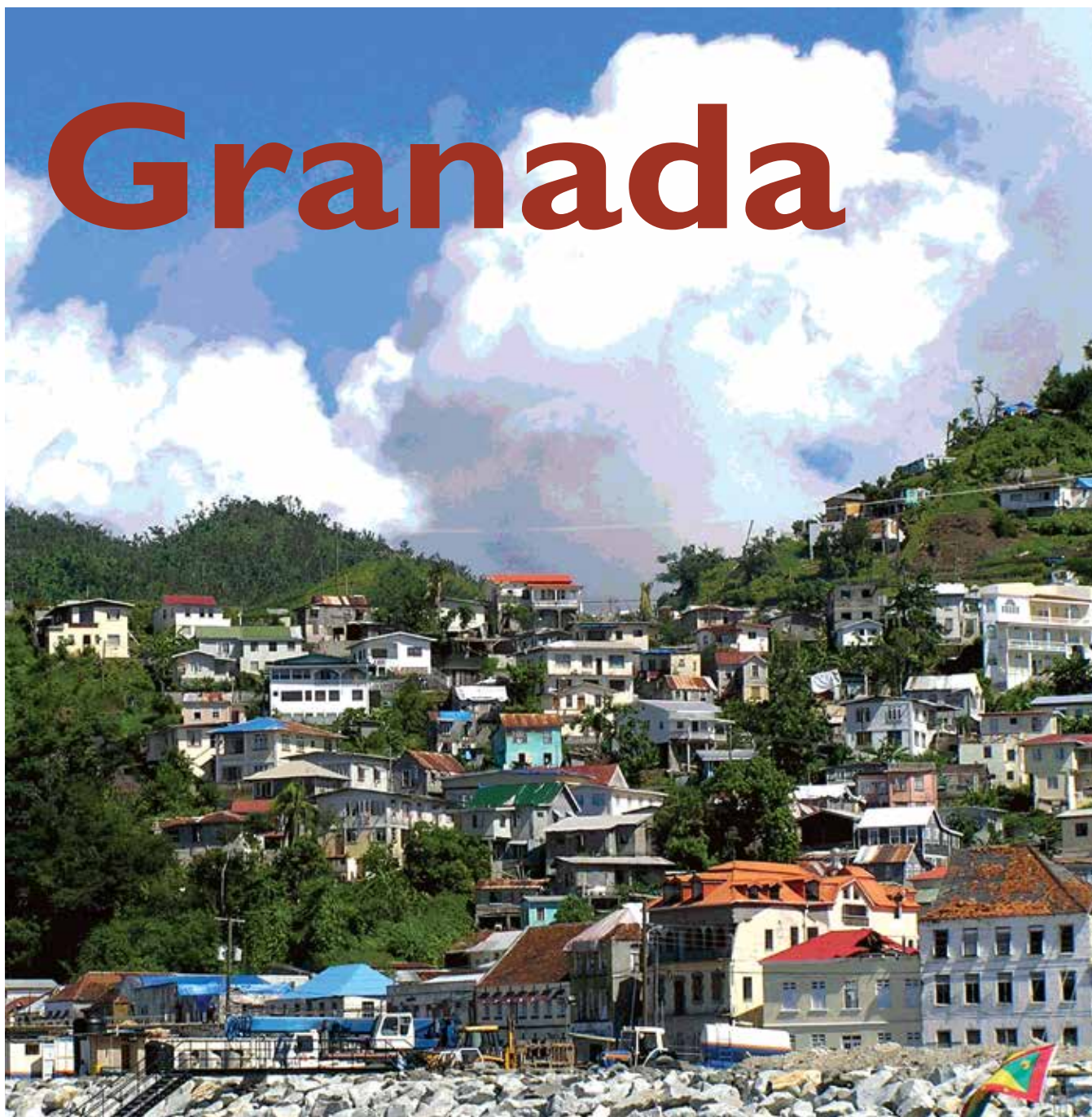


Granada

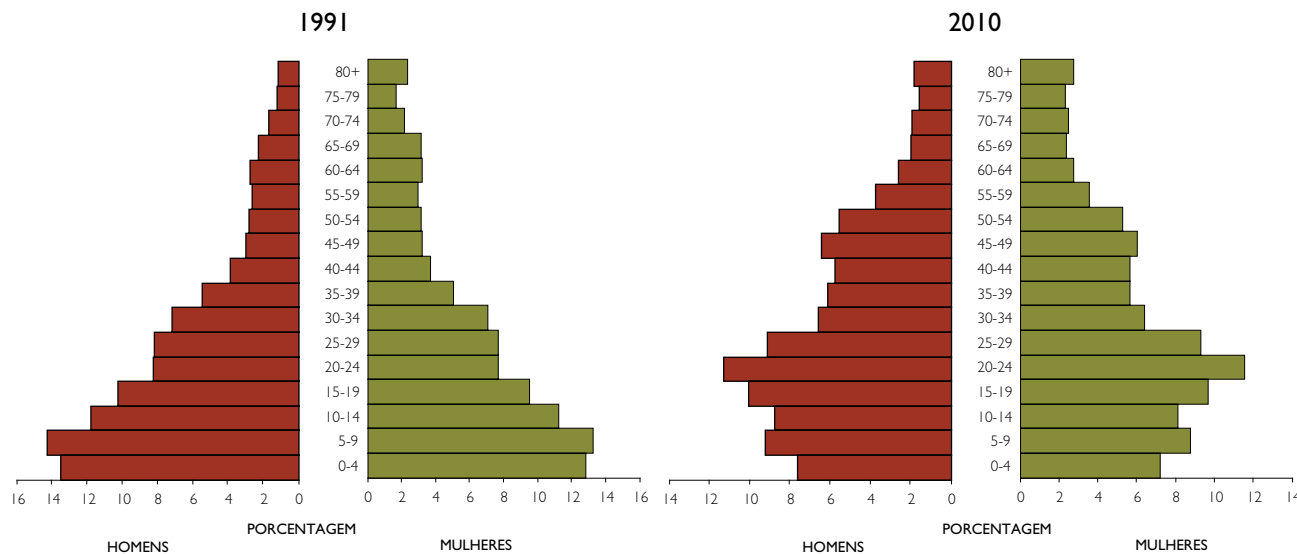


INTRODUÇÃO

Granada é um país tri-insular que inclui a ilha de Granada e suas dependências, Carriacou e Petit Martinique, bem como várias ilhotas em grande parte desabitadas. São as ilhas do Barlavento mais meridionais do Caribe, localizadas a cerca de 160 km ao norte da Venezuela e 145 km a sudoeste de Barbados. Granada, a maior ilha, se estende por 344 km² e tem uma

paisagem montanhosa e vegetação frondosa devido à sua origem vulcânica. St. George's, sua capital, está localizada no sudoeste da ilha de Granada. Granada tem um aeroporto internacional e Carriacou, um pequeno aeroporto. Petit Martinique e as ilhas menores são acessíveis por mar.

O Governo de Granada é uma democracia parlamentar estável baseada no modelo britânico. As últimas eleições aconteceram em 2008 e as próximas estão

FIGURA 1. Estrutura da população por idade e sexo^a, Granada, 1991 e 2010

Fonte: Ministério da Saúde de Granada.

^a O percentual de cada faixa etária representa sua proporção do total para cada sexo.

previstas para 2013. Os granadinos são predominantemente cristãos, com sua maioria Católica Romana. A língua oficial é o inglês.

Em 2001, a população do país era de 103.137. Em 2006, a população era estimada em 105.735 habitantes, com 52.080 homens (49,3%) e 53.655 mulheres (50,7%). Em 2010, a população era estimada em 111.764 habitantes, com 55.748 homens (49,8%) e 56.016 mulheres (50,2%). Em 2010, 29,3% da população vivia em áreas urbanas (1). A Figura 1 mostra a distribuição da população de Granada por faixa etária e sexo.

O total de nascimentos diminuiu 7,9% entre 2006 e 2010. A taxa total de fertilidade por mulher manteve-se relativamente constante em dois filhos por mulher, embora tenha havido uma queda na fertilidade geral (Tabela 1). A expectativa de vida ao nascer era de 73 anos entre 2003-2005, caindo para 70 anos em 2009, com expectativa maior para as mulheres (73 anos) em relação aos homens (68 anos). A taxa de crescimento natural da população por 1.000 habitantes encolheu de 10,4 em 2006 para 8,2 em 2010 (2). A taxa bruta de mortalidade por 1.000 habitantes em 2006 foi de 7,2 e 7,0 em 2010 (3). A proporção de dependentes (pessoas menores de 15 anos ou maiores de 64 anos) para a população ativa (entre os 15 e os 64

