo com HIV, número absoluto, 2021 (ou ano mais próximo)



Fonte: OMS GHO 2022.

StatLink https://stat.link/1bo9xl

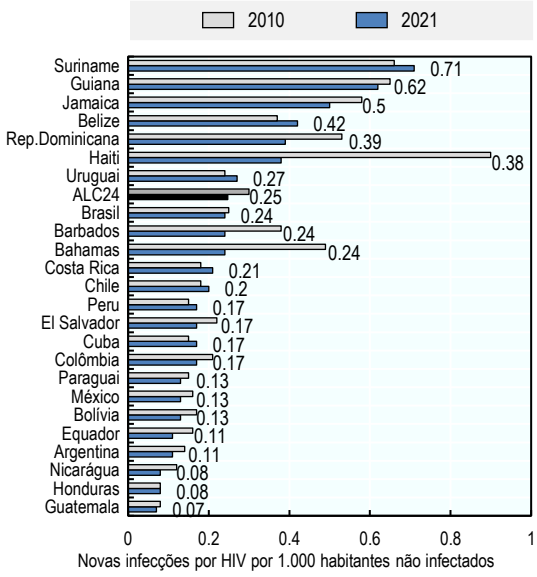
Figura 3.32. Cobertura da terapia antiretroviral entre pessoas vivendo com HIV, 2021 (ou ano mais próximo)



Fonte: OMS GHO 2022.

StatLink https://stat.link/ivza4t

Figura 3.33. Novas infecções pelo HIV por 1.000 habitantes não infectados, 2010 e 2021 (ou ano mais próximo)



Fonte: OMS GHO 2022.

StatLink https://stat.link/heyicx

Doenças transmitidas por mosquitos

Malária, dengue e Zika são três doenças que são transmissíveis pelas picadas de mosquitos infectados. Elas estão presentes na ALC com diferentes graus de incidência. A malária é uma doença tropical causada por um parasita transmitido pelo mosquito Anopheles fêmea. Após um período passado no fígado, os parasitas se multiplicam nos glóbulos vermelhos, causando sintomas como febre, dor de cabeça e vômitos. Uma das metas do SDG é acabar com a epidemia de malária até 2030. Entre 2000 e 2017, houve uma redução global de 60% nas mortes por malária, um dos maiores sucessos da saúde pública no século XXI. (The Global Fund, 2019[1]).

Na região da ALC, os esforços dos países reduziram muito os novos casos de malária ao ponto de ter sido quase ou completamente erradicada em Belize, Costa Rica, Guatemala, Honduras e México, além de vários países não relatarem mais dados de incidência. No entanto, a região permanece vulnerável a surtos. A maior incidência na região pode ser encontrada na Guiana, com 28 casos por 1.000 habitantes de risco em 2020 (Figura 3.34). A Venezuela mostra o maior número estimado de mortes por malária com 203 pessoas morrendo no país, seguida pelo Haiti, Brasil e Guiana com 97, 42, e 28 mortes, respectivamente.

A dengue é uma infecção viral causada pelo mosquito Aedes aegypti e continua sendo um problema de saúde pública nas Américas, apesar dos esforços dos países para detê-la e mitigá-la. A dengue causa uma doença grave semelhante à gripe (por exemplo, febre alta, dor de cabeça, dor atrás dos olhos, náusea, vômitos, glândulas inchadas, dores musculares e articulares, erupção cutânea) e às vezes pode causar uma complicação potencialmente letal chamada dengue grave. A incidência de dengue na região é heterogênea e é particularmente alta na Guiana com 554 casos por 100.000 habitantes em 2021, seguida pela Nicarágua com 548, Brasil com 456, e Belize com 309 (Figura 3.35). A letalidade da doença também varia, mas sempre abaixo de um nível de 0,01% dos casos resultando em mortes. As doenças não causaram nenhuma morte durante 2021 na maioria dos países da região.

A febre Zika é uma doença viral causada pelo vírus Zika transmitida pelo mosquito Aedes aegypti, que consiste em febre leve, erupção cutânea, dores de cabeça, artralgia, mialgia, astenia e conjuntivite não purulenta. A incidência de Zika é muito alta em Belize, com 245 casos por 100.000 habitantes em 2021. Barbados e Guatemala seguem com 15 e 14 casos por 100.000 habitantes. Vários países da região não relataram nenhum caso Zika em 2021 (Figura 3.36).

As doenças transmitidas por mosquitos afetam desproporcionalmente as comunidades economicamente desfavorecidas, que carecem de métodos de prevenção adequados e de saneamento e infra-estrutura modernos. É fundamental que os países garantam acesso e cobertura de boa qualidade entre essas comunidades para protegê-las de doenças transmissíveis como malária, chikungunya, dengue e zika. A preparação e controle de surtos é crucial para uma prevenção e resposta adequada, para a qual os países devem desenvolver suas capacidades e recursos. Por exemplo, o uso de redes tratadas com inseticida- e a pulverização residual interna com inseticidas são medidas preventivas importantes para populações em risco para evitar picadas de mosquitos. De fato, só as populações em risco de dengue representam mais de 3,9 bilhões de pessoas em cerca de 129 países, o que resulta em 96 milhões de pessoas com casos sintomáticos, dos quais estima-se que 40.000 pessoas morram a cada ano. (WHO, 2020[2]).

Definição e comparabilidade

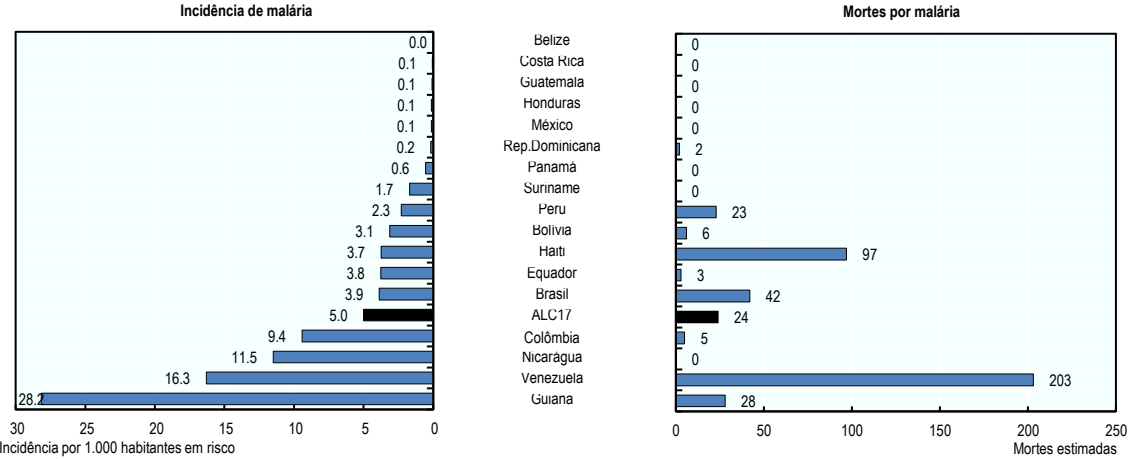
A subnotificação de casos de doenças transmitidas por mosquitos e mortes continuam sendo um grande desafio em países com acesso inadequado e limitado aos serviços de saúde e sistemas de vigilância fracos. O número de doenças transmitidas por mosquitos causadas por mortes foi estimado ajustando o número de casos relatados para que a notificação fosse completa, a probabilidade de os casos serem parasitas positivos e a extensão do uso dos serviços de saúde.

Referências

The Global Fund (2019), *Malaria. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*, https://www.theglobalfund.org/en/malaria/. [1]

WHO (2020), *Vector-borne diseases*, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/vector-borne-diseases. [2]

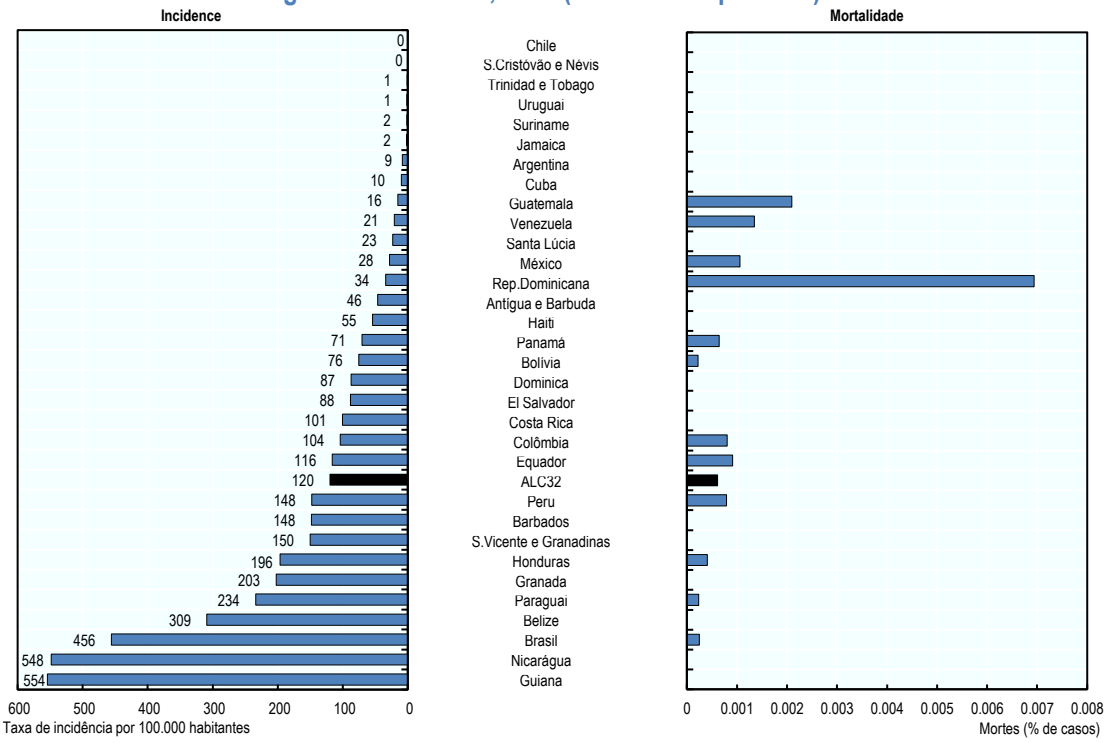
Figura 3.34. Casos confirmados de malária e mortes estimadas, 2020 (ou ano mais próximo)



Fonte: OMS GHO 2022.

StatLink https://stat.link/mxg085

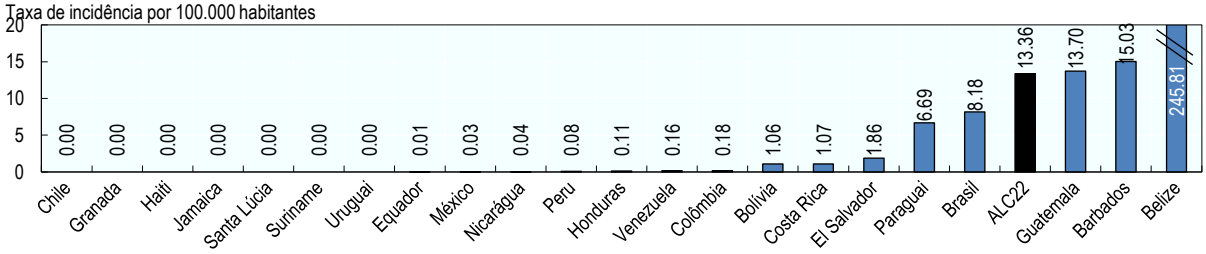
Figura 3.35. Incidência de dengue e mortalidade, 2021 (ou ano mais próximo)



Fonte: OPAS 2022.

StatLink https://stat.link/y6g0dq

Figura 3.36. Incidência Zika, 2021 (ou ano mais próximo)



Fonte: OPAS 2022.

StatLink https://stat.link/6mctkp

Diabetes

O diabetes é uma doença metabólica crônica, caracterizada por altos níveis de glicose no sangue. Ela ocorre ou porque o pâncreas deixa de produzir o hormônio insulina (diabetes tipo 1, diabetes insultuoso dependente, predisposição genética), que regula o açúcar no sangue, ou através de uma capacidade reduzida de produzir insulina (diabetes tipo 2, não dependente de insulina na maioria dos casos, relacionado ao estilo de vida), ou através de uma capacidade reduzida de responder à insulina (resistência à insulina). As pessoas com diabetes correm um risco maior de desenvolver doenças cardiovasculares, como ataque cardíaco e derrame cerebral. Elas também têm riscos elevados de perda de visão, amputação de pés e pernas devido a danos aos nervos e vasos sanguíneos, e insuficiência renal que requer diálise ou transplante. Globalmente, estima-se que 422 milhões de adultos viviam com diabetes em 2014, em comparação com 108 milhões em 1980. A prevalência global de diabetes quase dobrou desde 1980, aumentando de 4,7% para 8,5% na população adulta, e causou 1,5 milhões de mortes em 2012, com mais 2,2 milhões de mortes devido a glicose no sangue acima do ideal (WHO, 2016[1]). Na ALC, mais de 40 milhões de adultos (com 20 anos ou mais) vivem com diabetes e cerca da metade deles não são diagnosticados e não têm consciência de desenvolver complicações a longo prazo.

Entre os países da ALC, a prevalência de diabetes em adultos em 2021 variou de menos de 5% no Equador e Peru a 13% na Guatemala (Figura 3.37). Em média, a prevalência nos países da ALC foi de 7,9%, um aumento de 8,3% em 2010. A Guatemala é o país que experimentou o maior aumento, 3,8 pontos percentuais, enquanto a prevalência em El Salvador diminuiu cerca de 3 pontos percentuais no -período de 201021.

No período 201019, a -mortalidade atribuível ao diabetes mellitus em adultos aumentou 10% ou mais em países como Costa Rica, Venezuela, República Dominicana, Santa Lúcia, Honduras, Suriname, México e El Salvador. Em média, ela aumentou na ALC em 1%, em oposição à redução média da OCDE de 4% (Figura 3.38). Vários países experimentaram reduções significativas de pelo menos- 10%, tais como Granada, Colômbia e Peru. Em 2019, o país com maior mortalidade foi Trinidad e Tobago com 100,3 mortes por 100.000 habitantes, seguido por Guiana e São Vicente e Granadinas, com 96,9 e 83,6, respectivamente. Cuba e Costa Rica são os únicos países da ALC abaixo da média da OCDE de 12,8 óbitos por 100.000 habitantes.

As iniciativas políticas podem ser direcionadas tanto para reduzir a prevalência quanto a mortalidade do diabetes. Reforçar a resposta integral às DANTs, incluindo o diabetes, particularmente no nível de cuidados primários, é uma ação chave. Em geral, os países com sistemas sólidos de cuidados primários obtêm melhores resultados com o diabetes (por exemplo, Costa Rica, Cuba). Para o diabetes, isto inclui a implementação de diretrizes e protocolos para melhorar o diagnóstico e o manejo, garantindo o acesso equitativo às tecnologias essenciais para todos os grupos populacionais (por exemplo, insulina). A maioria dos países da ALC tem programas dedicados ao diabetes, o que é um passo relevante para seu controle (WHO, 2016[1]). A prevalência deve ser abordada visando os comportamentos de risco (por exemplo, dieta não saudável e sedentarismo são os principais, assim como o consumo de álcool e tabaco).

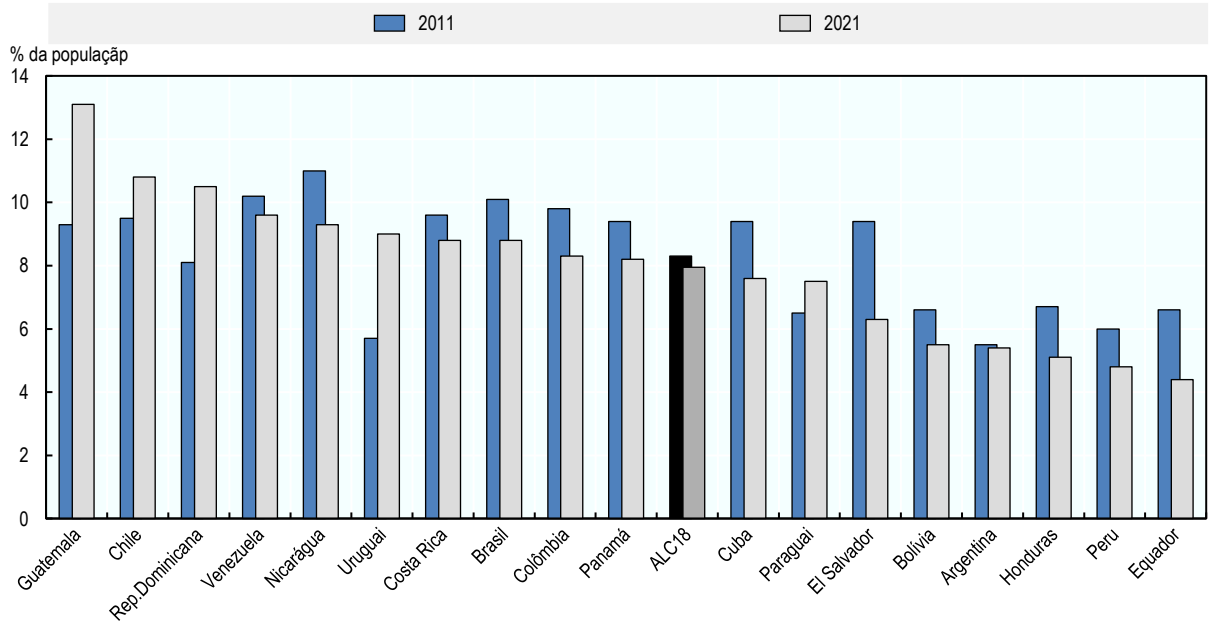
Definição e comparabilidade

A prevalência de diabetes refere-se à porcentagem de pessoas com idade de -2079 anos que têm diabetes tipo 1 ou tipo 2. Estimativas precisas sobre o diabetes a nível nacional e global dependem muito da qualidade e disponibilidade das fontes de dados. As fontes de dados foram pesquisadas e selecionadas de acordo com critérios estabelecidos, e foi estimada a prevalência específica padronizada da idade- tanto do diabetes como da tolerância à glicose (IGT). Para países onde as fontes de dados não estavam disponíveis, a prevalência foi extrapolada com base em fontes de dados de países similares. As taxas de mortalidade por 100.000 habitantes foram baseadas em dados sobre mortes atribuíveis ao diabetes mellitus em adultos da IHME Global Burden of Disease (GBD).

Referências

WHO (2016), *Global report on diabetes*, World Health Organisation, Geneva, https://apps.who.int/iris/handle/10665/204871. [1]

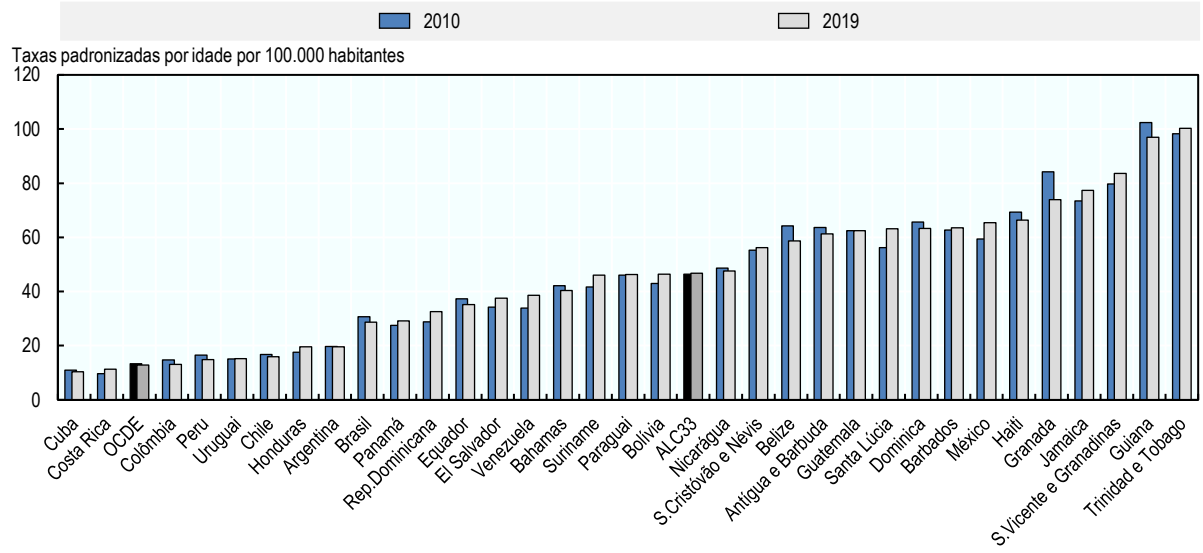
Figura 3.37. Diabetes entre adultos com 20-79 anos de idade, prevalência ajustada por idade, 2010 e 2021



Fonte: Federação Internacional de Diabetes. Atlas do Diabetes 2021.

StatLink https://stat.link/9nfthi

Figura 3.38. Taxas de mortalidade por diabetes mellitus, 2010 e 2019



Fonte: Carga Global de Doenças (2019), IHME.

StatLink https://stat.link/gyzx6c

4 Determinantes da saúde

Planejamento familiar

A OMS estima que 1,1 bilhões de mulheres em idade reprodutiva têm necessidade de planejamento familiar, dos quais 270 milhões não estão usando um método contraceptivo moderno (WHO, 2020[1]). O SDG voltado para os serviços de saúde reprodutiva visa proporcionar acesso universal até 2030, e integrar a saúde reprodutiva e sexual nas agendas, estratégias e programas nacionais. A agenda global de saúde e direitos sexuais e reprodutivos está ligada à igualdade de gênero e ao bem-estar da mulher, afetando a saúde do recém-nascido, da criança, do adolescente e da mãe, e seus papéis na formação do desenvolvimento econômico futuro e da sustentabilidade ambiental (Starrs et al., 2018[2]).

A prevalência do uso de contraceptivos varia muito na região da ALC. Na Colômbia, Nicarágua, Equador, Brasil, Uruguai, Chile, Peru, Venezuela e Honduras, mais de três quartos das mulheres casadas ou em união relatam o uso de qualquer método anticoncepcional (Figura 4.1). Entretanto, tanto o Haiti como o Paraguai relatam que menos de 40% das mulheres casadas ou em união de idade reprodutiva utilizam qualquer método contraceptivo. Menos de 50% das mulheres utilizam métodos contraceptivos modernos no Haiti, Paraguai, Guiana, Suriname e Trinidad e Tobago.

Nos países da ALC com dados, a demanda por planejamento familiar é geralmente satisfeita a taxas mais elevadas entre as mulheres que vivem em áreas urbanas, com níveis de renda e educação mais elevados (Figura 4.2). Estas diferenças são particularmente acentuadas em Belize e na Guiana, com acesso até 38% inferior nos grupos menos favorecidos. Alguns países como o Paraguai e Honduras relatam diferenças menos significativas com acesso semelhante nas três categorias. Na maioria dos casos em que tanto as mulheres menos favorecidas quanto as mais favorecidas socialmente relatam alto acesso ao planejamento familiar (mais de 80-85%), as taxas tendem a ser semelhantes entre os grupos. Os países da ALC podem continuar melhorando as informações e serviços relacionados à saúde sexual e reprodutiva, que devem ser acessíveis e acessíveis a todos os indivíduos. Intervenções modernas de planejamento familiar podem ser incorporadas ao pacote de serviços essenciais para proporcionar cobertura universal, prestando atenção especial às pessoas mais pobres e mais vulneráveis. Além disso, os países também devem tomar medidas além do setor de saúde para mudar normas sociais, leis e políticas para defender os direitos humanos e promover a igualdade de gênero (Starrs et al., 2018[2]; WHO, 2020[1]).

Definição e comparabilidade

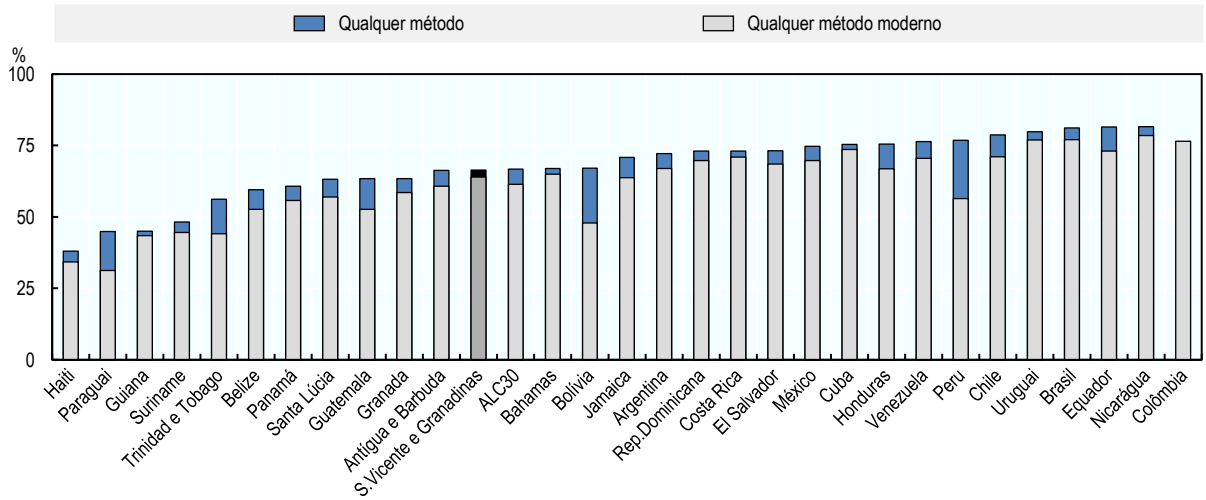
A prevalência da contracepção é a porcentagem de mulheres que estão usando atualmente, ou cujo parceiro sexual está usando atualmente, pelo menos um método de contracepção, independentemente do método usado. Geralmente é relatada como uma porcentagem de mulheres casadas ou em união de facto com 1549 anos de idade-. Os -métodos modernos de contracepção incluem contraceptivos orais combinados ("a pílula"), pílulas somente de progestagênio ("a minipílula"), implantes, injetáveis, adesivos, anel vaginal, dispositivo intra-uterino (cobre e levonorgestrel), preservativos masculinos e femininos, vasectomia, ligadura tubária, método da amenorréia lactacional, pílulas contraceptivas de emergência, método dos dias padrão, método da temperatura corporal basal, -método de -dois dias -e método do sintoma térmico. Os métodos tradicionais consideram o método de calendário ou ritmo, e o método de retirada ou coito interrompido. As mulheres com uma demanda por planejamento familiar satisfeita são aquelas que são fecundas e sexualmente ativas, estão usando um método de contracepção e relatam querer mais filhos. Também é relatado como uma porcentagem de mulheres casadas ou em união de facto com 1549 anos de idade-. Informações sobre o uso de contraceptivos e a necessidade não atendida de planejamento familiar são geralmente coletadas através de pesquisas domiciliares representativas nacionalmente. Os formatos de pesquisa mais utilizados são as Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS) e as Pesquisas de Cluster de Indicadores Múltiplos (MICS).

Referências

Starrs, A. et al. (2018), “Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission.”, *Lancet (London, England)*, Vol. 391/10140, pp. 2642-2692, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9. [2]

WHO (2020), *Family planning / Contraception Key Facts*, World Health Organisation, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception. [1]

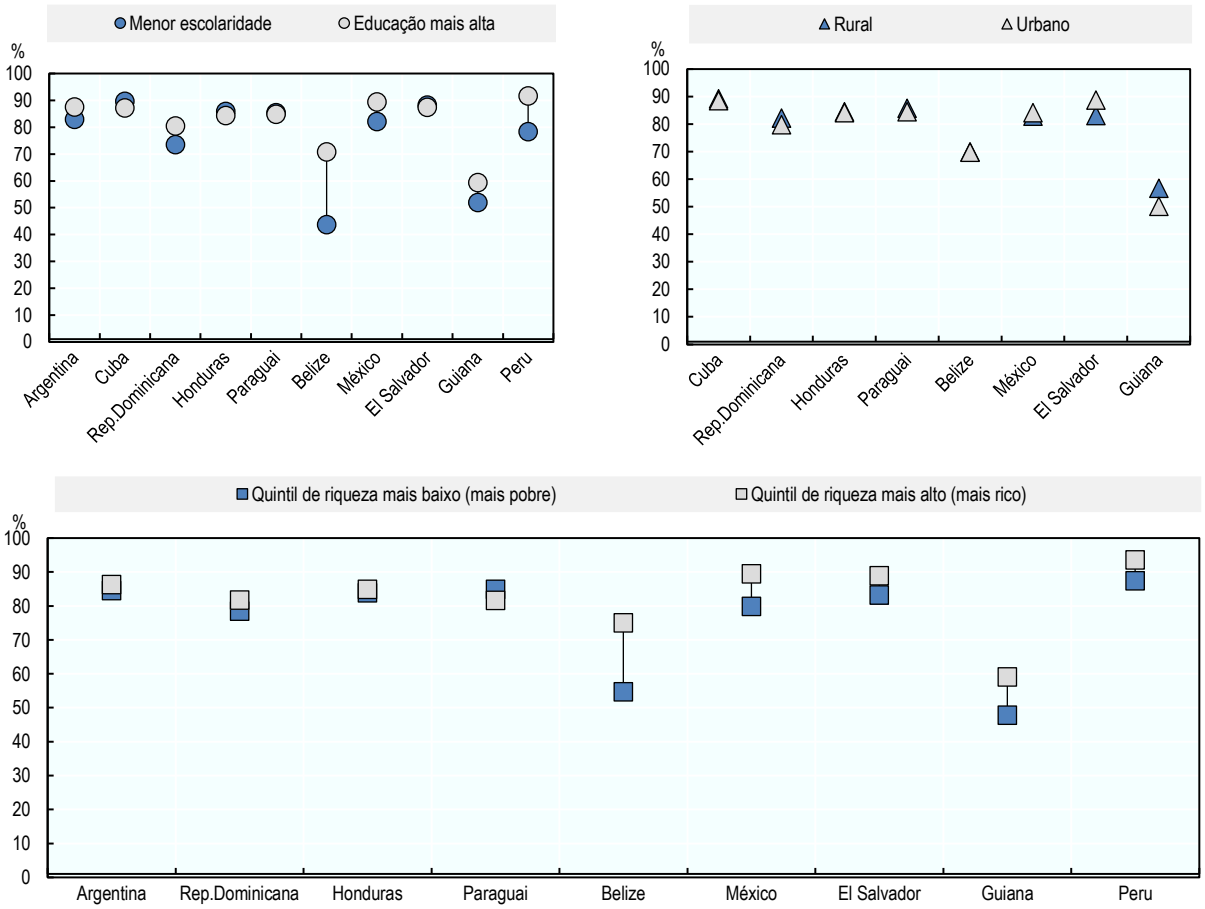
Figura 4.1. Prevalência de contraceptivos, mulheres casadas ou em união, 2020 ou última ano disponível



Fonte: Indicadores de Planejamento Familiar da UNPD 2020.

StatLink https://stat.link/0a2j4s

Figura 4.2. Demanda de planejamento familiar satisfeita por características socioeconômicas- , qualquer método, países selecionados, última estimativa disponível



Fonte: Pesquisas DHS e MICS, vários anos.

StatLink https://stat.link/2vkde3

Alimentação de lactentes e crianças pequenas

As práticas de alimentação de bebês e crianças pequenas influenciam suas chances de sobrevivência a curto prazo e sua capacidade de realizar seu potencial a longo prazo (Victora et al., 2016[1]). Desde o início da gravidez de uma mulher até o segundo aniversário de seu filho, os primeiros 1000 dias representam uma oportunidade chave para garantir o bem-estar e criar as bases de uma vida produtiva e saudável. A amamentação é muitas vezes a melhor maneira de fornecer nutrição para os bebês. O leite materno fornece aos bebês os nutrientes que eles precisam para um desenvolvimento saudável, incluindo os anticorpos que ajudam a protegê-los de doenças infantis comuns, como diarréia e pneumonia, as duas principais causas de mortalidade infantil em todo o mundo (ver indicadores sobre "Mortalidade infantil" no Capítulo 3). A amamentação também está ligada a melhores resultados de saúde à medida que as crianças crescem mais velhas (Rollins et al., 2016[2]).

No ALC26, a maioria dos países que relatam dados tem amamentação exclusiva inferior à meta da OMS, com uma média de 31% de crianças amamentadas exclusivamente nos primeiros 6 meses de vida (Figura 4.3). Mais da metade dos bebês são amamentados exclusivamente no Peru, Uruguai, Bolívia e Guatemala, enquanto a taxa é inferior a um em cada cinco em Barbados e menos a um em cada dez no Suriname, Venezuela, Rep. Dominicana e Santa Lúcia.

Após os primeiros seis meses de vida, uma criança precisa de alimentos complementares nutricionalmente adequados e seguros, enquanto continua amamentando. Em 24 países LAC com dados, 84,6% das crianças recebem qualquer alimento sólido, semi-sólido e suave em sua dieta após os primeiros seis meses de vida, com Jamaica, Equador e Trinidad e Tobago abaixo de 75%, e Costa Rica, Argentina, Brasil, Peru, Cuba, Uruguai, Haiti e El Salvador acima de 90%. Além disso, em média, 43% das crianças na ALC continuaram amamentando até os 2 anos de idade, uma taxa abaixo de 30% na República Dominicana, Trinidad e Tobago, Cuba, Brasil, Santa Lúcia e Suriname, e acima de 60% na Guatemala, Peru, El Salvador e Bolívia (Figura 4.4).

A amamentação exclusiva é mais comum em países de menor renda média na ALC, bem como entre as mulheres rurais mais pobres com menor escolaridade do que as mulheres ricas com educação superior que vivem em cidades (Figura 4.5). Entretanto, em países como a Argentina, República Dominicana, Jamaica e Suriname, as mulheres que vivem em áreas urbanas amamentam exclusivamente mais do que as mulheres das áreas rurais. Na Argentina e na Jamaica, as mulheres mais instruídas e mais ricas também apresentam taxas mais altas de amamentação exclusiva, enquanto o mesmo se aplica ao Suriname no caso de mulheres mais ricas. Os fatores que podem levar a taxas inadequadas de amamentação são amplos e englobam várias dimensões da sociedade. Eles incluem práticas e políticas de saúde, falta de apoio especializado adequado para o aleitamento materno, especificamente nas instalações de saúde e na comunidade, comercialização agressiva de substitutos do leite materno, legislação inadequada sobre licença maternidade e paternidade e políticas de trabalho sem apoio (Rollins et al., 2016[2]).

Definição e comparabilidade

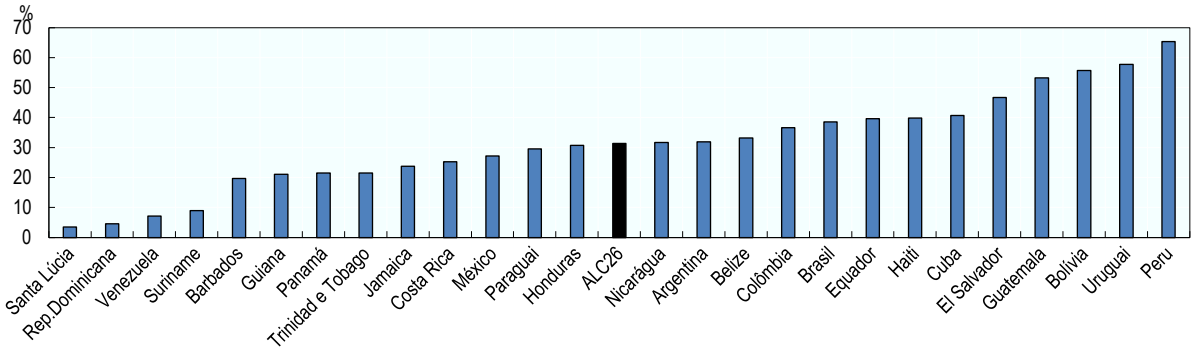
A amamentação exclusiva é definida como nenhum outro alimento ou bebida, nem mesmo água, além do leite materno (incluindo leite expresso ou de uma enfermeira úmida) durante os primeiros seis meses de vida, exceto para sais reidratantes orais, gotas e xaropes (vitaminas, minerais e medicamentos). A partir daí, para atender às suas necessidades nutricionais em evolução, as crianças devem receber alimentos complementares adequados e seguros enquanto amamentam até os dois anos de idade ou mais. As fontes habituais de informação sobre as práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas são as pesquisas domiciliares. Elas também medem outros indicadores das práticas de alimentação de bebês e crianças pequenas, tais como freqüência mínima de refeições, diversidade mínima de dietas e dieta mínima aceitável. Os formatos de pesquisa mais utilizados são as Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS) e as Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos (MICS).

Referências

Rollins, N. et al. (2016), “Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?”, *The Lancet*, Vol. 387/10017, pp. 491-504, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)01044-2. [2]

Victora, C. et al. (2016), “Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect”, *The Lancet*, Vol. 387/10017, pp. 475-490, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)01024-7. [1]

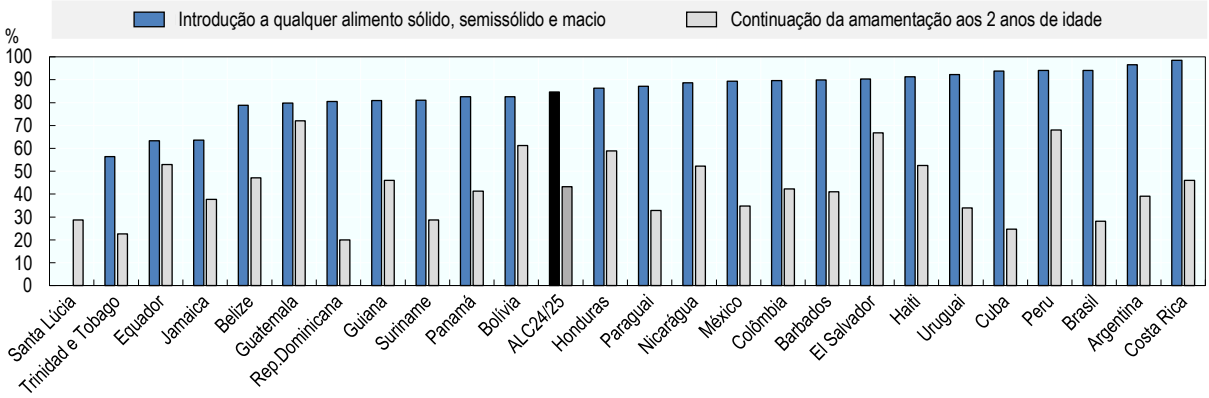
Figura 4.3. Bebês amamentados exclusivamente nos primeiros seis meses de vida, 2019 ou mais próximo



Fonte: OMS GHO 2022.

