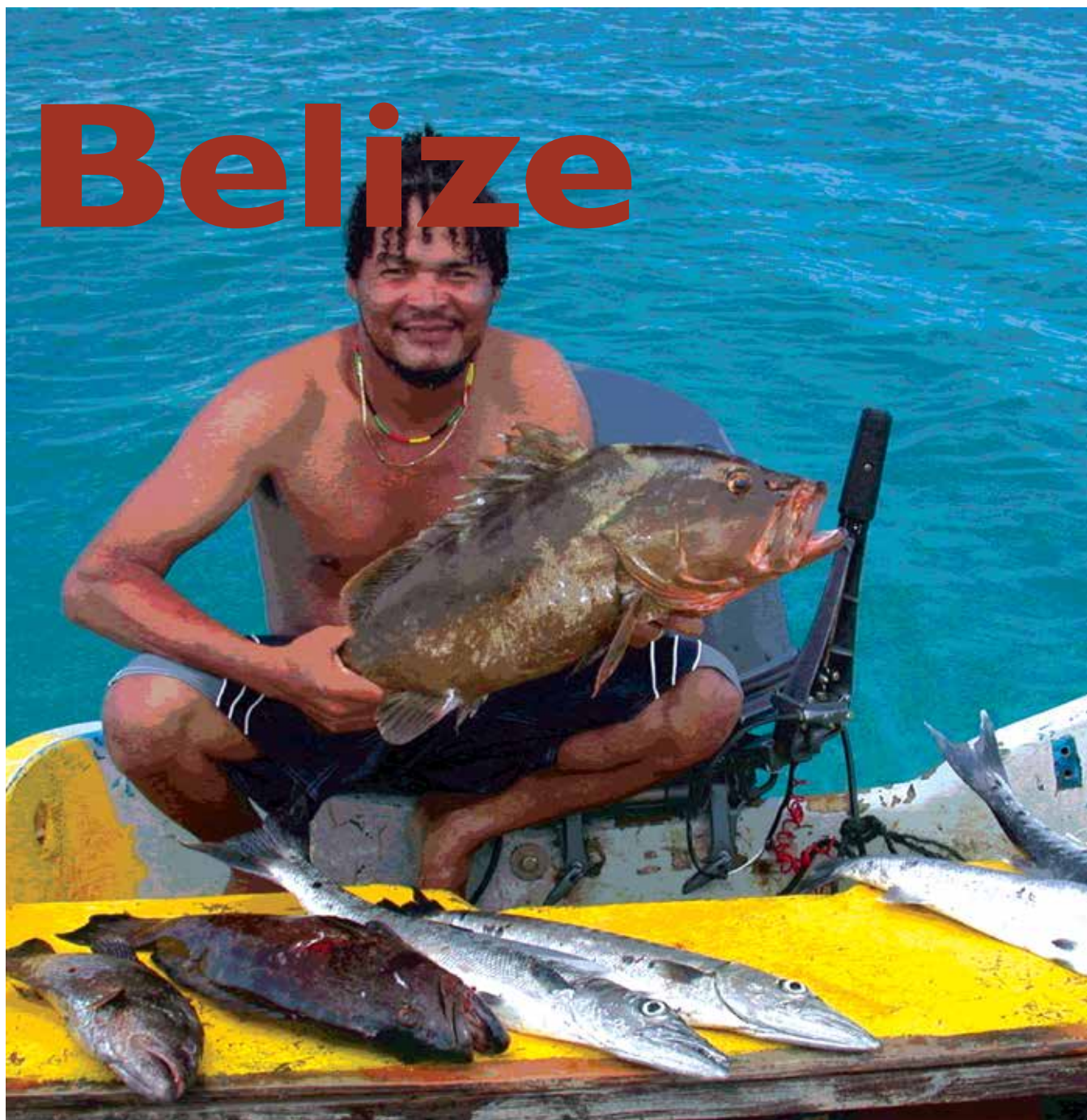


# Belize



## INTRODUÇÃO

Belize está localizado na América Central e faz fronteira com o México ao norte, Guatemala ao oeste e ao sul e o Mar do Caribe ao leste. A área total de Belize é de 22.700 km<sup>2</sup>. O país tem uma população culturalmente diversificada estimada em 318.479 habitantes (159.462 homens e 158.973 mulheres) (1). Belize é composto por seis distritos administrativos: Belize,

Cayo, Corozal, Orange Walk, Stann Creek e Toledo. A população do país é composta de quatro principais grupos étnicos: Crioulos, Garifunas, Maya, e pardos, ou mestiços. A Tabela 1 mostra a distribuição da população por origem étnica. A Figura 1 mostra a estrutura populacional do país, por idade e sexo para 1990 e 2010.

Toledo e Corozal, considerados os distritos mais pobres do país, tiveram taxas de pobreza das famílias

**TABELA 1. Distribuição da População (%), por raça ou etnia e distrito, Belize, 2010**

Distrito	Asiático	Caucásio	Crioulo	Hindu/ Indiano	Garífuna	Maya	Mestiço/ Hispânico	Outro	Não de- clarado
Corozal	0,7	0,9	5,5	3,0	0,6	1,1	75,9	11,6	0,7
Orange Walk	0,8	0,2	5,3	0,4	0,6	1,1	77,1	14,3	0,3
Belize	1,4	1,3	47,9	2,3	3,9	1,4	28,8	12,7	0,3
Cayo	0,9	1,1	14,8	1,2	1,4	6,8	63,6	10,0	0,2
Stann Creek	0,9	1,5	16,4	2,9	24,0	13,9	30,2	10,1	0,2
Toledo	0,3	0,8	3,6	4,7	4,9	60,5	17,7	7,3	0,1
TOTAL	1,0	1,0	21,1	2,1	4,7	9,5	48,8	11,4	0,3

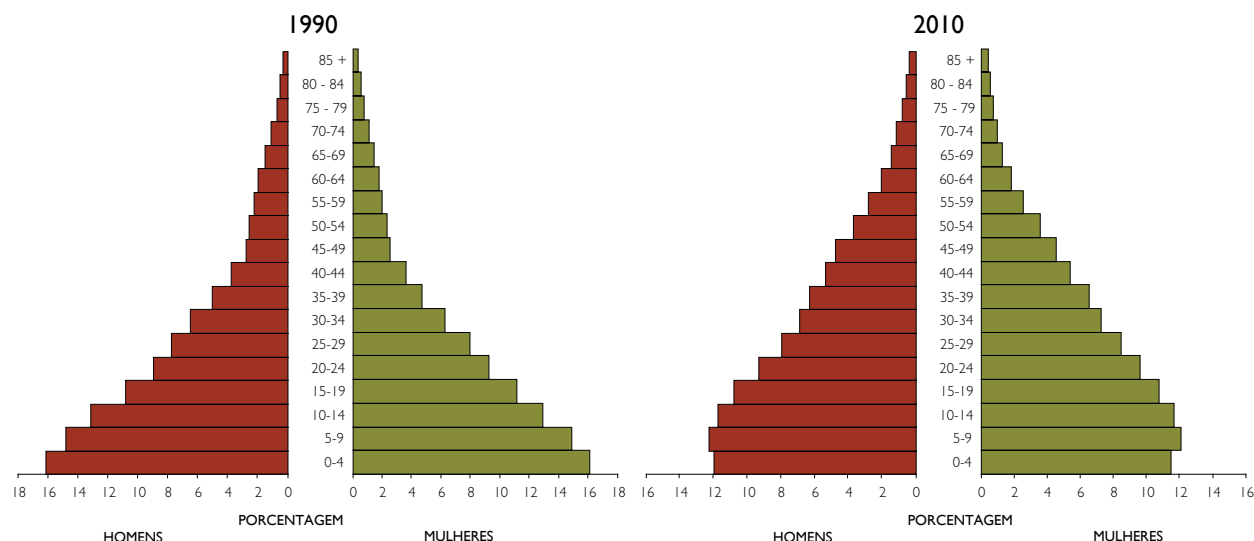
Fonte: Referência (1).