anos de idade) foi de 58 por 100 habitantes em idade ativa em 2006 e 53 em 2010 (4).

A economia de Granada é pequena, aberta e depende muito do turismo, das remessas do exterior, da

TABELA 1. Indicadores demográficos selecionados, Granada, 2006–2010

Indicador	2006	2007	2008	2009	2010
Total de nascimentos	1.884	1.807	1.806	1.822	1.760
Nascidos vivos	1.855	1.794	1.774	1.795	1.735
Taxa de natalidade (por 1.000 habitantes)	17,7	17,0	16,5	16,7	15,5
Partos em adolescentes (percentual)	15,9	14,0	14,6	12,4	14,0
Taxa de fertilidade (por 10.000 habitantes)	71,9	69,0	67,0	68,3	56,2
Taxa de fertilidade por mulher	2,1	2,0	2,0	1,9	2,2
Total de mortes	797	748	858	792	834
Taxa de mortalidade bruta (por 1.000 habitantes)	7,2	7,0	7,8	7,3	7,0
Taxa de crescimento natural (por 1.000 habitantes)	10,4	10,0	8,6	9,5	8,2

Fonte: Referência (2).

ajuda externa e das exportações de cacau, noz-moscada e outras especiarias. É o segundo maior produtor de noz-moscada do mundo. Nos últimos anos, a economia tem se beneficiado da fabricação de produtos de papel e componentes eletrônicos, serviços financeiros offshore e comercialização direta.

O país registrou um crescimento econômico positivo de 1,3% em 2006, mas em 2009, a economia apresentou um crescimento negativo (-7,7%). Embora o índice de crescimento tenha melhorado em 2010, ele permaneceu negativo (-1,3%). Essa contração deve-se aos efeitos da crise econômica global, que afetou setores como os setores locais de seguro e bancários, causando o colapso de várias instituições financeiras no país. O declínio também prejudicou o setor da construção (52,4%), extração de minérios (29,9%), hotéis e restaurantes (20,8%) e comércio atacadista e varejista (17,9%). O PIB a preços constantes de 2009 foi de US\$ 593,7 milhões. O saldo global da balança de pagamentos melhorou de um déficit de 4,0% do PIB em 2006 para um superávit de 4,2% em 2009 (3).