StatLink https://stat.link/flsbo5

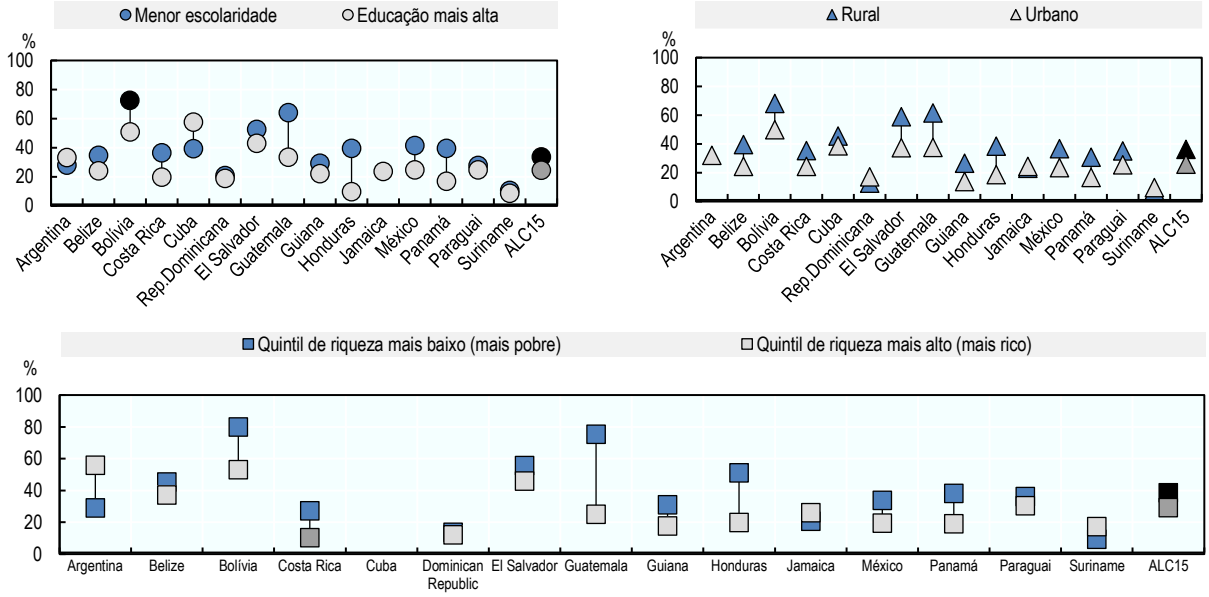
Figura 4.4. Práticas de alimentação após seis meses de idade, países selecionados, vários anos



Fonte: Unicef agregado com dados do Escritório Nacional de Estatística, MICS, DHS.

StatLink https://stat.link/pkhfoy

Figura 4.5. Bebês amamentados exclusivamente nos primeiros seis meses de vida, por fatores socioeconômicos e geográficos selecionados, vários anos



Fonte: Pesquisas DHS e MICS, vários anos.

StatLink https://stat.link/kvt320

Desnutrição infantil

Um componente chave do capital humano é a saúde e a boa nutrição, mas muitas crianças não conseguem ter acesso a alimentos nutritivos suficientes e seguros e a uma dieta equilibrada que atenda suas necessidades de crescimento e desenvolvimento ideais, para permitir uma vida ativa e saudável. Globalmente, estima-se que 150,8 milhões de crianças sofrem de atrofia nutricional, 50,5 milhões sofrem de emaciação e 38,3 milhões têm excesso de peso (Development Initiatives, 2018[1]). Portanto, muitos países estão enfrentando uma dupla carga de desnutrição - caracterizada pela coexistência de desnutrição juntamente com o excesso de peso, obesidade ou doenças crônicas relacionadas à dieta - um desafio de saúde em ascensão em muitos países da ALC. A desnutrição infantil também contribui para resultados cognitivos e educacionais mais pobres na infância e adolescência posteriores, o que, por sua vez, afeta o potencial vitalício e determina fortemente o status socioeconômico do indivíduo. A meta 2.2 do UN SDG estabelece que, até 2030, todas as formas de desnutrição terminem, incluindo o cumprimento, até 2025, das metas internacionalmente acordadas sobre nutrição infantil. Em abril de 2016, a Assembléia Geral das Nações Unidas proclamou 2016-25 a Década de Ação das Nações Unidas sobre Nutrição para erradicar a fome e a desnutrição em todas as suas formas (UN, 2019[2]).

As taxas de atrofia nutricional são um problema significativo em vários paísesda ALC. Em média, 11,4% das crianças com menos de cinco anos de idade são raquíticas na ALC27 (Figura 4.6). A taxa é de quase 43% na Guatemala e cerca de 20% no Equador, Haiti e Honduras, enquanto é mais baixa no Chile e em Santa Lúcia, abaixo de 3%. As taxas de desperdício também são mais baixas do que em outras regiões com uma média de 2,6% entre as crianças menores de cinco anos, mas Barbados, Guiana e Trinidad e Tobago têm taxas significativamente mais altas do que a média sendo acima de 6%. As taxas mais baixas são observadas no Chile, Peru e Guatemala, todas abaixo de 1%.

Países com maior prevalência de raquitismo tendem a ter uma mortalidade maior do que a média abaixo de 5 anos, refletindo o fato de que cerca da metade de todas as mortes antes dos 5 anos de idade pode ser atribuída à desnutrição (Figura 4.7). A Guatemala se afasta significativamente da tendência ao ter uma taxa de atrofiamento quase quatro vezes a média da ALC e uma taxa de -mortalidade inferior a 5 pontos acima da média da ALC. Isto se deve principalmente à alta taxa de pobreza e grande desigualdade no país, o que faz com que metade da população não possa arcar com o custo da cesta básica de alimentos. Isto se soma aos efeitos dos desastres naturais e das mudanças climáticas que prejudicam a produção de alimentos (WFP, 2019[3]).

O excesso de peso e a obesidade na infância está se tornando um dos desafios mais significativos do século. No LAC27, a prevalência média de excesso de peso entre crianças menores de 5 anos está acima de 8% (Figura 4.8). As taxas mais altas são observadas na Argentina e Paraguai com 12% ou mais, seguidos por Barbados, Trinidad e Tobago, Panamá, Uruguai e Cuba, onde mais de uma criança em cada dez está acima do peso. Por sua vez, as taxas são inferiores a 5% no Haiti e no Suriname.

Definição e comparabilidade

As definição da OMS de crianças com sobrepeso e obesidade infantil são peso para altura superior a 2 e 3 desvios padrão, respectivamente, acima da mediana padrão de crescimento infantil da OMS. O crescimento atrofiado (baixa altura para a idade) reflete o fracasso em atingir o potencial de crescimento linear devido a condições de saúde e/ou nutrição subótimas a longo prazo. Desperdício geralmente indica perda de peso recente e grave, porque uma pessoa não ingeriu alimentos suficientes para comer e ou teve uma doença infecciosa como a diarréia, que como causa de perda de peso.

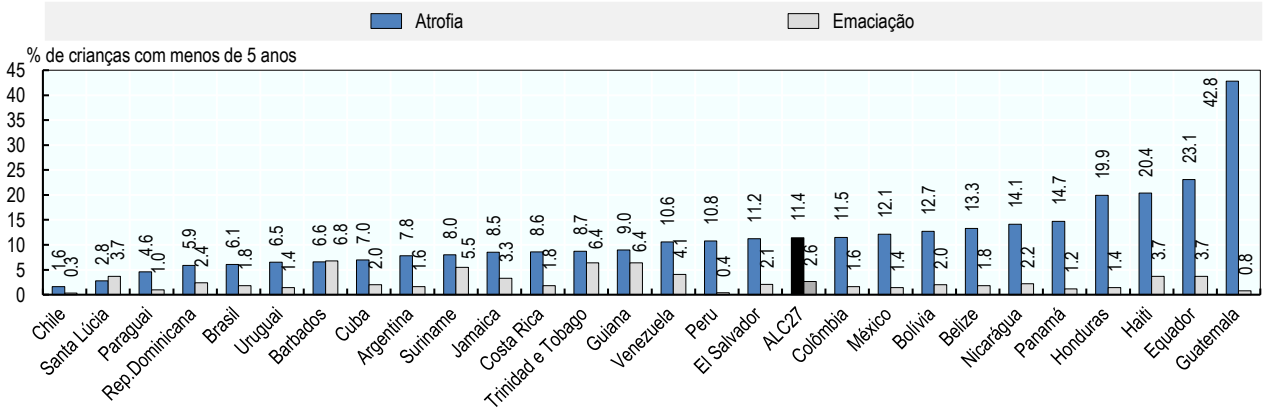
Referências

Development Initiatives (2018), *Global Nutrition Report: shining a light to spur action on nutrition*, Development Initiatives Poverty Research Ltd, Bristol, https://globalnutritionreport.org/documents/344/2018_Global_Nutrition_Report_Executive_Summary.pdf . [1]

UN (2019), *United Nations Decade of Action on Nutrition 2016-2025*, https://www.un.org/nutrition/home. [2]

WFP (2019), *Guatemala: World Food Programme*, https://www.wfp.org/countries/guatemala. [3]

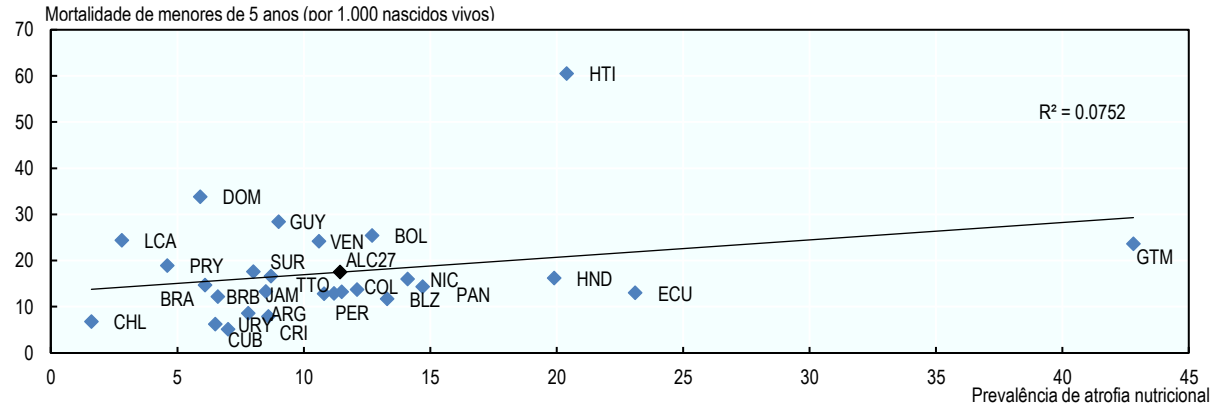
Figura 4.6. Prevalência de atrofiamento e emaciação em crianças menores de 5 anos, 2020 ou disponível



Fonte: OMS GHO 2022.

StatLink https://stat.link/c8hxjy

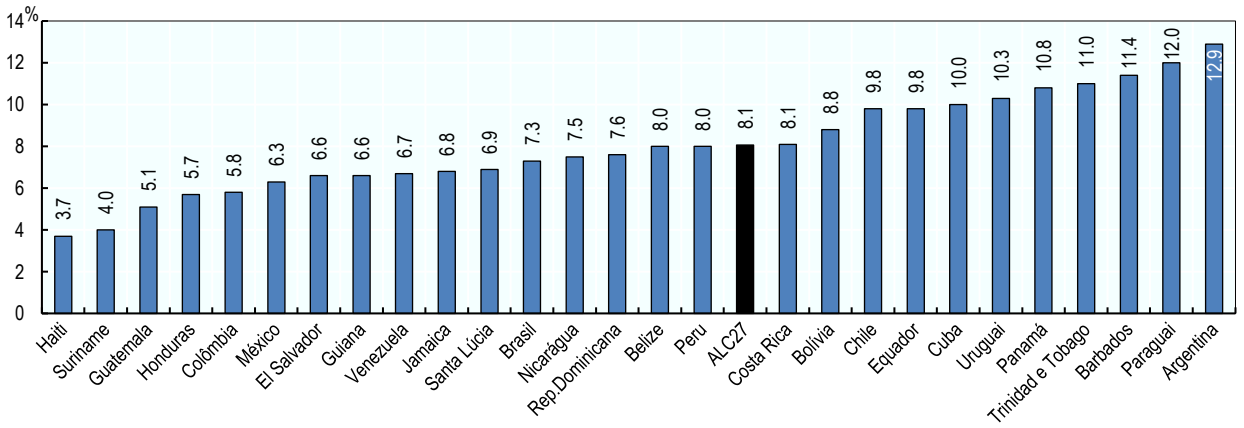
Figura 4.7. Prevalência de mortalidade e atrofiamento com menos de 5 anos, 2020 ou último ano disponível



Fonte: OMS GHO 2022, Banco Mundial 2022.

StatLink https://stat.link/l39evw

Figura 4.8. Prevalência de excesso de peso entre crianças menores de 5 anos, 2020 ou último disponível



Fonte: OMS GHO 2022.

StatLink https://stat.link/od1v8b

Saúde do adolescente

A adolescência é uma fase de transição fundamental no desenvolvimento humano, pois representa uma mudança da infância para a maturidade física, psicológica e social. Durante este período, os adolescentes aprendem e desenvolvem conhecimentos e habilidades para lidar com aspectos críticos de sua saúde e desenvolvimento enquanto seus corpos amadurecem. As adolescentes, especialmente as mais jovens, são particularmente vulneráveis porque enfrentam os riscos da gravidez e do parto prematuros (UNICEF, 2017[1]). Atualmente, há duas transições claras em relação à população adolescente: a transição demográfica, com um aumento no número de adolescentes (10-24 anos de idade) de 1,53 bilhões em 1990 para 1,8 bilhões em 2016; e a transição epidemiológica, com crescente predominância de doenças crônicas (Weiss and Ferrand, 2019[2]).

O excesso de peso e a obesidade são um desses fatores de risco fundamentais. Na ALC, o IMC médio para mulheres é de 22,5, e para homens é de 21,7, ambos acima das médias da OCDE de 21,8 para mulheres e 21,4 para homens (Figura 4.9). Países como Bahamas e Chile apresentam IMC médio para mulheres acima de 24, e IMC médio para homens acima de 23, enquanto Cuba, Guiana e Trinidad Tobago são os únicos países na ALC que apresentam IMC médio inferior tanto para homens quanto para mulheres adolescentes do que as respectivas médias da OCDE.

Além disso, a violência interpessoal é outra questão que afeta os adolescentes da região, e especialmente os homens. Venezuela, El Salvador e Brasil têm taxas acima de 90 mortes por 100.000 habitantes do sexo masculino para adolescentes com 1519 anos-, ambos acima da média da ALC de 33 e a média da OCDE de menos de 10. Peru, Cuba, Antígua e Barbuda, Grenada e Chile são os únicos países da região abaixo da média da OCDE. Para os adolescentes do sexo masculino com -1014 anos de idade, -as taxas de mortalidade são notavelmente mais baixas do que para aqueles com 1519 anos-, porém países como El Salvador têm uma taxa de mortalidade devido à violência interpessoal para este grupo que é quase dez vezes maior do que a média da OCDE em 1,1 (Figura 4.10).

Outra questão-chave para adolescentes em todo o mundo é a alta prevalência de gravidezes durante a juventude. Na ALC, a média de nascimentos adolescentes é de 53 nascimentos por 1.000 mulheres adolescentes, o que é quase cinco vezes a taxa observada nos países da OCDE, que se situam em 12 nascimentos por 1.000 mulheres adolescentes (Figura 4.11). Notavelmente, todos os países da ALC estão situados acima da média da OCDE. A maior taxa de nascimentos adolescentes é encontrada na Nicarágua, com 103 nascimentos por 1.000 mulheres adolescentes (1 em cada 10 adolescentes dará à luz), seguida por Honduras com mais de 97 nascimentos. Por outro lado, o Chile e Santa Lúcia têm as menores taxas de nascimentos de adolescentes da região, com 23 e 25, respectivamente.

Definição e comparabilidade

A medida mais freqüentemente utilizada de sub peso, sobrepeso e obesidade é o Índice de Massa Corporal (IMC). Este é um número único que avalia o peso de um indivíduo em relação à altura e é definido como o peso em quilos dividido pelo quadrado de altura em metros. A definição da OMS de sobrepeso em crianças com idade entre 5-19 anos é peso para altura maior que 1 desvio padrão acima da mediana de referência de crescimento da OMS. A definição da OMS de obesidade em crianças com idade entre 5-19 anos é peso para altura superior a 2 desvios padrão acima da mediana de referência de crescimento da OMS.

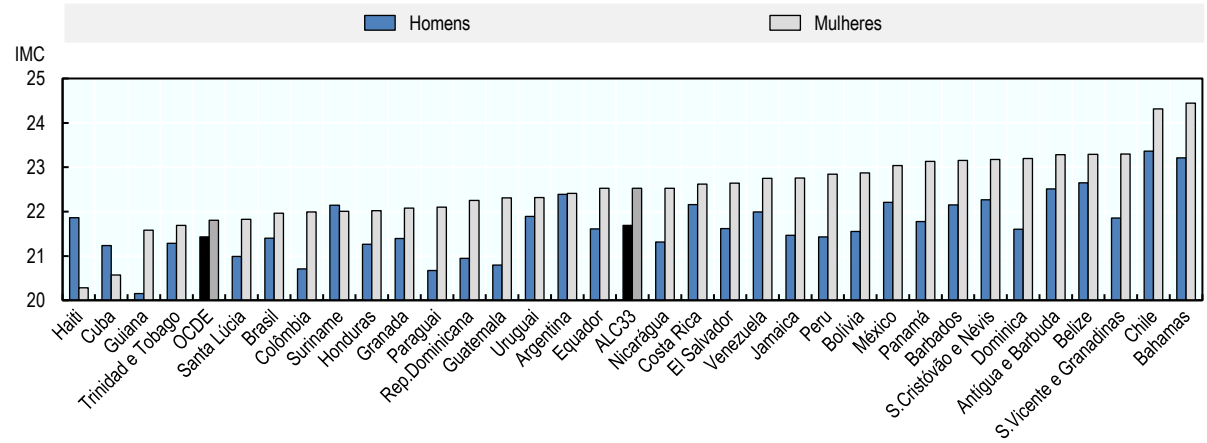
As taxas de mortalidade por violência interpessoal levam em conta apenas adolescentes do sexo masculino com 10-14 anos e 15-19. A taxa de nascimentos de adolescentes é definida como o número anual de nascimentos de mulheres com 1519 anos -de idade por 1.000 mulheres nessa faixa etária. Também é referida como a taxa de fertilidade específica de idade para mulheres com 15-19 anos de idade.

Referências

UNICEF (2017), *Adolescent Health*, http://data.unicef.org/topic/maternal-health/adolescent-health/. [1]

Weiss, H. and R. Ferrand (2019), *Improving adolescent health: an evidence-based call to action*, Lancet Publishing Group, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32996-9. [2]

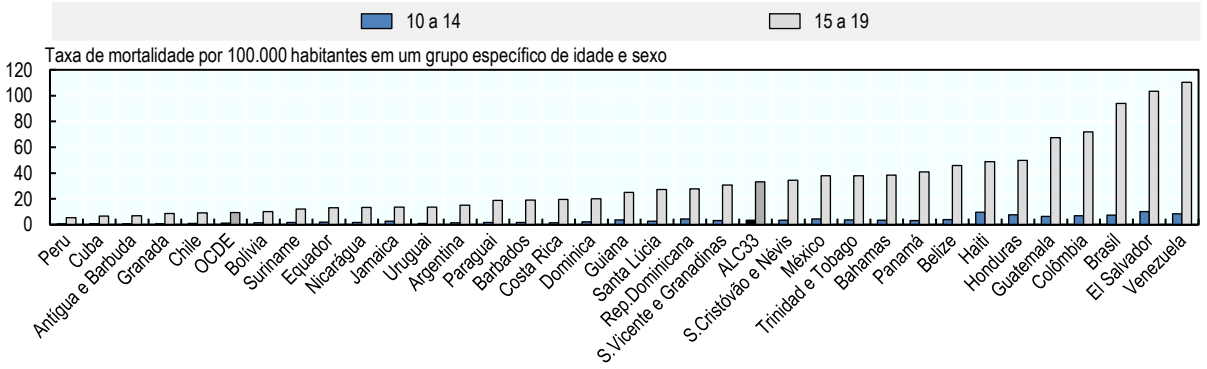
Figura 4.9. IMC médio para adolescentes de 15 anos de idade, por sexo, 2019



Fonte: Colaboração do fator de risco NCD (NCD-Risk), 2020.

StatLink https://stat.link/1dnepf

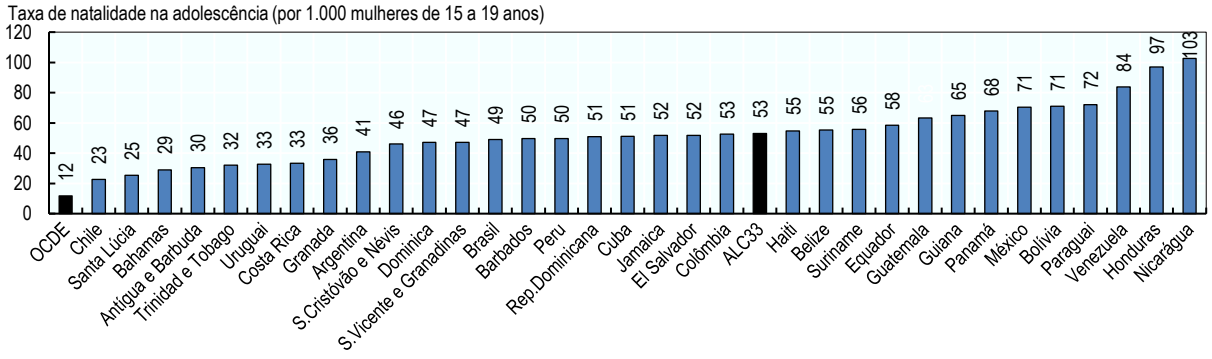
Figura 4.10. Taxas de mortalidade, violência interpessoal em adolescentes homens 10-14 e 15-19 anos, 2019



Fonte: GBD, 2019.

StatLink https://stat.link/r4jx71

Figura 4.11. Taxa de natalidade na adolescência, último ano disponível



Fonte: OMS GHO 2022.

StatLink https://stat.link/tlprfz

Sobrepeso e obesidade em adultos

A obesidade é um fator de risco estabelecido para numerosas condições de saúde, incluindo hipertensão, colesterol alto, diabetes, doenças cardiovasculares, problemas respiratórios, doenças esqueléticas e algumas formas de câncer, e a mortalidade também aumenta progressivamente quando o limiar de sobrepeso é ultrapassado. Portanto, a obesidade e o excesso de peso reduzem a expectativa de vida, aumentam os custos de saúde, diminuem a produtividade dos trabalhadores e diminuem o PIB dos países (OECD, 2019[1]). Em 2019, 38,2 milhões de crianças menores de 5 anos tinham excesso de peso ou eram obesas; enquanto mais de 340 milhões de crianças e adolescentes de 519 anos tinham excesso de peso ou eram obesos (WHO, 2021[2]).

Nos países LAC, o IMC médio para ambos os sexos aumentou no período de 2000-17 para residentes de ambientes urbanos. O IMC masculino subiu de 25,4 em 2000 para 26,9 em 2017, enquanto o feminino aumentou de 26,8 para 28,3 no mesmo período. Os números para ambos os sexos são mais altos do que as médias da OCDE em 26,8 para os homens em 2017 e 25,8 para as mulheres. Na ALC, o IMC médio para as mulheres residentes em ambientes urbanos é mais alto do que o dos homens. As médias do LAC estão se aproximando do limiar para que uma pessoa seja considerada obesa (IMC de 30 ou mais). São Cristóvão e Névis, Saint Lucia e Belize são os países da ALC com as médias mais altas de IMC médio para ambos os sexos, enquanto Cuba e Haiti têm as médias mais baixas e são os únicos dois países da região abaixo da média da OCDE para ambos os sexos (Figura 4.12). O IMC médio na ALC está aumentando a um ritmo mais rápido para as mulheres do que para os homens, ampliando a diferença de 1990 a 2017, e especialmente em ambientes rurais. Nos países da OCDE, esta diferença também aumentou, embora a um ritmo mais lento, e o IMC médio para os homens é maior tanto em ambientes urbanos quanto rurais, enquanto o contrário é verdadeiro para os países da ALC (Figura 4.13 e Figura 4.14). Nos países da ALC, este aumento do IMC médio parece ser particularmente acentuado nos países do Caribe.

Determinantes sociais da saúde, tais como pobreza, água e saneamento inadequados e acesso não equitativo à educação e serviços de saúde, estão subjacentes à desnutrição. Um fator-chave da crescente epidemia de obesidade é um ambiente alimentar em mudança, no qual os alimentos processados pobres em nutrientes e densos em energia são agressivamente comercializados, prontamente disponíveis e muitas vezes mais baratos do que as alternativas mais saudáveis. México, Chile, Peru, Brasil, Uruguai e Equador desenvolveram algumas políticas relacionadas à tributação de bebidas adoçadas com açúcar e rotulagem da frente da embalagem, juntamente com a regulamentação da publicidade de alimentos para crianças. Estes esforços podem ser complementados com políticas como a rotulagem de cardápio, intervenções anti-sedentárias no local de trabalho e campanhas nos meios de comunicação de massa, pois não só são eficazes como também têm um retorno positivo sobre o investimento (OECD, 2019[1]).

Definição e comparabilidade

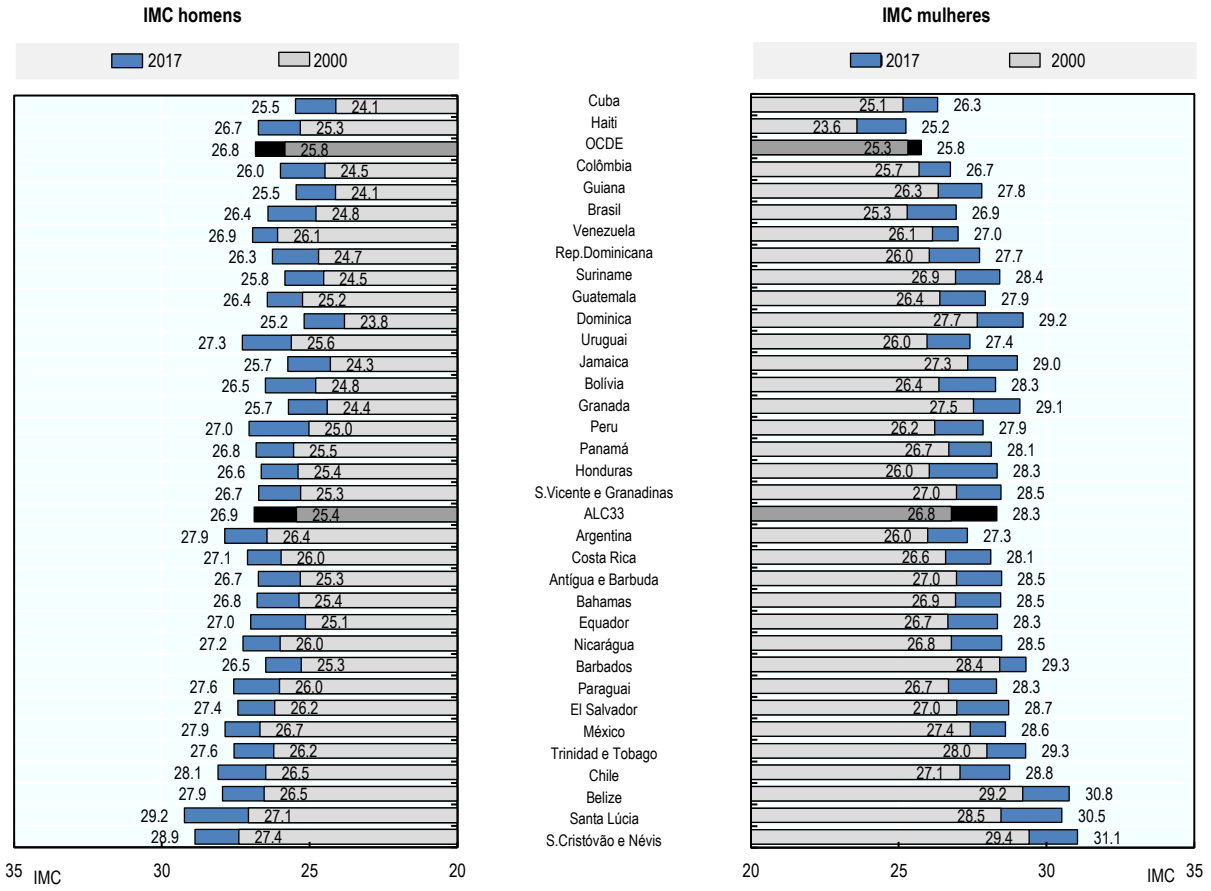
A medida mais freqüentemente utilizada de subpeso, sobrepeso e obesidade para adultos é o Índice de Massa Corporal (IMC). Este é um número único que avalia o peso de um indivíduo em relação à altura e é definido como o peso em quilos dividido pelo quadrado de altura em metros. Com base na classificação da OMS, adultos com um IMC abaixo de 18,5 são considerados abaixo do peso e 25 ou mais estão acima do peso. Adultos com IMC entre 20 e 30 são considerados como tendo pré-obesidade . Um IMC 30 ou superior é definido como obeso. Em muitos países, as estimativas auto-relatadas de altura e peso são coletadas através de pesquisas de saúde baseadas na população, enquanto outros países fazem medições entre a população. Estas diferenças limitam a comparabilidade dos dados. As estimativas de IMC dos exames de saúde são mais confiáveis, e geralmente resultam em valores mais altos do que aqueles das pesquisas auto-relatadas.

Referências

OECD (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/67450d67-en. [1]

WHO (2021), *Obesity and overweight fact sheet*, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight. [2]

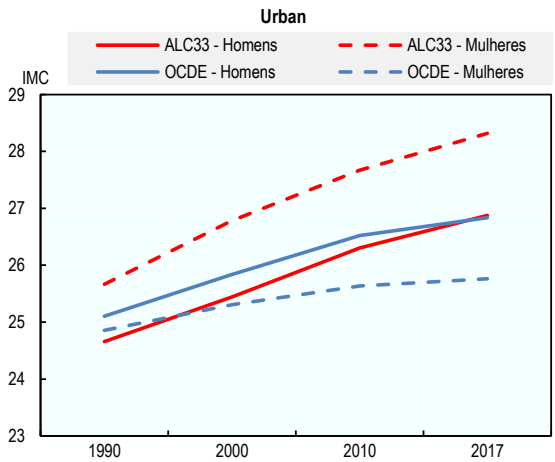
Figura 4.12. IMC médio para residentes de ambientes urbanos, por sexo, 2000 e 2017



Nota: Somente os residentes urbanos foram considerados para este indicador. A ordem dos países é baseada na média do IMC masculino e do IMC feminino.
Fonte: NCD-RIsC, 2019.

StatLink https://stat.link/qrkx7i

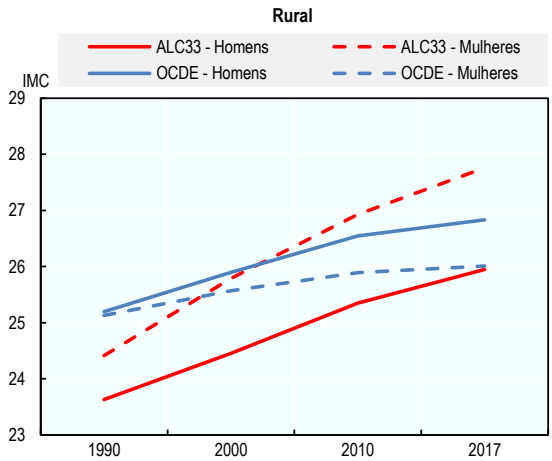
Figura 4.13. Evolução média do IMC entre na população urbana na ALC e OCDE, 1990-2017



Fonte: NCD-RIsC, 2019.

StatLink https://stat.link/5gdi9m

Figura 4.14. Evolução média do IMC entre na população rural na ALC e OCDE, 1990-2017



Fonte: NCD-RIsC, 2019.

StatLink https://stat.link/u9m3s6

Água e saneamento

A exposição à água potável, saneamento e comportamentos de higiene (WASH) são vitais para a saúde individual, a subsistência e o bem-estar. Diarréia, infecções respiratórias, desnutrição, esquistossomose, infecções de helmintos transmitidas pelo solo e tracoma são algumas das doenças associadas ao WASH inadequado. Em 132 países de renda baixa e média, estima-se que 829.000 mortes atribuíveis ao WASH e 49,8 milhões de DALYs ocorreram devido a doenças diarréicas em 2016, o equivalente a 60% de todas as mortes diarréicas (Prüss-Ustün et al., 2019[1]). Mais de meio milhão de crianças menores de 5 anos morrem a cada ano devido a doenças diarréicas. A estimativa é que 88% dessa carga é atribuível ao WASH e se concentra principalmente em crianças de países em desenvolvimento. Um melhor acesso à água e ao saneamento ajuda a aumentar as taxas de matrícula escolar, melhora o padrão de vida e reduz os custos de saúde necessários para manter uma força de trabalho produtiva. (UNICEF/WHO, 2017[2]).

O acesso a instalações sanitárias básicas tem crescido na ALC nos últimos anos (Figura 4.15). Em 2020, mais de três em cada quatro pessoas que vivem em áreas rurais e quase nove em cada dez pessoas que vivem em áreas urbanas nos países da ALC têm acesso ao saneamento básico. Entretanto, no Haiti e na Bolívia, apenas cerca de 25% e 44% das pessoas que vivem em áreas rurais têm acesso ao saneamento básico para a disposição adequada de excrementos, respectivamente, o que significa que a defecação a céu aberto ainda é comum. O saneamento básico urbano nestes dois países aumenta para 46% e 75%, respectivamente, mas ainda substancialmente abaixo da média da ALC. O progresso tem sido particularmente rápido no Equador e no Paraguai, com um aumento de 18 pontos percentuais na proporção da população rural com acesso ao saneamento básico entre 2010-20. A Bolívia e o Panamá registraram os maiores aumentos de 16 e 11 pontos percentuais na população urbana com acesso a saneamento básico durante o mesmo período. El Salvador, Guatemala, Jamaica e Santa Lúcia foram os únicos países da ALC a relatar uma diminuição na porcentagem da população urbana com acesso ao saneamento básico entre 2010-20.

Entre 2010 e 2020, a maioria dos países da ALC melhorou o acesso à água potável básica. Somente Jamaica, Haiti e Nicarágua experimentaram pequenas quedas. Em média, quase nove em cada dez pessoas em áreas rurais e quase todas as pessoas em áreas urbanas têm acesso a fontes de água melhoradas na ALC. Somente Haiti e Nicarágua ficaram para trás, com menos de dois terços da população rural tendo acesso a fontes básicas de água. No Haiti, a taxa era de 43%, o que significa que menos da metade da população rural tinha acesso a água potável. O acesso foi significativamente melhorado no Paraguai, El Salvador e Peru, cada um relatando um aumento da população que vive em áreas rurais com acesso à água potável básica de mais de 20% entre 2010-20 (Figura 4.16).

Definição e comparabilidade

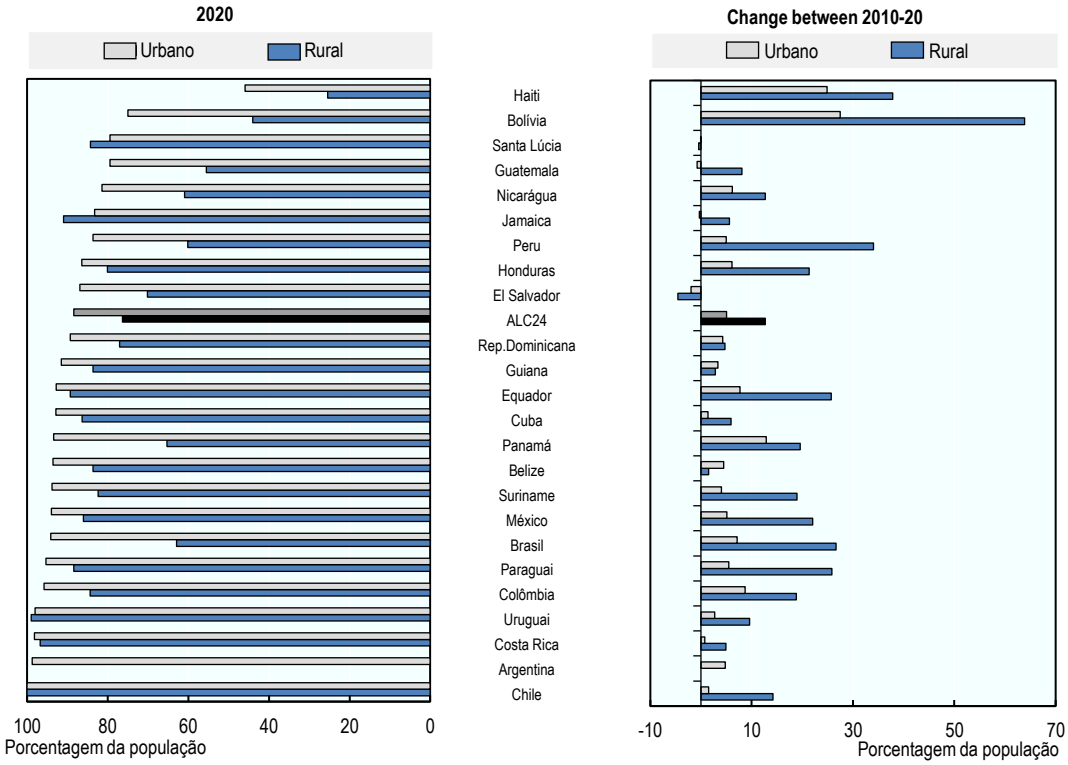
As pessoas que utilizam fontes melhoradas de água potável que não requerem mais do que 30 minutos por viagem para coletar água são classificadas como tendo pelo menos serviços básicos de água potável. Uma fonte melhorada de água potável é construída de modo a ser protegida do contato externo, especialmente de matéria fecal, fontes melhoradas incluem água encanada, torneiras públicas, furos e poços ou fontes cavadas protegidas. As pessoas que utilizam uma instalação sanitária melhorada que não foi compartilhada com outras residências são classificadas como tendo pelo menos serviços de saneamento básico. As instalações sanitárias melhoradas separam higienicamente os excrementos do contato humano, usando descarga para sistemas de esgoto encanados, fossas sépticas ou latrinas de fossa, juntamente com latrinas de fossa melhoradas ou banheiros de compostagem. O banco de dados do Programa Conjunto de Monitoramento para Abastecimento de Água e Saneamento da OMS/UNICEF (JMP) inclui pesquisas e censos domésticos representativos nacionalmente que fazem perguntas sobre água e saneamento, em sua maioria conduzidos em países em desenvolvimento. Geralmente, os países desenvolvidos fornecem dados administrativos.