de 46,4% e 46,1%, respectivamente (2). Durante o período em análise de 2006-2010, o produto interno bruto (PIB) *per capita* permaneceu constante em torno de US \$ 4.070, e a moeda de Belize manteve-se estável e atrelada ao dólar americano (US\$ 1,00 = BZ\$ 2,00). A taxa de inflação caiu de 6,4% em 2008 para -1,1% em 2009, o nível mais baixo em mais de uma década (2). Apesar do clima econômico austero, o Governo continuou a reiterar o seu compromisso com a saúde pública, aumentando a dotação do PIB para o setor da saúde e fortalecendo alianças com agências nacionais e internacionais de cooperação técnica.

## DETERMINANTES E DESIGUALDADES EM SAÚDE

As desigualdades em saúde em Belize são mais bem compreendidas em termos de posição socioeconômica, residência urbana versus rural, gênero e etnia. Segundo os últimos dados disponíveis (2005), a taxa de alfabetização de adultos era de 94,7% (94,6% para homens e 94,8% para mulheres) (2). Em 2006, a Pesquisa de Indicadores Múltiplos (3) apontou que apenas 58,7% de crianças em idade escolar frequentavam a escola secundária.

**FIGURA 1. Estrutura da população por idade e sexo, Belize, 1990 e 2010**



Fonte: Statistical Institute of Belize.

<sup>a</sup> O percentual de cada grupo representa sua proporção do total de cada sexo.

A expectativa de vida total ao nascer aumentou de 69,3 anos em 2006 para 76,9 anos em 2010 (74,9 para homens e 78,8 para mulheres). A taxa de fertilidade total era de 2,8 filhos por mulher em 2010. A razão de dependência total caiu de 81% em 2002 para 66% em 2009, devido à redução da taxa de dependência das crianças.

Belize define pobreza como a falta de bem-estar devido à insegurança, vulnerabilidade, desigualdade e necessidades negligenciadas. As famílias em extrema ou severa pobreza são aquelas cujas despesas caem abaixo do custo mínimo da cesta básica para fornecer uma alimentação saudável a um homem adulto.

Quarenta e dois por cento da população do país foi classificada como pobre, o que representa um aumento de 33,5% em comparação com a taxa de 2002, e 16,0% foi classificada como extremamente pobre. A pobreza foi maior nas áreas rurais (55,0%) do que nas áreas urbanas (28,0%). Notavelmente, 50% das crianças de Belize viviam abaixo da linha da pobreza (2). Belize não estava no caminho certo para alcançar o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio nº 1 (erradicar a fome e a pobreza extrema até 2015) (4). Em 2009, a taxa de desemprego do Belize era de 23,1%, representando um aumento de 2,8% em relação ao ano de 2000. Embora a participação feminina no ensino superior tenha ultrapassado a participação masculina na proporção de 2:1, a taxa de desemprego para as mulheres foi o dobro da dos homens (16,7%) em 2009. Nesse mesmo ano, o desemprego foi maior em Cayo (26,2%), seguido de Corozal (24,5%). Em 2003, o Governo introduziu uma pensão não contributiva para as mulheres com mais de 65 anos como forma de combater a pobreza. Em 2007, esse benefício incluiu homens com mais de 67 anos de idade (5).

## O MEIO AMBIENTE E A SEGURANÇA HUMANA

### ACESSO À ÁGUA POTÁVEL E SANEAMENTO

Em 2010, mais de 25% das famílias rurais e urbanas de Belize não tinham acesso a um abastecimento regular de água potável. No distrito de Toledo, 10,3% dos domicílios contavam com rios, lagoas, córregos, riachos e

nascentes como a suas principais fontes de água. Esse é o valor mais elevado do país (a média nacional é de 2,1%), e torna Toledo particularmente vulnerável a doenças transmitidas pela água. Em 2009, 73,5% dos domicílios do país tinham um melhor saneamento (de acordo com as normas de notificação dos ODMs) e 64,4% tinham vasos sanitários com descargas (1).

### RESÍDUOS SÓLIDOS

De acordo com estimativas de 2006, Belize produziu mais de 200.000 toneladas de resíduos sólidos domésticos e oriundos de estabelecimentos comerciais; a produção de resíduos sólidos *per capita* foi de 2 a 3 libras (0,9 a 1,36 kg) por dia (6). Quase 50% das famílias não tinham serviço de coleta municipal de lixo, e quase 30% do lixo eram queimados, aumentando o risco de doenças transmitidas por vetores (por exemplo, dengue) e doenças respiratórias (por exemplo, asma) (1).

### O AMBIENTE DE TRABALHO E A SAÚDE DOS TRABALHADORES

Os dados coletados pelo Conselho de Segurança Social (SSB), através de notificações de acidentes de trabalho, revelou que 2.529 reclamações foram registradas em 2006 e 2.471 em 2007. Durante o mesmo período, o número de dias de benefício pagos aumentou de 45.717 para 57.088, sendo a maioria pagos pelos setores da construção e da agricultura (7). O SSB foi a única agência do governo a administrar um seguro de acidente de trabalho durante o período em análise, cobrindo trabalhadores formais dos setores público e privado. O Objetivo Estratégico 4 do Plano Estratégico de Recursos Humanos em Saúde de Belize 2010-2014 (8) visa proporcionar ambientes de trabalho mais seguros para os grupos mais vulneráveis do país.

### SEGURANÇA NO TRÂNSITO

Segundo estatísticas oficiais do governo, os acidentes de trânsito terrestres foram a sexta causa de morte em todos os grupos etários em 2006, e a oitava e quinta causas principais em 2007 e 2008, respectivamente.

Em 2006 e 2007, os homens responderam por 75,8% e 79,4% das mortes relacionadas ao trânsito, respectivamente. Em 2006, 66,7% e em 2007, 65,1% dos falecidos eram assalariados, ou seja, estavam envolvidos em atividade remunerada (9). Em 2006, os mestiços foram envolvidos em 53,0% de todos os acidentes de trânsito, enquanto em 2007, crioulos e garifunas estavam envolvidos em 44,4% desses acidentes. Em 2006 e 2007, a maioria das mortes ligadas ao trânsito (62,1% e 76,2%, respectivamente) ocorreu na Cidade de Belize. No geral, os acidentes de trânsito ocorreram com mais frequência entre as pessoas das faixas etárias 15-29-anos (30,0%) e 45-59 (23,8%). Dados de 2007 estimaram o custo direto dos acidentes de trânsito em US \$ 245.775 (9).