A atividade turística oscilou entre 2006 e 2010. A chegada de visitantes em navios de cruzeiro aumentou após o furacão Ivan em 2004, de modo que, em 2007, as receitas do turismo foram de US\$ 106,7 milhões, valor que caiu para US\$ 92,1 milhões em 2010. Em 2010, a indústria manufatureira aumentou em 35%; o setor agrícola cresceu 9,3% no mesmo ano, principalmente por meio da pesca e da produção de frutas e hortaliças (Granada, Ministério da Educação, 2010) (5). Em 2007, as remessas representaram 30,7% de toda a renda no quintil mais baixo e 12,0% da renda familiar total (6). Entre 2000 e 2010, as remessas cresceram de 27,4 milhões para US\$ 28,4 milhões. (3).

A despesa pública durante o período em análise teve como principal motivo ajudar a população a retornar às condições normais de vida e evitar um aumento da pobreza após a devastação causada por furacões em 2004-2005, as quais danificaram ou destruíram 90% dos edifícios e devastaram estradas e outras obras de infraestrutura. A dívida externa total em 2010 foi de US\$ 666,6 milhões. Nesse período, Granada se beneficiou da ajuda externa, e em 2008-2009, recebeu doações que totalizaram US\$ 27,78 milhões (5). A renda *per capita* anual caiu de US\$ 5.560 em 2006 para US\$ 5.392 em 2009 (3), com consequências nas condições de vida e estado de saúde de muitas famílias.

Granada tem feito avanços no sentido de alcançar o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio nº 4 (reduzir em dois terços a taxa de mortalidade infantil em crianças menores de 5 anos entre 1990 e 2015). O país manteve 100% de cobertura de vacinação contra doenças imunopreveníveis em crianças com idade inferior a 1 ano, e não teve casos notificados de sarampo entre 1991 e 2010. A taxa de mortalidade infantil em 1990 foi de 17 por 1.000 nascidos vivos, mas tem diminuído de forma constante: em 2006, a taxa foi de 14,1, em 2007, foi de 12,3, e em 2008 foi de 11,3. Em 2009 e 2010, as taxas foram de 12,3 e 12,1, respectivamente. Isso representa uma diminuição de 29,5% entre 1990 e 2010. A taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade despencou de 21 por 1.000 nascidos vivos em 1990 para 11 em 2010, representando uma diminuição de 52,3% nos últimos 20 anos.

DETERMINANTES E DESIGUALDADES EM SAÚDE

Granada realizou uma avaliação da pobreza no país (CPA) em 2007/2008. A pesquisa apontou um aumento de 5,6% na proporção de pobres em relação a 1998, mas houve um declínio acentuado nos pobres indigentes de 12,9% em 1998 para 2,4% em 2008 (Tabela 2). De acordo com o CPA, a linha de pobreza para Granada em 2008 foi de US\$ 2.164 por adulto por ano, e a linha de pobreza extrema era de US\$ 887. A linha de vulnerabilidade foi estimada em 25% acima da linha de pobreza (US\$ 2.704 por adulto por ano). Os homens eram mais propensos a serem pobres (39,5%) do que as mulheres (36,2%), embora o desemprego fosse maior entre as mulheres (31,8%) do que para os homens (17,9%) (6).

TABELA 2. Indicadores de pobreza, Granada, 1998 e 2008

Indicador	1998	2008
Percentual de pobres indigentes	12,9	2,4
Percentual de pobres	32,1	37,7
Percentual de população vulnerável	ND	14,6
Coefficiente de Gini	0,45	0,37

Fonte: Referência (6).
ND = Dados não disponíveis

A análise da CPA por comunidade mostrou que as maiores incidências de pobreza estavam em duas comunidades adjacentes no norte da ilha: St. Patrick's (56,7%) e St. Marks (54,5%). A menor incidência de pobreza (6,5%) foi registrada em Carriacou, onde a maioria das pessoas trabalha por conta própria em atividades marítimas. A CPA também mostrou que, em famílias de casais casados, as chances de a família enfrentar a pobreza caíam 67%. Quando o chefe da família tinha o ensino médio, as chances de enfrentar a pobreza eram reduzidas em 43%. O tamanho médio das famílias pobres era de cinco pessoas, acima da média nacional (três pessoas) (6).

A maioria dos empregados trabalhava em serviços e vendas (22,8%), seguidos de artes e ofícios afins (20%) e ocupações elementares (13,2%), incluindo ajuda doméstica, outros trabalhos e vendedores de rua (6). A CPA apontou uma taxa nacional de desemprego de 24,9% (34,9% entre os pobres), com jovens entre 15 e 24 anos respondendo por 42,0% de todos os desempregados em Granada. Um número significativo de pessoas dessa última faixa etária era empregado na construção civil e perderam seu emprego com o declínio dramático no setor. Houve, de fato, uma queda de 52,4% na atividade de construção civil entre janeiro e setembro de 2009, que prosseguiu em 2010 (5). Com efeito, o governo estimou uma taxa de desemprego de 30,7% para 2010 (7). O desemprego elevado, aliado ao fato de que 54,7% da população eram vulneráveis a quaisquer choques iminentes, teve implicações para as famílias, especialmente no seu estado de saúde.