Referências

Prüss-Ustün, A. et al. (2019), “Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene for selected adverse health outcomes: An updated analysis with a focus on low- and middle-income countries”, *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, Vol. 222/5, pp. 765-777, https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2019.05.004. [1]

UNICEF/WHO (2017), *Progress on Drinking Water, Sanitation and Hygiene: 2017 Update and SDG*, WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene, https://www.unicef.org/publications/index_96611.html. [2]

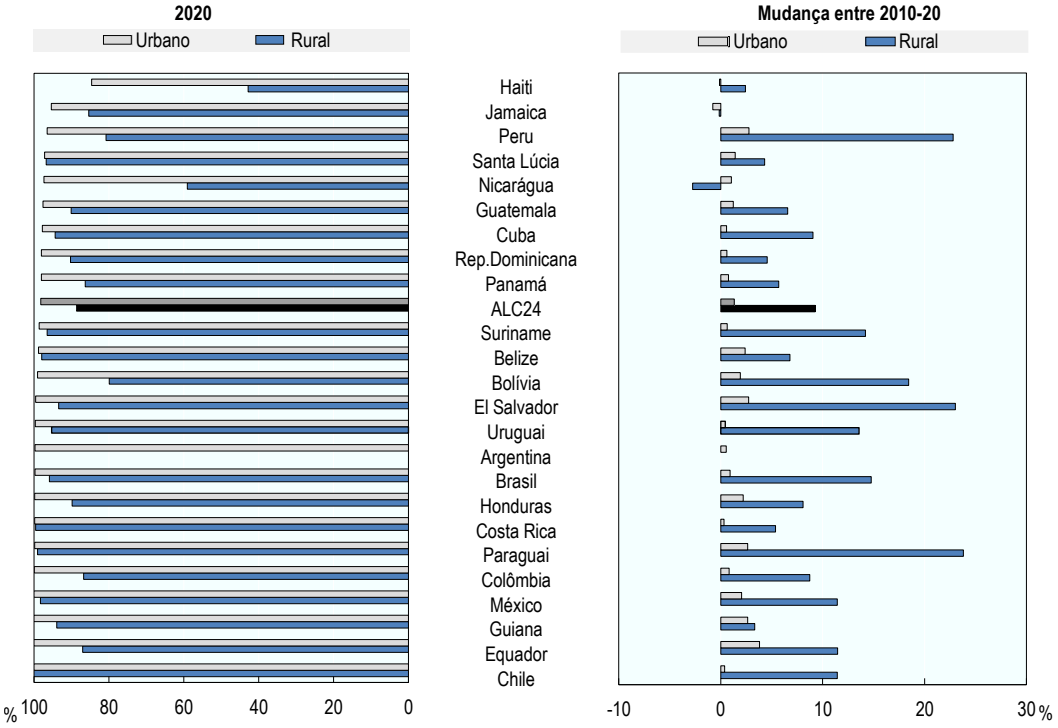
Figura 4.15. Acesso ao saneamento básico, 2020 e evolução entre 2010-20



Fonte: OMS GHO 2022.

StatLink https://stat.link/mv9zhk

Figura 4.16. Participação da população com acesso à água potável básica, 2020 e evolução entre 2010-20



Fonte: OMS GHO 2022.

StatLink https://stat.link/k18zbo

Tabaco

O tabagismo é o segundo principal fator de risco de morte precoce e invalidez em todo o mundo, com mais de 8 milhões de vidas por ano, das quais cerca de 1,2 milhões são resultado da exposição de não-fumantes ao fumo passivo (WHO, 2023[1]). Os efeitos negativos do fumo vão além da saúde individual e da população, afetando também a economia. No mundo inteiro, em 2019, a prevalência do tabagismo diário era de 29,6% para os homens e 5,3% para as mulheres, representando reduções de 21,1% e 33,8%, respectivamente, desde 2007 (WHO, 2021[2])

Perto de um em cada cinco homens com 15 anos ou mais na ALC22 fuma diariamente, uma taxa inferior à média da OCDE de mais de quatro homens da mesma faixa etária (Figura 4.17). As taxas são particularmente altas no Chile e na Argentina, onde cerca de três em cada dez homens fumam, sendo os dois únicos países da região com uma taxa mais alta do que a da OCDE. A taxa mais baixa entre os homens é observada no Panamá, sendo o único país abaixo de 10%. As taxas são mais baixas entre as mulheres com 6,5% de fumo diariamente, um pouco mais de um terço da média da OCDE de 18%. O Chile está no topo com mais de uma mulher de cada quatro fumantes, seguido de perto pela Argentina e Uruguai. As taxas mais baixas para as mulheres são encontradas na Guatemala, El Salvador, Belize e Barbados, todas abaixo de 2%. As mulheres guatemaltecas fumam 12 vezes menos do que os homens. O Chile e a Argentina são os únicos países da região a mostrar tendências estimadas de consumo de tabaco acima da média da OCDE. Países como Panamá, Peru, El Salvador e Haiti, todos mostram tendências estimadas de consumo de tabaco abaixo de 7% (Figura 4.18).

Aumentar os preços do tabaco através de impostos mais altos é uma das intervenções mais eficazes para reduzir o consumo de tabaco, desencorajando a juventude a começar a fumar cigarros e incentivando os fumantes a parar de fumar. Uma recente análise de estudos realizados em países da América Latina e Caribe concluiu que os aumentos de impostos reduzem efetivamente o consumo de cigarros e também podem aumentar a receita tributária do cigarro (Guindon, Paraje and Chaloupka, 2018[3]) que pode ser utilizada em intervenções complementares. A tributação média no LAC é de 50% para um maço de 20 cigarros (Figura 4.19). Os países com maior tributação sobre o tabaco são Brasil, Chile e Argentina com mais de 75%, mas estes não são os países com os preços mais altos. O tabaco mais caro pode ser encontrado em Cuba (USD 12,50), enquanto o mais barato é observado no Paraguai (USD 0,31).

Os países da ALC podem reforçar suas regulamentações para reduzir o consumo de tabaco implementando plenamente a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco da OMS. Para isso, a estratégia MPOWER da OMS pode ser seguida para Monitorar o uso do tabaco e as políticas de prevenção; Proteger as pessoas do uso do tabaco; Oferecer ajuda para parar de fumar; Alertar sobre os perigos do tabaco; Impor proibições à publicidade, promoção e patrocínio do tabaco; e Aumentar os impostos sobre o tabaco (WHO, 2022[4]).

Definição e comparabilidade

Adultos fumando diariamente é definido como a porcentagem da população com 15 anos de idade ou mais que relatou fumar todos os dias. As estimativas para 2020 foram baseadas em dados obtidos de uma ampla gama de pesquisas sobre saúde e domicílios, incluindo a Pesquisa Global do Tabaco Adulto (Global Adult Tobacco Survey - GATS). Os resultados foram padronizados de -acordo com a população padrão da OMS. O consumo de tabaco entre os jovens, estimado em 2025, é derivado da Pesquisa Global sobre o Tabaco entre os Jovens de 2022. É definida como a porcentagem de jovens com 1315 anos de idade -que se estima consumir qualquer produto de tabaco pelo menos uma vez durante os últimos 30 dias anteriores à pesquisa.

Referências

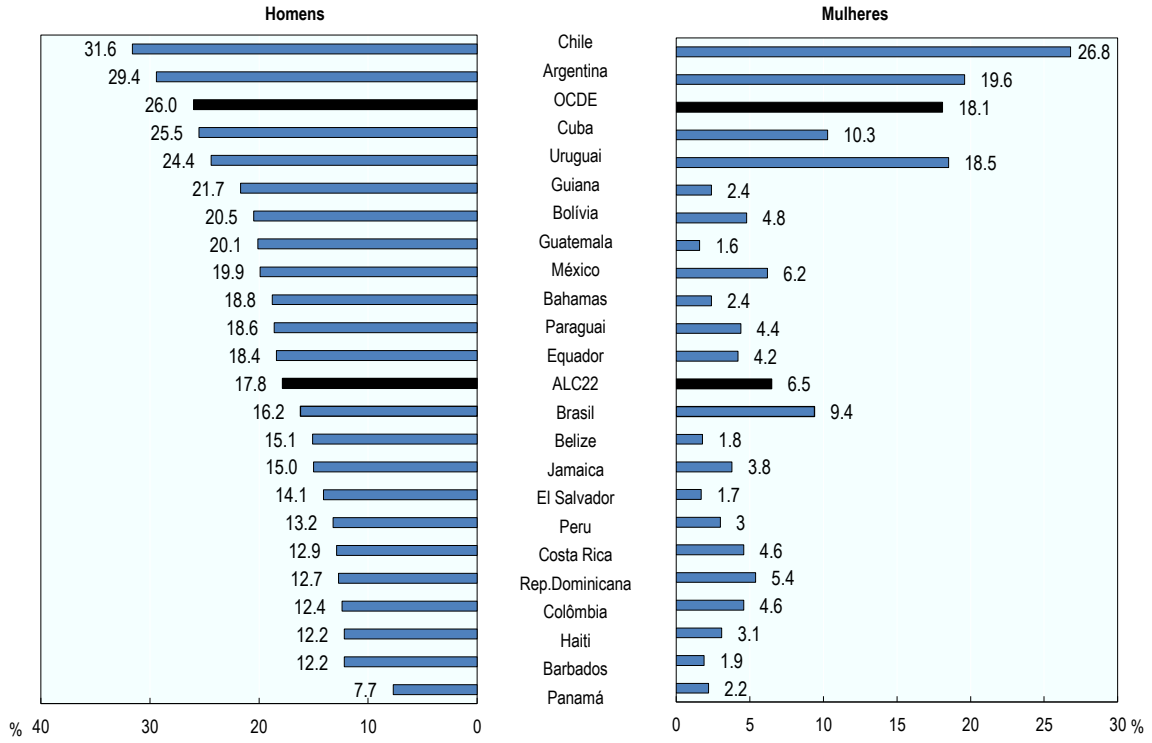
Guindon, G., G. Paraje and F. Chaloupka (2018), “The Impact of Prices and Taxes on the Use of Tobacco Products in Latin America and the Caribbean”, *American Journal of Public Health*, Vol. 108/S6, pp. S492-S502, https://doi.org/10.2105/ajph.2014.302396r. [3]

WHO (2023), *Tobacco*, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco. [1]

WHO (2022), *Tobacco fact sheet*, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco. [4]

WHO (2021), *WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products*, World Health Organization, Geneva, https://apps.who.int/iris/handle/10665/343287. [2]

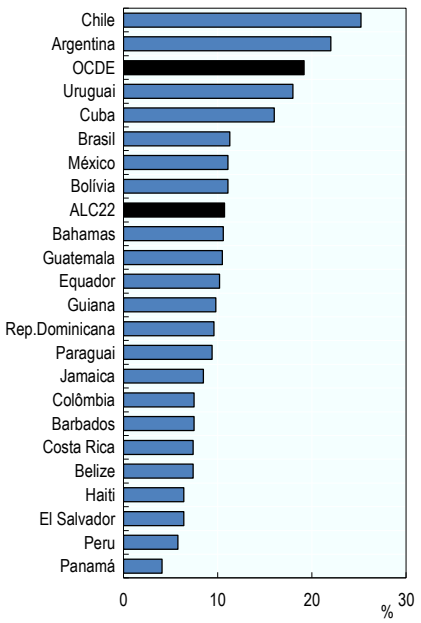
Figura 4.17. Prevalências de tabagismo diário padronizadas por idade, pessoas com 15 anos ou mais, 2020



Fonte: Relatório global da OMS sobre as tendências de prevalência do uso do tabaco, 2021.

StatLink https://stat.link/po9rmy

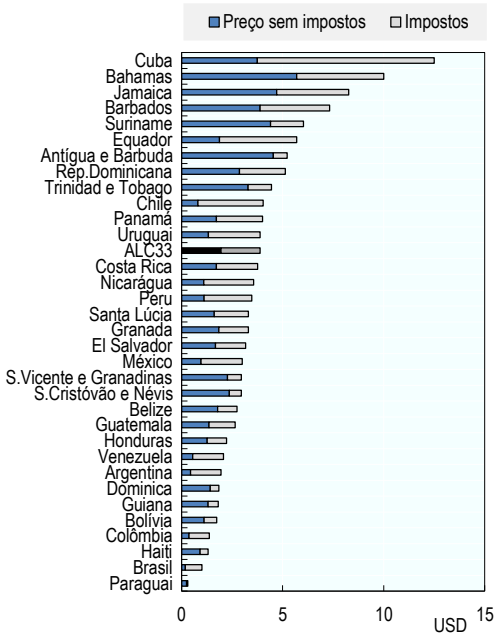
Figura 4.18. Prevalência estimada do uso de tabaco entre jovens de 13 e 15 anos, 2025



Fonte: Global Youth Tobacco Surveys 2022.

StatLink https://stat.link/u4rsh6

Figura 4.19. Imposto nacional e preço no varejo, maço de 20 cigarros, marca mais vendida,2020



Fonte: OMS GHO 2022.

StatLink https://stat.link/gbzf3n

Segurança viária

Aproximadamente 1,3 milhões de pessoas morrem a cada ano como resultado de acidentes de trânsito, e estes representam a principal causa de mortalidade entre pessoas com 529 -anos de idade. Há uma grande disparidade por renda, com 93% das mortes resultantes do tráfego rodoviário ocorrendo em países de baixa e média renda. (WHO, 2022[1]). Os acidentes de trânsito custarão à economia mundial de 1 a 8 trilhões de dólares (constante 2010 USD) em 2015-30, o que equivale a 0,12% sobre o produto interno bruto global (Chen et al., 2019[2]).

Em 2019, os países ALC30 relataram 18,2 mortes por 100.000 habitantes devido a acidentes de trânsito (Figura 4.20). Na República Dominicana e na Venezuela, houve mais de 64 mortes por 100.000 habitantes devido a ferimentos no trânsito rodoviário em 2019, seguidos pela Venezuela e Santa Lúcia com mais de 29 mortes. Na outra ponta, São Vicente e Granadinas, Bahamas, Granada, Barbados, Cuba e Trinidad e Tobago tiveram as menores taxas de mortalidade no trânsito rodoviário, com menos de 10 mortes por 100.000 habitantes.

Os cinco principais fatores de risco em mortes e ferimentos no trânsito rodoviário são beber e dirigir, excesso de velocidade e o não uso de capacetes de motocicletas, cintos de segurança e dispositivos de retenção para crianças (Tabela 4.1). Além disso, a condução distraída é uma ameaça crescente à segurança rodoviária, considerando o uso de telefones celulares e outras tecnologias em veículos. Mesmo falar em telefones celulares sem segurar ou navegar por um telefone pode reduzir o desempenho da direção (WHO, 2022[1]). Beber e dirigir, especialmente com um nível de concentração de álcool no sangue superior a 0,05g/dl (gramas por decilitro), aumenta muito o risco de um acidente e a possibilidade de que isso resulte em morte ou ferimentos graves. Além disso, limites inferiores de alcoolemia (0,02 g/dl) para jovens e motoristas novatos podem reduzir o risco de acidentes rodoviários. A aplicação através de pontos de verificação aleatórios de testes respiratórios pode reduzir os acidentes relacionados ao álcool em 20%.

O uso do cinto de segurança pode reduzir em até 50% o número de mortes entre os passageiros do banco da frente e em até 75% entre os passageiros do banco traseiro. Uma lei nacional não existe em Antígua e Barbuda, enquanto vários outros países não exigem que todos os ocupantes de um carro usem o cinto de segurança. Sistemas de retenção para crianças, tais como assentos para bebês e bancos elevadores para crianças mais velhas, diminuem o risco de morte em um acidente em cerca de 70% para bebês e em até 80% para crianças pequenas. Entretanto, as leis nacionais de restrição infantil obrigatórias existem apenas em 16 países da América Latina e Caribe.

Em países de alta renda, a velocidade contribui para cerca de 30% das mortes nas estradas, enquanto em alguns países de baixa e média renda -a velocidade é o principal fator em cerca de metade das mortes nas estradas. Os limites de velocidade são aplicados por uma lei nacional em todos os países da ALC, exceto na Venezuela. Entretanto, em vários países, os limites de velocidade não são adaptados a nível local (Tabela 4.1). O uso correto de um capacete de motocicleta pode reduzir o risco de morte em quase 40% e o risco de ferimentos graves em mais de 70%. Quando as leis de capacete de motocicleta são aplicadas, as taxas de uso de capacete podem aumentar para mais de 90%. Entretanto, quatro países não possuem um regulamento que obrigue o uso de capacete. A taxa de uso de capacete de motocicleta é muito baixa na República Dominicana, Guatemala e Jamaica, e nas áreas rurais da maioria dos países. Somente Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba e Suriname informam que o uso de capacete de motocicleta é superior a 80% nas áreas rurais.

Definição e comparabilidade

Para calcular os dados de mortalidade por acidentes rodoviários, os países foram classificados em quatro grupos: (1) Países com dados de registro de morte completos de pelo menos 80%. Para o registro de morte desses países, foi utilizada a projeção do registro de morte mais recente, morte relatada ou morte relatada projetada. (2) Países com outras fontes de informação sobre a causa de morte. Para estes países foi usado um método de regressão para projetar o ano mais recente para o qual uma estimativa do total de mortes em trânsito estava disponível. (3) Países com população inferior a 150.000 habitantes e que não possuíam dados de registro de óbitos elegíveis. Para estes países, os óbitos relatados na pesquisa foram utilizados diretamente, sem ajuste. (4) Países sem dados de registro de óbitos elegíveis. Para estes países foi utilizado um modelo de regressão binomial negativa. Para mais informações sobre este processo, consulte o relatório Relatório de Situação Global sobre Segurança Rodoviária (WHO, 2018[3]).

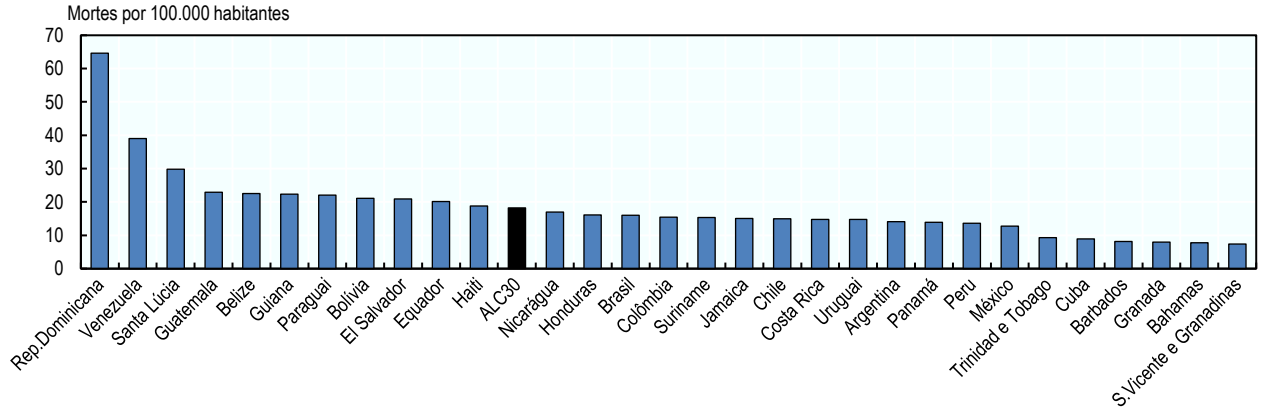
Referências

Chen, S. et al. (2019), "The global macroeconomic burden of road injuries: estimates and projections for 166 countries", *The Lancet Planetary Health*, Vol. 3/9, pp. e390-e398, https://doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30170-6. [2]

WHO (2022), *Road traffic injuries fact sheet*, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries. [1]

WHO (2018), *The Global Status Report on Road Safety*, World Health Organization, https://apps.who.int/iris/handle/10665/276462. [3]

Figura 4.20. Taxas de mortalidade no trânsito rodoviário, 2019



Fonte: OMS GHO 2021.

StatLink https://stat.link/h1m2en

Tabela 4.1. Existência de legislação nacional sobre fatores de risco de morte no trânsito, último ano disponível

País	Embriaguez ao volante		Cinto de segurança		Assentos para crianças	Limite de velocidade			Capacete de motocicleta		Uso do celular
	Legislação nacional	Mortes no tráfego rodoviário ao álcool (%)	Legislação nacional	Aplicabilidade a todos os ocupantes	Legislação nacional	Legislação nacional ou local	Rural (km/h)	Urbano (km/h)	Legislação nacional	Taxa de uso do capacete motocicleta (% condut. / % passag.)	Lei nacional sobre o uso de telefones celulares portáteis/livres
Antígua e Barbuda	Sim	17.95	Não		Não	Nacional	64	32	Não		Não
Argentina	Sim	18.13	Sim	Sim	Sim	Ambos	110	60	Sim	65/44	Sim
Barbados	Sim	17.06	Sim	Sim	Sim	Nacional	80	80	Sim		Sim
Belize	Sim	20.70	Sim	Não	Não	Nacional	88	40	Sim		Não
Bolívia	Sim	20.84	Sim	Não	Não	Ambos	80	40	Sim	52/3	Não
Brasil	Sim	19.52	Sim	Sim	Sim	Ambos	110	80	Sim	83/80	Sim
Chile	Sim	16.68	Sim	Sim	Sim	Ambos	100	60	Sim	99/98	Sim
Colômbia	Sim	20.34	Sim	Sim	Não	Ambos	120	80	Sim	96/80	Sim
Costa Rica	Sim	19.69	Sim	Sim	Sim	Nacional	60	50	Sim	98/92	Sim
Cuba	Sim	18.82	Sim	Sim	Não	Nacional	90	50	Sim	95/90	Sim
Dominica	Sim	18.97	Sim	Sim	Não	Nenhum			Não		Não
Rep. Dominicana	Sim	20.75	Sim	Sim	Sim	Nacional	60	60	Sim	27/2	Sim
Equador	Sim	20.34	Sim	Sim	Sim	Ambos	120	60	Sim	-90/1252	Sim
El Salvador	Sim	20.75	Sim	Não	Sim	Nacional	90	50	Sim		Sim
Grenada	Sim	20.26	Sim	Não	Não	Nacional	64	32	Sim		Não
Guatemala	Sim	21.68	Sim	Não	Não	Ambos	80	60	Sim	36/11	Sim
Guiana	Sim	20.84	Sim	Não	Sim	Nacional	64	64	Não	50/20	Sim
Honduras	Sim	21.92	Sim	Sim	Não	Nacional			Sim		Sim
Jamaica	Sim	19.11	Sim	Sim	Sim	Nacional	80	48	Sim	6/2	Não
México	Sim	20.39	Sim		Não	Ambos	-2090	-2070	Não	83/55	Não
Panamá	Sim	19.23	Sim	Sim	Não	Nacional	100	80	Sim		Sim
Paraguai	Sim	20.49	Sim	Sim	Sim	Ambos	110	50	Sim		Sim
Peru	Sim	20.34	Sim	Sim	Sim	Ambos	60	60	Sim	70/8	Sim
Santa Lúcia	Sim	19.85	Sim	Não	Não	Nacional	24	24	Sim		Sim
Suriname	Sim	20.26	Sim	Sim	Sim	Nacional	80	40	Sim	95/92	Sim
Trinidad e Tobago	Sim	18.49	Sim	Não	Sim	Nacional	80	50	Sim		Sim
Uruguai	Sim	18.32	Sim	Sim	Sim	Ambos	90	45	Sim	80/71	Sim
Venezuela	Sim	19.85	Sim	Sim	Sim	Nenhum			Sim		Sim
ALC28		19.70					82.25	53.125			

Nota: Regulamentação do limite de velocidade em 2015 (Relatório de status global sobre segurança rodoviária, 2015).
Fonte: WHO Global Status Report on Road Safety (2018), CONAPRA 2015 para o México; Ministério da Saúde do Brasil.

Uso de drogas

Os distúrbios do uso de drogas são uma causa crescente de problemas de saúde a curto e longo prazo, custo econômico e carga social. Em 2020, estima-se que 284 milhões de pessoas, ou 5,6% da população mundial com 1564 anos de idade-, usaram drogas no ano anterior, enquanto que mais de 38 milhões de pessoas estão sofrendo de distúrbios relacionados ao uso de drogas (representando 13,6% das pessoas que usaram drogas no ano anterior). Além disso, em 2019, houve mais de meio milhão de mortes e 31 milhões de anos de vida "saudável" perdidos por causa do uso de drogas. Mais da metade das mortes relacionadas às drogas foram atribuídas a doenças hepáticas. (UNODC, 2022[1]). O abuso de substâncias refere-se ao uso nocivo ou perigoso de substâncias psicoativas, drogas ilícitas. O uso de substâncias psicoativas pode levar à síndrome de dependência.

A cannabis é globalmente a substância psicoativa mais comumente usada sob controle internacional. Em todo o mundo, estima-se que em 2020 havia 209 milhões de usuários de cannabis no passado, o que corresponde a 4,1% da população mundial com 1564 anos-, enquanto a estimativa para usuários de cocaína- era de 21 milhões para o mesmo período. (UNODC, 2022[1]). Há uma crescente demanda de tratamento para distúrbios relacionados ao uso da cannabis e condições de saúde associadas em países de alta e média renda- , e tem havido uma maior atenção aos aspectos de saúde pública do uso da cannabis e distúrbios relacionados nos diálogos internacionais sobre políticas de drogas. Em 13 países da ALC com dados, em média 6,3% da população relata o uso regular da cannabis. A prevalência do uso de cannabis é significativamente maior na Jamaica (18%), seguida pelo Uruguai (14,6%), e Chile (12,1%). O menor consumo é encontrado no Peru, México, Bolívia, Haiti e Colômbia, todos com menos de 3% de prevalência (Figura 4.21).

Tradicionalmente as folhas de coca têm sido mastigadas por pessoas nos países andinos da América do Sul por milhares de anos. O principal alcalóide da folha de coca, a cocaína, foi isolado relativamente recentemente, por volta de 1860. A cocaína foi então usada em medicamentos patenteados, bebidas e "tônicos" nos países desenvolvidos da Europa, América do Norte e Austrália até o início dos anos 1900. Ela está agora amplamente disponível como uma droga recreativa ilícita. Em relação à cocaína, a prevalência em 12 países da ALC com dados é de 0,91%. O Uruguai tem a maior taxa da região em 2,1%, seguido pelo Equador e Argentina (ambos com 1,7%), e Costa Rica (1,2%), enquanto o uso de cocaína na maioria dos países da ALC é inferior a 1% da população (Figura 4.21, painel direito).

Com relação à mortalidade, Honduras e Guatemala apresentam as maiores taxas de mortalidade por drogas, mas ainda assim quase quatro vezes mais baixas do que a média dos países da OCDE. A mortalidade por distúrbios relacionados ao uso de drogas aumentou na região no período -200019, passando de 0,41 para 0,45 anos- mortes padronizadas por 100.000 habitantes, inferior ao aumento médio nos países da OCDE, que passou de 2,1 para 5,8 mortes por 100.000 habitantes no mesmo período. Países como Argentina e El Salvador têm as taxas mais baixas da região, abaixo de 0,2 mortes por 100.000 habitantes. Brasil, República Dominicana e Chile experimentaram os maiores aumentos percentuais durante o período -200019, com taxas que subiram 170% ou mais, semelhantes ao aumento da média da OCDE em 175%. São Cristóvão e Névis, Antígua e Barbuda, e Dominica apresentaram uma redução na mortalidade devido a distúrbios relacionados ao uso de drogas acima de 30% (Figura 4.22).

Definição e comparabilidade

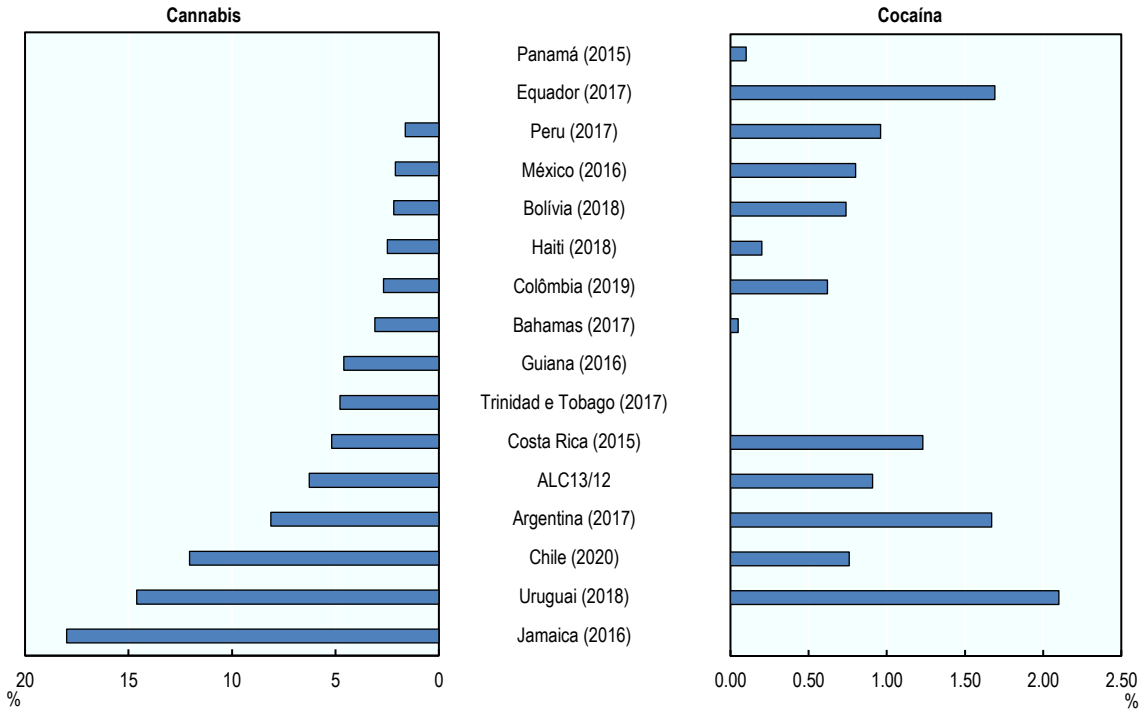
A qualidade dos relatórios é maior nos países mais desenvolvidos, o que sugere um certo grau de subnotificação da prevalência em países de baixa e média renda. Os números de mortalidade são observados e não estimados, portanto, também não levam em conta as diferenças na apresentação de relatórios entre países.

Os dados sobre a prevalência do consumo de cannabis e cocaína foram retirados do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC). Os dados sobre mortalidade devido ao consumo de drogas foram estimados pelo programa Global Burden of Disease (GBD) com base em dados nacionais. O consumo de cannabis e cocaína refere-se ao uso pelo menos uma vez no ano anterior à pesquisa.

Referências

UNODC (2022), *World Drug Report 2022*, https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html. [1]

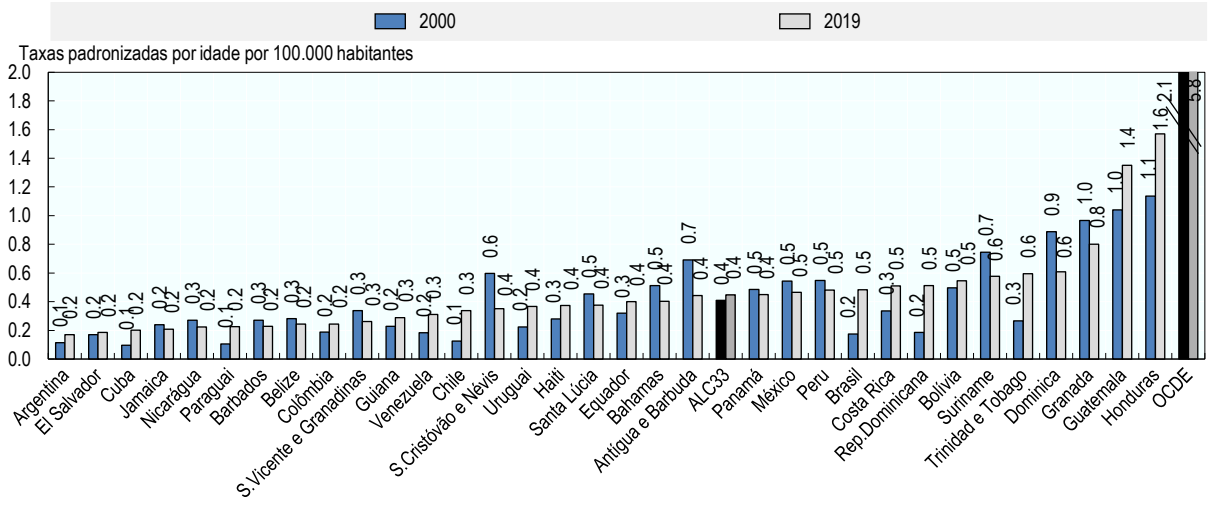
Figura 4.21. Prevalência do consumo de cannabis e cocaína, porcentagem da população, vários anos



Fonte: UNODC 2022.

StatLink https://stat.link/urzc3i

Figura 4.22. Mortalidade devido a distúrbios do uso de drogas, 2000 e 2019



Fonte: Carga Global de Doenças (2019), IHME.

StatLink https://stat.link/zrhqtm

Riscos ambientais e climáticos

A mudança climática é um dos maiores desafios para a humanidade. Ela está ligada a muitos tipos diferentes de problemas ambientais, como temperaturas extremas, propagação de doenças tropicais e seus vetores, e poluição do ar. A poluição do ar já é o mais significativo risco à saúde ambiental e uma das principais causas de morte e incapacidade. As projeções têm estimado que a poluição do ar livre pode causar entre 6 milhões e 9 milhões de mortes prematuras por ano em todo o mundo até 2060, e custar 1% do PIB global como resultado de dias de doença, contas médicas e redução da produção agrícola (OECD, 2015[1]).

Nos países LAC27, o número anual de mortes de adultos com 65 anos ou mais atribuíveis à exposição ao calor aumentou em média quase 240% quando comparado ao período de -200004 a -201721. O Equador teve o maior aumento percentual, de 1.147%, seguido por Honduras (547%) e República Dominicana (457%). Uruguai, Argentina e Costa Rica apresentaram os menores aumentos na região, todos abaixo de 100% (Figura 4.23).

O número básico de reprodução (R0) para dengue, doença transmitida por mosquitos das espécies Aedes aegypti e Aedes albopictus como vetores, aumentou no LAC quando comparado o período de -201221 a -195160. Em média, o ALC33 teve um aumento no R0 associado à espécie Aedes aegypti de 0,32, e de 0,46 para a espécie Aedes albopictus. Equador, Peru e Colômbia apresentaram os maiores aumentos, com o dengue R0 relacionado a ambas as espécies aumentando em mais de 0,8, enquanto a Jamaica, República Dominicana e Haiti experimentaram diminuições relacionadas a ambas as espécies variando de 0,03 a 0,17 (Figura 4.24).

Nos países ALC31, as taxas de mortalidade ajustadas por idade atribuídas à poluição doméstica e do ar ambiente foram em média de 40,2 mortes padronizadas por 100.000 habitantes para as mulheres e 56,2 para os homens. As taxas de mortalidade para os homens eram mais altas do que para as mulheres em todos os países da ALC com dados disponíveis. O Haiti teve as maiores taxas de mortalidade tanto para mulheres quanto para homens, com 172 e 198 mortes por 100.000 habitantes, respectivamente. Uruguai, Bahamas e Costa Rica tiveram as menores taxas de mortalidade da região, com menos de 20 mortes por 100.000 habitantes para as mulheres, e menos de 30 para os homens (Figura 4.25).

Políticas intersetoriais são necessárias para lidar com o impacto da mudança climática. Os sistemas de saúde também podem contribuir, preparando-se para novas doenças que podem se desenvolver com novas condições climáticas e de biodiversidade, promovendo o consumo de alimentos produzidos e obtidos de maneira sustentável, e reduzindo a pegada de carbono das instalações de saúde. Além disso, os provedores de saúde podem reduzir a pegada ambiental em hospitais e casas de repouso, incentivando o consumo de alimentos mais saudáveis, a redução do desperdício e o uso eficiente de energia (Landrigan et al., 2018[2]; OECD, 2017[3]).

Definição e comparabilidade

A poluição ambiental (ao ar livre) por partículas resulta das emissões da atividade industrial, das residências, dos carros e caminhões, que são misturas complexas de poluentes atmosféricos, muitos dos quais são prejudiciais à saúde. De todos esses poluentes, o material particulado fino, mesmo em níveis baixos, tem o maior efeito sobre a saúde humana. Os combustíveis poluentes incluem combustíveis sólidos, como madeira, carvão, esterco animal, carvão vegetal, resíduos de culturas e querosene.