### **VIOLÊNCIAS**

O número de homicídios cresceu de 103 em 2008 para 132 em 2010, representando um aumento de 29,0% nesse período (10). De fato, em 2010, os homicídios atingiram um nível recorde, com uma taxa de 40 por 100.000 habitantes. Em 2006 e 2009, foram 1.622 e 2.161 casos de violência doméstica relatados, respectivamente. As mulheres representaram 90,7% dessas vítimas em 2006 e 85,2% em 2009. A maioria das mulheres vítimas de violência doméstica estava na faixa etária de 20-39 anos, respondendo por 76,6% das vítimas em 2006 e 68,4% em 2009 (11).

### **DESASTRES NATURAIS**

O furacão Richard foi o último a atingir Belize, em 2010. A tempestade afetou cerca de dois terços da população. Os estragos foram estimados em US\$ 24,6 milhões – US\$ 7,3 milhões em casas danificadas ou perdidas e US\$ 17,3 milhões em perdas agrícolas (12). O prejuízo estimado do furacão Dean em 2007 foi de US\$ 89,5 milhões. Em 2008, a tempestade tropical Arthur provocou inundações significativas em Belize, especialmente no sul, e resultou em cinco mortes. Em 2010, Belize tornou-se o primeiro país do Caribe a desenvolver um plano de resposta de saúde mental para as catástrofes.

### **MUDANÇAS CLIMÁTICAS**

Os efeitos das mudanças climáticas ameaçaram os mais importantes setores econômicos do país, incluindo a agricultura, pesca, energia e turismo. Um estudo realizado em 2008 avaliou o impacto das mudanças climáticas sobre a saúde, especificamente no que diz respeito à dengue, que é endêmica no país. O estudo concluiu que a variabilidade climática projetada, tais como secas, períodos chuvosos prolongados e temperaturas elevadas exacerbarão o potencial de grandes surtos de dengue e dengue hemorrágica (13).

### **SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL**

Embora o consumo de alimentos tenha sido de 2.846 calorias, ultrapassando a meta recomendada para a população (RPG), que é de 2.250 calorias, os níveis elevados de pobreza e as desigualdades de renda impediram que as populações mais vulneráveis alcançassem esse objetivo. Belize permaneceu muito aquém no seu esforço para alcançar o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio nº 1 (reduzir pela metade o número de pessoas que sofrem de fome) (4).

### **CONDIÇÕES E TENDÊNCIAS DA SAÚDE**

#### **PROBLEMAS DE SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO**

##### **Saúde Materna e Reprodutiva**

Em 2006, 2008 e 2009, a taxa de mortalidade materna de Belize foi de 85,3 por 100.000 nascidos vivos (seis mortes), 42,5 por 100.000 (três mortes) e 53,9 por 100.000 (quatro mortes), respectivamente. No entanto, a taxa de mortalidade materna caiu significativamente a partir de 2005 (134,1 por 100.000 nascidos vivos) (4). Praticamente todas as mortes maternas foram por causas obstétricas, tais como a eclâmpsia e a hemorragia pós-parto (14).

##### **Crianças (até um ano de idade)**

A média de cobertura de imunização no período 2006-2010 foi de 96% para a BCG, DPT, OPV e

MMR. Em 2006, 2007 e 2008, foram 100, 77 e 140 natimortos, respectivamente (14). Em 2006, 76,9% dos nascimentos ocorreram em hospitais. Até 2009, esse número tinha subido para 90,6%. Em 2006, havia 1.015 bebês com baixo peso (menos de 2.500 g), diminuindo para 653 em 2009 (15). Belize não conseguirá reduzir a mortalidade em crianças de até 5 anos para 5,9 por 1.000 nascidos vivos, o que significa que não está apto a atingir o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio nº 4 (reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade em crianças de até 5 anos de idade) (4). Em 2006 e 2007, a principal causa de hospitalização para crianças até um ano de idade foram infecções respiratórias agudas (IRAs), cuja média foi de 27,0% de todas as causas. No entanto, em 2008 e 2009, a principal causa foi “outras complicações originadas no período perinatal”, com uma média de 21,5% de todas as causas. As anomalias congênitas (15,6%) foram a principal causa de morte em 2006 (sinais, sintomas e condições mal definidas e causas residuais e outras causas não foram incluídas entre as causas de morte). Hipóxia, asfixia ao nascer e outras doenças respiratórias foram as principais causas de morte, respondendo por 27,3%, 21,2% e 21,1% das mortes em 2007, 2008 e 2009, respectivamente. Outras complicações originadas no período perinatal também foram responsáveis por 21,1% das mortes em 2009. Uma vez que o país possuía apenas um patologista, nem todos os óbitos infantis foram submetidos à necropsia. Em 2006-2009, os homens responderam por 55,2% das mortes nessa faixa etária (11). A taxa de mortalidade infantil em 2009 foi de 17,9 por 1.000 nascidos vivos, representando uma diminuição da taxa em relação a 2006 de 19,7, mas ainda acima da taxa da Região, que é de 15,6 (15). Em 2008, 52,4% (3.703) dos recém-nascidos após um mês e 35,4% (2.501) de recém-nascidos aos quatro meses foram exclusivamente amamentados (11).

### Crianças (1-9 anos de idade)

Em 2006-2007, a principal causa de internação para crianças do grupo 1-4 anos de idade foi a “bronquite (crônica e não especificada), enfisema e asma”, representando uma média de 13,6% das internações. Em 2008, foram doenças infecciosas intestinais (12,4%) e em 2009 foram lesões, envenenamento e algumas

outras consequências de causas externas (8,9%). As infecções respiratórias agudas (IRAs), afogamento e submersão acidental foram responsáveis pela maior proporção de óbitos em 2006 (10,8% cada), seguidas por doenças da circulação pulmonar e outras formas de doenças cardíacas, acidentes de trânsito e doenças do sistema nervoso além da meningite (8,1% cada). Em 2007, as principais causas de morte nessa faixa etária foram IRAs, acidentes causados por fogo e chamas, deficiências nutricionais e anemias, afogamento e submersão acidentais, HIV/Aids e doenças do sistema nervoso além da meningite – cada uma respondendo por 8,7% das mortes. Em 2008, as principais causas foram doenças infecciosas intestinais, deficiências nutricionais e anemias e acidentes de trânsito terrestre – cada uma representando 11,4% das mortes (7). A taxa de mortalidade em crianças até 5 anos de idade foi de 24,8 e 22,6 por 1.000 nascidos vivos em 2006 e 2009, respectivamente.

Para o grupo etário de 5-9 anos, a principal causa de internação foi “bronquite (crônica e não especificada), enfisema e asma” (12,2%) em 2006. As IRAs (12,9%) e lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas foram as causas em 2008 e 2009 (13,1% e 19,3%, respectivamente). Em 2006 e 2008, a principal causa de morte entre crianças nessa faixa etária foi de acidentes causados por fogo e chamas (28,6% e 22,2%, respectivamente). Em 2007, as principais causas foram as doenças do sistema nervoso, excluindo meningite (27,3%); e em 2009, as principais causas foram acidentes de trânsito e acidentes causados por fogo e chama (22,2% cada) em 2009 (11).