O parque habitacional em Granada melhorou muito durante o período em análise. Devido à devastação da grande maioria das casas durante os furacões Ivan, em 2004, e Emily, em 2005, a Agência de Granada para a Reconstrução e Desenvolvimento e vários países doadores prestaram assistência a proprietários de imóveis para reconstruírem ou reformarem suas casas. Somente em 2006, 500 casas foram construídas, 300 foram reformadas, e 10.000 famílias receberam apoio financeiro para conseguir moradia. Até o final de 2010, mais de US\$ 110 milhões tinham sido gastos com habitação (7).

A premissa principal da política de educação de Granada é que cada indivíduo tem o direito à aprendizagem ao longo da vida. Em 2009, o gasto com educa-

ção como proporção do PIB foi de 5,53% (subindo de 4,63% em 2008), e representou 16,9% do orçamento total (8). O número de matrículas em pré-escolas públicas em 2008-2009 foi de 2.423, com uma proporção igual entre meninos e meninas. O ensino primário em Granada é universal e a taxa de matrículas foi de 93,8% para o grupo etário de 5-9 anos e 97,2% para a faixa etária 10-14 anos. A escolarização líquida foi levemente maior para as meninas. Aproximadamente 16,5% dos alunos do ensino fundamental estavam ausentes da escola pelo menos um dia a cada semana. As matrículas no ensino secundário em 2008-2009 eram de 10.181, sendo que 51% dos estudantes eram meninas (8). O Governo deu apoio às crianças carentes por meio de programas de alimentação escolar, transporte e fornecimento de livros e uniformes (8).

Há três instituições de ensino superior na ilha: a Universidade de St. George, a Universidade das Índias Ocidentais – Campus Aberto, e a Universidade Comunitária de T.A. Marryshow. Em 2008-2009, havia 7.868 estudantes, incluindo estrangeiros, matriculados nessas três instituições (8).

O aumento do investimento em educação é um bom presságio para o bem-estar da população no futuro. Com alguns esforços, Granada poderá alcançar o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio nº 2 (educação primária universal até 2015).

Granada é comprometida com a preservação dos direitos humanos e a proteção das mulheres contra todas as formas de violência. O país é signatário de convenções e acordos regionais e internacionais, incluindo a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW, 1990), a Declaração e a Plataforma de Ação de Pequim de 1995 e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994). O país criou a Unidade de Violência Doméstica no âmbito do Ministério do Desenvolvimento Social em 2003, como uma forma de combater a crescente incidência da violência doméstica em Granada. O trabalho da Unidade foi reforçado pela legislação nacional, incluindo a Lei de Violência Doméstica (2010), o Código Penal (Volume 1 das Leis revisadas de Granada) e a Lei de Proteção e Adoção da Criança (2010) (9). Os resultados da Pesquisa de Indicadores Principais de Bem-Estar de 2005, a última realizada, mostraram

uma taxa de alfabetização em adultos de 97,0% para homens e mulheres (10).

De acordo com a Avaliação da Pobreza no país, o percentual de mulheres que têm seu primeiro filho na adolescência caiu quando as condições sociais e econômicas melhoraram: 57,8% das mulheres no quintil mais baixo relataram ter seu primeiro bebê entre 15 e 19 anos de idade, enquanto 25% no quintil mais alto informaram o mesmo (6). Independentemente disso, esses números revelam que ainda há necessidade de avançar na solução de problemas como o abuso sexual de mulheres jovens.

MEIO AMBIENTE E SEGURANÇA HUMANA

ACESSO À ÁGUA POTÁVEL E SANEAMENTO

O acesso da população à água potável em 2010 foi de 98%, sendo 95% com água encanada em casa e 3% canalizada para o quintal. A proporção da população que continua usando fontanários foi de 2% (11). A rede pública de esgoto estava disponível para 8,2% da população, 53,1% tinham acesso às fossas sépticas, 36,3% usavam latrinas e 2,4% não tinham acesso a qualquer instalação de eliminação de excretas. Entre os pobres, 66,6% utilizavam fossas sépticas.

Havia inspeções domiciliares para o saneamento ambiental e presença de mosquitos, mas o pessoal era inadequado para monitorar todas as questões de saúde pública. O índice infestação domiciliar por mosquitos variou de 14,6 em 2008 a 13,9 em 2010. O índice de Breteau foi de 17,7 em 2008 e 14,7 em 2010, e o índice de positividade de caixas d'água foi de 23 em 2008, 18 em 2009 e 21 em 2010 (11).

RESÍDUOS SÓLIDOS

O serviço de coleta de lixo estava disponível para 98% dos domicílios. O serviço de coleta do Governo continuou a beneficiar 87% das famílias; 2% dos domicílios contavam com queimadas e despejo bruto, enquanto 11% recorreram a empresas privadas de coleta de resíduos. A coleta de lixo comercial foi realizada por meio de contratos com empresas privadas (11).