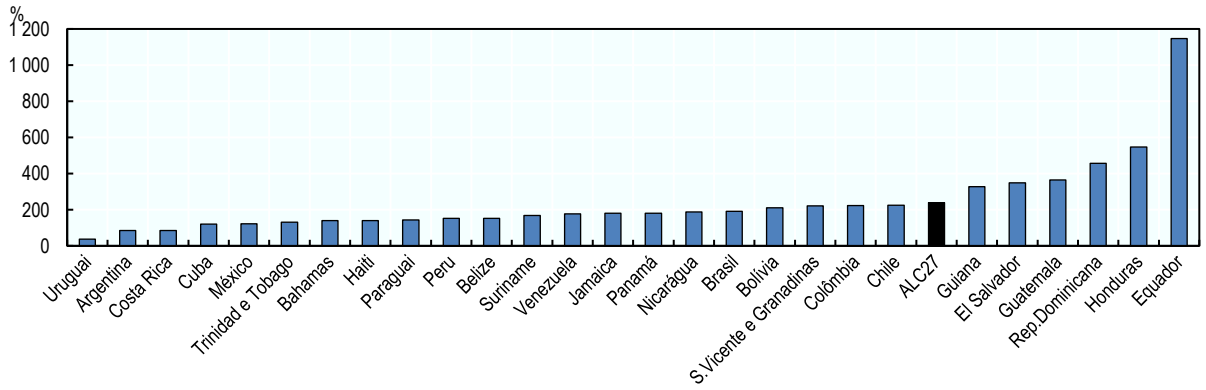
Referências

Landrigan, P. et al. (2018), “The Lancet Commission on pollution and health”, *The Lancet*, Vol. 391/10119, pp. 462-512, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32345-0. [2]

OECD (2017), “Healthy people, Healthy planet: The role of health systems in promoting healthier lifestyles and a greener future”, OECD, Paris, https://www.oecd.org/health/healthy-people-healthy-planet.htm. [3]

OECD (2015), *The Economic Consequences of Climate Change*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264235410-en. [1]

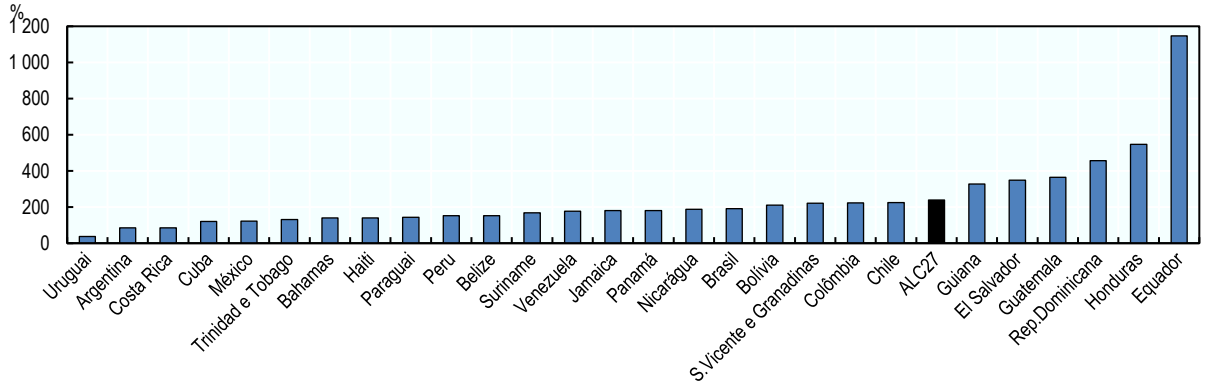
Figura 4.23. Variação percentual do número anual de mortes de adultos com 65 anos ou mais atribuível à exposição ao calor, de 2000-04 a 2017-21



Fonte: O relatório Lancet Countdown, 2022.

StatLink https://stat.link/ih64e8

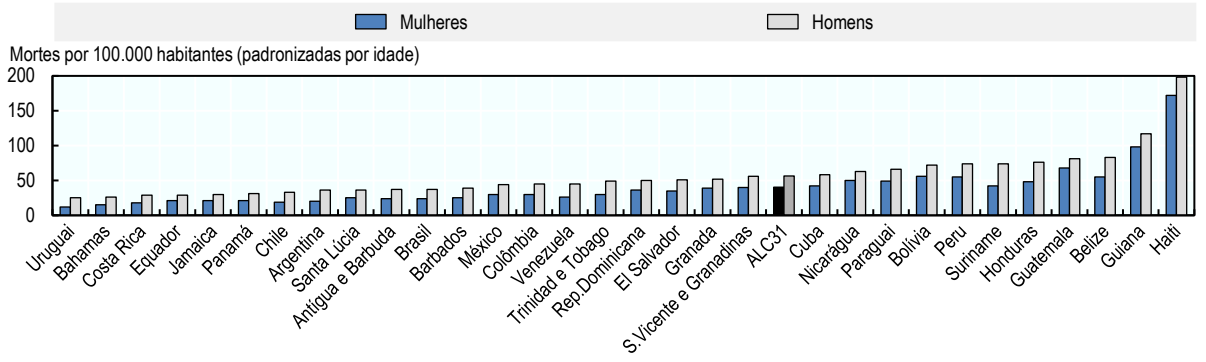
Figura 4.24. Mudança absoluta no número básico de reprodução (R0) para a transmissão da dengue pelos mosquitos Aedes aegypti e Aedes albopictus em 2012-21, em comparação com a linha de base de 1951-60



Fonte: O relatório Lancet Countdown, 2022.

StatLink https://stat.link/zy7p4s

Figura 4.25. Taxa de mortalidade atribuída à poluição doméstica e do ar ambiente, por sexo, 2016



Fonte: The World Bank World Development Indicators Online 2022.

StatLink https://stat.link/u3rjeg

5 Recursos e atividades de saúde

Digitalização de informações sobre saúde

Novos serviços e aplicações digitais de saúde são possíveis graças a um uso mais amplo de dados e informações de saúde que são mais fáceis de entender e válidos para uma gama de usos e usuários. Estes serviços de saúde digitais, que vão da telesaúde à inteligência artificial, podem levar a um melhor acesso à saúde e aumentar a satisfação do paciente, especialmente entre aqueles pacientes que enfrentam as maiores barreiras aos serviços tradicionais de atendimento presencial, como os que vivem em áreas remotas (OECD, 2021[1]).

Esta transformação digital poderia ser útil para melhorar o acesso à saúde e a qualidade na América Latina e no Caribe. Os países da ALC também poderiam facilitar a criação e integração de organismos regionais de saúde através da digitalização da saúde, graças à comunicação em tempo real e à disseminação de recursos que foram destacados pela crise da COVID-19 (Di Paolantonio, 2020[2]). Os países ALC3 tinham em média 65% da atenção primária utilizando prontuário eletrônico, em comparação com 93% nos países da OCDE24. Somente a Costa Rica, relatando que todas as instituições públicas de atenção primária estão usando prontuário eletrônico teve uma taxa de cobertura maior do que a média da OCDE. O México teve a menor cobertura entre os países da ALC3 com menos de um terço das práticas utilizando o sistema (Figura 5.1).

Dois aspectos principais dos sistemas de saúde centrados nas pessoas são a consulta aos indivíduos sobre sua saúde, bem como dar-lhes acesso aos seus dados e informações de saúde. Em parte devido à crise da COVID-19, pacientes e provedores estão cada vez mais interessados em usar ferramentas digitais para melhorar a saúde individual e facilitar o envolvimento do paciente com os sistemas de saúde. Em cinco países da ALC, 41,6% dos indivíduos de 16-74 anos de idade usaram a Internet para buscar informações de saúde nos três meses anteriores à pesquisa, em comparação com 58,6% em média nos países da OCDE38 (Figura 5.2). No entanto, existem diferenças demográficas e sócio-econômicas na busca de informações de saúde on-line (Oliveira Hashiguchi, 2020[3]). Os adultos mais velhos, indivíduos com níveis de escolaridade mais baixos, bem como os de lares com renda mais baixa, tinham menos probabilidade de procurar informações sobre saúde on-line. Tanto a saúde quanto a alfabetização digital são fundamentais para garantir que a transformação digital não deixe ninguém para trás.

Definição e comparabilidade

Um prontuário eletrônico é um registro médico computadorizado criado em uma organização que presta cuidados, como um hospital ou consultório médico, a pacientes dessa organização. Idealmente, os prontuários deveriam ser compartilhados entre os provedores e os ambientes para fornecer um histórico detalhado de contato com o sistema de saúde para pacientes individuais de múltiplas organizações. Os números apresentados sobre a implementação da tecnologia vêm de uma pesquisa realizada em 2021 nos países da OCDE à qual responderam 24 países membros da OCDE, incluindo três membros da ALC. A pesquisa foi realizada em 2012, 2016, e 2021. O banco de dados de Acesso e Uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) por Famílias e Indivíduos fornece uma seleção de 92 indicadores, com base na segunda revisão do Modelo de Pesquisa da OCDE sobre Acesso e Uso de TIC por Famílias e Indivíduos. Os indicadores se originam tanto de uma coleta de dados da OCDE sobre a OCDE e países em processo de adesão ou parceiros-chave (como o Brasil), quanto de estatísticas do Eurostat sobre domicílios e indivíduos para os países da OCDE que fazem parte do sistema estatístico europeu (parte da média da OCDE38).

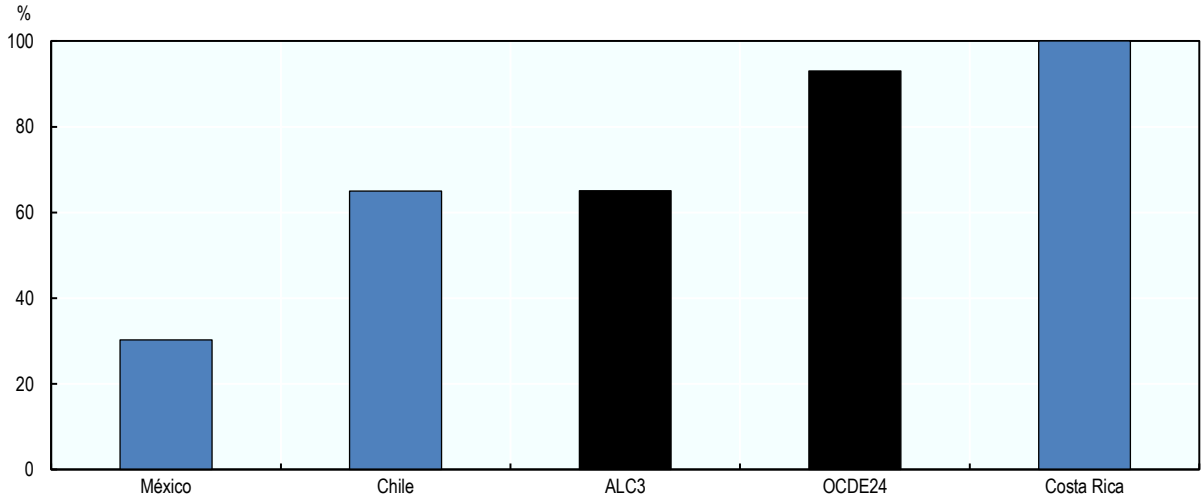
Referências

Di Paolantonio, G. (2020), "Fostering resilience in the post-COVID-19 health systems of Latin America and the Caribbean", in *Shaping the COVID-19 Recovery: Ideas from OECD's Generation Y and Z*, OECD, Paris, https://www.oecd.org/about/civil-society/youth/Shaping-the-Covid-19-Recovery-Ideas-from-OECD-s-Generation-Y-and-Z.pdf. [2]

OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en. [1]

Oliveira Hashiguchi, T. (2020), "Bringing health care to the patient: An overview of the use of telemedicine in OECD countries", *OECD Health Working Papers*, No. 116, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/8e56ede7-en. [3]

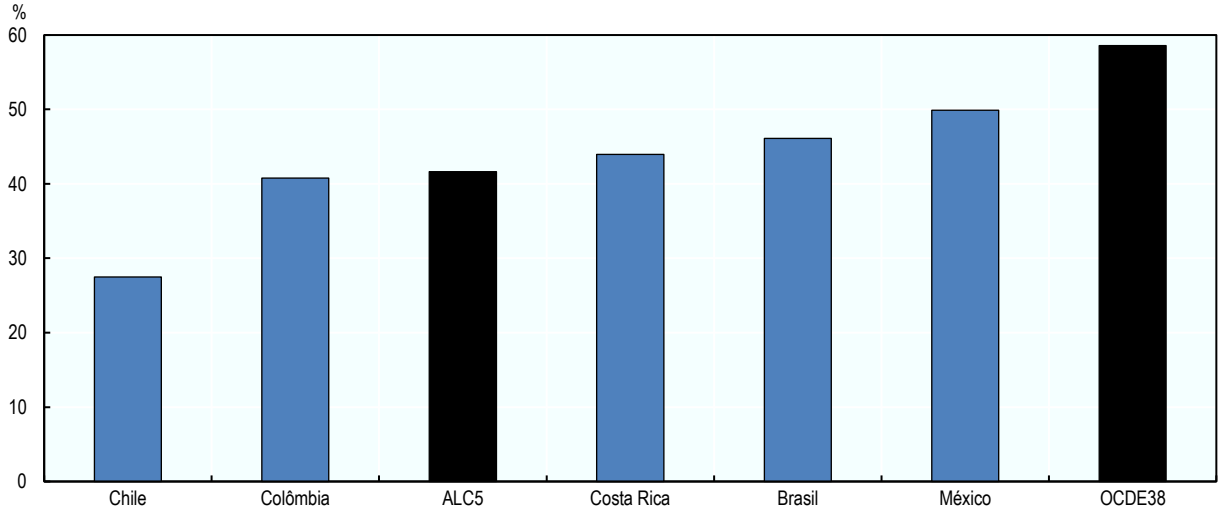
Figura 5.1. Proporção de consultórios de atenção primária que utilizam prontuário eletrônico, 2021



Fonte: Pesquisa da OCDE sobre o desenvolvimento e uso de sistemas de registros de saúde eletrônicos, 2021.

StatLink https://stat.link/8l0sh2

Figura 5.2. Porcentagem de adultos quem buscam informações de saúde on-line, 2021 ou último ano



Fonte: OECD ICT Access and Usage by Individuals 2022.

StatLink https://stat.link/ajurst

Tecnologias médicas

Tecnologias médicas têm sido um fator dominante no crescimento dos gastos com saúde (Lorenzoni et al., 2019[1]). Os tomógrafos computadorizados (CT) e as unidades de ressonância magnética (MRI) ajudam os médicos a diagnosticar uma série de condições, produzindo imagens de órgãos internos e estruturas do corpo. Os exames de MRI não expõem os pacientes à radiação ionizante, ao contrário da radiografia convencional e da tomografia computadorizada. A mamografia é usada para diagnosticar o câncer de mama, e as unidades de radioterapia são usadas para o tratamento do câncer e cuidados paliativos. Este equipamento é fundamental para uma resposta adequada às doenças, mas o equilíbrio deve ser atingido para garantir a sustentabilidade financeira, já que são tecnologias caras.

O Brasil tem o maior número de tomógrafos com 28 por milhão de habitantes, seguido pelo Chile com 23, e Antígua e Barbuda com 22 (este último é explicado parcialmente pela pequena população do país). No entanto, eles permanecem abaixo da média da OCDE de quase 30. Por outro lado, o Haiti e a Nicarágua têm menos de um scanner CT por milhão de pessoas (Figura 5.3).

Para as unidades de RMN, o Brasil tem o maior número com 14,5 unidades por milhão de habitantes, seguido pelo Chile. Antígua e Barbuda, e Santa Lúcia relatando 11 ou mais unidades por milhão de habitantes. Vários países como Barbados, Dominica, São Cristóvão e Névis, Equador, Nicarágua, Colômbia, Paraguai, Costa Rica e Honduras informam menos de uma unidade por milhão de habitantes (Figura 5.4).

O Panamá informa o maior número de mamografias com 279 unidades por milhão de mulheres de 50-69 anos, em oposição ao Paraguai, Cuba e Haiti com menos de 20 mamografias disponíveis por milhão de mulheres de 50-69 (Figura 5.5).

Na região LAC, apenas Antígua e Barbuda, com mais de 10 unidades por milhão de habitantes, tem uma densidade maior de unidades de radioterapia do que as 7 unidades por milhão de habitantes relatadas nos países da OCDE (mais uma vez a primeira é parcialmente explicada pela pequena população do país). Trinidad e Tobago, Barbados, Uruguai, Suriname e Bahamas são os únicos outros países com mais de 5 unidades por milhão de habitantes, enquanto Belize, Dominica, Grenada, São Cristóvão e Névis e Santa Lúcia relatam não ter nenhuma (Figura 5.7).

Em termos gerais, os países da ALC ainda têm espaço para colocar mais investimento em tecnologias médicas para melhorar o acesso eqüitativo da população. Ao mesmo tempo, tal expansão no acesso pode ser acompanhada pelo desenvolvimento de marcos regulatórios nas áreas de registro, avaliação e regras de compra, bem como na orientação clara do uso clínico das tecnologias médicas com base nas melhores evidências científicas disponíveis. Por exemplo, alguns países da OCDE promovem o uso racional de tecnologias de diagnóstico, implementando diretrizes de prática clínica para reduzir o uso de testes e procedimentos de diagnóstico desnecessários. As diretrizes incluem, por exemplo, evitar estudos de imagem como RM, TC ou raios-X para dor lombar aguda sem indicações específicas (OECD, 2017[2]).

Definição e comparabilidade

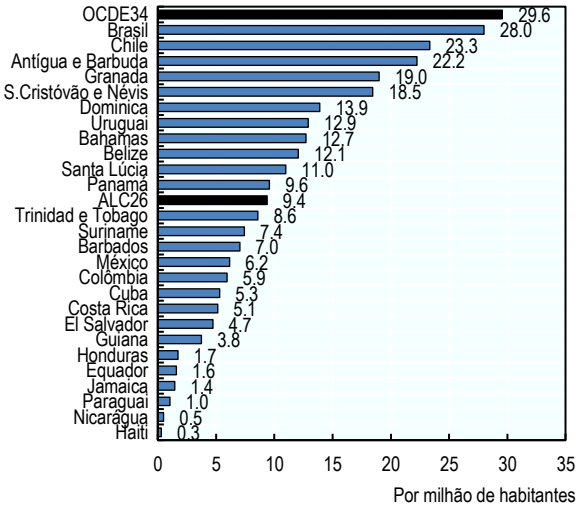
Os dados abrangem equipamentos instalados tanto em hospitais e no setor ambulatorial quanto nos setores público e privado na maioria dos países. Entretanto, há cobertura apenas parcial para alguns países, sendo que alguns países se referem apenas aos equipamentos do setor público ou privado.

Referências

Lorenzoni, L. et al. (2019), "Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology", *OECD Health Working Papers*, No. 110, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/5667f23d-en. [1]

OECD (2017), *New Health Technologies: Managing Access, Value and Sustainability*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264266438-en. [2]

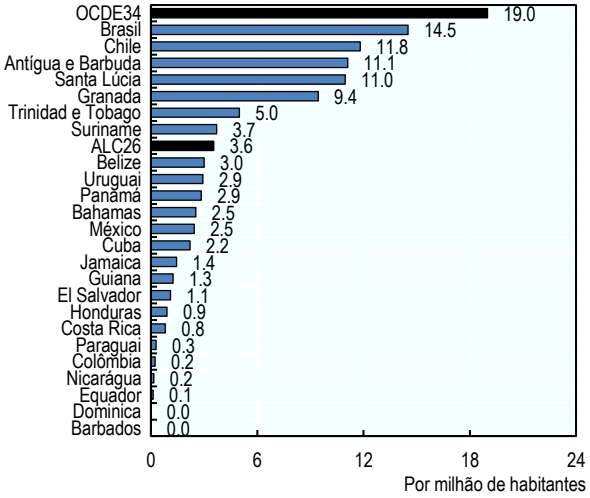
Figura 5.3. Scanners de tomografia computadorizada por milhão de habitantes, último ano disponível



Fonte: Atlas Global de Dispositivos Médicos 2022; Estatísticas de Saúde da OCDE 2022 para o Brasil, Colômbia, e média da OCDE.

StatLink https://stat.link/kzohjg

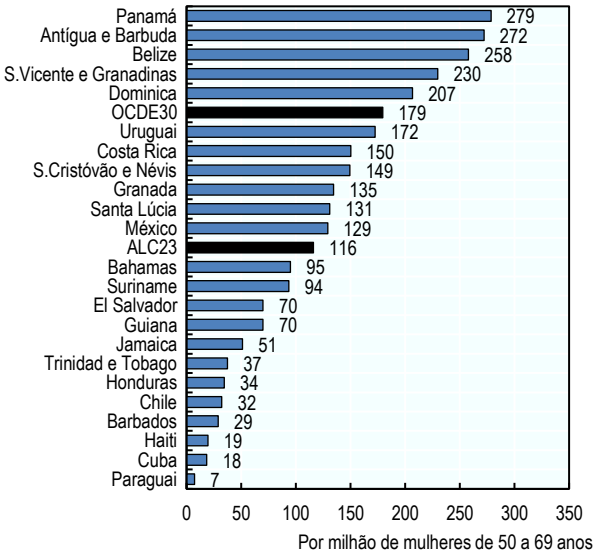
Figura 5.4. Unidades de ressonância magnética por milhão de habitantes, último ano disponível



Nota: Os números da Costa Rica representam apenas unidades de ressonância magnética em instalações públicas.
Fonte: Atlas Global de Dispositivos Médicos 2022; Estatísticas de Saúde da OCDE 2022 para o Brasil e média da OCDE.

StatLink https://stat.link/gyvhj8

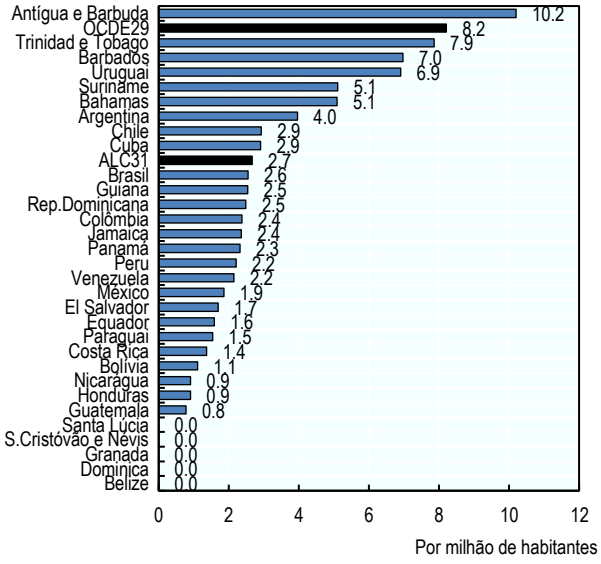
Figura 5.5. Unidades de mamografia por milhão de mulheres com 5069 anos de idade-, último ano disponível



Fonte: Atlas Global de Dispositivos Médicos 2022.

StatLink https://stat.link/v7rf48

Figura 5.6. Unidades de radioterapia, último ano disponível



Fonte: Atlas Global de Dispositivos Médicos 2022.

StatLink https://stat.link/rv57qf

Cuidados hospitalares

Na maioria dos países, os hospitais representam a maior parte do investimento fixo global e os leitos hospitalares fornecem uma indicação dos recursos disponíveis para a prestação de serviços de internação. Entretanto, a influência da oferta de leitos hospitalares na taxa de ocupação é conhecida e confirma que uma maior oferta leva a maiores números de admissão (Lei Roemer que um "leito construído é um leito ocupado"). Portanto, além da qualidade do atendimento hospitalar, é importante utilizar os recursos de forma eficiente. Aumentar o número de leitos e pernoites nos hospitais nem sempre traz resultados positivos para a saúde da população. O número de leitos hospitalares per capita na ALC é de 2,1, inferior à média da OCDE de 4,3, mas varia consideravelmente (Figura 5.7). Mais de cinco leitos por 1.000 habitantes estão disponíveis em Barbados, Cuba e Argentina, enquanto o estoque é igual ou inferior a um por 1.000 habitantes na Guatemala, Haiti, Honduras, Venezuela, Nicarágua e México. Estas grandes disparidades refletem diferenças substanciais nos recursos investidos em infra-estrutura hospitalar entre os países.

A alta hospitalar é em média de 51,2 por 1.000 habitantes em 11 países da ALC com dados, em comparação com a média da OCDE de 147,8 (Figura 5.8). As maiores taxas estão no Chile e na Bolívia, com mais de 85 e 66 descargas por 1.000 habitantes em um ano, respectivamente, enquanto no Peru, Colômbia, Panamá e México há menos de 40 descargas por 1.000 habitantes, sugerindo atrasos no acesso aos serviços. Em geral, os países com mais leitos hospitalares tendem a ter taxas de admissão mais altas e vice-versa. No entanto, há exceções. El Salvador e Bolívia têm um número baixo de leitos, mas uma taxa de altas relativamente alta, enquanto a Argentina tem uma densidade maior de leitos hospitalares do que a média da OCDE, mas uma taxa de altas menor do que a média ALC11.

Em nove países da ALC com dados, a duração média de hospitalização (DMH) é de 5,47 dias, inferior à média da OCDE de 7,42 (Figura 5.9). A DMH mais longa é de 6 dias no Chile, Colômbia e Jamaica, enquanto o menor período de permanência é inferior a 4,4 dias no México. A DMH avalia o acesso e uso adequados, mas é necessário cautela em sua interpretação. Embora, sendo todas as outras coisas iguais, uma estadia mais curta reduzirá o custo por alta e proporcionará um atendimento mais eficiente, mudando o atendimento do hospital para ambientes pós-atendimento menos dispendiosos. Estadias mais longas podem ser um sinal de má coordenação de cuidados, resultando em alguns pacientes aguardando desnecessariamente no hospital até que a reabilitação ou cuidados de longo prazo possam ser providenciados. Ao mesmo tempo, alguns pacientes tem alta muito cedo, quando a permanência no hospital poderia ter melhorado seus resultados de saúde. (Rojas-García et al., 2017[1]).

Quando se analisa especificamente os leitos de saúde mental, LAC26 tem em média 39 leitos por 100.000 habitantes, dos quais mais de 31 estão em hospitais psiquiátricos, isto é cerca de um quarto da densidade nos países da OCDE em média, com mais de 160 leitos de saúde mental por 100.000 habitantes, dos quais mais de 186 estão em hospitais psiquiátricos. Somente Barbados no LAC26 tem uma densidade de leitos de saúde mental maior do que a média da OCDE, com mais de 190 leitos por 100.000 habitantes. Bolívia, Guatemala, Haiti e Venezuela têm menos de 3 leitos de saúde mental por cada 100.000 habitantes (Figura 5.10).

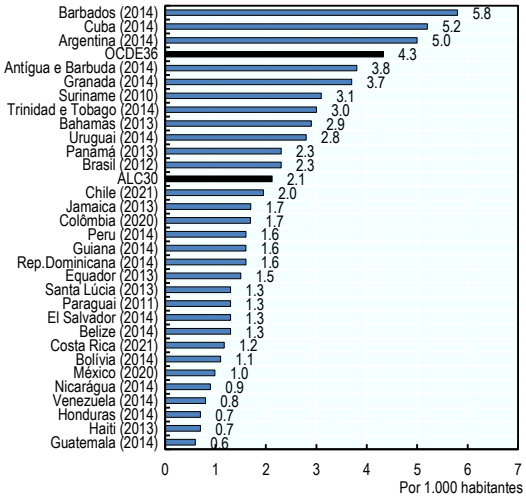
Definição e comparabilidade

Todos os leitos hospitalares incluem aqueles para cuidados agudos e crônicos/longo prazo, tanto no setor público como no privado. Uma alta é definida como a liberação de um paciente que tenha ficado pelo menos uma noite no hospital. Ela inclui mortes no hospital após atendimento hospitalar, mas geralmente exclui as mesmas separações de um dia . As taxas de alta apresentadas não são padronizadas para a idade , não considerando as diferenças na estrutura etária da população entre os países. Os números reportados para DMH referem-se ao número de dias que os pacientes passam a noite em uma instituição de internação- de cuidados agudos. DMH é geralmente medido dividindo o número total de dias de internação de todos os pacientes em instituições de internação de cuidados agudos durante um ano pelo número de internações ou altas. Há variações consideráveis na forma como os países definem e computam os cuidados agudos. Na maioria das vezes, as altas e os dados de DMH na região da ALC cobrem apenas as instituições do setor público.

Referências

Rojas-García, A. et al. (2017), “Impact and experiences of delayed discharge: A mixed-studies systematic review”, *Health Expectations*, Vol. 21/1, pp. 41-56, https://doi.org/10.1111/hex.12619. [1]

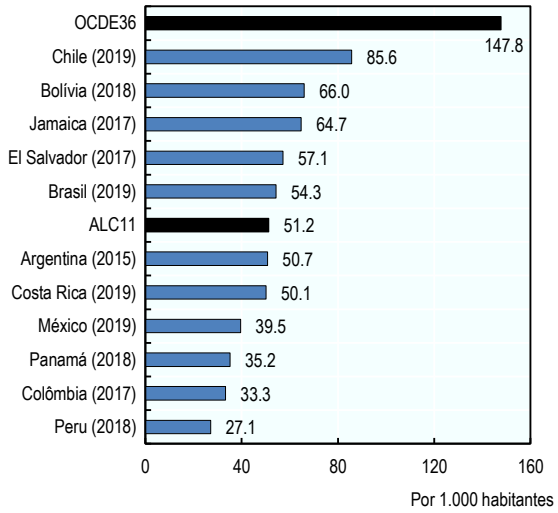
Figura 5.7. Leitos hospitalares por 1.000 habitantes, último ano disponível



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE 2022; Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial 2022.

StatLink https://stat.link/ky2hpf

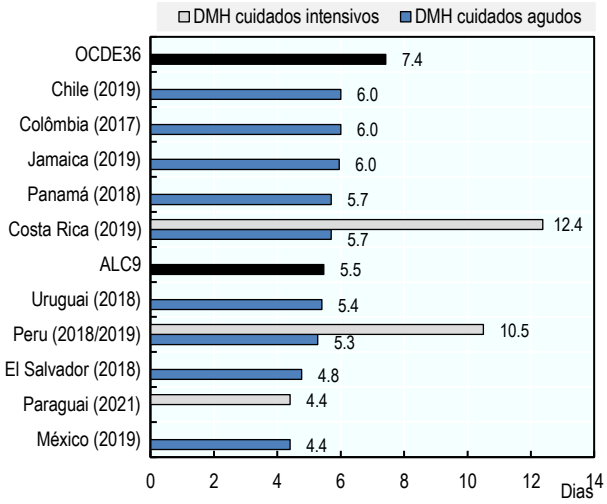
Figura 5.8. Altas hospitalares por 1.000 habitantes, último ano disponível



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE 2022; Fontes nacionais.

StatLink https://stat.link/znium4

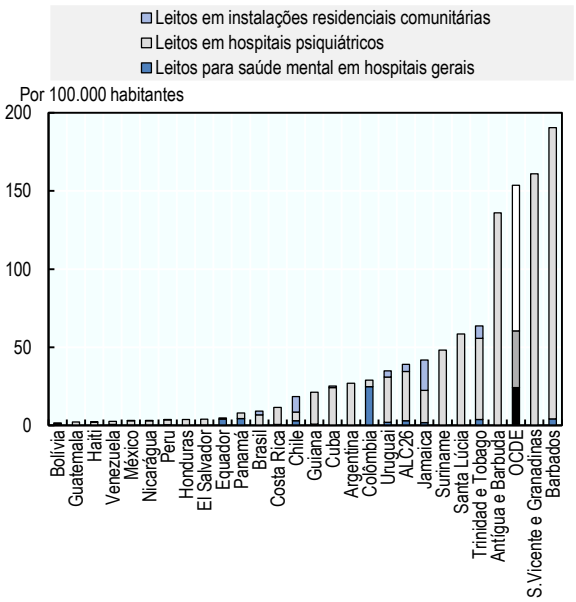
Figura 5.9. Duração média da hospitalização para atendimento agudo, último ano disponível



1. A maioria dos países só relata dados de estabelecimentos de saúde pública. O Chile reporta dados para todas as hospitalizações.
2. As médias para OCDE e LAC são para ALOS para cuidados agudos.
Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE 2022; questionário da OCDE dos países.

StatLink https://stat.link/geftpd

Figura 5.10. Leitos de saúde mental, por 100.000 habitantes, 2016 ou último ano disponível



Fonte: Atlas de Saúde Mental 2020 da OMS.

StatLink https://stat.link/7fn5cz

Gravidez e nascimento

A saúde tanto das mães quanto de seus bebês se beneficiam dos cuidados pré-natais prestados por profissionais de saúde qualificados e do acesso a instalações de saúde para o parto, pois reduzem o risco de complicações e infecções no parto (ver indicadores "Planejamento familiar" e "Alimentação de lactentes e crianças pequenas" no Capítulo 4) (Measure Evaluation, 2019[1]). O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3.7 visa assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive para planejamento familiar, informação e educação, e a integração da saúde reprodutiva nas estratégias e programas nacionais até 2030.

Nos países da ALC, a maioria das mulheres grávidas recebe as quatro visitas recomendadas, mas o acesso ao atendimento pré-natal varia entre os países e entre os grupos socioeconômicos. Países como Honduras, Paraguai, México e El Salvador têm cobertura quase completa para a população pertencente ao quintil de renda mais alto (mais de 97,5% das mães têm quatro consultas pré-natais), mas existem desigualdades: as mães no quintil de renda mais baixo tinham cerca de 10 e 18 pontos percentuais menos cobertura, respectivamente, em comparação com as mães no quintil de renda mais alto. Na outra ponta, no Haiti, a cobertura média de quatro visitas pré-natais é inferior a 50% no quintil de renda mais baixo. Além disso, o Haiti tem a maior desigualdade entre os países com dados, com 38 pontos percentuais de diferença entre as mães no quintil de renda mais baixa e mais alta. Em contraste, a Costa Rica apresenta uma alta cobertura e a mais baixa desigualdade de renda (Figura 5.11).

A maioria das mulheres na ALC teve partos assistidos por um profissional de saúde qualificado, como um médico, enfermeira ou parteira. Entretanto, menos de 14% das mulheres do quintil de renda mais baixa do Haiti foram assistidas por um profissional de saúde qualificado, com a maioria dos partos assistidos por parteiras não treinadas. As parteiras tradicionais são importantes em vários outros países, especialmente em ambientes rurais. As desigualdades entre as mães do quintil de renda mais baixa e mais alta são as maiores no Haiti e na Guiana, mostrando uma diferença de 68 e 20 pontos percentuais de cobertura mais alta, respectivamente, em favor do grupo mais rico. A menor desigualdade é encontrada no Suriname e na República Dominicana, com uma alta cobertura semelhante em todos os grupos sócio-econômicos (Figura 5.12).

Os partos em instalações de saúde varia de país para país (Figura 5.13). Em países LAC13 com dados, 91,9% das entregas ocorreram em estabelecimentos de saúde estabelecidos. Em Cuba, Argentina e Colômbia, mais de 99% dos partos são feitos em instalações de saúde. No Haiti, a maioria dos partos ocorre em casa (59,5%), enquanto Honduras e Guiana são os únicos outros países com dados disponíveis na região com uma taxa de partos ocorrendo em casa acima de 5%.

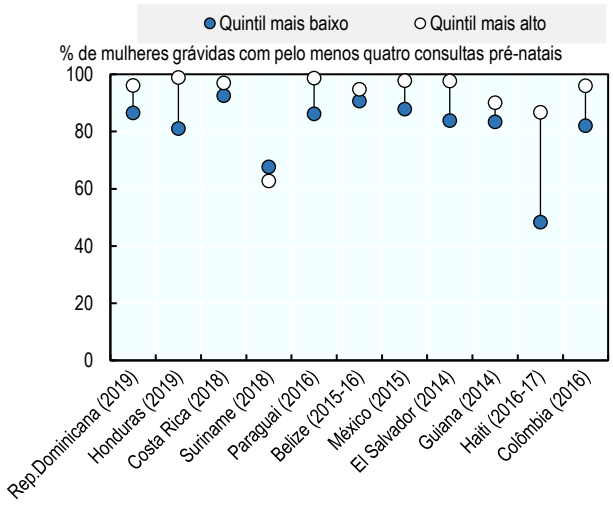
Definição e comparabilidade

A principal fonte de informação sobre cuidados durante a gravidez e o parto são as pesquisas de saúde. As Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS), por exemplo, são pesquisas domiciliares representativas nacionalmente que fornecem dados para uma ampla gama de indicadores nas áreas de população, saúde e nutrição. As Pesquisas DHS padrão têm grandes amostras (geralmente entre 5.000 e 30.000 domicílios) e normalmente são realizadas a cada cinco anos, para permitir comparações ao longo do tempo. Às mulheres que tiveram um nascimento vivo nos cinco anos anteriores à pesquisa são feitas perguntas sobre o nascimento, incluindo quantas visitas de cuidados pré-natais tiveram, quem prestou assistência durante o parto e onde ocorreu o parto. Os dados sobre desigualdade de renda em assistência pré-natal e assistência qualificada ao parto foram obtidos a partir do conjunto de dados dos Indicadores de Equidade de Saúde e Proteção Financeira (HEFPI) compilados e mantidos pelo Banco Mundial.

Referências

Measure Evaluation (2019), *Indicator Compedium - Antenatal Care Coverage*, https://www.measureevaluation.org/rbf/indicator-collections/service-use-and-coverage-indicators/antenatal-care-coverage. [1]

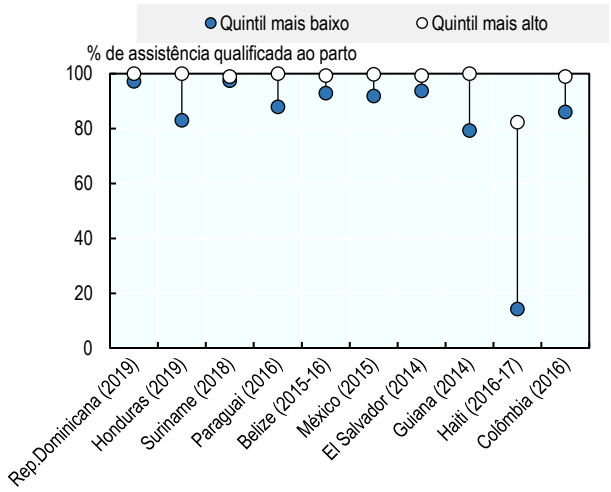
Figura 5.11. Prestação de cuidados durante a gravidez e o parto, primeiro e quinto quintil de renda, último ano disponível



Fonte: Pesquisas DHS e MICS.