### Adolescentes (10-19 anos de idade)

Entre 10 e 14 anos de idade, apendicites, hérnias da cavidade abdominal e obstruções intestinais foram as principais causas de hospitalização (11,2%) em 2006. Em 2007, foram as complicações de gestação, parto e puerpério (9,7%), e em 2008 e 2009, foram lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (12,5% e 17,1%, respectivamente). Dos 6.977 nascidos vivos para a faixa etária de 15 a 19 anos, adolescentes até 15 anos representavam 24,8% entre 2006 e 2009 (3). As principais causas de morte nessa faixa etária foram acidentes de trânsito (20,0%)

em 2006, afogamento e submersão acidental em 2007 e 2008 (28,6% e 41,7%, respectivamente), e homicídio e lesões intencionalmente infligidas por outras pessoas (16,7%) em 2009. Na faixa etária dos 10-14 anos de idade, não houve novos casos de Aids em 2006, no entanto, houve 3 casos de Aids (todas mulheres) entre 2007 e 2009.

Entre 2006 e 2009, a principal causa de hospitalização entre os 15-19 anos de idade foi de complicações de gestação, parto e puerpério, com média de 72,5% das mortes anuais. Do número total de nascidos vivos entre 2006 e 2009, aproximadamente 24,3% foram de mães adolescentes na faixa etária 15-19 anos. As principais causas de morte em 2006 e 2009 foram homicídios e lesões intencionais infligidas por outros (24,2% e 22,2%, respectivamente); em 2007 e 2008, foram os acidentes de trânsito (22,2% e 14,3%, respectivamente). Houve sete casos de HIV/Aids (três mulheres e quatro homens) nessa coorte, entre 2006 e 2009 (11).

#### Adultos (20-49 anos de idade)

A principal causa de morte na faixa de 20-29 anos de idade em 2006-2008 foi “lesão indeterminada, infligida acidentalmente ou intencionalmente”, para uma média de 26,0% para esses anos. Em 2009, foi “homicídio e lesões intencionalmente infligidas por outras pessoas” (29,8%). Entre 30-39 anos de idade, a principal causa de morte foi o HIV/Aids em 2006 e 2007 (24,5% e 17,7%, respectivamente), “lesões, indeterminadas, infligidas acidentalmente ou intencionalmente” em 2008 (15,8%), e HIV/Aids em 2009 (23,3%). Entre 2006 e 2009, a principal causa de morte entre a população de 40-49 anos foi HIV/Aids, representando uma média de 17,2% das mortes nesse grupo durante esses anos. Entre os 50-59 anos de idade, a principal causa de morte foi diabetes mellitus, o que representa uma média de 14,9% das mortes para o período 2006-2009 (11).

#### Os idosos (60 anos de idade ou mais)

A população com 60 anos ou mais aumentou de 4,7% da população geral em 2006 para 7,1% em 2009 (a relação homens-mulheres foi de 1:0,92). Entre 2006 e 2009, a principal causa de internação nessa faixa etária foi diabetes mellitus. A principal causa de morte nesse

grupo etário foi de diabetes mellitus em 2006 e 2008, e cardiopatia isquêmica em 2009 (11). A partir de 2008, o Fundo de Pensão Não Contributivo (NCP) do país alocou US\$ 50 (BZ\$ 100) por mês aos idosos mais carentes, através do Conselho de Previdência Social de Belize. Em 2009, o número de beneficiários do NCP totalizou 4.297 (64,9% mulheres e 35,1% homens), representando 18,1% das pessoas nessa faixa etária. Em 2010, apenas 37,3% dos idosos receberam os seus medicamentos de forma gratuita. No entanto, tais medicamentos representaram gastos diretos para 61,0% dos idosos. Um estudo também mostrou que os idosos com renda limitada gastaram montantes significativos em remédios prescritos, comprometendo sua capacidade de adquirir outros bens e serviços (14).

#### A Família

Os níveis de pobreza das famílias passaram de 24,5% em 2002 para 31,0% em 2009 (2). Em 2006, 18,2% das crianças viviam com uma mãe solteira, embora o pai estivesse vivo; os homens encabeçavam 73,3% das famílias; 5,1% das crianças com idade até 18 anos tinham pelo menos um dos pais falecidos. Em 2009, o maior nível de superlotação de famílias rurais (três pessoas ou mais por dormitório) foi registrado em Toledo (60%), muito acima da média nacional (13%). O Inquérito sobre Indicadores Múltiplos de 2006 (3) indicou que 31,2% da população tinham necessidades não satisfeitas de serviços de planejamento familiar naquele ano. Esse quesito foi maior entre as mulheres de 15 a 19 anos de idade (45,4%) e a raça que mais sofreu foi a dos Garífunas (34,3%) (3).

#### MORTALIDADE

Entre 2006 e 2008, a taxa de mortalidade por todas as causas foi de 5,5 por 1.000 habitantes. Durante esse mesmo período, a mortalidade por doenças transmissíveis foi de 84,2 por 100.000 habitantes, que foi significativamente maior do que a taxa global da Região (49,0), sendo que os homens tinham a maior taxa de mortalidade (107,4) devido a essas doenças do que mulheres (61,8). Entre 2006 e 2008, a subnotificação de óbitos foi estimada em 19,2%, um aumento significativo de 12,8% do estimado em 2005 (16). Cerca de 8,5% de todas as mortes entre 2006 e 2009 foram atri-

buídas ao diabetes, que foi a principal causa de morte ao longo desses anos. Esse valor correspondeu a um aumento de 18% sobre o valor correspondente entre 2001 e 2005. Em 2009, as cinco principais causas de morte para os homens foram homicídio e lesão propositalmente infligida (8,8%), HIV/Aids (8,0%), cardiopatias isquêmicas (7,0%), diabetes mellitus (5,6%) e doenças cerebrovasculares (5,5%). Para as mulheres, foram o diabetes mellitus (13,6%), cardiopatias isquêmicas (8,7%), doenças cerebrovasculares (7,2%), doenças da circulação pulmonar e outras formas de doenças cardíacas (6,5%) e infecções respiratórias agudas (6,2%) (11). Em 2010, aproximadamente 62% das dez principais causas de morte foram atribuídas a doenças não transmissíveis (14). (Tabela 2)

## MORBIDADE

### Doenças transmissíveis

#### Doenças transmitidas por vetores

O principal vetor da malária no Belize foi *Anopheles albimanus*, embora outros mosquitos ve-

tores tenham sido identificados. Os casos de malária diminuíram significativamente entre 2006 e 2010, caindo de 844 para 150. Esse declínio dramático foi ensejado pelos esforços concentrados do Ministério da Saúde, sobretudo na vigilância, eliminação de focos e identificação de casos nas principais áreas endêmicas. Durante 2006 e 2007, Stann Creek registrou cerca de 50% dos casos de malária do país, com Toledo relatando um percentual semelhante em 2008-2009 (11). Belize estava a caminho para interromper a propagação da malária até 2015, alcançando assim o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio nº 6 (combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças) (4). Em 2007, houve 137 casos de dengue confirmados em laboratório. Tais casos subiram para 292 em 2009 (houve circulação dos quatro sorotipos). Dados de 2009 revelaram que havia 87 casos clinicamente confirmados de dengue hemorrágica e, em 2010, o número aumentou para 293 casos. O número de casos detectados da doença de Chagas através da triagem no Banco de Sangue Nacional aumentou de 13 em 2006 para 45 em 2010. Houve 15 casos de doença de Chagas em 2007, 23 em 2008 e 35 em 2009. Entre 2006 e 2009, houve 35 casos de hepatite B e 52 casos clínicos de caxumba. Não houve casos

**TABELA 2. As dez principais causas de mortes, Belize, 2006 e 2010**

2006			2010		
Causa	Classificação	%	Causa	Classificação	%
Diabetes	1	9,4	Diabetes	1	9,5
Doenças hipertensivas	2	6,0	Cardiopatias isquêmicas	2	7,7
Doenças de circulação pulmonar e outras formas de doenças cardíacas	3	5,7	Homicídios e lesões propositalmente infligidas	3	7,6
HIV/Aids	4	5,4	HIV/Aids	4	6,7
Doenças cardiovasculares	5	4,9	Doenças cardiovasculares	5	5,3
Acidentes de trânsito	6	4,9	Doenças de circulação pulmonar e outras formas de doenças cardíacas	6	4,0
Cardiopatias isquêmicas	7	4,7	Outras doenças pulmonares crônicas	7	3,8
Infecções respiratórias agudas	8	4,5	Infecções respiratórias agudas	8	3,7
Acidentes indeterminados, se acidentalmente ou propositalmente infligidos	9	3,6	Doenças hipertensivas	9	3,4
Homicídios e lesões propositalmente infligidas	10	3,4	Acidentes de trânsito	10	3,1%
Total		55,9%	Total		54,8%

de febre amarela, sarampo, tétano, rubéola, difteria ou coqueluche no período em análise (11).