AMBIENTE DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES

A Lei da Fábrica (nº 22) de 1973 é a única legislação que trata da saúde e segurança ocupacional. A legislação é obsoleta e um novo marco político deve ser estabelecido e a legislação revisada. Embora saúde e segurança ocupacional permaneceu um tema de preocupação, a ausência de um programa formalizado dentro de uma estrutura institucional impede o progresso nessa área (11). O Sistema Nacional de Seguro de Granada indenizou 2.374 reclamações relacionadas a acidentes ocupacionais durante o período 2006-2010, com taxa de traumatismos de 17% das reclamações (12).

SEGURANÇA NO TRÂNSITO

Não havia um programa de segurança no trânsito organizado no âmbito do Ministério da Saúde. Foram promulgadas leis que proíbem a condução sem cinto de segurança e uso de motocicletas sem capacete. A lei do cinto de segurança foi aprovada em 2005, e a legislação sobre o uso de capacetes foi revista nos anos 1990. Um total de 12.593 acidentes de trânsito foi notificado durante o período (1.935 em 2006 e 3.600 em 2010).

Estima-se que o número de veículos no país aumentou em pelo menos 30.000 entre 2006 e 2010 (13). Os veículos são inspecionados anualmente para assegurar sua trafegabilidade, e uma licença de veículo é emitida com base num seguro válido para o veículo. Carteiras de motorista são renovadas anualmente. O Departamento da Polícia Real de Granada auxilia na organização do tráfego em cruzamentos movimentados em que não há semáforos. Dicas de segurança rodoviária e debates foram ao ar no rádio e na televisão, e a polícia e educadores em saúde incluíram a segurança no trânsito como tema nas escolas e programas de sensibilização da comunidade. O Departamento da Polícia Real de Granada realizou também a Semana da Segurança no Trânsito cada mês de dezembro.

VIOLÊNCIA

Dados oriundos dos registros policiais indicam um aumento na incidência de crimes durante 2006-2010. As categorias de crimes violentos são mostradas na Tabela

3. Dos 56 homicídios cometidos entre 2006 e 2010, 12 vítimas (21%) eram mulheres. As mulheres cometeram três homicídios (5%). As vítimas de atentado violento ao pudor, estupro e incesto eram presumidamente em mulheres, uma vez que esses crimes não costumam ser notificados pelos homens. Em 2009, 233 incidentes de violência doméstica foram denunciados à polícia (13) e 131 foram notificados ao Ministério do Desenvolvimento Social (9). Embora esses números possam incluir alguns relatos duplicados, sabe-se que muitos incidentes de crimes não são notificados.

DESASTRES NATURAIS

Desde os furacões Ivan, em 2004, e Emily, em 2005, o país não experimentou outro desastre natural. Nos anos seguintes, a capacidade de resposta a desastres foi fortalecida pela atualização do Plano de Nacional de Catástrofes e o estabelecimento de um termo de entendimento sobre resposta a desastres com a participação dos atores de ambos os setores, público e privado. Foram realizadas consultas com todos os participantes do setor de saúde, e profissionais de saúde receberam formação na gestão de acidentes de massa e em cuidados e tratamento de emergência. O Hospital Geral aplicou o Índice de Segurança Hospitalar da OPAS/OMS e desenvolveu um plano para melhorar a sua segurança. Dois hospitais comunitários e os principais centros de saúde e postos médicos também realizaram avaliações de vulnerabilidade. A ferramenta de autoavaliação do setor da saúde foi aplicada para identificar lacunas de preparação para desastres e ações corretivas estão em andamento para resolvê-las (2).

TABELA 3. Tipos de crimes relatados, Granada, 2006–2010

Tipo de crime	2006	2007	2008	2009	2010
Homicídio	12	11	16	7	10
Lesões	217	213	230	207	213
Atentado violento ao pudor	42	61	83	87	77
Estupro	22	30	31	57	32
Incesto	2	7	5	10	2
Defloramento de mulheres	32	55	48	59	36

Fonte: Referência (13).

MUDANÇAS CLIMÁTICAS

O Governo de Granada estabeleceu um Plano de Ação Nacional do Meio Ambiente e instituiu um marco legislativo e político para a gestão de riscos ambientais. O Plano de Ação descreveu estratégias para lidar com a erosão do solo, a erosão costeira e das praias, a gestão de resíduos, a poluição, a sedimentação das águas costeiras e fluviais, proteção das florestas e da terra e a potencial perda de habitat e da biodiversidade a ela associada. Granada enfrenta o grande desafio de preparar os componentes de sua infraestrutura para enfrentar o aumento do nível do mar em Carriacou, Petit Martinique, bem como em algumas partes da Granada. Granada começou a eliminar gradativamente as importações de clorofluorcarbonos em 2006 (14).

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Os custos dos alimentos importados aumentaram consideravelmente durante o período em análise, em grande parte devido à inflação. Em 2006, os gastos com importações de alimentos foram de US\$ 47,86 milhões, valor que subiu para US\$ 58,66 milhões até 2009, dentre os quais US\$ 38 milhões foram gastos em aves e produtos de carne (5). O Governo trabalhou com instituições e pessoas vulneráveis (principalmente de famílias chefiadas por mulheres) em 2008–2010 para promover uma agricultura de subsistência. Cerca de 3.000 pessoas receberam material de plantio, frangos de corte, pequenos ruminantes, insumos agrícolas e ferramentas de jardinagem. O Governo prestou apoio técnico para controle de pragas e doenças e manejo da cultura (15).