StatLink https://stat.link/n2tkep

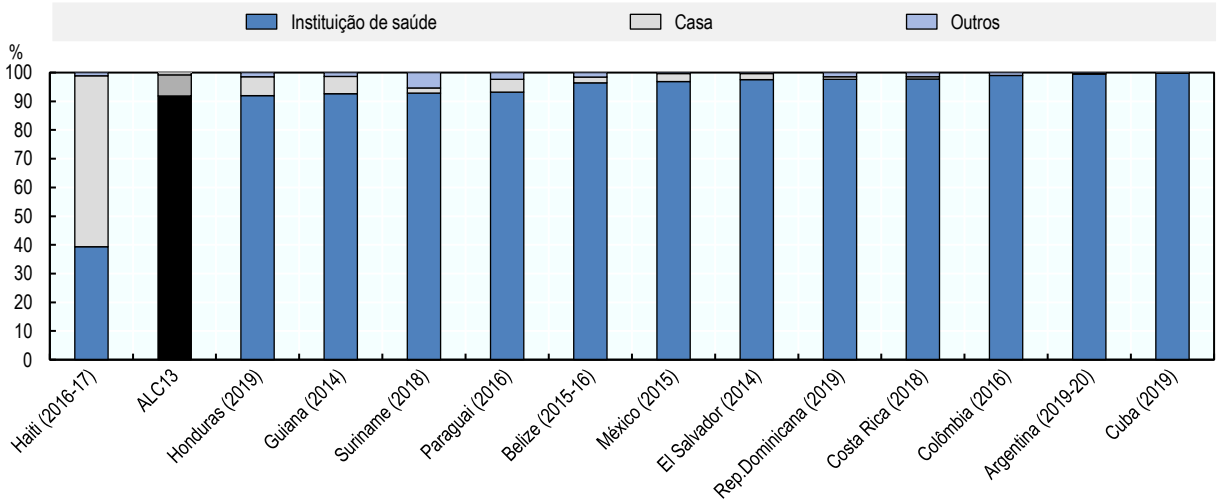
Figura 5.12. Nascimentos assistidos por profissionais de saúde qualificados, primeiro e quinto quintil de renda, último ano disponível



Fonte: Pesquisas DHS e MICS.

StatLink https://stat.link/hkro4l

Figura 5.13. Local do parto, último ano disponível



Nota: Valores para a categoria "outros" são a diferença entre um 100% e as entregas que acontecem em instituições de saúde ou em casa.
Fonte: Pesquisas DHS e MICS.

StatLink https://stat.link/4ywi5z

Cuidados de saúde para bebês e crianças

Na região ALC, cerca de um terço das mortes no primeiro ano de vida ocorre durante o período neonatal (ou seja, durante as primeiras quatro semanas de vida ou dias 0-27) e a diarréia e pneumonia infantil são as principais causas infecciosas de morbidade e mortalidade infantil (PAHO, 2017[1]). Sistemas de saúde eficazes podem limitar muito o número de mortes infantis, particularmente abordando questões que ameaçam a vida durante o período neonatal e infantil. Os cuidados básicos para bebês e crianças incluem promover e apoiar a amamentação precoce e exclusiva, identificando as condições que requerem cuidados adicionais e aconselhamento sobre quando levar um bebê e uma criança pequena a uma instituição de saúde (Tomczyk et al., 2019[2]). Existem vários tratamentos preventivos e curativos rentáveis, incluindo suplementos de zinco e vitamina A, vacinação, terapia de reidratação oral (TRO) para diarréia, e tratamento antibiótico apropriado para infecção respiratória aguda (IRA). O acesso a esses serviços leva a uma melhor saúde infantil e infantil.

Um tratamento adequado também poderia evitar mortes por diarréia e pneumonia. Um dos tratamentos eficazes para a diarréia infantil é a suplementação com zinco. De acordo com dados de 13 países da ALC, o acesso à suplementação com zinco para crianças menores de 5 anos é marcadamente baixo no Peru, Guiana, Guatemala e República Dominicana a 1% ou menos, enquanto El Salvador e Honduras têm taxas de cobertura acima de 30%. A média da ALC13 é de 11% (Figura 5.14). Além disso, a desidratação causada por diarréia severa pode ser facilmente tratada com ORT. Em média, menos da metade das crianças menores de 5 anos com diarréia recebem TRO em 22 países da ALC com dados, sendo que Argentina, Bolívia, Cuba, Guiana, Haiti, Paraguai, Peru e Venezuela têm 40% ou menos. A cobertura é a mais alta da Nicarágua, com 95%. As desigualdades de renda são altas em Honduras, onde 59% das crianças do quintil de renda mais alto recebem TRO quando precisam, enquanto apenas 43% das crianças do quintil de renda mais baixo recebem TRO (Figura 5.15). Notavelmente, as crianças do grupo de menor renda recebem uma cobertura mais alta do que no grupo de maior renda na Bolívia e na República Dominicana, o que sugere que o sistema de saúde pode visar a população mais vulnerável.

O acesso a cuidados médicos apropriados para crianças com ARI também pode ser melhorado em muitos países da região. Embora em média mais de três quartos das crianças com sintomas sejam levadas a uma unidade de saúde, menos da metade delas recebe tratamento antibiótico (Figura 5.16). É importante salientar a relevância do uso racional de antibióticos, tanto devido às implicações para a saúde do desenvolvimento de resistência antimicrobiana como como fonte de resíduos nos sistemas de saúde (OECD/The World Bank, 2020[3]). Existe uma correlação entre a cobertura de tratamento para diarréia e ARI. O tratamento antibiótico para ARI é particularmente baixo no Haiti e na Guiana, onde o tratamento para diarréia também é baixo. Isto sugere uma necessidade urgente de expandir ainda mais o acesso aos cuidados para tratar as principais causas de mortalidade infantil nestes países.

Definição e comparabilidade

Os dados de cobertura de prevenção e tratamento são geralmente coletados através de pesquisas domiciliares. A exatidão dos relatórios das pesquisas varia e é provável que esteja sujeita a um viés de recall. Os efeitos sazonais relacionados à prevalência de doenças diarréicas e IRAs também podem afetar as comparações de dados entre países. A prevalência da IRA é estimada perguntando às mães se seus filhos menores de cinco anos estavam doentes com tosse acompanhada de respiração curta e rápida nas duas semanas que precedem uma pesquisa, pois esses sintomas são compatíveis com a IRA.

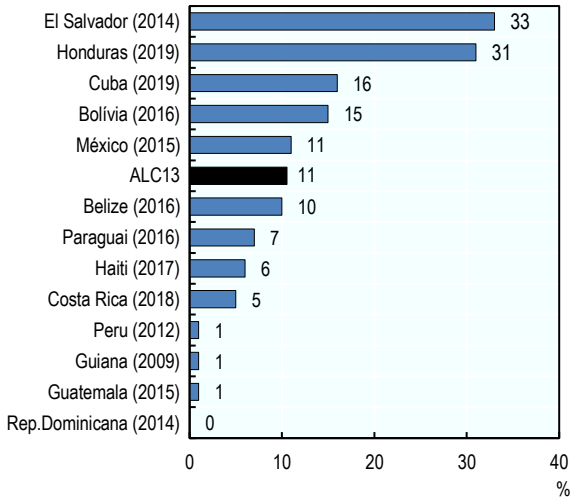
Referências

OECD/The World Bank (2020), *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/6089164f-en. [3]

PAHO (2017), *Health in the Americas+, 2017 Edition. Summary: Regional Outlook and Country Profiles*, Pan American Health Organization, Washington, D.C., https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-English.pdf. [1]

Tomczyk, S. et al. (2019), “Factors associated with fatal cases of acute respiratory infection (ARI) among hospitalized patients in Guatemala”, *BMC Public Health*, Vol. 19/1, https://doi.org/10.1186/s12889-019-6824-z. [2]

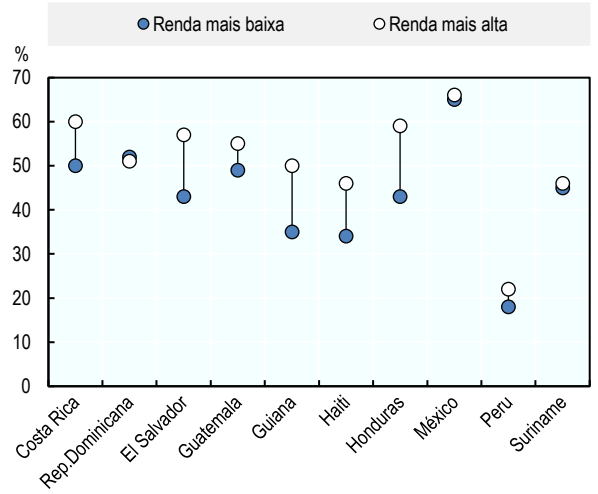
Figura 5.14. Crianças com menos de 5 anos com diarréia que receberam suplementos de zinco (%), último ano disponível



Fonte: Pesquisas DHS e MICS.

StatLink https://stat.link/uwdotq

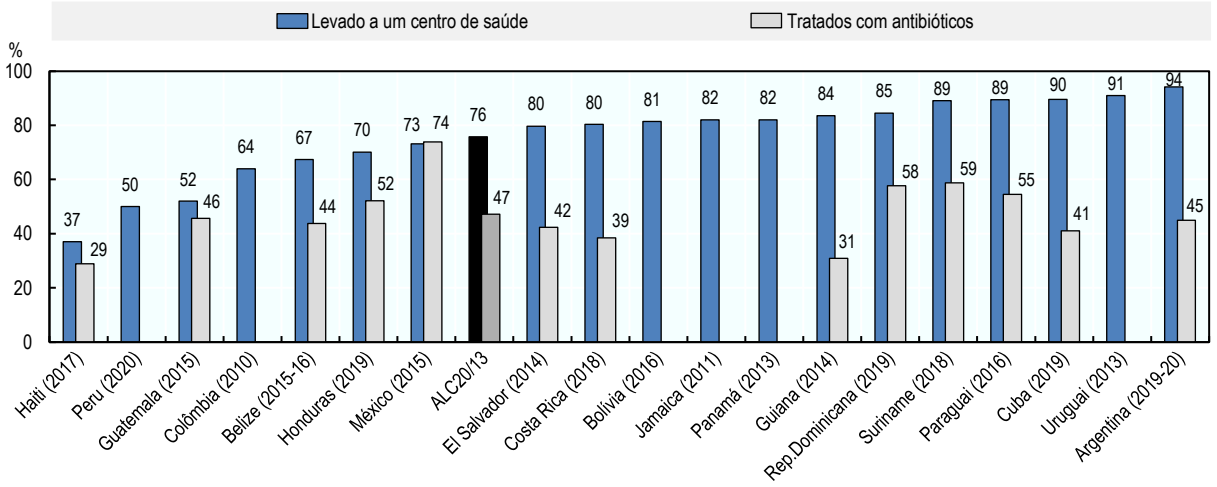
Figura 5.15. Crianças com menos de 5 anos com diarréia recebendo TRO (%), último ano disponível



Fonte: Pesquisas MICS; Fontes nacionais.

StatLink https://stat.link/3jat92

Figura 5.16. Crianças com menos de 5 anos tratadas em uma unidade de saúde e que receberam antibióticos, último ano disponível



Fonte: Pesquisas MICS e DHS, agregados de dados da UNICEF.

tatLink https://stat.link/465ikr

6 Gastos e financiamento da saúde

Gastos com saúde per capita e em relação ao PIB

O nível e a tendência dos gastos com saúde em um país podem ser explicados por fatores demográficos, sociais e econômicos, mas também pelos arranjos financeiros e organizacionais do sistema de saúde.

O gasto atual médio com saúde per capita da OCDE em 2019 foi cerca de quatro vezes maior que o dos países da ALC (USD PPC 3.999 versus 1.155). Uma grande variação nos níveis de gastos com saúde per capita pode ser observada na ALC (Figura 6.1), variando de gastos com saúde per capita no Haiti de apenas 143 dólares internacionais (USD PPC atual) a 2.548 dólares internacionais em Cuba (USD PPC atual). Em média, 60% dos gastos com saúde nos países da América Latina e do Caribe são provenientes de esquemas de seguro governamental e compulsório, enquanto os 40% restantes são cobertos por gastos diretos das famílias, esquemas de pagamento voluntário e recursos externos. Em contraste, os esquemas de seguro governamental e compulsório nos países da OCDE são responsáveis por 77% dos gastos com saúde.

Em média, entre 2010 e 2019, a taxa de crescimento dos gastos com saúde per capita foi de 4,9% ao ano na ALC, superior aos 3,1% observados para o produto interno bruto (PIB) (Figura 6.2). O crescimento dos gastos com saúde foi mais rápido na Bolívia, Panamá e Guiana - mais do que o dobro da taxa média da região. A Venezuela registrou taxas decrescentes nos gastos correntes com saúde entre 2010-19.

O crescimento geral dos gastos com saúde e o desempenho econômico podem explicar o quanto os países gastam com saúde ao longo do tempo. Os gastos atuais com saúde representaram 6,9% do PIB na região da ALC em 2019, um aumento de cerca de 0,5 ponto percentual em relação a 2010. Os países da OCDE tiveram uma média de gastos correntes com saúde de 8,5% do PIB em 2019. Esse indicador variou de 4,3% em Santa Lúcia a até 11,1% em Cuba e 9,7% no Suriname (Figura 6.3). Em geral, quanto mais rico é um país, mais ele gasta proporcionalmente em saúde. Entre 2010 e 2019, a participação da saúde em relação ao PIB diminuiu 1,5 ponto percentual na Venezuela, enquanto aumentou 4,7 pontos percentuais no Suriname e 2,6 no Chile.

Como proporção do PIB, o Panamá e a Bolívia foram os países que mais gastaram em investimento de capital em 2019, com mais de 0,8% de seus PIBs destinados a construção, equipamentos e tecnologia no setor social e de saúde (Figura 6.4). No entanto, os gastos de capital podem ser significativamente menores: em Cuba, Bahamas, Honduras e Antígua e Barbuda foram responsáveis por menos de 0,1% em 2019. Em média, os investimentos de capital representam 0,3% do PIB na ALC, em comparação com 0,4% nos países da OCDE em 2019.

Definição e comparabilidade

Os gastos com saúde são a soma dos gastos com o total de serviços de saúde, produtos médicos dispensados a pacientes ambulatoriais, serviços de saúde pública, administração de saúde e seguro de saúde, por cidadãos do país ou do exterior. Importações para uso final estão incluídas, mas não as exportações para uso final.

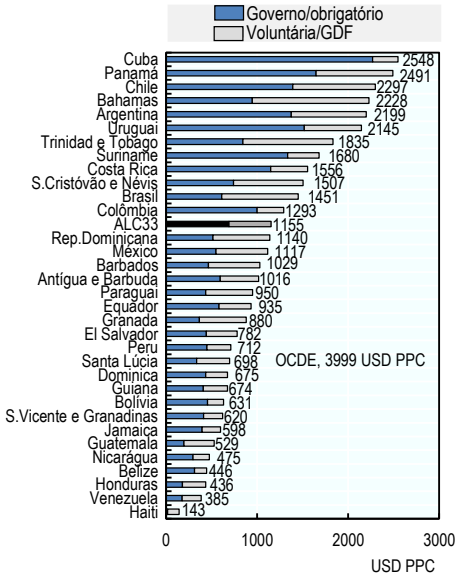
O financiamento da saúde pode ser analisado do ponto de vista dos esquemas de financiamento, dos agentes financeiros e dos tipos de receita. Os esquemas de financiamento da saúde são definidos no Sistema de Contas de Saúde (OECD/Eurostat/WHO, 2017[1]) e incluem esquemas governamentais, seguro de saúde obrigatório, seguro de saúde voluntário e fundos privados, como gastos diretos das famílias, ONGs e empresas privadas. Os gastos diretos das famílias são despesas pagas diretamente pelos pacientes e incluem acordos de compartilhamento de custos e quaisquer pagamentos informais aos prestadores de serviços de saúde. As PPCs de toda a economia (PIB) são usadas como as taxas de conversão mais disponíveis.

A formação bruta de capital fixo no setor de saúde é medida pelo valor total dos ativos fixos que os provedores de saúde adquiriram durante o período contábil (menos o valor das alienações de ativos) e que são usados repetida ou continuamente por mais de um ano na produção de serviços de saúde. A formação bruta de capital fixo é informada por muitos países no âmbito do Sistema de Contas de Saúde.

Referências

OECD/Eurostat/WHO (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264270985-en. [1]

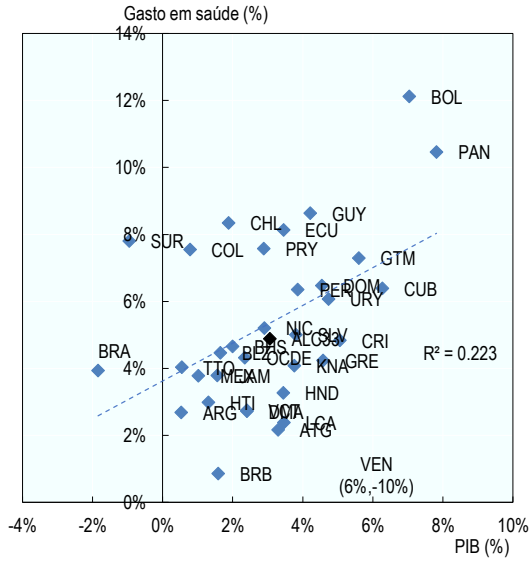
Figura 6.1. Gasto total com saúde per capita (USD PPC), 2019



Fonte: Banco de dados de gastos globais com saúde da OMS 2020; Estatísticas de saúde da OCDE 2019 para Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica e México.

StatLink https://stat.link/9u5xtk

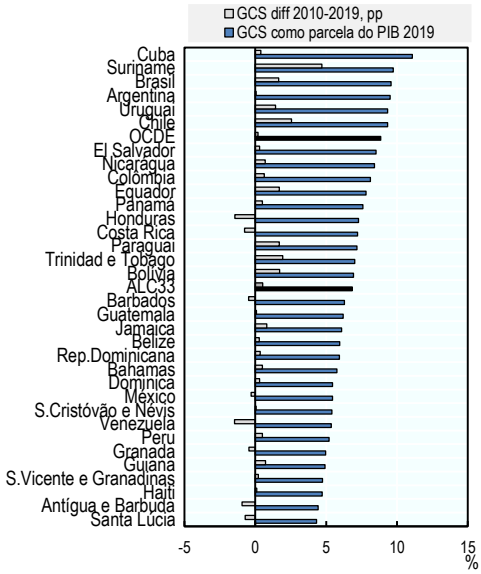
Figura 6.2. Taxa média de crescimento anual dos gastos correntes em saúde e PIB/capita, 2010-19



Observação: taxa média de crescimento em dólares americanos para países com dados GHED e preços correntes em PPC para países com dados OECD.stat. Fonte: GCS das Estatísticas de Saúde da OCDE 2022 para membros da OCDE, média e Brasil, restante do GHED 2022 da OMS. Dados do PIB per capita do Banco Mundial.

StatLink https://stat.link/k85u9d

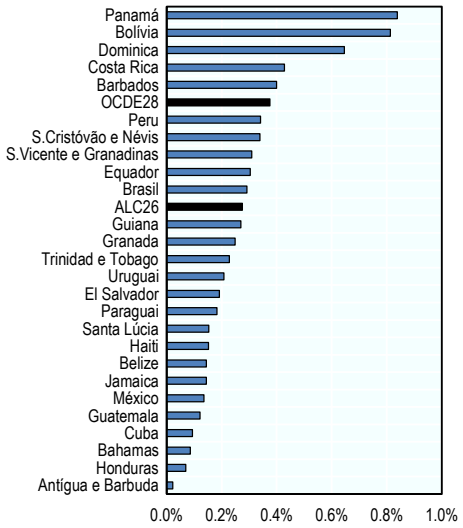
Figura 6.3. Variação go gasto total com saúde como proporção do PIB, 2010-19



Fonte: GHED 2022 da OMS; Estatísticas de Saúde 2022 da OCDE.

StatLink https://stat.link/ldefth

Figura 6.4. Percentual de gastos de capital em saúde (HK) do Produto Interno Bruto (PIB), 2019



Fontes: Fontes: GHED 2022 da OMS; Estatísticas de Saúde 2022 da OCDE.

StatLink https://stat.link/zam6iv

Financiamento da assistência médica pelo governo e por esquemas obrigatórios de seguro de saúde

Os arranjos de financiamento do sistema de saúde podem ser amplamente classificados de acordo com sua natureza compulsória ou voluntária. Os países que financiam predominantemente o sistema de saúde por meio de esquemas governamentais oferecem cobertura de atendimento a indivíduos com base em sua residência. Já os sistemas que são financiados com esquemas obrigatórios de seguro-saúde (por meio de entidades públicas ou privadas) vinculados ao pagamento de contribuições sociais ou prêmios de seguro-saúde oferecem cobertura de atendimento com base na afiliação. Além disso, uma proporção variável dos gastos com saúde consiste em gastos diretos das famílias bem como várias formas de esquemas de pagamento voluntário, como o seguro de saúde voluntário. Na região da América Latina e do Caribe, a fragmentação substancial dos sistemas de saúde geralmente leva à coexistência de esquemas de financiamento e, em alguns casos, à sobreposição (Lorenzoni et al., 2019[1]).

A Figura 6.5 informa os gastos financiados por gastos com saúde do governo geral (que incluem gastos do governo e fundos vinculados ao seguro de saúde obrigatório) como uma parcela do PIB em 2019 e sua tendência no -período de 2010-19. Os países com a maior participação são Cuba (9,9%), Suriname (7,7%), Colômbia (6,3%) e Uruguai (6,1%). Os países com a menor participação são Granada e Haiti, com 2,1 e 0,6%, bem abaixo da média da ALC de 4%. Em média, entre 2010 e 2019, a região da ALC aumentou sua participação nos gastos públicos como porcentagem do PIB em 0,57 ponto percentual. O Suriname registrou um aumento de 5,5 pontos percentuais no período, enquanto nove países registraram uma redução: Honduras (-1,1), Barbados (-0,85), Antígua e Barbuda (-0,54), Costa Rica (-0,53), Haiti (-0,26), México (-0,2), El Salvador (-0,15), Venezuela (-0,12) e Granada (-0,05).

Na maioria dos países da América Latina e do Caribe, os gastos com saúde do governo geral constituíram a principal fonte de financiamento em 2019 (média regional de 57%) (Figura 6.6). Cuba tem a maior participação, com 89%, seguida pelo Suriname, com 80%, e pela Colômbia, com 77%, os três únicos países com mais de 75%. Por outro lado, a menor participação foi observada no Haiti (12,2%) e na Guatemala (37,1%). Em média, os gastos com saúde do governo geral como uma parcela dos gastos atuais com saúde cresceram 4 pontos percentuais na região da ALC entre 2010 e 2019. Esse aumento é influenciado pelo Suriname, uma exceção com um aumento de 35 pontos percentuais. Depois do Suriname, o segundo maior aumento foi observado no Equador (16 pontos percentuais), enquanto as reduções ocorreram em 11 países, liderados por Barbados (-9) e Honduras (-6).

Fatores como o tipo de sistema em vigor, o espaço fiscal e a política e a prioridade política do setor de saúde, determinam o tamanho dos fundos públicos alocados para a saúde. As prioridades orçamentárias relativas também podem mudar de ano para ano como resultado de decisões políticas e efeitos econômicos. Em 2019, o gasto com saúde do governo geral como parcela do gasto total do governo foi de 14% na ALC, enquanto foi de 15% nos países da OCDE (Figura 6.7). Na Costa Rica, Panamá e Uruguai, mais de 20% dos gastos públicos foram dedicados à saúde. Por outro lado, seis países do Caribe destinaram menos de 10% dos gastos públicos à saúde (São Vicente e Granadinas, Granada, Santa Lúcia, Dominica, São Cristóvão e Névis e Haiti). No período de 2010-19, os gastos públicos com saúde como parcela dos gastos do governo aumentaram mais no Suriname (6,3 pontos percentuais), enquanto diminuíram mais na Costa Rica (-7,6 pontos percentuais). Ao mesmo tempo, a Costa Rica é o país com a maior parcela de gastos governamentais alocados à saúde na região em 2019 (24,1%).

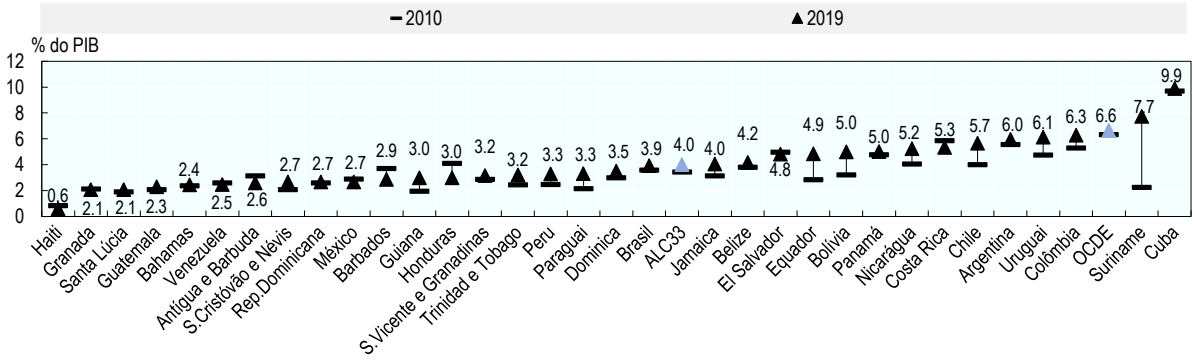
Definição e comparabilidade

A classificação de financiamento usada no Sistema de Contas de Saúde fornece um detalhamento completo dos gastos com saúde em unidades públicas e privadas que incorrem em gastos com saúde. Os gastos com saúde do governo geral incluem os gastos do governo e os fundos de seguridade social. A relação entre os gastos dos esquemas de seguro governamental e compulsório e os gastos totais do governo pode levar a uma superestimação em países onde as seguradoras privadas oferecem seguro compulsório.

Referências

Lorenzoni, L. et al. (2019), "Health systems characteristics: A survey of 21 Latin American and Caribbean countries", *OECD Health Working Papers*, No. 111, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/0e8da4bd-en. [1]

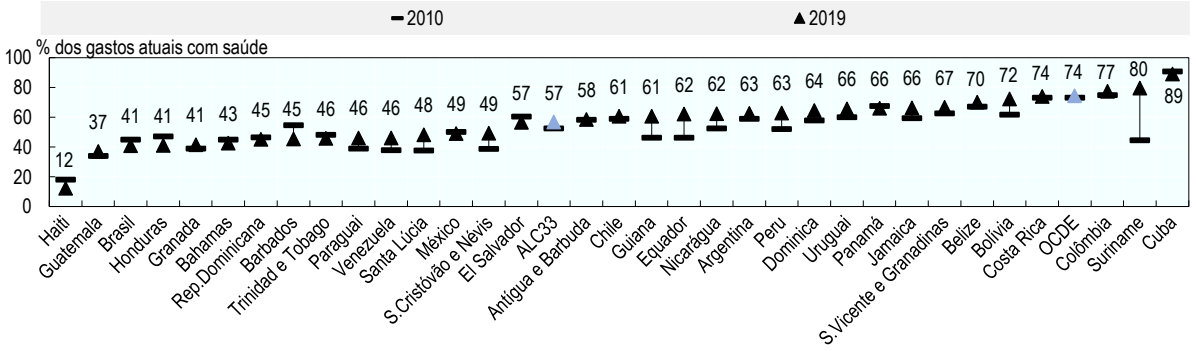
Figura 6.5. Gastos com saúde mediante esquemas governamentais e regimes de seguro obrigatório como proporção do PIB em 2010 e 2019



Fonte: GHED da OMS 2022, estatísticas de saúde da OCDE 2022 para países da OCDE, média da OCDE, Argentina e Brasil.

StatLink https://stat.link/9dxonw

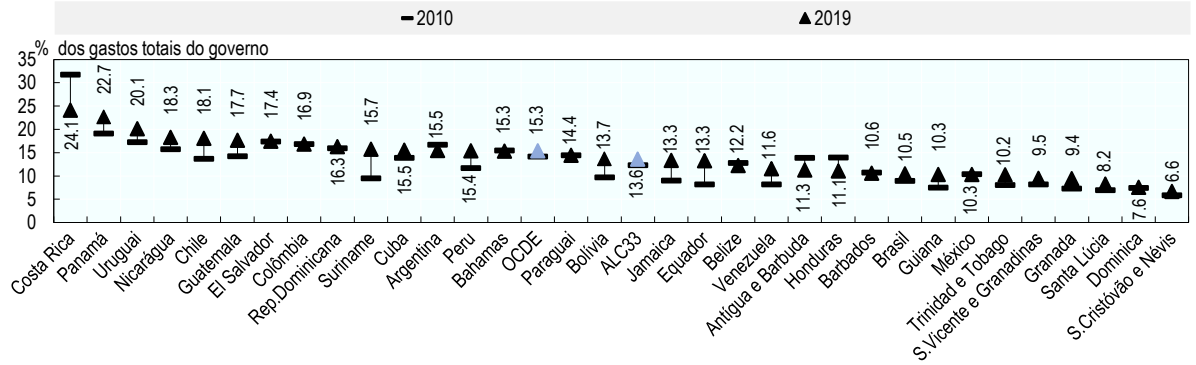
Figura 6.6. Participação do governo nos gastos correntes com saúde em 2010 e 2019



Fonte: GHED da OMS 2022; Estatísticas de saúde da OCDE 2022.

StatLink https://stat.link/a4slm5

Figura 6.7. Gastos do governo com saúde como parcela dos gastos totais do governo em 2010 e 2019



Fonte: Banco de dados de gastos com saúde global da OMS 2022.

StatLink https://stat.link/yjoqb8

Financiamento da assistência médica por meio de gastos diretos das famílias, esquemas de seguro voluntário e recursos externos

Os gastos privados com saúde são divididos entre gastos diretos das famílias (GDF), esquemas de seguro voluntário e fontes externas. O gasto direto das famílias refere-se a pagamentos diretos do próprio bolso, enquanto os esquemas de pagamento voluntário referem-se ao pagamento de prêmios de seguros privados, que concedem cobertura para serviços de provedores privados. Os recursos externos são os fundos recebidos de fontes externas.

Em média, em 2019, 32,4% dos gastos com saúde foram gastos diretos das famílias na região da América Latina e do Caribe, bem acima da média da OCDE de 20% (Figura 6.8). A maior presença de GDF é observada na Guatemala (56%), Granada (54%) e Honduras (52%). Por outro lado, Cuba (11%), Colômbia (14%) e Uruguai (16%) apresentam a menor parcela de gastos com GDF. Entre 2010 e 2019, a parcela de GDF como porcentagem do gasto total com saúde aumentou mais no Haiti (10 pontos percentuais), em Barbados (9 pontos percentuais) e em Honduras (6 pontos percentuais), e outros cinco países também tiveram aumentos em menor escala (Figura 6.8). Por outro lado, 27 países registraram reduções na participação da GDF. A redução foi maior na Venezuela (-20) e no -Equador (-17). Os gastos com GDF acima de 20% dos gastos atuais com saúde são considerados problemáticos, pois indicam alta vulnerabilidade a gastos catastróficos com saúde no caso de uma emergência. A medida em que as pessoas na América Latina e no Caribe correm o risco de cair na pobreza devido a gastos catastróficos com saúde é examinada mais detalhadamente na próxima seção, "Proteção financeira".

Figura 6.9 mostra que, em 2019, os gastos com saúde por esquemas de seguro voluntário representaram - em média - 11% dos gastos correntes com saúde na ALC, acima da média da OCDE de 6,0%. Essa participação aumentou na maioria dos países de 2010 a 2019, particularmente na Venezuela, onde aumentou 12 pontos percentuais. Por outro lado, no Uruguai,- na Guiana e -no Suriname, ela diminuiu em mais de 7 pontos percentuais. Menos de 1% dos gastos correntes com saúde foram provenientes de esquemas de seguro voluntário em Cuba e apenas 1,6% na Dominica, enquanto que no Haiti (45%), Venezuela (36%), Bahamas (31%) e Brasil (31%), os três únicos países com mais de 30%, esse percentual foi o mais alto. O seguro de saúde privado é uma importante fonte de cobertura secundária na maioria dos países, complementando a cobertura de bens e serviços não incluídos no pacote de benefícios básicos, complementando a cobertura ao cobrir os custos ou duplicando a cobertura para os pacientes que procuram atendimento privado.

A parcela dos gastos com saúde provenientes de fontes externas em 2019 é inferior a 1% em 23 dos 32 países com dados disponíveis. Essa fonte específica só é importante para o financiamento da saúde no Haiti (41%) (Figura 6.10).

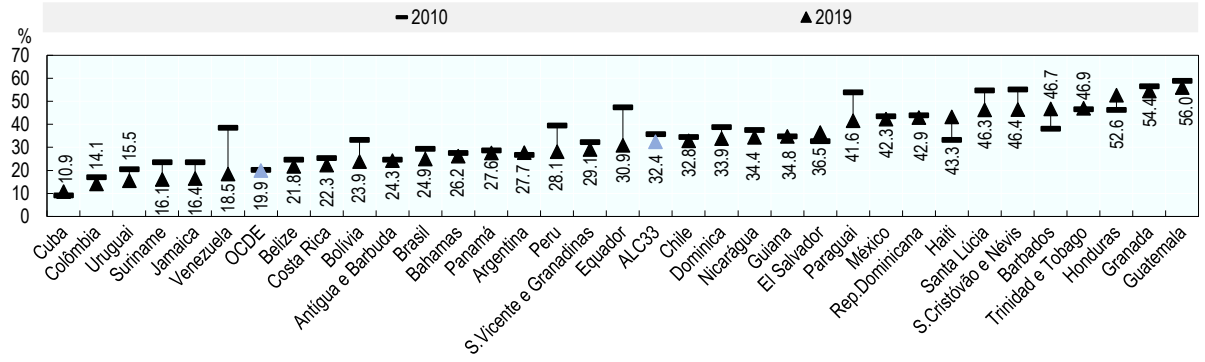
Definição e comparabilidade

A classificação de financiamento usada no Sistema de Contas de Saúde fornece um detalhamento completo dos gastos com saúde em unidades públicas e privadas que incorrem em gastos com saúde. O setor privado compreende os planos pré-pagos e de pooling de risco, os gastos diretos das famílias e as instituições sem fins lucrativos que atendem famílias e empresas. Os gastos diretos das famílias são despesas pagas diretamente pelo paciente. Eles incluem compartilhamento de custos e, em alguns países, estimativas de pagamentos informais a prestadores de serviços de saúde.

Os esquemas de seguro voluntário de assistência médica incluem seguro de saúde voluntário, instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias e esquemas de financiamento empresarial. Os dados sobre cobertura de seguro voluntário foram extraídos das respostas fornecidas pelos países à Pesquisa de Características do Sistema de Saúde de 2018 na América Latina e no Caribe.

O financiamento externo para a saúde é medido como os desembolsos de Assistência Oficial ao Desenvolvimento para a saúde de todos os doadores. Os desembolsos representam a transferência internacional real de recursos financeiros. Os desembolsos para a saúde são identificados pelo uso da classificação do setor de códigos de destino 121 (saúde, geral, exceto 12181, educação/treinamento médico e 12182, pesquisa médica), 122 (saúde básica) e 130 (políticas/programas populacionais e saúde reprodutiva, exceto 13010, política populacional e gestão administrativa) e 510 (apoio orçamentário geral) (www.oecd.org/dac/stats/aidtohealth.htm). O apoio orçamentário geral à saúde é estimado aplicando-se a parcela de gastos do governo com saúde sobre o total de gastos do governo geral ao valor informado na ODA. Como o dinheiro do desembolso é gasto ao longo de vários anos pelos países, os fundos desembolsados no ano t são comparados ao total de gastos com saúde no ano t+1.

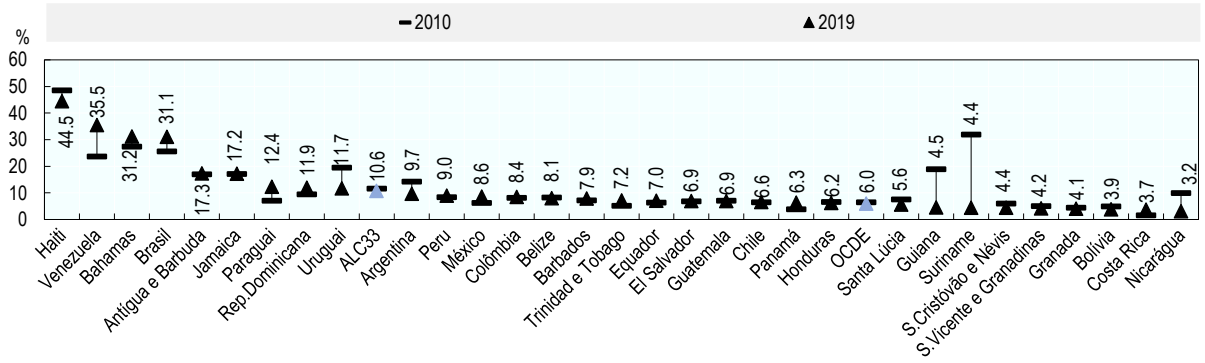
Figura 6.8. Variação nos gastos diretos das famílias como uma parcela dos gastos atuais com saúde, 2010-19



Fonte: Banco de dados de gastos globais com saúde da OMS 2022; Estatísticas de saúde da OCDE (2022) para países da OCDE, Argentina e Brasil.