#### *HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmitidas*

De 1986 a 2009, houve 5.045 casos notificados de HIV e 963 óbitos. Em 2008, houve 425 casos de HIV (201 homens, 224 mulheres) e 365 casos em 2009 (177 homens, 186 mulheres e 2 de sexo não identificado) relatados. Em 2009, a prevalência de infecção pelo HIV foi estimada em 2,3%. Belize tem a maior taxa de prevalência de infecção pelo HIV na América Central e a terceira maior no Caribe. Houve 82 mortes relacionadas à Aids (54 homens e 28 mulheres) em 2008, e 101 (67 homens, 34 mulheres) em 2009, representando um aumento de 23%. Em 2009, o HIV/Aids era a terceira principal causa de morte. Em 2009, um total de 9.236 pessoas foi testado para HIV, das quais 4,9% testaram positivo. Stann Creek teve a maior taxa de soropositivos (7,8%), seguido pelo distrito de Belize (4,3%). Em 2009 e 2010, 90,0% e 93,2%, respectivamente, das gestantes entrevistadas em clínicas pré-natais foram testadas para HIV. Dessas, 39 e 53 testaram positivo, respectivamente. Os dados para 2010 indicaram que houve 55 partos de mulheres com HIV/Aids; um recém-nascido morreu e 54 receberam terapia antirretroviral (ARV) no momento do parto. Entre 2006 e 2009, houve 1.638 casos de HIV, dos quais 3,4% (57) tinham coinfeção TB/HIV (14). Entre 2009 e 2010, 198 novos pacientes receberam ARV, elevando o número total de pessoas que recebem essa terapia para 1.053 (523 homens e 530 mulheres) (14).

#### *Tuberculose*

Entre 2006 e 2009, a média anual de novos casos de tuberculose foi de 83, com homens representando 58,6% deles (14). Os dois grupos étnicos mais afetados foram os crioulos e os mestiços. Aproximadamente 90% das novas infecções ocorreram nos distritos de Belize, Stann Creek, Cayo, e Toledo. O distrito de Belize teve 50,6% de todos os novos casos de tuberculose em 2009, mas, em 2010, essa porcentagem caiu para 29,3%, devido a um surto na parte setentrional do país. A taxa de cura da tuberculose em Belize foi de 83% em 2008, representando uma melhoria significativa em comparação com a taxa de 52% no ano-alvo

(1995). A partir de 2010, houve dois casos de tuberculose multirresistente (14). Belize estava a caminho de alcançar a meta de conter a disseminação da tuberculose até 2015 (4).

#### *Doenças emergentes*

Não foram registrados casos de cólera, síndrome respiratória aguda grave (SARS) ou influenza aviária/humana durante o período em análise.

#### *Doenças crônicas não transmissíveis*

##### *Doenças cardiovasculares*

As doenças cardiovasculares foram a quinta causa principal de morte em 2006 e 2010. Em 2010, houve 341 mortes por doenças cardiovasculares, os homens representando 53,3% e as mulheres 46,6%. Nesse ano, 71,6% dessas mortes ocorreram na população com idade de 65 anos ou mais. Em 2009, as cardiopatias isquêmicas representaram 7,7% de todas as mortes, o que representou um aumento substancial de 5,9% de óbitos por essa causa em 2005 (11).

##### *Neoplasias Malignas*

As neoplasias malignas não especificadas do colo uterino foram responsáveis pela maioria das hospitalizações relacionadas às neoplasias em 2006 (9,2%) e 2007 (7,2%). A maioria das internações desse tipo em 2008 foi devido a neoplasias malignas do tecido linfático e hematopoiético (7,8%) e neoplasias malignas da traqueia, brônquios e pulmão (10,3%) em 2009 (8). Em 2007, o câncer representou 21% de todos os óbitos relacionados a doenças não transmissíveis, ou 14,2% de todas as mortes (15). Em 2006 e 2008, as neoplasias malignas da próstata foram responsáveis pelo maior percentual de mortes relacionadas às neoplasias (17,0%), enquanto as neoplasias malignas dos órgãos digestivos e do peritônio, excluindo o estômago e cólon, causaram a maioria das mortes relacionadas às neoplasias (17,7%) em 2007 e 2009 (7). De 2006 a 2008, a taxa de mortalidade por neoplasias malignas foi de 85,7 por 100.000 habitantes, que foi maior em homens (95,5/100.000) do que em mulheres (77,7/100.000) (16). No que diz respeito a todos os óbitos por neo-



plasias malignas em 2008/2009, o câncer da próstata entre os homens e o câncer de colo uterino não especificado entre as mulheres foram as principais causas. As mortes por neoplasias malignas da mama feminina estão em alta, com 8 óbitos em 2006, 12 em 2008 e 14 em 2009 (11).

### *Diabetes*

De acordo com a pesquisa da Iniciativa Centro-Americana de Diabetes (CAMDI) de 2009, aproximadamente 13,1% da população de Belize tinha diabetes. O Diabetes afetou mais as mulheres (17,6%) do que os homens (8,3%) (17). Com respeito a todas as hospitalizações relacionadas a diabetes durante o período 2006-2009, os homens representaram 65,0% e as mulheres 35,0%. Entre 2005 e 2009, 3,1% de todas as internações foram devidas a diabetes. Entre 2006 e 2009, o diabetes foi a principal causa de morte entre pessoas entre os 50 e 59 anos de idade (11).

### *Hipertensão Arterial*

As doenças hipertensivas estão entre as dez principais causas de internação entre 2006 e 2009. Ressalta-se que foram a segunda principal causa de morte em 2006, com mais mortes entre as mulheres (53) que os homens (31). Entre 2007 e 2009, o número de mortes por doença hipertensiva era mais ou menos o mesmo para ambos os sexos. Contudo, em 2009, o número de mortes do sexo masculino aumentou em quase 74,0% (de 23 para 40) (11).