CONDIÇÕES E TENDÊNCIAS DA SAÚDE

PROBLEMAS DE SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO

Saúde materna e reprodutiva

Todos os centros de saúde e postos médicos em Granada prestam cuidados de saúde materna e reprodutiva. Houve 9.054 nascidos vivos no período 2006–2010, e 99% deles ocorreram em hospitais e centros de parto em todo o país. Profissionais de

saúde treinados participaram de todos os partos. Em 2009, houve 144 partos cesarianos, o que representa 8% dos nascimentos naquele ano. Um total de 6.096 mulheres realizou consultas pré-natais em clínicas entre 2006 e 2009; 25 dessas mulheres tinham menos de 15 anos de idade. A vacina antitetânica foi administrada em 1.509 mulheres durante a assistência pré-natal; 371 gestantes foram diagnosticadas anêmicas (hemoglobina abaixo de 10 g/dl); 19 tiveram resultado positivo nos testes de sífilis, e dos 1.375 exames de Papanicolau realizados, houve 7 resultados anormais. Ocorreram 5.441 consultas pós-natais em clínicas e em domicílio durante o período 2006-2009. As mulheres solicitaram com mais frequência anticoncepcionais injetáveis (159 mulheres em 2008 e 387 em 2009) (16).

Crianças (menores de 5 anos)

Em 2010, havia 8.285 pessoas menores de 5 anos (7,4% da população); 1.623 (19,5) eram menores de 1 ano e 6.662 (80,5%) estavam no grupo 1-4-anos. Um total de 4.274 crianças menores de 1 ano de idade estava matriculado em clínicas de saúde da criança durante o período 2008-2010. Dessas, 62,5% foram levadas para clínicas antes de completarem 6 semanas de idade. O percentual de crianças com aleitamento materno exclusivo por pelo menos três meses permaneceu em 35%, embora a maioria das crianças tenha sido amamentada. Trinta por cento das crianças apresentaram sobrepeso, 63% estavam moderadamente acima do peso e 7% estavam moderadamente desnutridas. Em 2009, a cobertura com DPT-3 foi de 99,4% e cobertura com sarampo e MMR foi de 100%. Em 2010, 21 crianças menores de 1 ano de idade morreram, 18 dessas mortes (85,7%) foram atribuídas a doenças originadas no período perinatal.

As mães de Granada continuaram a levar seus filhos para clínicas de saúde até a idade de 5 anos. Havia 20.303 consultas clínicas de crianças na faixa etária varia de 1-4 anos entre 2007 e 2009; 171 dessas crianças tinham peso anormal para a idade (16). As principais morbidades no grupo de menores de 5 anos eram infecções respiratórias agudas, doenças de pele e doenças diarreicas. O número de crianças encaminhadas para atendimento especializado para

essas condições aumentou de 49 em 2008 para 232 em 2009 (16). Houve 22 mortes na faixa etária de 1-4 anos durante o período 2006-2010 (4 cada em 2006, 2007, 2009 e 2010, e 6 em 2008). As quatro mortes em 2010 foram de meninos: um morreu de neoplasia, um por causas externas e dois por causas mal definidas (2).

Crianças e adolescentes (5–19 anos de idade)

Em 2010, 30.601 pessoas (27,3% da população) tinham entre 5 e 19 anos de idade; 19.296 (63,0%) estavam na faixa etária 5-14 anos e 11.305 (37,0%) estavam na idade 15-19 anos (5.748 homens e 5.557 mulheres) (1). Em 2010, aproximadamente 74,0% das crianças receberam vacinas de reforço ao ingressarem na escola primária, um aumento de 14% em relação a 2008 (16). Para 2008-2009, a principal causa de morbidade identificada nesse grupo etário foram acidentes e lesões (4.704 casos). Os acidentes de trânsito responderam por 122 lesões, acidentes domésticos por 1.169 e os não especificados de causas externas, por 3.413. As outras causas de morbidade são infecções do trato respiratório (2.837 casos), problemas de pele (1.865 casos) e problemas oculares (414 casos) (16). Houve 12 mortes nessa faixa etária (9 meninos e 3 meninas), e duas mortes foram causadas por neoplasias (2).

Adultos (20–59 anos de idade)

Pessoas entre 20 e 59 anos representaram 54% (60.379) da população em 2010. Havia 32.397 homens (53,6%) e 27.982 mulheres (46,4%) (1). Havia 28.843 adultos e idosos que foram atendidos em centros comunitários de saúde para condições específicas durante 2008 e 2009. Nesse grupo, as condições mais comumente diagnosticadas foram hipertensão arterial, diabetes e infecções das vias respiratórias superiores. Mais de 90% das pessoas que sofriam com essas doenças tinham mais de 40 anos de idade. Diabetes afetaram 9,4% dos adultos acima de 20 anos, enquanto a hipertensão arterial afetou 7,25% (2). As mortes na faixa etária 20-59 anos de idade eram causadas principalmente por doenças do sistema circulatório (30,7%) e neoplasias (25,9%); “todas as outras causas” responderam por 24,2% das mortes (2).