StatLink https://stat.link/2jwt5m

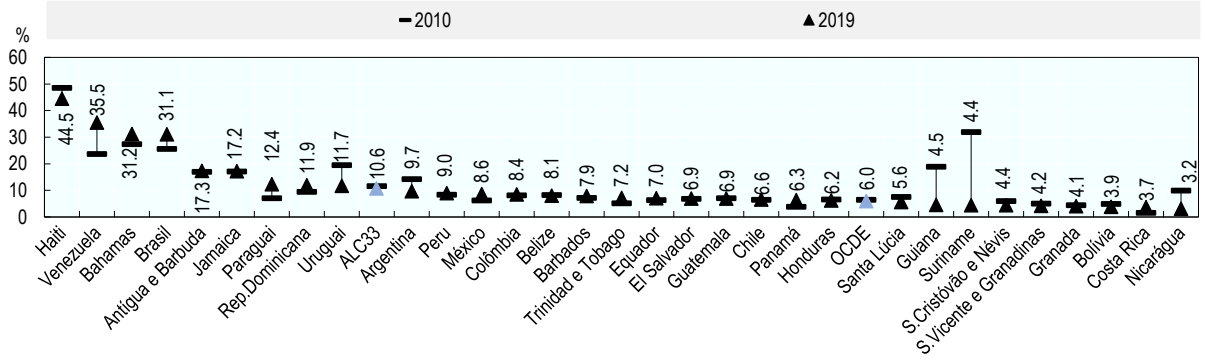
Figura 6.9. Mudança na despesa com saúde por esquemas de pagamento voluntário de assistência médica como uma parcela da despesa com saúde, 2010-19



Fonte: Banco de dados de gastos globais com saúde da OMS 2022; Estatísticas de saúde da OCDE (2022) para países da OCDE, Argentina e Brasil.

StatLink https://stat.link/almg91

Figura 6.10. Recursos externos como parcela dos gastos correntes com saúde, 2010-19



Fonte: Banco de dados de gastos com saúde global da OMS 2022.

StatLink https://stat.link/wqxpr8

Proteção financeira

Conforme relatado na seção anterior sobre gastos privados e externos, os altos níveis de gastos diretos na região representam um desafio não apenas para os governos que buscam melhorar o acesso, mas também para indivíduos, famílias e comunidades. O alto nível de GDF significa que a população está financiando diretamente uma parte substancial do tratamento quando precisa dele, o que, por sua vez, pode levá-la à pobreza ou a dificuldades financeiras. A incidência global de gastos catastróficos de 10% ou mais da GDF em relação à renda ou ao consumo familiar foi estimada em 9,7% em 2000, 11,4% em 2005 e 11,7% em 2010. Isso significa que, globalmente, 808 milhões de pessoas em 2010 incorreram em gastos catastróficos com saúde (Flores et al., 2018[1]).

Figura 6.11 mostra a proporção da população que é empurrada para a pobreza por causa dos gastos com saúde GDF. Em média, 1,7% da população da ALC é pobre por causa dos gastos com saúde GDF. Esse número é inferior a 2% da população em 11 países e 0% em El Salvador e no México. Por outro lado, a Argentina (3%), o Haiti (4%) e a Nicarágua (5%) têm a maior proporção de pessoas que entram na pobreza por causa dos gastos com saúde.

A Figura 6.12 mostra a proporção de domicílios cuja situação de pobreza foi agravada pelos gastos com saúde. Em 22 países da América Latina e do Caribe, 12,7% da população, em média, foi empurrada ainda mais para baixo da linha da pobreza devido aos gastos com assistência médica GDF. Essa proporção é mais alta na Nicarágua (21%), no Brasil (20%) e no Paraguai (18%), indicando baixa eficácia nas políticas de proteção financeira da saúde. Trinidad e Tobago (2%) e El Salvador (3%), por outro lado, têm a menor proporção da população que está indo mais para a pobreza por causa dos gastos com saúde GDF.

Para garantir acesso e cobertura adequados para todos os grupos, os governos devem implementar esforços para proteger as famílias contra gastos excessivos com GDF que podem levar as pessoas à pobreza (WHO, 2018[2]). O desperdício de gastos nos sistemas de saúde da ALC está consumindo recursos que poderiam ser gastos em mais e melhores cuidados de saúde. A fragmentação do sistema não é apenas uma fonte relevante de desperdício, mas também cria barreiras para expandir o acesso e a proteção financeira. A fragmentação dos esquemas de financiamento limita o agrupamento de fundos e a existência de mecanismos de seguro mais eficazes, além de limitar a solidariedade do sistema de saúde. Como as pessoas mais pobres têm o maior potencial de ganhos em saúde (Moreno-Serra and Smith, 2012[3]), a baixa proteção financeira afeta gravemente o desempenho do sistema de saúde.

Definição e comparabilidade

Os dados sobre os indicadores de proteção financeira foram extraídos do banco de dados global sobre proteção financeira montado pela OMS e pelo Banco Mundial, atualizado em 2021. O conjunto de dados cresceu ao longo do tempo a partir do primeiro conjunto de dados publicado em 2000, que extraiu dados de 42 pesquisas e um tipo de pesquisa, cobriu apenas 42 países e incluiu apenas 34 indicadores, todos relacionados à saúde materna e infantil. Em 2013, pela primeira vez, o banco de dados incluiu gastos domésticos com saúde, indicadores de doenças não transmissíveis (NCD) e dados de países de alta renda. O banco de dados de 2018 segue essa tendência, empregando mais de 1.600 pesquisas, abrangendo 183 países e englobando vários anos de dados, dados mais ricos sobre DNTs e dados mais extensos sobre gastos domésticos diretos.

A linha de pobreza é definida aqui como o valor mais alto da linha de pobreza de USD 1,90 (USD 2011 PPC) e uma linha de pobreza de consumo mediano de 60% (%). A última definição de pobreza leva em conta a alta heterogeneidade da renda e dos preços dos países da América Latina e do Caribe.

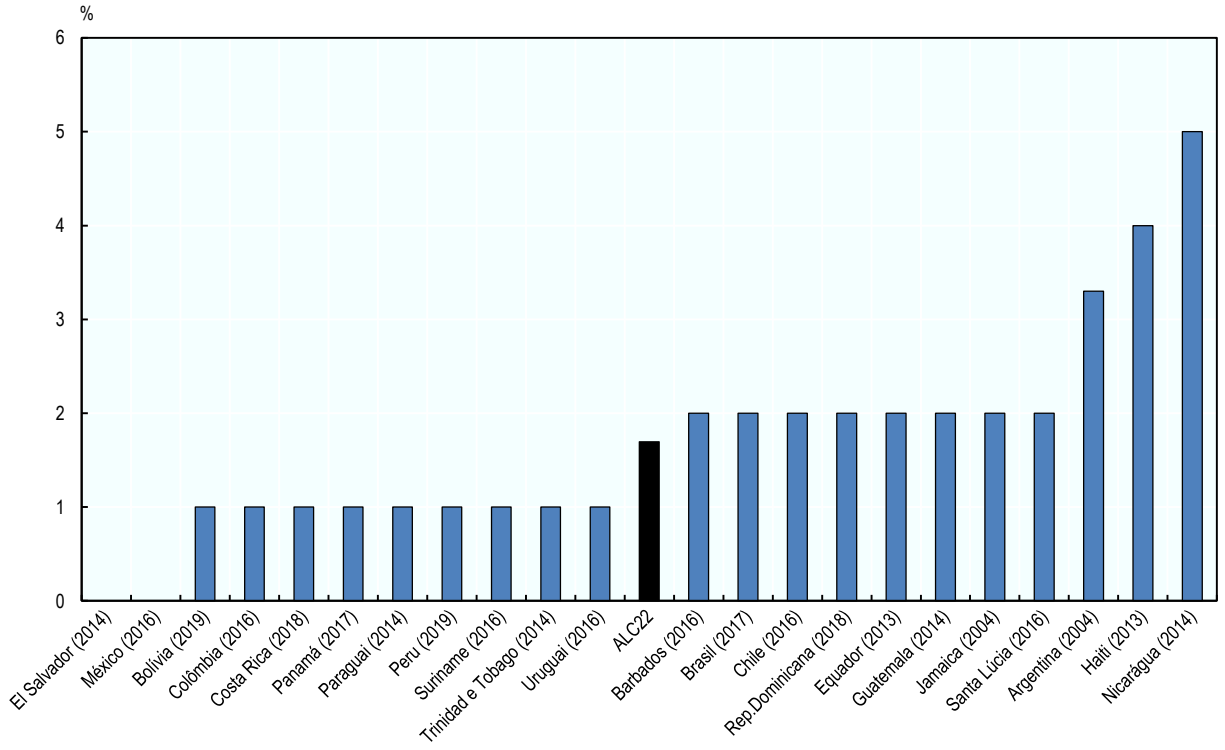
Referências

Flores, G. et al. (2018), "Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study", *Articles Lancet Glob Health*, Vol. 6, pp. 169-79, https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1. [1]

Moreno-Serra, R. and P. Smith (2012), *Does progress towards universal health coverage improve population health?*, Lancet Publishing Group, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61039-3. [3]

WHO (2018), *Health financing*, World Health Organization, https://www.who.int/health-topics/health-financing. [2]

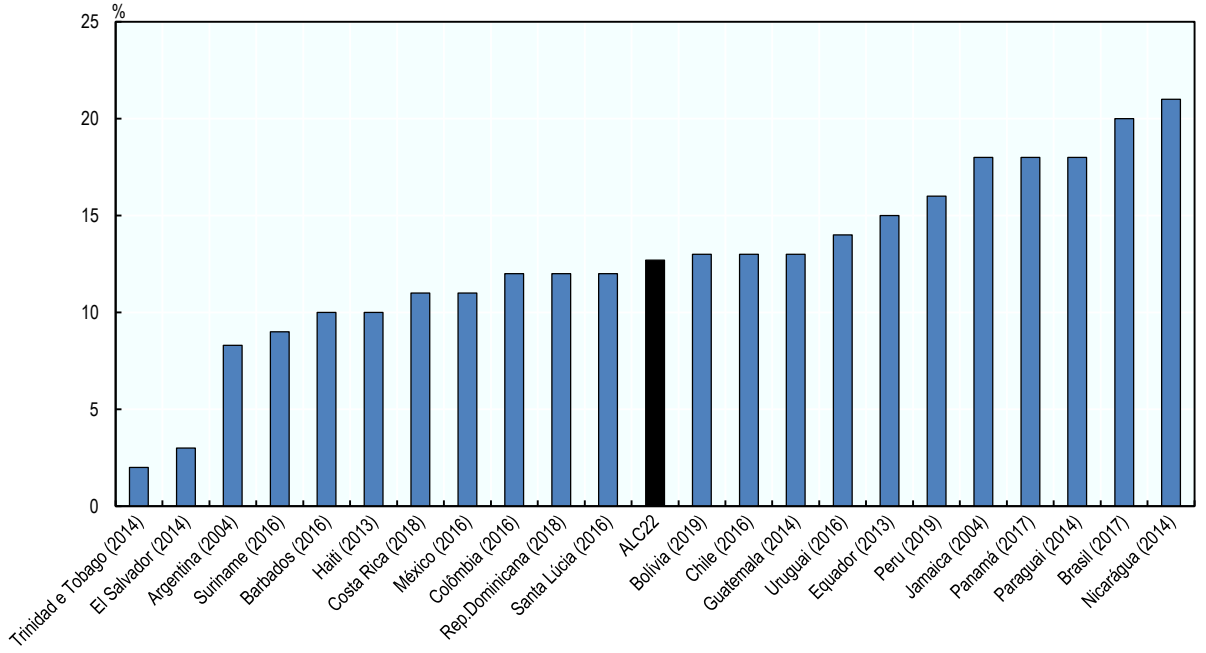
Figura 6.11. Proporção da população levada à pobreza por gastos diretos com saúde.



Fonte: Relatório de monitoramento global do Banco Mundial sobre proteção financeira em saúde 2021.

StatLink https://stat.link/mdup6c

Figura 6.12. Proporção da população com pobreza agravada pelos gastos diretos com saúde.



Fonte: Relatório de monitoramento global do Banco Mundial sobre proteção financeira em saúde 2021.

StatLink https://stat.link/wc9ysz

7 Qualidade da atenção à saúde

Programas de vacinação infantil

Os programas de vacinação infantil são uma das intervenções de política de saúde mais eficazes e econômicas (Chan et al., 2017[1]). Consequentemente, a vacinação infantil é fundamental para a estratégia de prevenção de doenças do país. As vacinas evitam entre 2 milhões e 3 milhões de mortes no mundo todo a cada ano, e mais 1,5 milhão de mortes poderiam ser evitadas se as campanhas de vacinação atingissem uma escala global.

A OMS recomenda uma cobertura de vacinação de 90% das crianças para uma prevenção eficaz contra a DTP. Apesar das taxas gerais geralmente altas, apenas 11 dos 33 países da América Latina e do Caribe cumpriram essa recomendação em 2021 (Figura 7.1). Da mesma forma, apenas 9 dos 33 países aderiram à meta estabelecida pela OMS para a vacinação contra o sarampo em 2021 (Figura 7.2). Em 2018, 12 países cumpriram essas metas. As altas taxas de cobertura nacional podem não ser suficientes para impedir a propagação da doença, pois bolsões de baixa cobertura vacinal em populações e áreas geográficas específicas podem levar a surtos. A média regional é de 82% e 83% de cobertura para DTP e sarampo, respectivamente. Abaixo da média de 90% de cobertura de 2018. Quinze países para DTP e 20 para sarampo têm taxas de cobertura acima de 75%, mas abaixo dos 90% recomendados, o que, embora alto, é insuficiente para garantir a interrupção da transmissão de doenças e a proteção de toda a população. Três países, Brasil, Venezuela e Haiti, têm cobertura abaixo de 70% para DTP e cinco países (Paraguai, Venezuela, Equador, Haiti e Suriname) estão abaixo desse limite na cobertura de vacinação contra o sarampo.

A vacinação contra a hepatite B é recomendada para todas as crianças em todo o mundo, e o alcance de todas as crianças com pelo menos três doses da vacina contra a hepatite B deve ser o padrão para todos os programas nacionais de imunização (WHO, 2014[2]). Figura 7.3 mostra a porcentagem de crianças com um ano de idade vacinadas contra hepatite B. A taxa média de cobertura é de 81% em 2021, 10 pontos-base abaixo da média da OCDE (91%) e abaixo dos 90% recomendados. Quatorze países têm cobertura abaixo de 80% e dois países, Venezuela e Haiti, estão abaixo de 60%.

As barreiras frequentes à vacinação nos países da América Latina e do Caribe estão relacionadas a influências individuais ou de grupo (por exemplo, crenças e atitudes, desconfiança no sistema de saúde, falta de recomendação médica, escassez de informações oficiais contra equívocos) e "influências contextuais" (por exemplo, status socioeconômico e educacional inferior, idade avançada, crenças religiosas e culturais, medo de eventos adversos e desinformação sobre vacinas) (Guzman-Holst et al., 2020[3]). Com o apoio de informações enganosas disponíveis para uma parcela significativa da população, a crescente desconfiança do público na segurança e eficácia da vacinação é uma área de preocupação que deve ser abordada para fortalecer as estratégias de vacinação.

Definição e comparabilidade

As taxas de vacinação refletem a porcentagem de crianças com um ou dois anos de idade que receberam a dose final da série de imunização primária do respectivo programa de vacinação no prazo recomendado. As políticas de vacinação infantil diferem ligeiramente entre os países. Portanto, esses indicadores se baseiam na política real de um determinado país. Alguns países administram vacinas combinadas (por exemplo, MR para sarampo e rubéola), enquanto outros administram as vacinas separadamente. Alguns países apuram as vacinas com base em pesquisas e outros com base em dados administrativos, o que pode influenciar os resultados.

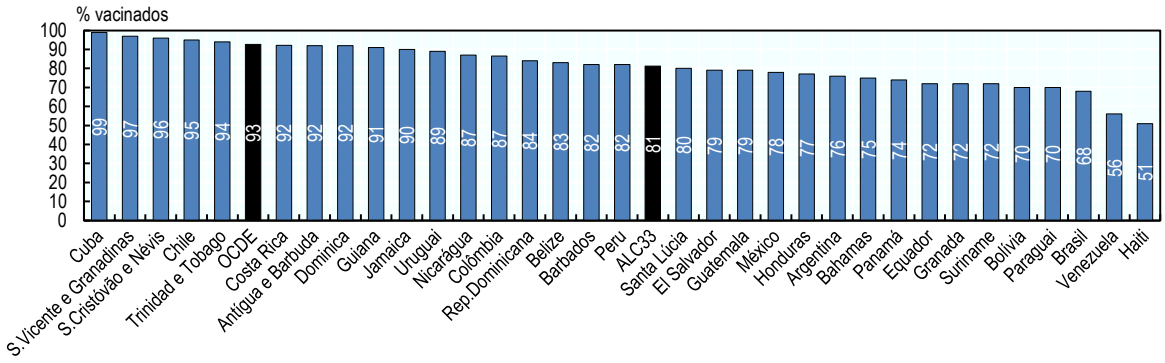
Referências

Chan, M. et al. (2017), “Reaching everyone, everywhere with life-saving vaccines”, *The Lancet*, Vol. 389/10071, pp. 777-779, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)30554-8. [1]

Guzman-Holst, A. et al. (2020), “Barriers to vaccination in Latin America: A systematic literature review”, *Vaccine*, Vol. 38/3, pp. 470-481, https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.10.088. [3]

WHO (2014), *Resolution WHA67.6. Hepatitis. In: Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva, 19–24 May 2014*, World Health Organization, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha67/a67_r6-en.pdf?ua=1. [2]

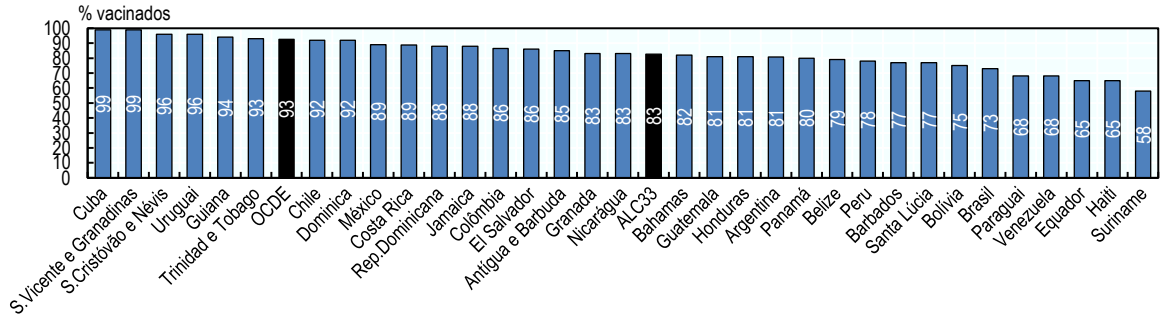
Figura 7.1. Taxas de vacinação contra difteria, toxóide tetânico e coqueluche (DTP3) em crianças com cerca de 1 ano de idade, 2021



Fonte: OMS GHO 2022; Estatísticas de Saúde da OCDE 2022.

StatLink https://stat.link/hp06wt

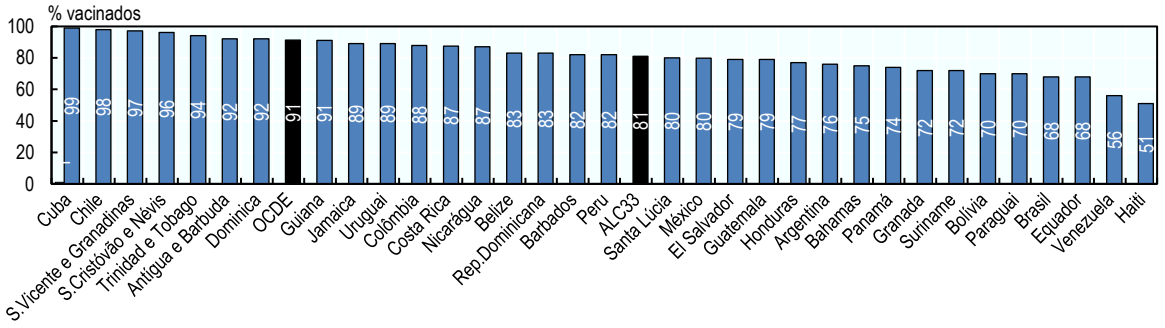
Figura 7.2. Cobertura de imunização da primeira dose da vacina contendo sarampo (MCV1) entre crianças de 1 ano de idade (%), 2021



Fonte: OMS GHO 2022; Estatísticas de Saúde da OCDE 2022.

StatLink https://stat.link/175yhf

Figura 7.3. Cobertura de imunização contra hepatite B (HepB3) entre crianças de 1 ano (%), 2021



Fonte: OMS GHO 2022; Estatísticas de Saúde da OCDE 2022.

StatLink https://stat.link/kdg0p5

Mortalidade intra-hospitalar após infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral

As doenças isquêmicas do coração e os derrames foram as duas principais causas de morte na América Latina. Essas doenças acarretam custos significativos de saúde, econômicos, sociais e não financeiros associados tanto à mortalidade quanto às incapacidades persistentes sofridas por muitos sobreviventes. A qualidade do tratamento após o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC) avançou muito nas últimas décadas, graças, em parte, à introdução de novas tecnologias, como medicamentos para baixar o colesterol e a pressão arterial, trombólise e angioplastia (OECD, 2015[1]). A taxa de mortalidade por caso de IAM e AVC é uma medida útil da qualidade do atendimento agudo. Ela reflete processos de atendimento, como intervenções médicas eficazes, incluindo trombólise precoce, angioplastia, tratamento com aspirina e transporte oportuno dos pacientes.

Em comparação com a média da OCDE (6,9%), a letalidade hospitalar padronizada por idade e sexo do IAM dentro de 30 dias da admissão foi relatada como baixa na Colômbia (5,6%) e mais alta no México (27,5%) (Figura 7.4). -Para o AVC isquêmico, as taxas mais baixas de letalidade foram relatadas na Costa Rica (6,7%) e no Brasil (11,7%), abaixo da média da OCDE de 12,3%. O Chile registrou a taxa mais alta, de 15,2%, enquanto a Colômbia também ficou acima da média da OCDE (Figura 7.5).

As taxas de mortalidade do AVC hemorrágico são mais altas do que as do AVC isquêmico, mas em 2021 os países que obtiveram melhor sobrevida para um tipo não necessariamente tiveram um bom desempenho no outro. A Costa Rica lidera a região com uma taxa de 8,1%, menor que a média da OCDE de 22,2%. A Colômbia (15,6%) e o Chile (16,3%) têm taxas inferiores à média da OCDE. O México registrou uma taxa de 29,9% em 2017 (Figura 7.6).

Apenas cinco países da região puderam fornecer esse tipo de dados sobre a qualidade do atendimento. Isso é menos do que na edição anterior *Panorama da Saúde: América Latina e Caribe*. A criação de indicadores de qualidade de atendimento precisos e comparáveis é uma capacidade essencial para melhorar o desempenho do sistema. Devem ser envidados maiores esforços para desenvolver uma infraestrutura adequada de informações sobre o sistema de saúde, juntamente com o desenvolvimento de capacidades para produzir e usar as informações de desempenho.

Embora os países da América Latina e do Caribe tenham feito esforços importantes na promoção de estilos de vida mais saudáveis, é preciso dar mais atenção à melhoria da qualidade do atendimento prestado aos pacientes. Por exemplo, políticas de atenção primaria integral em conformidade com as diretrizes recomendadas e financeiramente acessível a todos, são fundamentais. Essas políticas precisam ser apoiadas por estruturas nacionais para melhorar a qualidade do atendimento agudo para DCV, juntamente com padrões para a medição e a melhoria contínua da qualidade dos serviços de emergência e da atenção hospitalar (OECD, 2015[1]).

Definição e comparabilidade

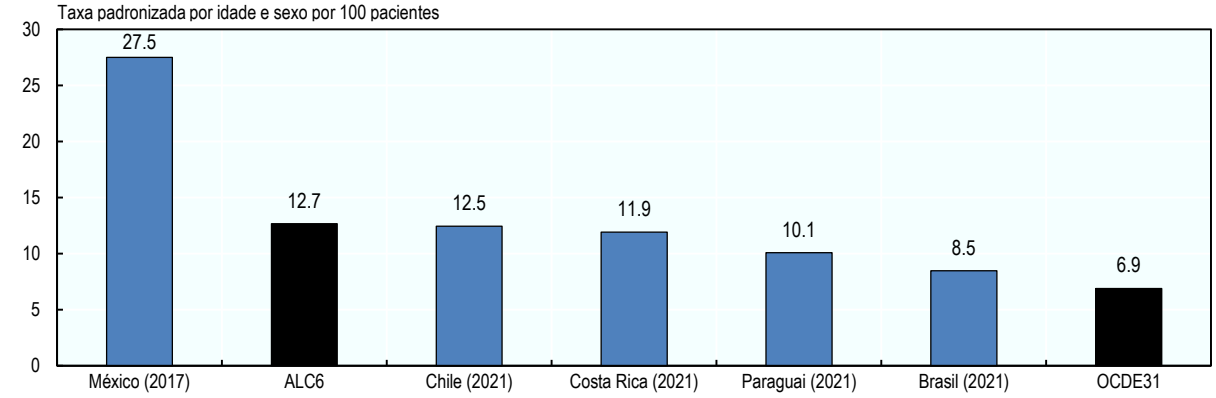
A taxa de mortalidade intra-hospitalar após IAM, AVC isquêmico e hemorrágico é definida como o número de pessoas que morrem no prazo de 30 dias após serem admitidas no hospital, entre 100 pacientes admitidos no hospital com essas condições. Esse indicador baseia-se em admissões hospitalares únicas e restringe-se à mortalidade dentro do mesmo hospital; diferenças nas práticas de alta e transferência de pacientes podem influenciar os resultados. As taxas padronizadas se ajustam às diferenças de idade (45 anos ou mais) e sexo e facilitam comparações internacionais mais significativas.

Os dados apresentados aqui não levam em conta os pacientes que são transferidos para outros hospitais durante o atendimento ou refletem os pacientes que morreram fora dos hospitais no prazo de 30 dias. Usando um identificador exclusivo de paciente, os dados do paciente podem ser vinculados entre hospitais e com registros de óbitos para gerar indicadores mais robustos para monitoramento nacional e comparação internacional. Atualmente, pouquíssimos países da América Latina e do Caribe podem rastrear pacientes dessa forma e, portanto, essa forma de indicador não é mostrada aqui.

Referências

OECD (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264233010-en. [1]

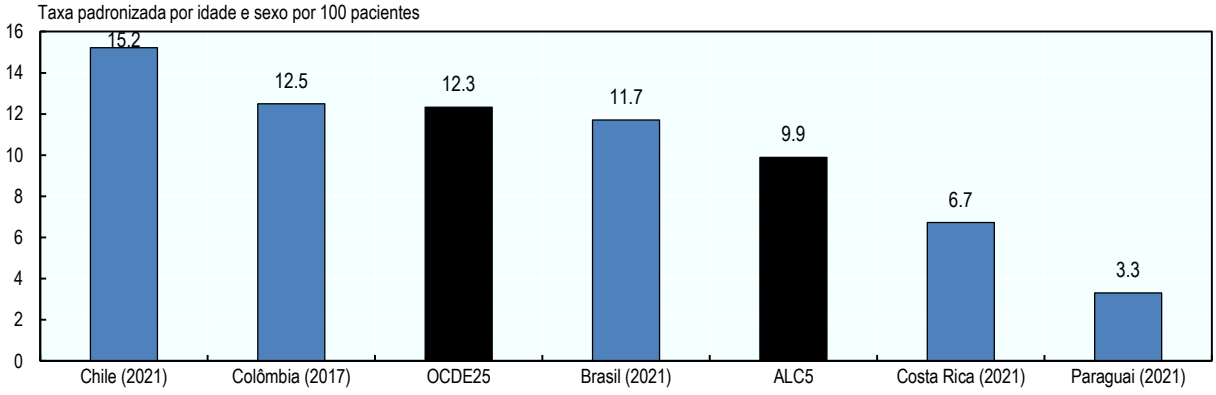
Figura 7.4. Taxas de fatalidade intra-hospitalária em 30 dias após a admissão por IAM, pacientes com 45 anos ou mais, 2021 (ou ano mais próximo)



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE 2020 e fontes de dados nacionais.

StatLink https://stat.link/sp5gkq

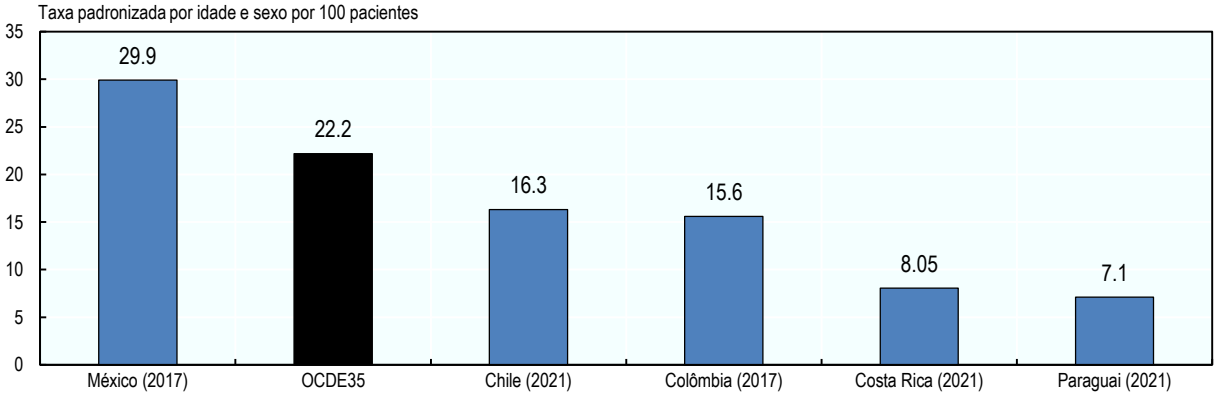
Figura 7.5. Taxas de fatalidade intra-hospitalária dentro de 30 dias após a admissão por AVC isquêmico, pacientes com 45 anos de idade ou mais, 2021 (ou ano mais próximo)



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE 2020 e fontes de dados nacionais.

StatLink https://stat.link/ryj2p7

Figura 7.6. Taxas de fatalidade intra-hospitalária dentro de 30 dias após a admissão por AVC hemorrágico, pacientes com 45 anos de idade ou mais, 2021 (ou ano mais próximo)



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE 2020 e fontes de dados nacionais.

StatLink https://stat.link/fh56v7

Sobrevivência ao câncer

Depois das doenças cardiovasculares, o câncer é a segunda causa de morte na ALC. Bray et al. estimaram que o câncer foi a causa de 670.000 mortes em 2018 na ALC (Bray et al., 2018[1]). Embora o câncer de próstata, de mama e colorretal sejam os principais cânceres na região, os tipos de câncer com baixas taxas de sobrevivência por cinco anos são um bom indicador da qualidade do atendimento avançado ao câncer no sistema de saúde de um país.

O câncer de pulmão (90 mil, 7% de todos os cânceres) e o câncer de estômago (67 mil, 5% de todos os cânceres) foram o quarto e o quinto cânceres mais comuns na região em 2018 (Jemal et al., 2019[2]). No entanto, a alta taxa de mortalidade do câncer de pulmão o torna a principal causa de morte (81 mil, 12% de todas as mortes por câncer), enquanto o câncer de estômago é responsável por 8% de todas as mortes por câncer (52 mil em 2018). A taxa média de sobrevivência por cinco anos para o câncer de pulmão nos países da OCDE é de 17,1% para pacientes diagnosticados entre 2010 e 2014. Essa taxa é de apenas 13,3% na ALC. Cuba tem a maior taxa de sobrevivência entre os países da ALC com dados disponíveis, com 30,1% dos pacientes com câncer de pulmão sobrevivendo após 5 anos, seguido por Costa Rica (20,1%). O Chile tem a menor taxa de sobrevivência de cinco anos registrada, com apenas 4,6%, metade da taxa de sobrevivência média da ALC e 73% menor do que a média da OCDE (Figura 7.7).

Para o câncer de estômago, a taxa média de sobrevivência por cinco anos da ALC é de 23,7% dos pacientes diagnosticados entre 2010 e 2014, enquanto a média da OCDE é de 29,6%. O Chile tem a menor sobrevida em cinco anos, com apenas 16,7% dos pacientes com câncer de estômago sobrevivendo após cinco anos. Costa Rica (40,6%) e Cuba (35,7%) lideram a região (Figura 7.8). O câncer colorretal causa quase 65 mil mortes por ano na ALC (Bray et al., 2018[1]). O termo colorretal inclui câncer do cólon e do reto, mas as taxas de sobrevivência são mais altas para os cânceres de cólon. A Costa Rica lidera o grupo de cinco países da ALC com dados disponíveis, com 93,5% dos pacientes sobrevivendo após 5 anos, seguida pelo Brasil (88,2%). O Equador tem a menor taxa de sobrevivência para câncer de cólon entre esses países, com 67,3% (Figura 7.9).

O melanoma de pele é responsável por 18.881 novos casos de câncer na ALC a cada ano e cerca de 5.650 mortes (Bray et al., 2018[1]). Figura 7.10 apresenta a taxa de sobrevivência de cinco anos de pacientes diagnosticados com melanoma de pele. Os seis países da ALC com dados disponíveis estão abaixo da taxa média da OCDE de 83%. A Costa Rica tem a maior sobrevida do grupo, com 77,2%, enquanto o Equador tem a menor, com 57,9%.

Definição e comparabilidade

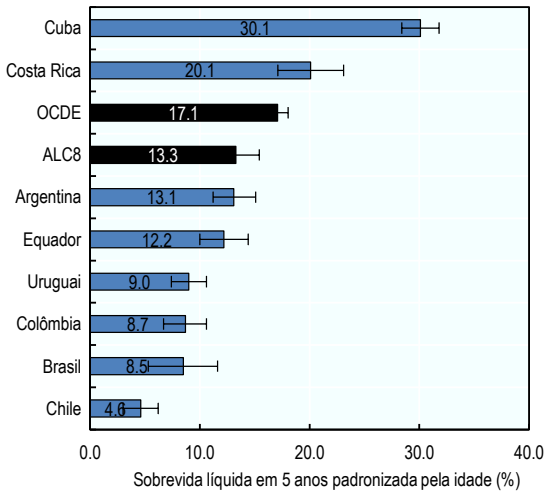
A sobervivência em cinco anos refere-se à probabilidade cumulativa de pacientes com câncer sobreviverem cinco anos após o diagnóstico, após a correção do risco de morte por outras causas, que varia muito entre os países, ao longo do tempo, por idade e sexo. A sobrevivência líquida é expressa como uma porcentagem no intervalo de 1-100%. A abordagem de período é usada para permitir a estimativa da sobrevida por cinco anos quando não há cinco anos de acompanhamento disponíveis para todos os pacientes. As estimativas de sobrevivência ao câncer para todas as idades combinadas são padronizadas -com os pesos do Padrão Internacional de Sobrevivência ao Câncer. A coleta de dados, o controle de qualidade e a análise foram realizados de forma centralizada como parte do programa CONCORD para a vigilância global da sobrevivência ao câncer, liderado pela London School of Hygiene and Tropical Medicine (Allemani et al., 2018[3]). Quando os dados nacionais não estavam disponíveis, o programa CONCORD analisou os dados disponíveis dos registros regionais, mas na maioria dos países as análises foram baseadas na cobertura nacional, facilitando a comparação internacional.

Referências

Allemani, C. et al. (2018), “Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries”, *The Lancet*, Vol. 391/10125, pp. 1023-1075, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33326-3. [2]

Bray, F. et al. (2018), “Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries”, *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, Vol. 68/6, pp. 394-424, https://doi.org/10.3322/caac.21492. [1]

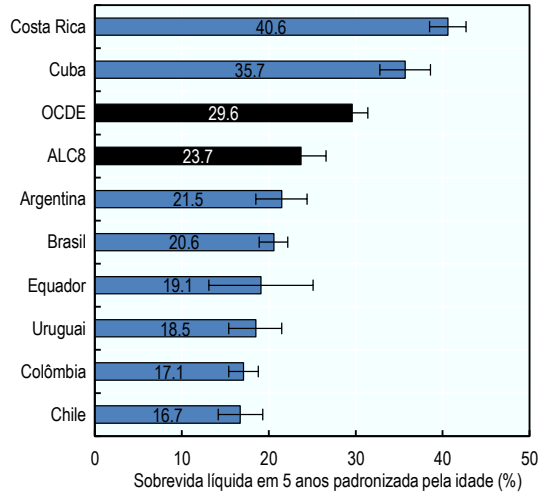
Figura 7.7. Sobrevivência em 5 anos para câncer de pulmão (%), adultos (15-99 anos), 2010-14



Observação: Cobertura nacional na Costa Rica e em Cuba. As estimativas de sobrevivência são consideradas menos confiáveis para a Colômbia: consulte Allemani et. al. (2018[3]) para obter mais informações. Fonte: Programa CONCORD, Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres.

StatLink https://stat.link/ajb8wq

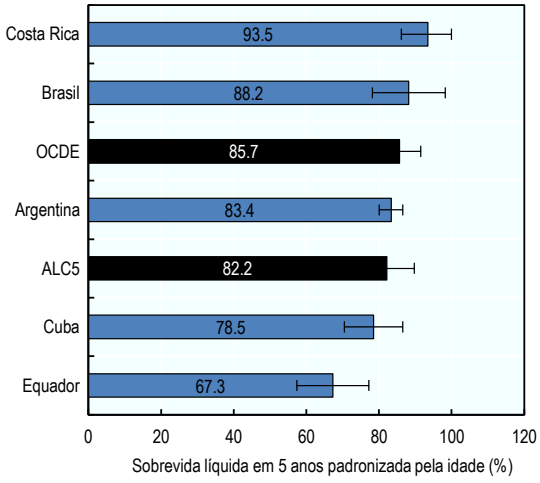
Figura 7.8. Sobrevivência em 5 anos para estômago (%), adultos (15-99 anos), 2010-14



Observação: Cobertura nacional na Costa Rica, Cuba e Uruguai. As estimativas de sobrevivência são consideradas menos confiáveis para a Colômbia: consulte Allemani et. al. (2018[3]) para obter mais informações. Fonte: Programa CONCORD, Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres.