### *Doenças nutricionais*

#### *Desnutrição*

Os dados do Inquérito de Indicadores Múltiplos de 2006 mostraram que 6,1% das crianças de até 5 anos de idade estavam moderadamente abaixo do peso e quase 18% das crianças sofriam de nanismo (número de crianças até 5 anos de idade que estavam abaixo -2 desvios padrões em relação ao padrão médio NCHS/OMS para a altura por idade). Em 2006, o atraso no crescimento foi mais evidente (em torno de 50,0%) entre as crianças de ascendência maia, concentrados principalmente no distrito de Toledo, sugerindo que

fatores culturais e socioeconômicos estão contribuindo para tal situação (3). As mortes causadas por deficiências nutricionais e anemias entre crianças menores de 1 ano de idade subiu de 2,1% em 2006 para 4,7% em 2008. Entre crianças na faixa etária de 1-4 anos de idade, a condição passou de 5,4% para 11,4% naquele mesmo ano (16).

### *Obesidade*

Em 2008, estimou-se que 71% da população estavam com sobrepeso (65,4% dos homens e 76,6% das mulheres). Desse grupo, 34,9% foram considerados obesos (20,4% dos homens e 45,4% das mulheres) (18). Em 2006, o grupo étnico dos mestiços apresentou o maior percentual de pessoas com sobrepeso e obesidade (69,5%), enquanto pessoas de ascendência asiática oriental tinham menor prevalência (53,8%). Em 2006, os distritos que registraram as maiores e menores proporções de pessoas com sobrepeso e obesidade foram, respectivamente, Corozal (77,6%) e Toledo (52,3%). Em 2008, 1.150 crianças até 1 ano e 1.190 crianças entre 1 e 4 anos eram obesas (17).

### *Transtornos Mentais*

Em 2006, a esquizofrenia (40%) e os transtornos de humor (afetivo) (29%) foram as doenças mais frequentes atendidas no hospital Rockview (19). Essa tendência manteve-se entre 2007 e 2009 e mostrou-se idêntica no âmbito da atenção primária. O hospital Rockview com capacidade de 50 leitos foi fechado em 2008, e seus pacientes foram transferidos para o Centro Palm View. Em 2008, foram registrados 11 suicídios (10 homens, 1 mulher), 5 dos quais ocorreram em Corozal. Em 2010, houve 9 suicídios (7 homens, 2 mulheres), 4 dos quais ocorreram no Distrito de Belize (14).

### *Outros problemas de saúde*

#### *Saúde Bucal*

Serviços de saúde bucal não foram cobertos pelo seguro SSB ou pelo Programa Nacional de Seguro Saúde do país (NHI). O número de dentistas permaneceu constante durante o período em análise, com 40 dentistas, a maioria deles atuando em áreas urbanas.

Dados sobre o uso de serviços públicos odontológicos durante 2006-2009 revelam que os cuidados bucais focalizaram na extração de dentes, em vez de cuidados preventivos ou de reparação (14).

### *Saúde Ocular*

Devido aos poucos dados disponíveis, o nível dos problemas de saúde ocular em Belize era desconhecido. Em 2008, o Conselho de Belize para Deficientes Visuais, uma organização não governamental que presta serviços de oftalmologia em nome do Ministério da Saúde, informou que havia 1.523 cegos no país, dos quais 80 eram crianças em idade escolar. Em 2008, houve 125 novos casos de pacientes em tratamento para retinopatia diabética, o que reflete o aumento da prevalência do diabetes na população (20).

### **Fatores de risco e proteção**

#### *Tabagismo*

Em 2008, as taxas de tabagismo diário ajustadas por idade foram estimadas em 4,1% para ambos os sexos, embora a prevalência tenha sido muito maior entre os homens (7,7%) do que em mulheres (0,5%) (18). Em relatório de 2009, da CAMDI indicou que 50,6% de pessoas que se autodeclararam fumantes tinham entre 20 e 39 anos de idade (17). Em 2008, 7,7% das pessoas em idade escolar relataram ter fumado pelo menos uma vez nos 30 dias antes da pesquisa sobre fatores de risco para diabetes, hipertensão e doenças crônicas (11,7% dos homens e 4,4% das mulheres) (21).

#### *Alcoolismo*

Os dados limitados sugeriram que quase um terço da população consome álcool regularmente (17). O consumo de álcool em Belize é estimado em 8,6 litros de álcool puro por pessoa por ano, o que sugere um alto consumo de álcool no país (22). Não havia dados discriminados por sexo ou etnia.

#### *Drogas Ilícitas*

De acordo com o Decreto Presidencial sobre a Maior Circulação de Drogas Ilícitas ou os Principais Países

Produtores de Drogas Ilícitas, emitido pela Casa Branca em setembro de 2011, Belize é identificado como um dos 22 principais países de circulação de drogas ilícitas ou países produtores do mundo. No entanto, Belize não tem um escritório central que organize, compile ou coordene as informações relacionadas às drogas ilícitas.

## **POLÍTICAS DE SAÚDE, SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL**

### *POLÍTICAS DE SAÚDE*

Em 2010, o Governo lançou uma política nacional de desenvolvimento chamada “Horizonte 2030”, que incluiu uma seção dedicada à saúde da população. Durante o período em análise, o Governo desenvolveu vários planos de curto prazo relacionados com a saúde: o Plano Estratégico Nacional para Eliminação da Pobreza e o Plano de Ação de 2007, a Agenda de Saúde 2007-2011, o Plano Estratégico do Sistema Nacional de Informação em Saúde 2010-2014, a Estratégia de Promoção e Educação em Saúde 2009-2010 e o Plano de Serviços Hospitalares 2009-2011. O Ministério da Saúde tem um Plano Estratégico Nacional de médio prazo. Em 2010, o Exercício Conjunto PNUD/OPAS para Avaliação da Capacidade em Belize, intitulado “Eficácia da Ajuda”, recomendou melhorias no monitoramento, avaliação e planejamento em longo prazo na saúde. Não foram realizadas importantes iniciativas transversais para fortalecer as reformas do setor da saúde durante o período em análise.

### **O DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE**

O Programa Nacional de Seguro Saúde (NHI), que começou a operar em 2005, comprou pacotes de cuidados primários definidos de fornecedores públicos e privados. Alguns dos serviços incluídos no pacote são: consultas médicas, acompanhamento de pacientes com hipertensão arterial, diabetes mellitus, HIV/Aids e câncer; pequenas cirurgias, bem como planejamento familiar e aconselhamento. O pacote beneficiou 35% da população na zona sul da cidade de Belize e os dois distritos meridionais de Stann Creek e Toledo.

A participação simbólica nos pagamentos por serviços foi excluída em casos de representar um obstáculo ao acesso à saúde. Os demais 65% da população estavam cobertos pelo Sistema Nacional de Saúde Pública. O NHI foi financiado pela contribuição dos trabalhadores ao sistema de previdência social.

### A LEGISLAÇÃO EM SAÚDE

A Constituição de Belize não considera o acesso aos serviços de saúde como um direito. A base legal da saúde em Belize data de 1970, e se alicerça em dois atos legislativos: a Lei de Saúde Pública e a Lei das Instituições e dos Serviços de Saúde e suas leis subsidiárias. A Lei Médica de Belize, que regulamenta a prática da medicina, vem sendo revista desde 2000.

### FINANCIAMENTO E GASTOS EM SAÚDE

Em 2009, o orçamento do Ministério da Saúde foi de 3,3% do PIB.

Os recursos públicos da saúde foram alocados pelo Ministério da Fazenda (ver Tabela 3). O crescimento modesto na alocação *per capita* em saúde é parcialmente explicado por fatores como a distribuição gratuita de terapias ARV, a ampliação das redes de atenção primária e o aumento de recursos humanos e serviços. A maior parte do orçamento do Ministério da Saúde foi destinada aos salários dos trabalhadores de saúde e ao hospital de referência. Por exemplo, em 2009, o Hospital Karl Heusner Memorial recebeu 50% do orçamento da saúde (14).