Idosos (60 anos de idade ou mais)

As pessoas da faixa etária de 60 anos ou mais representaram 11,3% da população (12.526 pessoas) em 2010, um aumento de 4,8% em relação à proporção desse grupo etário, em 2006. As mulheres representaram 56,2% dessa faixa etária (7.038) e os homens 43,8% (5.488) (1). Granada tem 12 casas geriátricas, que abrigam mais de 350 pessoas. Quatro são de propriedade do governo, cinco são subsidiadas pelo governo e três são de propriedade privada. O programa de cuidadores comunitários, que atende as necessidades dos idosos, é de responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social. Com base nas visitas efetuadas a centros de saúde, as principais morbidades dos idosos foram: hipertensão arterial (48,7%), diabetes (27,0%), acidentes e ferimentos domésticos (7,0%) e infecções das vias respiratórias superiores (6,6%) (16). As causas mais comuns de morte nessa faixa etária foram doenças do sistema circulatório, neoplasias e outras doenças não transmissíveis.

A Família

A saúde da família continuou a melhorar em Granada. Mais de quatro quintos das famílias (83,2%) são proprietárias de suas casas, com ou sem hipoteca, e 90% tinham energia elétrica. A água encanada para as casas passou de 66,2% em 2008 para 95% em 2010. Havia mais famílias chefiadas por homens (53%) do que por mulheres (47%) (6).

MORTALIDADE

Houve 3.167 mortes durante o período de 2006-2009, dentre as quais 52,9% eram homens e 47,6% mulheres. A taxa de mortalidade geral, conforme informações do Ministério da Saúde em 2009, foi de 7,46 por 1.000. A tendência de existirem mais mortes de sexo em homens do que em mulheres continuou em 2009, com uma taxa de mortalidade por 1.000 de 7,3 para homens em relação a 6,8 por 1.000 para mulheres (2). A taxa bruta de mortalidade foi de 7,2 em 2006 e 7,0

TABELA 4: As 10 principais causas de morte (total e percentual), por categoria, Granada, 2006 e 2010

Causa	2006			Causa	2010		
	Posição	Total	Percentual		Posição	Total	Percentual
Neoplasias malignas	1	159	20,0	Neoplasias malignas	1	164	19,8
Doenças cerebrovasculares	2	92	11,5	Doenças metabólicas e endócrinas	2	109	13,2
Doenças da circulação pulmonar e outras formas de doenças do coração	3	84	10,5	Doenças isquêmicas do coração	3	84	10,1
Doenças metabólicas e endócrinas	4	66	8,3	Doenças cerebrovasculares	4	79	9,5
Doenças isquêmicas do coração	5	62	7,8	Doenças da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração	5	72	8,7
Causas externas de morbidade e mortalidade	6	52	6,5	Doenças do sistema respiratório	6	70	8,5
Doenças do sistema respiratório	7	44	5,5	Doenças hipertensivas	7	43	5,2
Doenças do sistema digestivo	8	24	3,1	Causas externas de morbidade e mortalidade	8	41	5,0
Doenças do aparelho geniturinário	9	21	2,6	Doenças do sistema digestivo	9	28	3,4
Algumas afecções originadas no período perinatal	10	16	2,0	Doenças do aparelho geniturinário	10	18	2,2
Total		620	77,8	Total		708	85,6

Fonte: Referência (2).

em 2009. A taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos caiu de 14,0 (26 óbitos) em 2006 para 12,1 (21 mortes) em 2010. Houve uma morte materna durante o período de 2006-2010, que foi atribuída à coagulação intravascular disseminada, como o resultado de uma anemia aguda (2).

As 10 principais causas de mortalidade em Granada entre 2007 e 2009 foram devidas a doenças não transmissíveis (Tabela 4).

As neoplasias malignas foram a principal causa de morte para ambos os sexos em 2007, 2008 e 2009. Em 2009, as neoplasias malignas foram responsáveis por 19,6% de todas as mortes de ambos os sexos (56% dos homens e 44% de mulheres). Naquele ano, das 94 mortes de homens por neoplasias malignas, 39 (41%) deveram-se à neoplasia da próstata; 21 (23%) a neoplasias dos órgãos digestivos; 8 (8,6%) a neoplasias de órgãos respiratórios; 8 (8,6%) a neoplasias de órgãos intratorácicos; e 7 (7,6%) tinham origens linfáticas. Por fim, as demais 11 mortes (11,7%) foram relacionadas a outras neoplasias. Das 72 mortes de mulheres devidas a neoplasias malignas em 2009, 20 (27,7%) foram por neoplasias do sistema digestivo, 15 (20,8%) por neoplasias afetando os órgãos geniturinários, 11 (15,3%) foram causadas por neoplasia da mama, 11 (15,3%) por neoplasia de tecidos linfóides, 5 (6,9%) por neoplasia de tecidos hematopoiéticos e 10 (14,0%) foram neoplasias malignas que afetam outros órgãos (2).

MORBIDADE

Com base nos dados das altas de 2010 do Hospital Geral St. George, as doenças não transmissíveis representaram 36,4% das altas. As internações foram principalmente devidas a transtornos do sistema circulatório (2.291, ou 18% das altas), seguidos pelos endócrinos e nutricionais (1.521 ou 11,9% das altas) e neoplasias malignas (823 ou 6,5% das altas). Os dados sobre problemas detectados ou notificados pela população em suas visitas a centros comunitários de saúde indicam que 9.500, ou 47,5% das consultas, foram para “outras causas” e para ferimentos “não especificados”. Depois disso, os usuários com hipertensão arterial representaram o maior número de consultas (2.580, ou 12,9% das visitas); o diabetes ficou em terceiro lugar no número de consultas (1.423 ou 7,1%) e

infecções do trato respiratório em quarto lugar, com 972 consultas (4,9%) (17).