StatLink https://stat.link/280nq3

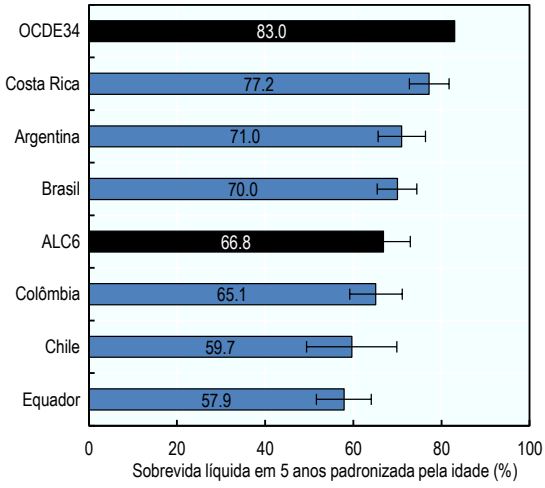
Figura 7.9. Sobrevivência em 5 anos para câncer de cólon (%), adultos (15-99 anos), 2010-14



Observação: Cobertura nacional na Costa Rica, Cuba e Uruguai. As estimativas de sobrevivência são consideradas menos confiáveis para a Colômbia: consulte Allemani et. al. (2018[3]) para obter mais informações. Fonte: Programa CONCORD, Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres.

StatLink https://stat.link/v4m5lb

Figura 7.10. Melanoma da pele, sobrevivência em 5 anos (%), adultos (15-99 anos), 2010-14



Observação: Cobertura nacional na Costa Rica, Cuba e Uruguai. As estimativas de sobrevivência são consideradas menos confiáveis para a Colômbia: consulte Allemani et. al. (2018[3]) para obter mais informações. Fonte: Programa CONCORD, Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres.

StatLink https://stat.link/0uosti

Internações hospitalares evitáveis

O fortalecimento da atenção primária à saúde é uma das intervenções mais eficazes para melhorar a eficiência dos sistemas de saúde e a saúde da população. Um sistema de atenção primária de alto desempenho que ofereça serviços acessíveis e de alta qualidade pode reduzir a deterioração aguda em pessoas que vivem com quatro condições de longo prazo amplamente prevalentes na América Latina e no Caribe: asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), pressão alta e diabetes, além de reduzir internações desnecessárias em hospitais. Por esse motivo, a medição do número de hospitalizações com essas doenças como diagnóstico principal é um indicador da capacidade do sistema de saúde de fornecer os cuidados necessários em um estágio inicial no nível primário. Devido ao adiamento dos serviços não emergenciais em 2020 por causa da pandemia da COVID-19, as taxas de hospitalização em 2021 podem incluir o efeito dos esforços dos países para eliminar o acúmulo de serviços e não refletir a qualidade do sistema de saúde para minimizar as hospitalizações evitáveis.

Figura 7.11 mostra as taxas de internação hospitalar por 100.000 habitantes para asma e DPOC em seis países da América Latina e do Caribe com dados disponíveis. Todos os países da ALC6 apresentam taxas de hospitalização mais baixas do que a média da OCDE (32,2 para asma e 151,2 para DPOC). O Peru apresenta as menores taxas de hospitalização para essas condições, com 1,6 e 0,8 para asma e DPOC por 100.000 habitantes, respectivamente. Além disso, os mandatos de saúde pública relacionados à COVID-19, como o distanciamento físico e o uso de máscaras faciais, podem influenciar as taxas de hospitalização por asma e DPOC (Alqahtani et al., 2021[1]).

Figura 7.12 mostra as taxas de admissão para CHF e hipertensão. Assim como no caso da asma e da DPOC, o gráfico revela que os países da América Latina e do Caribe6 que informaram têm taxas mais baixas do que a média da OCDE. A Costa Rica registra a taxa mais baixa para internações relacionadas a ambas as condições por 100.000 habitantes, apenas 5 para ICC e 6 para hipertensão.

Figura 7.13 mostra as taxas de internação por diabetes. Chile (92), Costa Rica (104) e Brasil (120) registram taxas de internação mais próximas da média da OCDE (119), enquanto a do México é mais alta, com 208 internações por 100.000 habitantes. A Colômbia e o Peru estão abaixo da média da OCDE, com 55 e 26 internações, respectivamente.

Os números apresentados nesta seção sugerem que seis países da ALC foram bem-sucedidos em minimizar as internações evitáveis. Entretanto, a comparação com a média da OCDE sugere também a possibilidade de que as diferenças no acesso à assistência médica gerem a subutilização dos recursos hospitalares. Os sistemas de saúde devem encontrar um equilíbrio adequado para garantir o menor nível de desperdício na utilização dos hospitais e, ao mesmo tempo, garantir o acesso adequado a toda a população. Os países da América Latina e do Caribe devem continuar a investir no desenvolvimento da capacidade da atenção primária para minimizar o desperdício e se preparar para o aumento da prevalência de condições crônicas provocadas pelo fenômeno do envelhecimento.

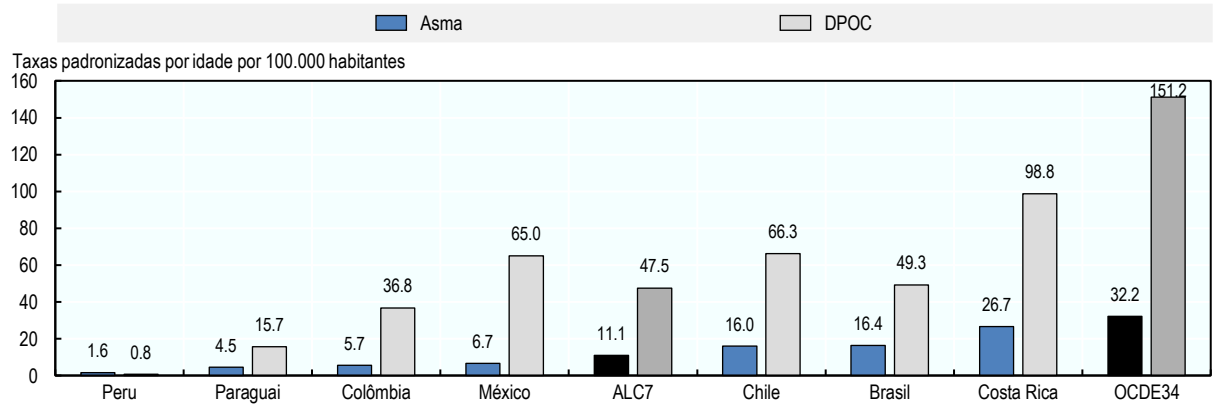
Definição e comparabilidade

Os indicadores são definidos como o número de internações hospitalares com diagnóstico primário de asma, DPOC, ICC, hipertensão e diabetes entre pessoas com 15 anos ou mais por 100.000 habitantes. As taxas são padronizadas por idade e sexo para a população da OCDE de 2010 com 15 anos ou mais. As internações resultantes de uma transferência de outro hospital e quando o paciente morre durante a internação são excluídas do cálculo, pois essas internações são consideradas improváveis de serem evitadas. A prevalência de doenças e a disponibilidade de atendimento hospitalar podem explicar algumas, mas não todas, as variações nas taxas entre os países. As diferenças nas práticas de codificação entre os países também podem afetar a comparabilidade dos dados. Por exemplo, a exclusão de "transferências" não pode ser totalmente cumprida por alguns países. As diferenças na cobertura de dados do setor hospitalar nacional entre os países também podem influenciar as taxas dos indicadores. As diferenças nas práticas de codificação entre os países devem ser consideradas como uma possível fonte de viés, por exemplo, no caso da hipertensão.

Referências

Kielbassa, A. (ed.) (2021), “Reduction in hospitalised COPD exacerbations during COVID-19: A systematic review and meta-analysis”, *PLOS ONE*, Vol. 16/8, p. e0255659, https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255659. [1]

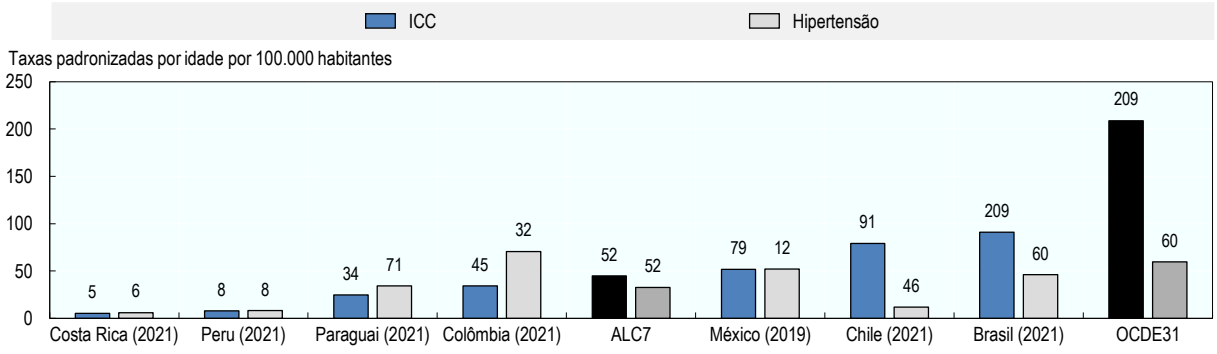
Figura 7.11. Internações hospitalares por asma e DPOC em adultos, 2021 (ou ano mais próximo)



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE 2021 e Ministérios da Saúde do Brasil, Colômbia e Peru.

StatLink https://stat.link/wdzpmu

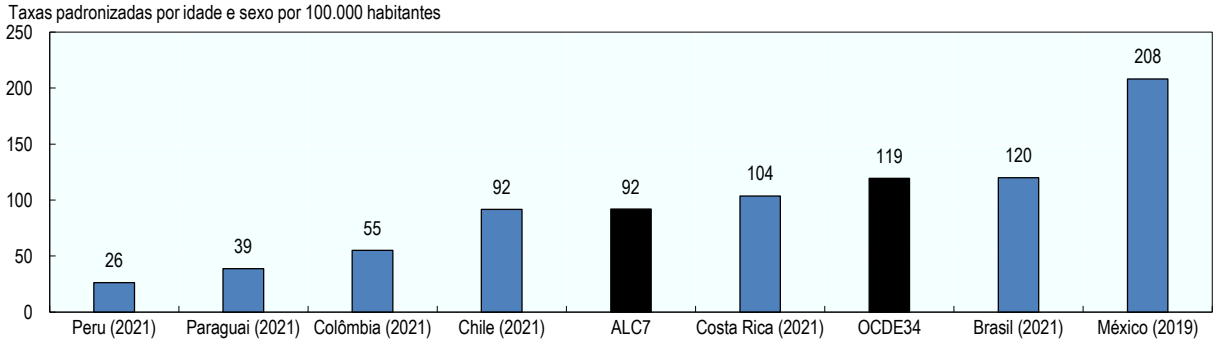
Figura 7.12. Internações hospitalares por insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e hipertensão em adultos, 2021 (ou ano mais próximo)



Fonte: Estatísticas de saúde da OCDE de 2022.

StatLink https://stat.link/9ub4yc

Figura 7.13. Internações hospitalares por diabetes em adultos, 2021 (ou ano mais próximo)



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE de 2022 e fontes de dados nacionais.

StatLink https://stat.link/p0l7dq

8 Força de trabalho em saúde

Médicos

Os médicos, incluindo os clínicos gerais e especialistas, são um componente central da força de trabalho da saúde e da melhoria dos resultados de saúde. Em todos os níveis de atendimento, os médicos oferecem atendimento curativo e preventivo aos pacientes e constituem um ponto de contato essencial para o acesso a outras partes do sistema de saúde. A atenção primária à saúde é uma parte particularmente vital da prestação de serviços de saúde na América Latina e no Caribe e está passando por uma rápida mudança: à medida que as necessidades de recursos aumentam e a atenção complexa se torna mais prevalente em todo o mundo, novos modelos organizacionais de atenção primária estão se ajustando em direção a sistemas integrados e baseados em equipes (OECD, 2020[1]).

Em toda a região, foi observada uma grande variação na proporção de médicos ajustada para a população, incluindo todos os clínicos gerais e especialidades médicas. Cuba, com aproximadamente 8,4 médicos por 1.000 habitantes, manteve a maior taxa de médicos em comparação com todos os 33 países da região da América Latina e do Caribe. O Haiti registrou a menor taxa de médicos, com 0,2 médico por 1.000 habitantes. Uma média de 2,0 médicos por 1.000 habitantes foi observada na região, com 12 dos 33 países medindo um número igual ou superior a esse. Quando comparada com a média dos países membros da OCDE, observada em uma taxa de 3,5 médicos por 1.000 habitantes, Cuba, Uruguai, Trinidad e Tobago e Argentina foram os países da região que observaram taxas acima dessa medida (Figura 8.1).

Ao medir a parcela da força de trabalho de médicos que se identificam como mulheres, a maioria dos países da região tem um desempenho próximo ou acima da média da OCDE de quase 50% nos estados membros observados. Com aproximadamente 65% de médicos que se identificam como mulheres no país, a República Dominicana apresenta a taxa mais alta da região. O Brasil, com quase 42%, apresenta a taxa mais baixa da região (Figura 8.2).

Em três países da região, estavam disponíveis dados atualizados sobre o envelhecimento da força de trabalho médica. Em comparação com a média da OCDE de aproximadamente 21% dos médicos registrados entre 55 e 64 anos de idade, apenas o México obteve uma pontuação mais alta, com pouco mais de 22%. O Chile e a Colômbia registraram uma participação nessa faixa etária abaixo dessa média, cada um com aproximadamente 13%. Com relação à proporção de médicos com 65 anos de idade ou mais, o Chile apresenta uma proporção maior de médicos, 13%, em comparação com a média da OCDE, pouco acima de 12%. Em contraste, a Colômbia e o México registraram um grupo menor de médicos nessa faixa etária, com taxas de pouco menos de 5% e mais de 3%, respectivamente (Figura 8.3).

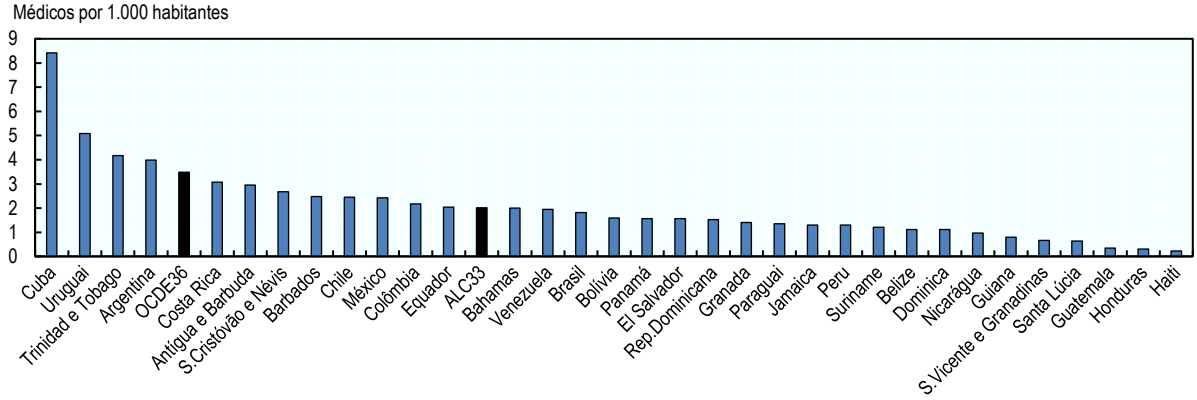
Definição e comparabilidade

Os médicos compreendem todos os médicos que prestam serviços a pacientes, incluindo prestadores de cuidados generalistas e especializados. As Estatísticas de Saúde da OCDE incluem médicos em exercício, médicos internos e residentes, médicos assalariados e autônomos em todos os contextos de prestação de serviços, médicos estrangeiros com licença para exercer a profissão e que exercem ativamente a profissão nos países informantes. Os dados de fontes nacionais sem registros centrais de prestadores de serviços informam apenas os médicos empregados no sistema público de saúde; os prestadores de serviços privados não são considerados. A discriminação dos médicos por idade e gênero é informada apenas para os médicos em exercício.

Referências

OECD (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/a92adee4-en. [1]

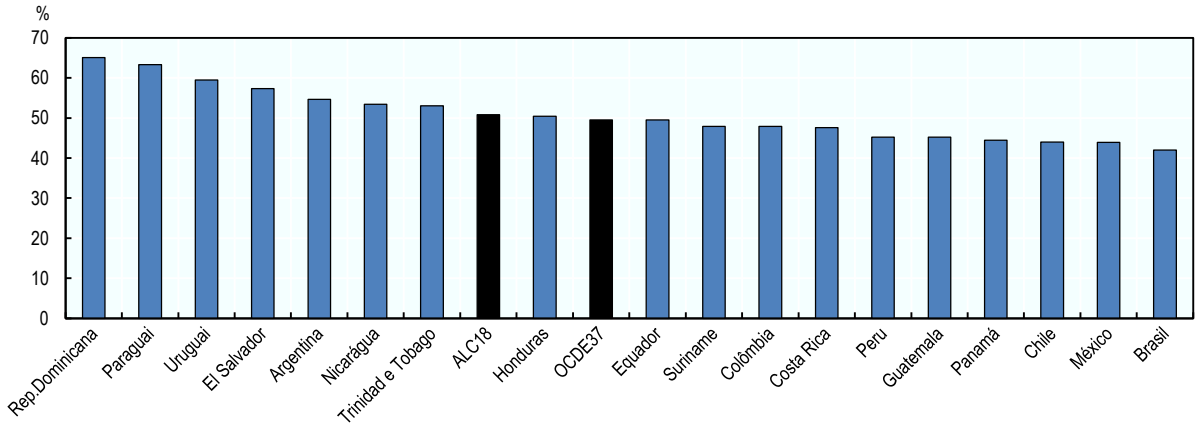
Figura 8.1. Médicos por 1.000 habitantes, último ano disponível



Fontes: OMS GHO 2022; Estatísticas de Saúde da OCDE 2022 para a média da OCDE; Ministérios da Saúde da Argentina, Peru, Brasil e México.

StatLink https://stat.link/mw7n9k

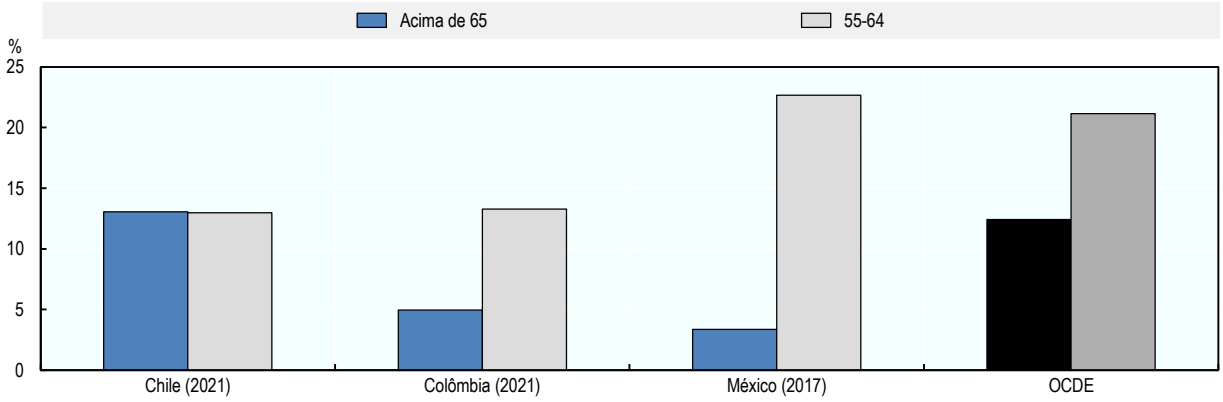
Figura 8.2. Participação das mulheres na força de trabalho médica, porcentagem, último ano disponível



Fonte: OMS GHO 2022; Estatísticas de Saúde da OCDE 2022 para países da OCDE (exceto Costa Rica) e média.

StatLink https://stat.link/vmwloc

Figura 8.3. Participação de médicos com 55 anos ou mais, porcentagem, último ano disponível



Fonte: Estatísticas de saúde da OCDE de 2022.

StatLink https://stat.link/0ti82w

Enfermeiros

Os enfermeiros, incluindo as parteiras, são um componente integral da prestação de cuidados primários e terciários na região da América Latina e do Caribe. Embora as funções em ambos os ambientes de atendimento sejam diferentes de acordo com o país, os enfermeiros e as parteiras tendem a se destacar na linha de frente da prestação de atendimento terciário, um contexto trazido à tona pelos desafios persistentes de capacidade diante da -pandemia da COVID-19-. Embora os países da região tendam a apresentar uma densidade menor de enfermeiros e parteiras por população em comparação com os países da OCDE, uma pesquisa recente da OCDE observa que sete países da América Latina e do Caribe relataram melhores densidades de ambas as profissões de atendimento em relatórios nacionais (OECD, 2022[1]).

Embora os países membros da OCDE tenham uma média de alta taxa de enfermeiros, quando ajustada para a população, de aproximadamente 10,3 enfermeiros por 1.000 pessoas, observa-se alguma variação nos países da região. Antígua e Barbuda, registrando uma taxa de pouco menos de 9,1 enfermeiros por 1.000 habitantes, é a mais alta entre os 33 países da região. O Haiti apresentou a menor taxa de enfermeiros quando ajustada para a população, com aproximadamente 0,4 enfermeiros por 1.000 pessoas. Em geral, a região da ALC observou uma taxa de menos de 3,6 enfermeiros por 1.000 pessoas (Figura 8.4).

A proporção de enfermeiros para médicos é um indicador da qualidade do atendimento ao paciente no ambiente clínico. Entre os países-membros da OCDE, a média é de 2,7 enfermeiros para cada médico, quando ajustada pela população. Vários países da região apresentam índices acima desse valor, incluindo a Dominica, o mais alto da região, com 5,5 enfermeiros por médico no país. O mais baixo da região, a Colômbia, observou uma proporção de 0,6 enfermeiros por médico. Em geral, levando em conta as diferenças na população, observou-se uma proporção de 1,9 enfermeiros para cada médico, em média, na região da América Latina e do Caribe (Figura 8.5).

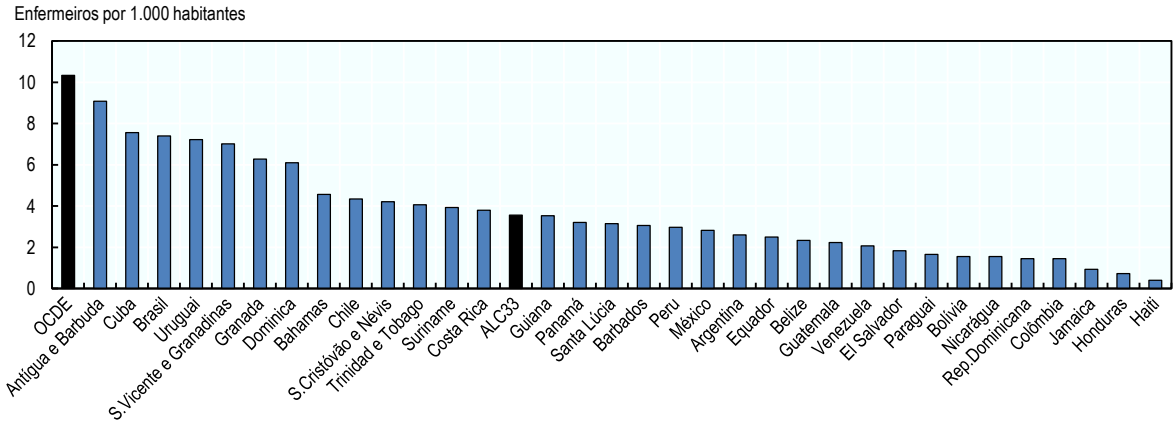
Definição e comparabilidade

As contagens de enfermeiros neste relatório incluem enfermeiros e parteiras em exercício, conforme relatado nas Estatísticas de Saúde da OCDE. Os enfermeiros compreendem todos os enfermeiros profissionais e enfermeiros profissionais associados que praticam e prestam serviços diretamente aos pacientes. Os profissionais de enfermagem incluem aqueles que assumem a responsabilidade pelo planejamento e gerenciamento do atendimento aos pacientes e podem supervisionar outros profissionais de saúde, trabalhar de forma autônoma ou em equipes e aplicar medidas preventivas ou curativas. Os profissionais associados à enfermagem trabalham sob a supervisão de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Estão excluídos os auxiliares de enfermagem, assistentes e trabalhadores de cuidados pessoais que não tenham nenhuma qualificação ou certificação reconhecida em enfermagem. As parteiras que trabalham a maior parte do tempo como enfermeiras são registradas como enfermeiras. As parteiras incluem aquelas que praticam e prestam serviços diretamente aos pacientes, como profissionais de obstetrícia e profissionais associados de obstetrícia. Enfermeiras que trabalham a maior parte do tempo como parteiras são registradas como parteiras. Os dados das contagens informadas separadamente em enfermeiros e parteiras foram incluídos juntos. Os números da população para o cálculo das proporções foram obtidos do World Population Prospects (WPP) das Nações Unidas para o ano dos últimos dados informados em cada país.

Referências

OECD (2022), *Primary Health Care for Resilient Health Systems in Latin America*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/743e6228-en. [1]

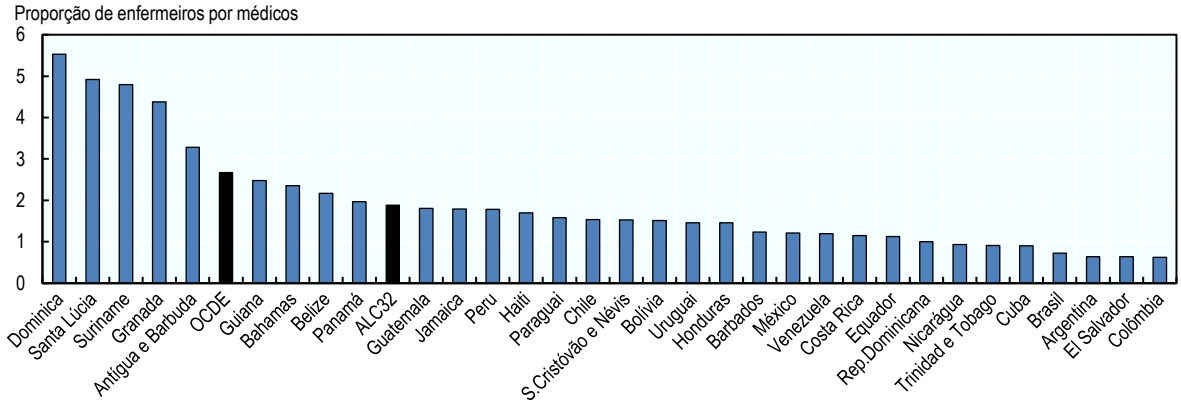
Figura 8.4. Enfermeiros e parteiras por 1.000 habitantes, último ano disponível



Fonte: OMS GHO 2022.

StatLink https://stat.link/lx7ia5

Figura 8.5. Proporção de enfermeiros para médicos, último ano disponível



Observação: a proporção é derivada dos dados informados para enfermeiros por 1.000 habitantes e médicos por 1.000 habitantes.
Fonte: OMS GHO 2022; Estatísticas de Saúde da OCDE 2022 para a média da OCDE; Ministérios da Saúde para o número de médicos na Argentina, Peru, Brasil e México.

StatLink https://stat.link/asln7k

Demais profissionais da área de saúde

Além dos médicos e enfermeiros, os demais profissionais de saúde prestam serviços de saúde importantes para uma ampla variedade de necessidades, apoiando os resultados de saúde auxiliares vinculados à qualidade do atendimento. À medida que a continuidade do atendimento e o atendimento integrado se tornam considerações importantes na atenção primária à saúde, novos modelos organizacionais de atendimento baseados em equipes dão maior ênfase a uma gama mais ampla de prestadores, inclusive dentistas, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde (OECD, 2020[1]). Na América Latina e no Caribe, a importância dos profissionais de saúde aliados aumentou desde a -pandemia da COVID-19-: a pesquisa mais recente da OCDE sobre a atenção primária à saúde na região observa que uma expansão dos esquemas de agentes comunitários de saúde pode apoiar a melhoria da disponibilidade da força de trabalho de saúde onde persistem as pressões sobre a capacidade do sistema de saúde (OECD, 2022[2]).

Em todas as demais profissões de saúde, a disponibilidade de dados variou entre os países da região. Levando em conta as diferenças na população, vários países tiveram um desempenho acima da média dos países-membros da OCDE em relação à proporção de dentistas atuantes. Com uma média na OCDE observada em pouco menos de 7,2 dentistas por 10.000 habitantes, sete países apresentaram taxas acima dessa medida, chegando a 16,7 dentistas por 10.000 habitantes em Cuba. O Haiti apresentou o menor número de dentistas da região, com pouco mais de 0,2 dentista por 10.000 habitantes. Nos 33 países da região da América Latina e do Caribe, foi observada uma taxa média de mais de 4,2 dentistas por 10.000 habitantes (Figura 8.6).

Com relação aos farmacêuticos, observou-se uma média de quase 3,4 farmacêuticos nos 20 países da região da América Latina e do Caribe que informaram dados. Em comparação com a média da OCDE de pouco mais de 8,8 farmacêuticos por 1.000 habitantes, somente a Costa Rica - um país membro da OCDE - teve um desempenho superior, registrando mais de 12,0 farmacêuticos por 1.000 habitantes. A Jamaica registrou a menor taxa de farmacêuticos na região, com aproximadamente 0,15 farmacêuticos por 1.000 habitantes (Figura 8.7).

Os agentes comunitários de saúde (ACSs) são um componente essencial da força de trabalho de saúde na região da América Latina e do Caribe, com variações significativas em sua densidade como resultado das diferentes funções na prestação de serviços de saúde primária nos países. Bem acima de outros países da região, o Brasil registrou quase 16 ACSs por 10.000 pessoas, enquanto a Guatemala registrou o número mais baixo entre os países que informaram dados, com pouco mais de 0,1 ACS por 10.000 pessoas (Figura 8.8).

Definição e comparabilidade

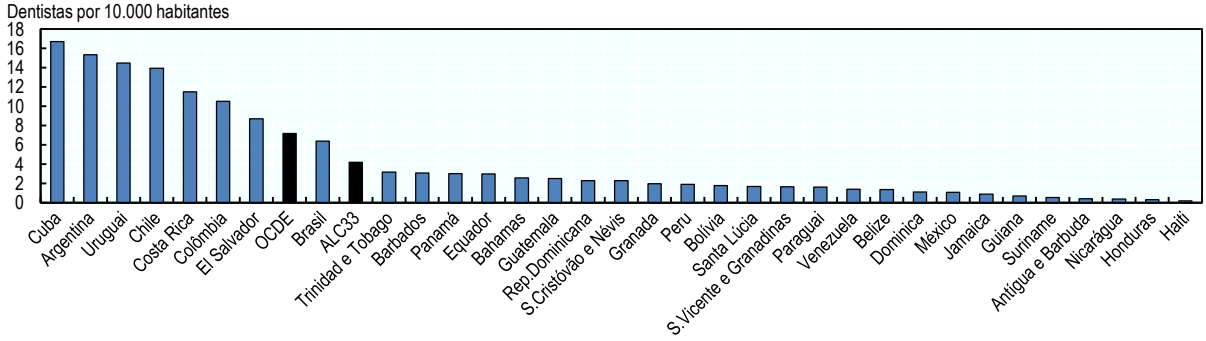
Os demais profissionais de saúde compreendem várias profissões nas estatísticas de saúde da OCDE. Os dentistas incluem todos os profissionais com licença para exercer a profissão, inclusive estomatologistas, cirurgiões dentais e maxilofaciais, independentemente de serem assalariados ou autônomos. Os estagiários sob supervisão de especialistas em odontologia de pós-graduação estão incluídos. Estudantes de odontologia estão excluídos. Os farmacêuticos incluem todos os profissionais em exercício que preparam, dispensam ou vendem medicamentos e drogas para pacientes e prestam consultoria. Estão incluídos os farmacêuticos que trabalham em hospitais. Os farmacêuticos, independentemente de serem assalariados ou autônomos, estão incluídos, assim como os farmacêuticos estrangeiros licenciados e em exercício ativo nos países informantes. Os agentes comunitários de saúde são definidos pelo Observatório Global de Saúde da Organização Mundial da Saúde, incluindo todos os agentes comunitários de saúde em uma determinada área nacional, exercendo ativamente ou registrados na ocupação de saúde.

Referências

OECD (2022), *Primary Health Care for Resilient Health Systems in Latin America*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/743e6228-en. [2]

OECD (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/a92adee4-en. [1]

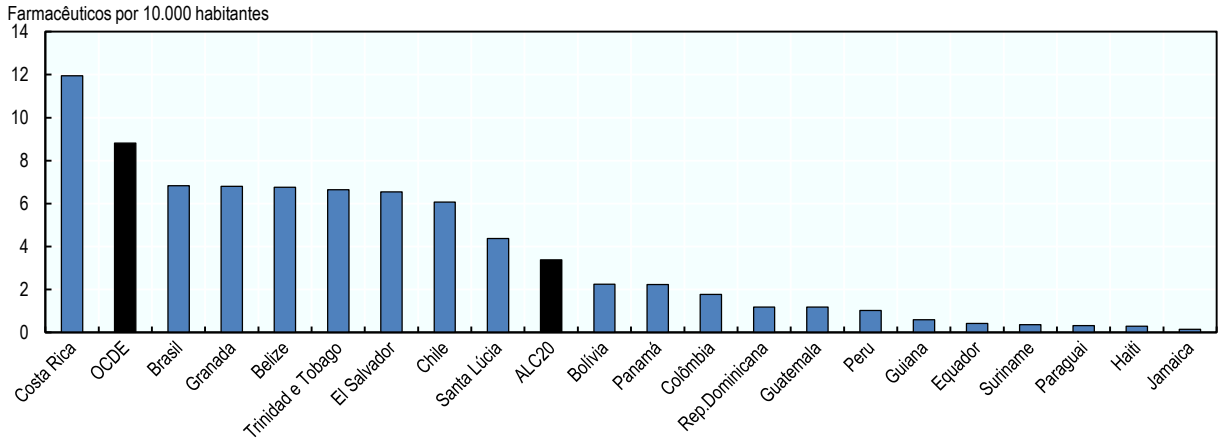
Figura 8.6. Dentistas por 10.000 habitantes, último ano disponível



Fonte: OMS GHO 2022; Estatísticas de Saúde da OCDE 2022 para a média da OCDE e o México.

StatLink https://stat.link/amyrdx

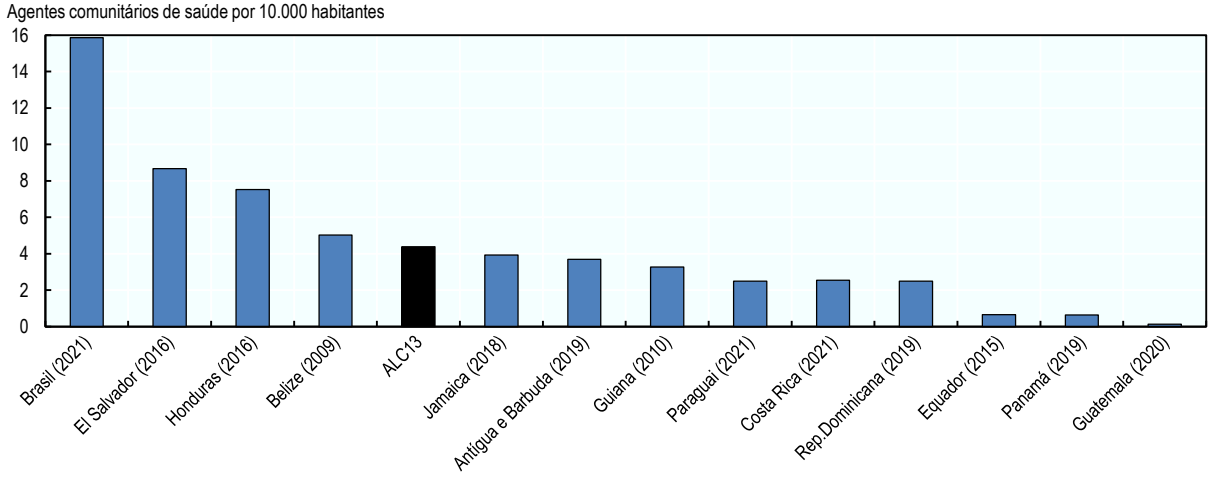
Figura 8.7. Farmacêuticos por 10.000 habitantes, último ano disponível



Fonte: OMS GHO, 2022; Estatísticas de Saúde da OCDE 2022 para a média da OCDE.

StatLink https://stat.link/uj8kxr

Figura 8.8. Densidade de agentes comunitários de saúde, por 1.000 habitantes, último ano disponível



Fonte: OMS GHO; Ministérios da Saúde do Brasil e da Costa Rica.

StatLink https://stat.link/6cet4v

Profissionais de saúde mental

Os profissionais de saúde mental compreendem uma categoria única da força de trabalho em saúde, incluindo psicólogos, psiquiatras e enfermeiros que trabalham no setor de saúde mental. Devido à pandemia de COVID-19, as necessidades de saúde mental surgiram como uma carga crescente de saúde que exige cuidados complexos e especializados e continua sendo um grande desafio devido às restrições persistentes da capacidade da força de trabalho. Além disso, à própiia força de trabalho de saúde mental também está em risco: um estudo recente sobre trabalhadores de saúde mental em 17 países da região durante os primeiros 100 dias da pandemia observou que a saúde mental dos próprios trabalhadores estava sob forte pressão (Agrest et al., 2022[1]).

Os países membros da OCDE têm em média cerca de 40 psicólogos por 100.000 habitantes, marca superada por quatro países da região da América Latina e Caribe: Argentina, Costa Rica, Colômbia e Antígua e Barbuda. A Argentina registrou uma taxa de mais de 286 psicólogos por 100.000 habitantes, seguida pela Costa Rica (135 psicólogos por 100.000 habitantes) e Colômbia (128 psicólogos por 100.000 habitantes). Com aproximadamente 0,26 psicólogos por 100.000 habitantes, Belize apresenta a menor taxa observada de psicólogos na região. No geral, dos 31 países da região que informaram dados sobre psicólogos, foi observada uma média de 23,9 psicólogos por 100.000 pessoas (Figura 8.9).

Com relação aos psiquiatras, os países da região geralmente têm um desempenho abaixo da média dos países membros da OCDE quando ajustados para a população, acima de 18,0 psiquiatras por 100.000 pessoas. O Uruguai, com uma taxa observada de 15,7 psiquiatras por 100.000 pessoas, é a mais alta da região da América Latina e do Caribe, enquanto o Haiti relatou uma taxa pouco acima de 0,1 psiquiatra por 100.000 pessoas - a menor taxa observada. Entre os países da região que informaram dados, foi observada uma média de aproximadamente 3,4 psiquiatras por 100.000 pessoas (Figura 8.10).