Os gastos privados com saúde como proporção do gasto total com saúde diminuíram de 33% em 2006 para 29% em 2010. No entanto, o gastos diretos cresceram de 32% para 42% no mesmo período (23).

### POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS

Belize tinha um plano de recursos humanos em saúde, mas nenhuma política nesse sentido. O desenvolvimento de tal política continua a ser uma prioridade que precisa do apoio do Observatório dos Recursos Humanos em Saúde de Belize e do Sistema Nacional de Informação sobre Recursos Humanos em Saúde.

### SERVIÇOS DE SAÚDE

A rede de serviços do Ministério da Saúde estava organizada em quatro regiões de saúde parcialmente descentralizadas (Norte, Central, Oeste e Sul). Não havia pacotes de serviços definidos em nível distrital. Durante o período em análise, o país tinha 6 hospitais, 8 policlínicas, 34 centros de saúde e 38 postos de saúde. Três hospitais regionais prestam serviços de cuidados primários e secundários. Os outros três são hospitais comunitários que prestam cuidados mínimos de saúde primária e secundária. O Laboratório de Medicina Central é o laboratório nacional de referência do país de “Nível-1”, de acordo com os padrões de biossegurança exigidos. Durante todo o período analisado, as mulheres usavam os serviços de saúde mais do que os homens, sugerindo a necessidade de serviços direcio-

**TABELA 3. Orçamento total do Ministério da Saúde, como percentual do orçamento nacional, como percentual do PIB e *per capita*, Belize, 2006–2009**

Ano	Orçamento revisado do Ministério da Saúde (US\$)	% do Orçamento nacional (BZ\$)	% do PIB	<i>Per capita</i> (US\$)
2006r	30.546.450	9,2%	2,5%	114,42
2007r	37.406.959	10,7%	2,9%	138,73
2008	43.091.357	10,5%	3,2%	133,79
2009	45.269.251	10,6%	3,3%	135,61

Fonte: Referência (14).  
r =revisado.

nados para tratar de questões de saúde dos homens. Geralmente, os residentes rurais acessavam instalações de cuidados primários de saúde com mais frequência do que hospitais. Apesar de o objetivo declarado pelo Programa Nacional de Seguro Saúde ser a eliminação de barreiras ao acesso a uma gama de serviços de saúde, as desigualdades persistiram em comunidades remotas, principalmente devido a distância e outros fatores ligados ao transporte. O setor privado ofereceu serviços de saúde secundários e terciários, bem como serviços de diagnóstico e imagem (24).

### Medicamentos e Tecnologia em Saúde

Em 2010, não havia uma política nacional de medicamentos ou sistema de farmacovigilância. Os exames de qualidade dos medicamentos e testes são encaminhados para o Laboratório Caribenho para Testes e Pesquisa em Medicamentos, e o tempo de devolução dos resultados pode chegar a vários meses. A Comissão Nacional de Farmácia e Terapêuticas analisa o protocolo nacional de medicamentos a cada cinco anos. Atividades de aquisição e distribuição foram regulamentadas pela Comissão de Contrato com Preço Máximo. Em 2006, US\$ 4.118.280 foram gastos em medicamentos no setor público, em comparação com US\$ 4.837.771 em 2010. Embora não houvesse custo para os produtos farmacêuticos nos serviços de saúde, a falta de alguns medicamentos permaneceu um obstáculo. O acesso limitado a equipamentos e tecnologia foi um desafio devido às restrições orçamentais, a falta de protocolos de manutenção preventiva e falta de pessoal capacitado (14).

## GESTÃO DE CONHECIMENTO, TECNOLOGIA, INFORMAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

### PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE

Iniciativas de investigação científica não foram institucionalizadas. Geralmente, ONGs e agências internacionais iniciam e financiam projetos de pesquisa para atender a sua demanda de informações. Conhecimento sobre a situação de saúde da população foi obtido através de pesquisas e relatórios de rotina compilados pelo Sistema Nacional de Informação em Saúde. O sistema

de coleta de dados online foi lançado em 2008 e contribuiu para a riqueza dos dados atuais sobre a saúde.

### RECURSOS HUMANOS

Em 2009, havia 39,7 profissionais de saúde por 10.000 habitantes, cumprindo assim as metas estabelecidas na iniciativa de Chamada à Ação de Toronto (24). O Distrito de Belize teve a maior proporção de profissionais de saúde (57,4 por 10.000 habitantes), enquanto o distrito de Cayo teve a menor (25,7 por 10.000 habitantes). Voluntários cubanos, que compunham 3,5% dos profissionais de saúde, foram localizados principalmente em áreas rurais. A Tabela 4 mostra o número de profissionais de saúde que trabalham no país. Com relação a recursos humanos em saúde, a maior necessidade é de enfermeiros, inspetores de saúde pública, médicos e farmacêuticos. A Universidade de Belize oferece programas de capacitação para enfermeiros, parteiras, profissionais de enfermagem, enfermeiras para saúde rural, farmacêuticos, técnicos de laboratório, funcionários de saúde pública e assistentes sociais. Uma vez que Belize não dispõe de nenhuma escola médica, acesso e apoio para estudar medicina foram obtidos fora do país. A taxa de evasão para estudantes em programas de formação em saúde é de 66%, e a taxa anual de sucesso para enfermeiros no exame de certificação é de quase 50%. O programa de formação em saúde da Universidade de Belize não é credenciado (25).

## SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Cada vez mais, a ajuda oficial ao desenvolvimento em Belize tomou a forma de cooperação técnica. A Tabela

**TABELA 4. Número de profissionais de saúde, por categoria, Belize, 2006-2009**

Recursos Humanos	2006	2007	2009 <sup>a</sup>
Enfermeiros	542	618	469
Médicos	258	256	241
Farmacêuticos	123	124	112
Dentistas	32	39	12

Fonte: Referência (26).

<sup>a</sup> Dados básicos: Recursos Humanos em Saúde, Belize 2009.

5 mostra as principais fontes e a natureza da assistência externa. Outros doadores incluem o Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA), a Parceria Pan-Caribenha contra o HIV/Aids (PANCAP) e várias universidades. Foi difícil avaliar a ajuda total recebida e as contribuições individuais de cada doador, uma vez que nenhum mecanismo centralizado controlava ou monitorava a cooperação técnica e financeira externa.

## SÍNTESE E PERSPECTIVAS

O Governo, em parceria com agências internas e externas, sempre procurou mecanismos para enfrentar os desafios sociais e econômicos do país. Embo-

ra ganhos tenham sido feitos na área da saúde (por exemplo, atingindo e mantendo uma cobertura vacinal equitativa e alta em todo o país, alcançando a meta de eliminação da malária, fornecendo suplementação de micronutrientes para todas as crianças até 5 anos de idade, e ampliando a abordagem hospitalar amigável com crianças em todos os principais hospitais do país), a carga de doenças não transmissíveis e a violência entre 2006 e 2009 ameaçaram afetar esses ganhos. À luz da alta prevalência de doenças não transmissíveis e seus fatores de risco, bem como o aumento constante de atos de violência, uma abordagem multisetorial que inclui o envolvimento do setor privado se faz necessária. Devido à crescente taxa de pobreza, Belize provavelmente não alcançará o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio nº 1 (erradicar a pobreza

**TABELA 5. Doadores de cooperação externa e tipo de cooperação, Belize, 2006-2010**

Doadores Bilaterais	Natureza da cooperação
Brasil	Projeto Banco de Leite Resposta a HIV/Aids
México	Laboratório de Saúde Pública; atendimento pré-natal; vigilância epidemiológica; prestação de serviços de saúde (e.g., colposcopia, rastreamento do câncer do colo uterino e atendimento pré-natal) ao longo da fronteira entre Belize e o México.
Taiwan	Capacitação em Medicina de Emergência; tratamento do câncer; controle de infecções; radiologia; gerenciamento de dores agudas e gestão da saúde
Japão (através da Agência Japonesa de Cooperação Internacional [JICA])	Capacitação em gestão de enfermagem; controle e prevenção de infecções hospitalares; diagnóstico, prevenção e controle do HIV/Aids; e gestão hospitalar.
Cuba	Capacitação de graduandos em medicina; fornecimento de pessoal de saúde (115 profissionais da brigada médica cubana estão atualmente atuando em Belize)
Nigéria	Capacitação de graduandos em medicina; fornecimento de pessoal de saúde (22 profissionais de saúde nigerianos estão atualmente atuando em Belize)
Venezuela	Saúde ocular ("Operação Milagre")
Doadores sub-regionais	
Sistema de Integração da América Central (SICA); Conselho dos Ministros da Saúde da América Central e da República Dominicana (COMISCA); Reunião dos Ministros da Saúde da Região da América Central e República Dominicana (RESSCAD)	Projetos sub-regionais em Saúde voltados ao fortalecimento do sistema de vigilância sanitária, construção da capacidade humana e outros projetos na área de Saúde.
Comunidade Caribenha (CARICOM), Conselho de Desenvolvimento Humano e Social (COHSOD)	Credenciamento de profissões ligadas à Saúde
Instituto de Nutrição da América Central e do Panamá (INCAP)	Segurança alimentar e nutricional
Fonte: Referência (27).	

extrema e a fome). Embora uma série de intervenções focadas na redução da pobreza tenham sido realizadas nos bairros mais pobres do país, as desigualdades em saúde persistem, particularmente entre a população maia. Um desafio fundamental é acelerar os esforços destinados a reduzir a mortalidade infantil de modo a alcançar o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio nº 4 (reduzir em dois terços a mortalidade em crianças até 5 anos de idade). A fim de melhorar a equidade e assegurar uma saúde melhor para todos, o sistema de informações em saúde do país deve ser ampliado para incluir a coleta sistemática de dados para monitoramento das desigualdades, especialmente entre as várias etnias e por gênero do país. Esse sistema também deve ser reavaliado de forma a garantir a integridade das estatísticas, incluindo a precisão, comparabilidade, coerência, integralidade e transparência dos dados. Intervenções direcionadas devem ser consideradas com vistas a reduzir a taxa de evasão de estudantes (66%) dos programas de formação em saúde e aumentar a taxa de aprovação (cerca de 50%) de enfermeiros no exame de certificação. Os esforços devem ser redobrados para cumprir o compromisso de implementar plenamente o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) antes do fim de 2012.

## BIBLIOGRAFIA

1. Statistical Institute of Belize. 2010 Population and Housing Census. Belmopan: Statistical Institute of Belize; 2010.
2. Halcrow Group Limited; The Belize National Assessment Team. Belize Country Poverty Assessment 2009. Belmopan: Halcrow Group Limited; The Belize National Assessment Team; 2010.
3. Statistical Institute of Belize; United Nations Children's Fund. Monitoring the Situation of Children and Women: Multiple Indicator Cluster Survey 2006. Belmopan: Statistical Institute of Belize; New York: UNICEF; 2006.
4. United Nations Development Program. Belize MDG Scorecard and Outlook Report, 2010: Millennium Development Goals. Belmopan: UNDP; 2010.
5. Health Age International. The Feasibility of a Universal Pension. London: Health Age International; 2011.
6. Roches A. Solid Waste Management in Belize (PowerPoint presentation). Belmopan: Department of the Environment; 2006.
7. Pan American Health Organization/World Health Organization. Belize Country Cooperation Strategy 2008–2011. Washington, DC: PAHO; 2009.
8. Belize, Ministry of Health; Pan American Health Organization. The Belize Health Workforce Strategic Plan 2010–2014. Belize: Ministry of Health; Washington, DC: PAHO; 2010.
9. Belize, Ministry of Health; Pan American Health Organization. Estimation of the Economic Impact of Road Traffic Injuries in Belize. Belmopan: Ministry of Health; Washington, DC: PAHO; 2010.
10. 7 News Belize. Belize Murder Rate Among World's Highest [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.7newsbelize.com/printstory.php?func=print&nid=18620> Acessado em 31 de agosto de 2011.
11. Belize, Ministry of Health. Health Statistics of Belize 2005–2009. Belmopan: Ministry of Health; 2010.
12. National Emergency Management Organization. Damage Assessment and Needs Analysis. Hurricane Richard. Initial Assessment Report, Belize, Central America. Belmopan: NEMO; 2010.
13. Vanzie E. Assessment of the Impact of Climate Change on Belize's Health Sector: Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever. Belmopan: Ministry of Health; 2008.

14. Belize, Ministry of Health, Epidemiology Unit. Belmopan: Ministry of Health; 2010.
15. Pan American Health Organization. PAHO Mortality Database. Health Indicators by Countries and Years (interactive data tables) [Internet]. Disponível em: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=2391&Itemid=2392/](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=2391&Itemid=2392/) Acessado em 21 de julho de 2011.
16. Pan American Health Organization. Health Situation in the Americas. Basic Indicators 2010. Washington, DC: PAHO; 2010.
17. Pan American Health Organization. The Central American Diabetes Initiative: Survey of Diabetes, Hypertension, and Chronic Disease Risk Factors: Belize. Washington, DC: PAHO; 2006.
18. World Health Organization. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. Geneva: WHO; 2011.
19. Belize, Ministry of Health; World Health Organization. WHO-AIMS Report on Mental Health System in Belize. Geneva: WHO; Belmopan: Ministry of Health; 2009.
20. Belize, Ministry of Health; Pan American Health Organization. National Eye Health Plan for Belize 2010–2014. Belize: Ministry of Health; Washington, DC: PAHO; 2010.
21. Belize, Ministry of Health; U.S. Centers for Disease Control and Prevention; Pan American Health Organization. Global Youth Tobacco Survey Amongst School Children Ages 13–15. Belmopan: Ministry of Health; Atlanta: CDC; Washington, DC: OPS; 2008.
22. Caribbean Community. Strategic Plan of Action for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases for Countries of the Caribbean Community 2011–2015. CARICOM; 2011.
23. World Health Organization. National Health Accounts: Belize. Geneva: WHO; 2010.
24. Pan American Health Organization. Health Systems Profile Belize: Monitoring and Analyzing Health Systems Change/Reform. Washington, DC: PAHO; 2009.
25. Pan American Health Organization. Baseline Indicators: Tracking Regional Goals for Human Resources for Health. Washington, DC: PAHO; 2009.
26. Belize Medical and Dental Council; Belize Nurses and Midwives Council; The Pharmacists Board. Belmopan; 2007–2009.
27. Belize, Ministry of Health, International Cooperation Officer. Belmopan: Ministry of Health; 2011.