A taxa de enfermeiros que trabalham na área de saúde mental fornece um indicador da capacidade da força de trabalho nos setores primário e terciário. Embora a média regional da América Latina e do Caribe tenha sido observada em pouco mais de 17,2 enfermeiros por 100.000 pessoas, vários países tiveram um desempenho bem acima dessa medida. A Colômbia registrou a taxa mais alta da região, com pouco menos de 147,2 enfermeiros por 100.000 habitantes. Dos 23 países da região que relataram dados, São Vicente e Granadinas relatou o valor mais baixo de 0,0 enfermeiro trabalhando no setor de saúde mental por 100.000 pessoas devido à sua baixa população total, com o Haiti relatando 0,02 enfermeiro no setor como o próximo valor positivo mais baixo relatado (Figura 8.11).

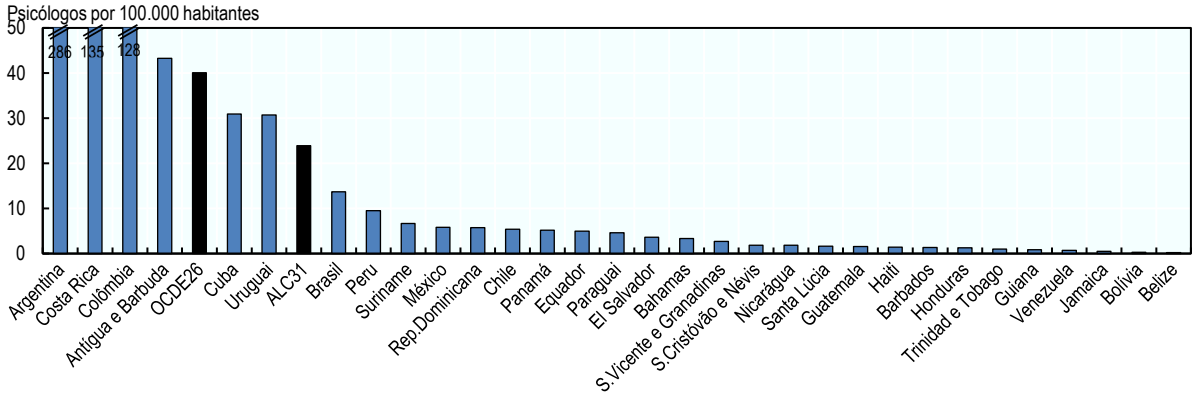
Definição e comparabilidade

As profissões de saúde mental são definidas de forma exclusiva no Atlas de Saúde Mental 2020 da Organização Mundial da Saúde. Os psicólogos são definidos como profissionais com treinamento formal completo em psicologia em uma escola pós-secundária reconhecida para um diploma ou graduação em psicologia, com dados relatados incluindo apenas aqueles que trabalham na área de saúde mental. Psiquiatras são definidos como médicos com pelo menos dois anos de treinamento de pós-graduação em psiquiatria em uma instituição de ensino reconhecida, incluindo treinamento em subespecialidades de psiquiatria. Os enfermeiros que trabalham no setor de saúde mental incluem profissionais de saúde com treinamento formal para um diploma ou graduação em enfermagem, que trabalham em ambientes de saúde mental, incluindo hospitais psiquiátricos, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, instalações residenciais comunitárias de saúde mental, instalações de tratamento diurno de saúde mental, instalações ambulatoriais de saúde mental ou outras instalações residenciais não especificamente definidas como instalações de saúde mental com a maioria dos residentes com condições de saúde mental diagnosticáveis. Os números da população para o cálculo das taxas foram obtidos do World Population Prospects (WPP) das Nações Unidas para o ano dos últimos dados informados em cada país.

Referências

Agrest, M. et al. (2022), ""About Navigating Chaos": Latin American and Caribbean Mental Health Workers' Personal Impact Due to SARS-CoV-2 in the First Hundred Days", *International Journal of Public Health*, Vol. 67, https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604359. [1]

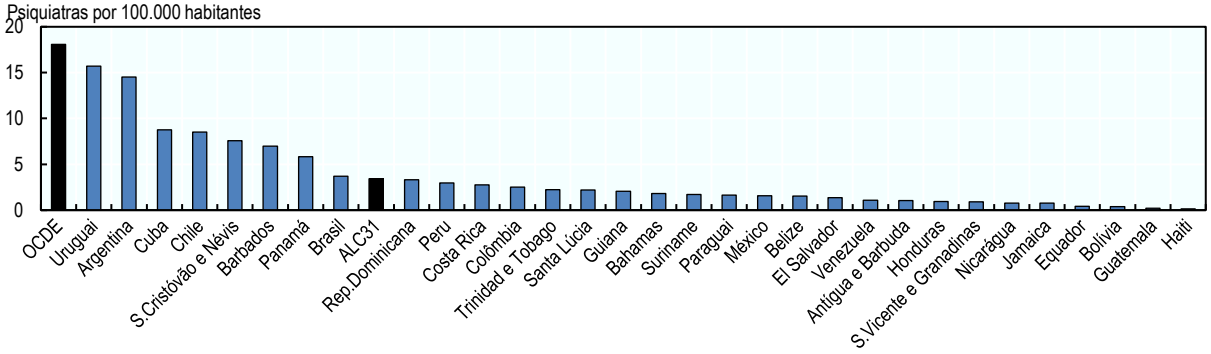
Figura 8.9. Psicólogos por 100.000 habitantes, último ano disponível



Fonte: Atlas de Saúde Mental da OMS 2020.

StatLink https://stat.link/in06ge

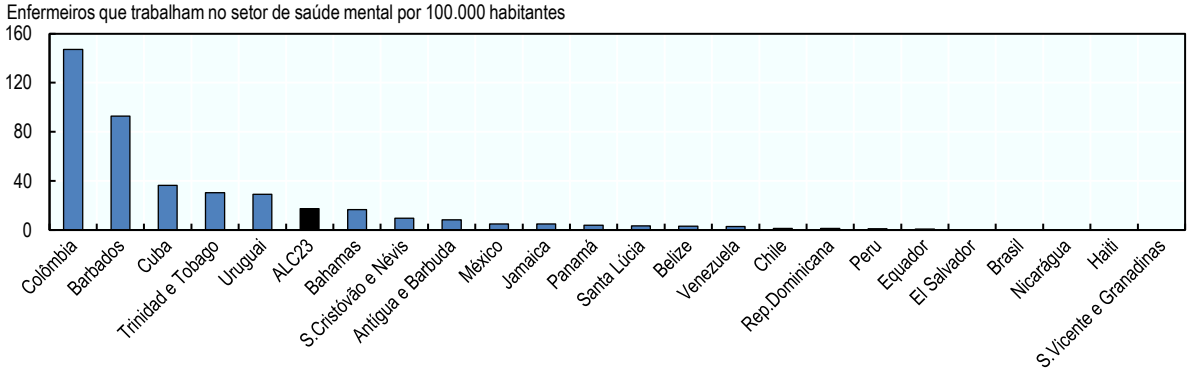
Figura 8.10. Psiquiatras por 100.000 habitantes, 2020 ou último ano disponível



Fontes: Atlas de Saúde Mental da OMS 2020; Estatísticas de Saúde da OCDE 2022 para os países membros da OCDE.

StatLink https://stat.link/87fsp6

Figura 8.11. Enfermeiros trabalhando com saúde mental por 100.000 habitantes, último ano disponível



Fonte: Atlas de Saúde Mental da OMS 2020.

StatLink https://stat.link/n3qm1u

9 Envelhecimento

Tendências demográficas

Uma transição demográfica substancial está em andamento na região da América Latina e do Caribe, com um aumento considerável na parcela da população adulta mais velha nas próximas décadas. Esse processo gera desafios para os sistemas previdenciários, os mercados de trabalho e a prestação de serviços de saúde. A região da ALC viu a expectativa de vida aumentar em cerca de 4 anos desde 2000. Maior acesso à saúde reprodutiva por meio de métodos contraceptivos modernos e variados, além de maior acesso à educação e à participação feminina nos mercados de trabalho (Cabella and Nathan, 2018[1])também levou a uma redução na taxa de fertilidade de 2,6 para 2 nascimentos por mulher, abaixo do nível da taxa de reposição de 2,1, necessária para manter os números atuais da população.

Espera-se que a parcela da população com 65 anos ou mais mais mais do que dobre até 2050, chegando a mais de 18% na ALC33 (Figura 9.1). Isso ainda será menor do que os 27,7% esperados entre os países da OCDE. Na ALC, a parcela da população idosa será particularmente grande em Barbados, Chile e Cuba, ultrapassando 25% em 2050. Na extremidade inferior, Haiti e Bolívia serão os únicos países da região com menos de 10% de sua população com mais de 65 anos de idade. As mulheres tendem a viver mais do que os homens e, portanto, a proporção de mulheres idosas provavelmente será ainda maior. A velocidade com que esse processo já está ocorrendo será sem precedentes e terá consequências sociais significativas. Jamaica, Honduras e Belize são os países em que esse aumento na parcela da população idosa será mais acentuado, com os três registrando aumentos de mais de 150% de 2021 a 2050.

O crescimento da parcela da população com 80 anos ou mais será ainda mais drástico (Figura 9.1). Em média, espera-se que a parcela desse grupo etário cresça 280% até 2050 na ALC33 , atingindo uma média de 4,9% em toda a região. Os maiores aumentos ocorrerão em Antígua e Barbuda e na Colômbia, que verão pelo menos uma quadruplicação dessa faixa etária. Em países como Bahamas, Jamaica, Trinidad e Tobago, Costa Rica e Brasil, espera-se um -aumento de mais de três vezes -em 2050. As taxas nacionais também mostram disparidades socioeconômicas nos processos de envelhecimento. Entre as áreas residenciais, por exemplo, espera-se que a população -urbana passe por uma transição demográfica mais rápida e acelerada.

Paralelamente ao aumento da população adulta mais velha, a parcela de adultos em idade ativa tende a diminuir, agravando ainda mais os desafios enfrentados pelos países da ALC durante as transições demográficas. A proporção entre a população em idade ativa e as pessoas com mais de 65 anos na ALC será de quatro vezes em 2050, em comparação com oito vezes em 2022 (Figura 9.2), enquanto na OCDE, essa taxa diminuirá de 3,6 em 2022 para 2,2 em 2050. A situação é particularmente grave em Cuba, Barbados, Chile e Antígua e Barbuda, com taxas de dependência que devem cair para menos de 2,5 em 2050.

Embora os países da OCDE que não fazem parte da ALC enfrentem processos mais avançados de envelhecimento da população, a velocidade dessa na região da ALC exige um planejamento mais urgente para que os sistemas de saúde absorvam as necessidades da população nas próximas décadas. É necessária uma resposta integrada que também aborde a reforma dos sistemas previdenciários, mercados de trabalho e a financiamento da saúde, principalmente para os serviços de cuidados de longo prazo para garantir a sustentabilidade financeira (Álvarez, 2020[2]). A idade avançada também reforça as desigualdades preexistentes com base na renda, educação, gênero e residência urbana/rural, destacando a importância de políticas com foco na equidade (OECD, 2017[3]).

Definição e comparabilidade

As projeções populacionais e as estimativas da população atual por idade e sexo foram extraídas das projeções "variantes médias" mais recentes do World Population Prospects das Nações Unidas - revisão de 2022.

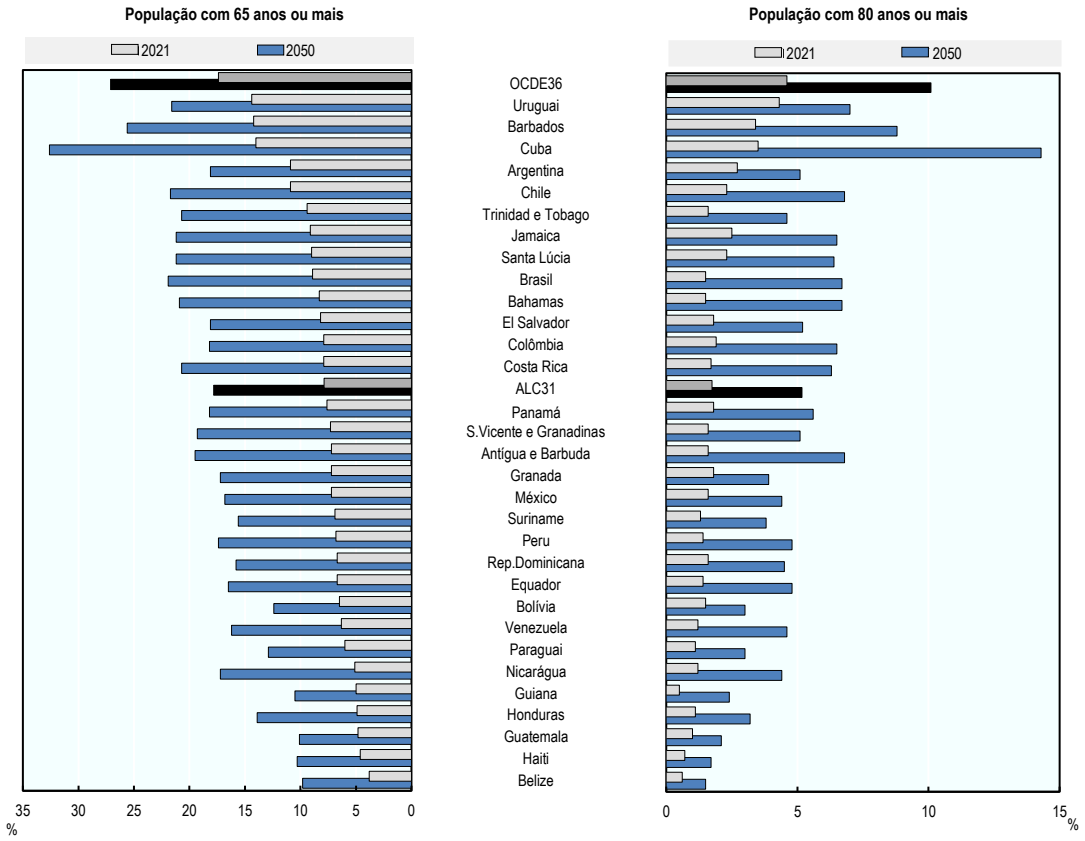
Referências

Álvarez, F. (2020), *Los sistemas de pensiones y salud en América Latina: los desafíos del envejecimiento, el cambio tecnológico y la informalidad*, CAF, Caracas, http://scioteca.caf.com/handle/123456789/1652. [2]

Cabella, W. and M. Nathan (2018), *Challenges Posed by Low Fertility in Latin America and the Caribbean*, United Nations Population Fund, https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Baja%20fecundidad%20en%20ALC%20%28jun%202018%29%20version%20web%20ingl%C3%A9s.pdf. [1]

OECD (2017), *Preventing Ageing Unequally*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264279087-en. [3]

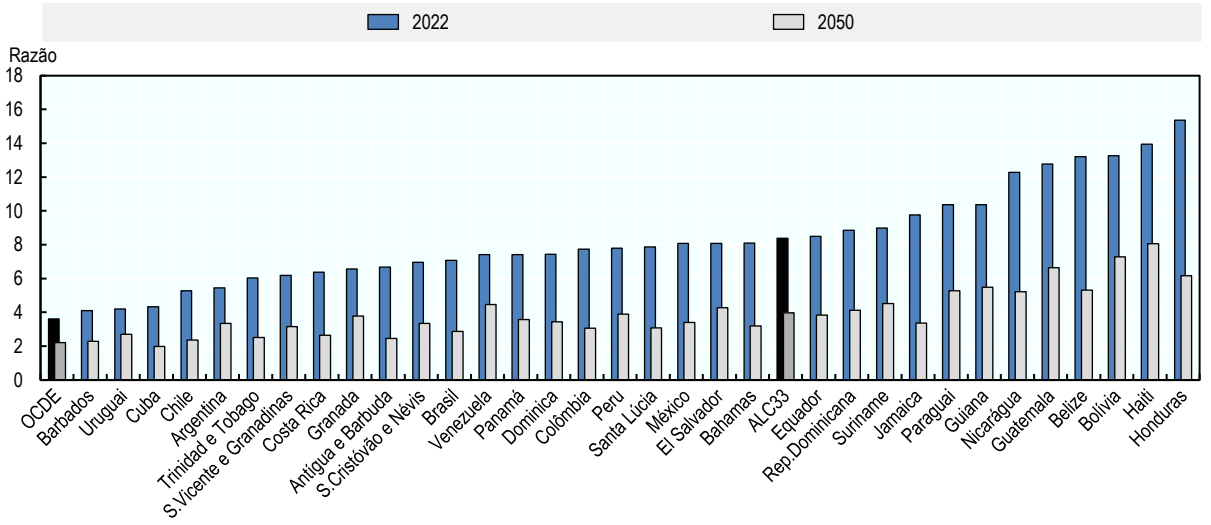
Figura 9.1. Estimativa atual e parcela projetada da população com 65 e 80 anos ou mais, 2022 e 2050



Fonte: Perspectivas da População Mundial das Nações Unidas, 2022.

StatLink https://stat.link/3l1n0o

Figura 9.2. Estimativa atual e razão projetada entre a população de 15-64 anos e de 65 anos ou mais, 2022 e 2050



Fonte: Perspectivas da População Mundial das Nações Unidas, 2022.

StatLink https://stat.link/q5cdyt

Expectativa de vida e expectativa de vida saudável aos 65 anos

Nas últimas cinco décadas, os países da OCDE registraram ganhos notáveis na expectativa de vida aos 65 anos, tanto para homens quanto para mulheres. Em 2021, esperava-se que as pessoas com 65 anos de idade vivessem mais 19,9 anos, um aumento de 5,7 anos em relação aos valores de 1970 (OECD, 2021[1]). Embora o aumento médio da expectativa de vida aos 65 anos também tenha aumentado consideravelmente na região da América Latina e do Caribe, esse aumento foi menor do que nos países da OCDE, totalizando 1,5 ano para homens e 2,8 anos para mulheres (4,5 e 5 anos na média da OCDE, respectivamente), para um total de 13,7 e 16,8 anos, respectivamente (veja Figura 9.3). Além disso, embora a grande maioria dos países tenha registrado aumentos nesse indicador, São Vicente e Granadinas, Bolívia, México e Jamaica tiveram uma redução na expectativa de vida da população de 65 anos em comparação com os valores da década de 1970. Com exceção de São Vicente e Granadinas, a -pandemia da COVID-19 -parece ser a principal razão por trás da recente queda na expectativa de vida aos 65 anos nesses quatro países, já que -os valores pré-pandêmicos -estavam seguindo uma tendência de aumento semelhante à observada em toda a região. Essa redução recente pode indicar como alguns países poderiam ter preparado políticas mais direcionadas para apoiar a população mais velha e de maior risco durante a pandemia.

Embora a expectativa de vida na região da ALC tenha aumentado em 3,9 anos desde 2000, esse aumento no número médio de anos vividos pela população em geral não reflete necessariamente os anos vividos com boa saúde. A expectativa de vida ajustada à saúde (EVAS) mede o número médio de anos que se espera que uma pessoa de 60 anos viva com saúde plena com base nas taxas atuais de saúde e mortalidade. Os métodos para estimar a EVAS variam, mas a maioria das medições baseia-se na média per capita de anos perdidos por todas as causas devido à incapacidade (consulte o quadro "Definição e comparabilidade"). Nos países da OCDE, espera-se que uma mulher de -60 anos viva, em média, mais 19,2 anos de vida saudável, enquanto os homens vivem apenas cerca de 17 anos. Na região da América Latina e do Caribe, as médias de expectativa de vida saudável aos 60 anos de idade estão cerca de 2 anos abaixo dos valores da OCDE para homens e mulheres, com 17 e 15,1 anos, respectivamente. As estimativas dos países variam de 12,7 e 11,4 anos para homens no Haiti e na Guiana, respectivamente, a mais de 19 anos para mulheres em países como Chile, Costa Rica e Panamá (veja Figura 9.4).

Ao comparar os anos de EVAS com a expectativa de vida aos 65 anos, há uma diferença um pouco menor entre homens e mulheres em relação aos anos vividos com boa saúde. Enquanto a diferença média da América Latina e do Caribe entre homens e mulheres para essa última é de 3,1 anos, a primeira está mais próxima de 1,9 anos. Em alguns países da ALC, como Haiti, Bolívia e Peru, essa diferença é inferior a meio ano. Além disso, estudos observaram como há uma clara -dissociação entre a expectativa de vida e o aumento da EVAS na ALC nas últimas três décadas, com aumentos menores para os anos vividos com boa saúde (Robledo, Cano-GutiéRrez and Garcia, 2022[2]). No entanto, é importante observar que o efeito da -pandemia de COVID-19 -não é coberto pelas estimativas de EVAS, pois os dados mais recentes disponíveis até o momento da publicação referem-se a 2019.

Definição e comparabilidade

O método da OMS para calcular a expectativa de vida saudável combina informações da tabela de vida padrão sobre mortalidade e uma variedade de informações sobre o estado de saúde. O método mais comumente usado é calculado subtraindo-se dos dados de expectativa de vida a duração provável da incapacidade (anos perdidos por incapacidade por todas as causas - YLD) para realizar atividades importantes.

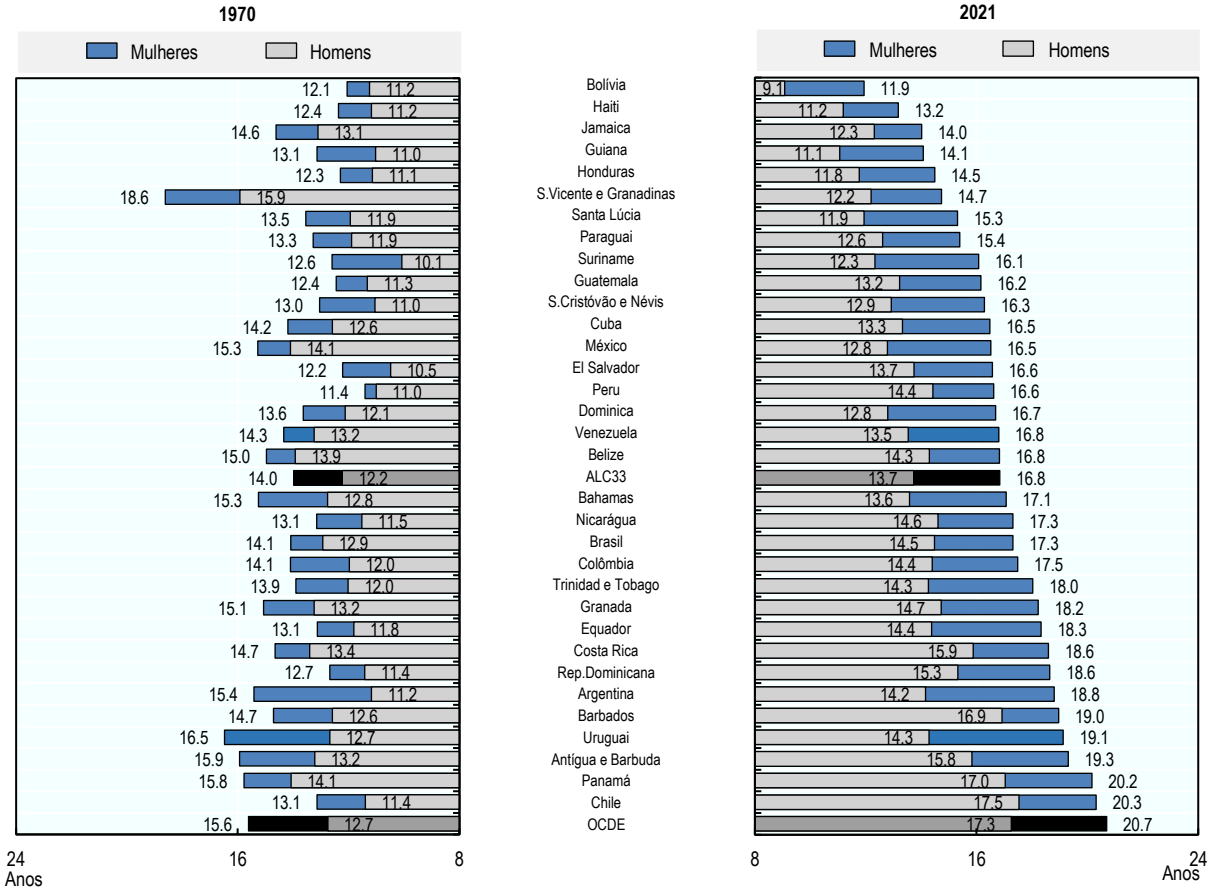
É importante observar que as estimativas de HALE apresentadas nesta seção referem-se a valores de 2019 e, portanto, não levam em conta a redução esperada de HALE que alguns países podem ter experimentado durante a pandemia.

Referências

OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en. [1]

Robledo, L., C. Cano-GutiéRrez and E. Garcia (2022), “Healthcare for older people in Central and South America”, *Age and Ageing*, Vol. 51/5, https://doi.org/10.1093/ageing/afac017. [2]

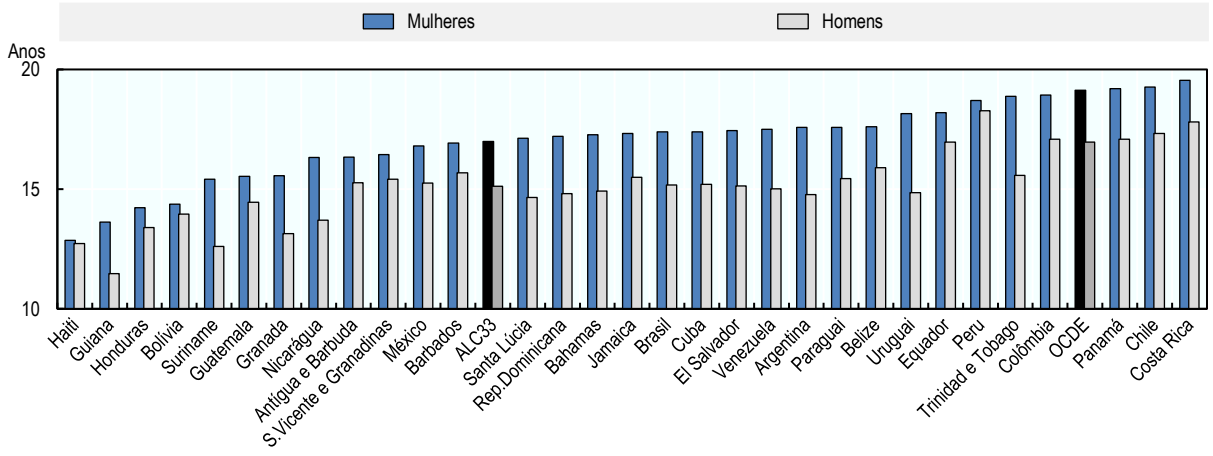
Figura 9.3. Expectativa de vida aos 65 anos, por sexo, 1970 e 2021



Fonte: UN World Population Prospects 2022.

StatLink https://stat.link/q18tcm

Figura 9.4. Anos de vida saudável aos 65 anos de idade, por sexo, 2019



Fonte: OMS GHO 2022.

StatLink https://stat.link/3tgav1

Cuidados de longo prazo e de fim de vida

O ritmo acelerado da transição demográfica na América Latina e do Caribe, em direção a uma parcela maior de suas populações vivendo 65 anos ou mais, gerará consequências de longo prazo para os sistemas de saúde. Um estudo de seis países da América Latina e do Caribe mostrou que a porcentagem de adultos com 65 anos ou mais que necessitavam de assistência para realizar atividades básicas ou intermediárias da vida diária variava de 18,1% na Argentina a mais de 37% no Brasil, (Matus-Lopez and Chaverri-Carvajal, 2021[1]).

Os países da ALC com dados disponíveis gastaram, em média, cerca de um décimo da parcela dos orçamentos de saúde dedicada a LTC nos países da OCDE, que ficou em torno de 14% em 2019 (consulte Figura 9.5). Entre os países da ALC, São Cristóvão e Névis, Costa Rica, Trinidad e Tobago, República Dominicana, Guiana e Paraguai gastaram menos de 1% de seus orçamentos em LTC. A maior parcela de gastos com LTC vem de Barbados, um país bem avançado na transição demográfica em comparação com o restante dos países da ALC, com 15,7% de sua população com mais de 65 anos de idade em 2021, em comparação com a média de 8,8% da ALC.

A maioria das mortes na região ocorre no ambiente hospitalar, com uma média de 58,7% nos países com dados disponíveis, variando de 45,8% no Chile e na Costa Rica a 69,5% no Brasil (veja Figura 9.6). Embora o local de morte seja reconhecido como um medidor relevante da qualidade da assistência e a casa do paciente seja geralmente o local de morte preferido, outros fatores, como a disponibilidade e o acesso a profissionais qualificados para o cuidado no fim da vida, além das preferências culturais de cada país são variáveis a serem levadas em consideração.

O tratamento da demência é outro aspecto importante dos cuidados com os idosos que influenciará as áreas de trabalho prioritárias para a saúde nas próximas décadas na América Latina e do Caribe. As estimativas das taxas de prevalência desse grupo de doenças não tendem a variar consideravelmente entre países. Ainda assim, estimativas recentes indicam que os países da América Latina e do Caribe têm taxas semelhantes ou até mais altas do que a média da OCDE. A taxa média de mortalidade por Alzheimer e outras demências na América Latina e no Caribe foi ligeiramente menor quando comparada à média da OCDE, com 22,3 mortes por 100.000 habitantes em 2019. As taxas nacionais mais altas foram em Honduras e no Brasil, com 27,4 e 25,6, respectivamente (veja Figura 9.7).

Definição e comparabilidade

O cuidado de longo prazo é definido como o apoio necessário para as pessoas em um -grande número de facetas e atividades da vida durante um período prolongado. Essas atividades podem incluir tomar banho, comer, sair da cama e várias outras tarefas diárias, também conhecidas como atividades da vida diária (ADL) (OECD, 2011[2]). O principal objetivo dos sistemas de LTC é aliviar a dor e o sofrimento dos pacientes e apoiá-los no gerenciamento de dependências de longo prazo que surgem com a idade avançada ou condições crônicas. Para garantir a comparação entre países, o Banco de Dados de Gastos Globais com Saúde da OMS utiliza o Sistema de Contas de Saúde (2017[3]) publicação conjunta Eurostat-OCDE-OMS como sua principal estrutura metodológica para o cálculo das despesas com saúde. Os serviços de cuidados de longo prazo podem abranger um pacote mais amplo oferecido pelos sistemas de saúde, incluindo o gerenciamento de sintomas por meio de cuidados médicos e de enfermagem em ambientes de internação e ambulatoriais, serviços de apoio e assistência para AVDs e outros serviços sociais destinados a promover atividades sociais e de lazer para pacientes com LTC. As definições administrativas nacionais e as regulamentações de financiamento para serviços de LTC podem afetar as medições de despesas. As porcentagens de mortes ocorridas em casa e em hospitais são informadas diretamente pelos países e por meio de modelos de estimativa, com possíveis diferenças nas metodologias. Além disso, ambos os valores não necessariamente somam 100, pois cada país pode compilar diferentes categorias de locais de morte.

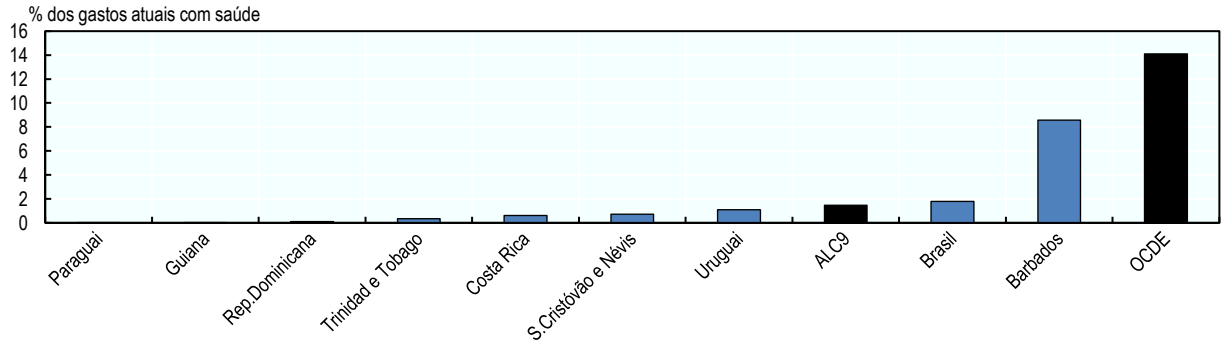
Referências

Matus-Lopez, M. and A. Chaverri-Carvajal (2021), “Population with Long-Term Care Needs in Six Latin American Countries: Estimation of Older Adults Who Need Help Performing ADLs”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 18/15, p. 7935, https://doi.org/10.3390/ijerph18157935. [1]

OECD (2011), *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264097759-en. [2]

OECD/Eurostat/WHO (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264270985-en. [3]

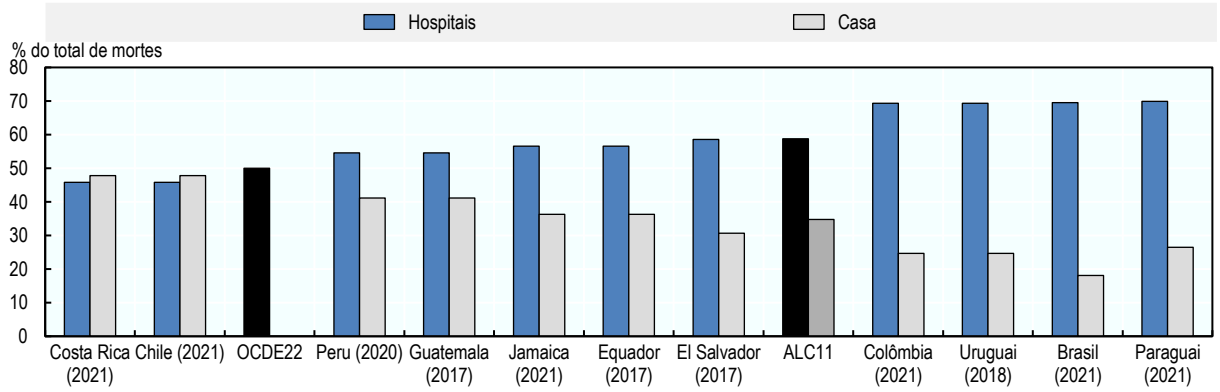
Figura 9.5. Gastos com cuidados de longo prazo como fração dos gastos em saúde, 2019 (ou ano mais recente)



Fonte: Banco de dados GHED da OMS 2022.

StatLink https://stat.link/4we5kr

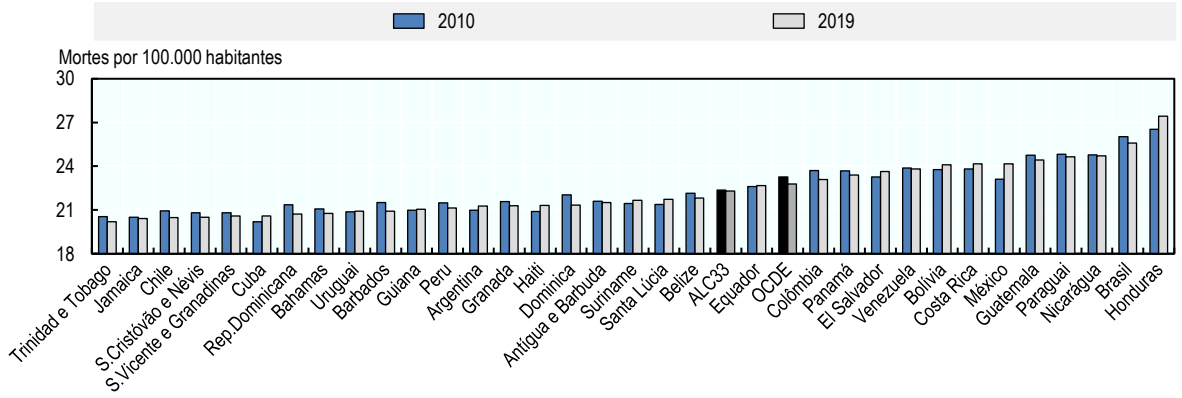
Figura 9.6. Porcentagem de mortes ocorridas em hospitais e em casa, 2021 ou ano mais recente



Fonte: Dados para Brasil, Jamaica, Peru, Costa Rica, Colômbia e Chile dos questionários da OCDE para o HAG LAC 2023, média da OCDE do *Health at a Glance 2021*, https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en e outros países de Seitz et al (2022[1]), "Place of death and associated factors in 12 Latin American countries: A total population study using death certificate data", https://www.doi.org/10.7189/jogh.12.04031.

StatLink https://stat.link/arhq63

Figura 9.7. Taxa de mortalidade por Alzheimer e outras demências por 100.000 habitantes, 2010 e 2019



Fonte: GBD 2019.

StatLink https://stat.link/b0uh27

Panorama da Saúde: América Latina e Caribe 2023

Esta segunda edição do Panorama da Saúde: América Latina e Caribe 2023, preparada conjuntamente pela OCDE e o Banco Mundial, apresenta um conjunto de indicadores sobre estado de saúde, determinantes da saúde, recursos e utilização dos serviços de saúde, gastos e financiamento da saúde, qualidade da atenção à saúde, força de trabalho em saúde e envelhecimento da população em 33 países da América Latina e do Caribe. Cada um dos indicadores é apresentado em um formato de fácil utilização, consistindo de gráficos que ilustram as variações entre países e ao longo do tempo. Os indicadores também são acompanhados de breves análises descritivas destacando as principais conclusões associadas aos dados e quadros metodológicos contendo a definição dos indicadores e eventuais limitações na comparabilidade dos dados. Esta edição do Panorama da Saúde: América Latina e Caribe 2023 também inclui análises temáticas sobre dois tópicos de grande importância para a construção de sistemas de saúde mais resilientes: o impacto da pandemia da COVID-19 nos sistemas de saúde da América Latina e Caribe e os desafios das mudanças climáticas para a saúde.

IMPRESSO ISBN 978-92-64-70054-3
PDF ISBN 978-92-64-63086-4

9 789264 700543