Doenças transmissíveis

Doenças transmitidas por vetores

Em 2005, havia 14 casos de leptospirose, 3 casos em 2006, 4 em 2007, 4 em 2008, 7 em 2009 e 2 casos confirmados em 2010, ambos em homens (2). Em 2005, Granada montou um programa de vacinação animal contra a raiva, o qual obteve uma taxa de cobertura de 87% (11). Houve um caso importado de malária em 2010 (homem). Houve 134 casos confirmados de dengue em 2010, afetando 70 homens (52%) e 64 mulheres (48%). Antes disso, havia 14 casos de dengue confirmados em 2006, 7 cada em 2007 e 2008, e 28 em 2009, com 38 casos (67,8%) em pessoas com menos de 15 anos de idade (2). Não foram registrados casos de zoonoses durante o período 2006-2010.

Doenças imunopreveníveis

Não houve casos registrados de doenças imunopreveníveis durante o período de 2005-2010 (2).

HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis

O Ministério da Saúde informou que a taxa de incidência de HIV em 2009 foi de 13,5 por 100.000 habitantes, com uma relação homem-mulher de 1,5:1. A taxa de prevalência estimada de pessoas soropositivas em Granada em 2009 foi de 0,57%. No final de 2009, um total cumulativo de 403 casos HIV/Aids havia sido confirmado no país desde 1984. Mais homens foram afetados pela doença, com uma proporção homem-mulher cumulativa de 1,8:1. Entre os casos de Aids, 85 (70%) de casos notificados e 76 (82,6%) das mortes relacionadas à Aids foram dentre pessoas entre 15 e 44 anos de idade. O modo de transmissão predominante foi a partir de relações heterossexuais e não havia casos conhecidos de transmissão através do uso de drogas injetáveis ou transfusão de sangue. A terapia antirretroviral (ARV) foi disponibilizada sem custo para 54 pessoas com condição avançada de HIV (29 homens e 25 mulheres). Houve dois casos de transmissão vertical do HIV, um em 2006 e

outro em 2007 (18). Seis gestantes infectadas pelo HIV receberam ARVs durante o período 2008-2010. De 2006 a 2009, a mortalidade por Aids variou: em 2006 houve 7 mortes; em 2007, 14 mortes; em 2008, 8 mortes; e em 2009, 7 mortes. Em 2008 e 2009, houve 56 novos casos diagnosticados de HIV (Granada, Ministério da Saúde, 2010) e em 2010, houve 30 novos casos de HIV (18 homens e 12 mulheres) (2).

Além do HIV/Aids, houve 823 casos de outras doenças sexualmente transmissíveis em 2010. Foram 503 casos de candidíase (61,1%), 283 casos de sífilis (34,3%), 29 casos de infecções gonocócicas (3,5%) e 8 casos de infecção *Trichomonas vaginalis* (1,1%) (2).

Tuberculose

Houve 19 casos de tuberculose confirmados durante o período 2006-2010. Em 2006, a incidência foi de 0,009 por 1.000 habitantes. A taxa de incidência em 2009 foi de 0,04 por 1.000. Em 2010, houve 4 casos de tuberculose confirmados (3 homens e 1 mulher) com uma taxa de incidência de 0,03 por 1.000. Entre 2008 e 2010, houve 6 óbitos registrados devidos à tuberculose, 3 (0,03 por 1.000) em 2008, 2 (0,02 por 1.000) em 2009, e 1 (0,009 por 1.000) em 2010 (2).

Doenças emergentes

Houve 50 casos de influenza em 2008, comparado a 203 em 2009; 28 casos (ou 13,7%) foram diagnosticados como o vírus da gripe H1N1 em 2009 (2)

Outras doenças transmissíveis

Em 2010, houve 11.027 casos de infecções respiratórias agudas, o mais alto para o período em análise; 5.038 casos (49,7%) ocorreram em crianças menores de 5 anos de idade. Ocorreram 6.748 casos em 2006 e 6.292 em 2008. Ao todo, 94 pessoas contraíram doenças transmitidas por alimentos em 2010, dos quais 52 (55%) eram homens e 42 (45%) mulheres. Em 2009, foram 2.416 casos de gastroenterite, dos quais 857 (35,5%) eram em crianças com idade inferior a 5 anos (2).

Doenças crônicas não transmissíveis

As doenças não transmissíveis representaram aproximadamente 65% de todas as mortes a cada ano no período de 2006-2010. Em 2005, a notificação de diabetes predominou, seguida pelas doenças hipertensivas, acidentes, doenças respiratórias e câncer. Em 2010, as condições mais frequentes estavam relacionadas às doenças cardiovasculares (37%), hipertensão arterial (26%), diabetes (21%) e “outras” doenças não transmissíveis (16%). A Pesquisa STEPS sobre Fatores de Risco de Doenças Crônicas não havia sido concluída para o período em análise, mas os fatores de risco citados foram o uso crescente de tabaco e consumo de álcool, redução da atividade física, infecções crônicas pelo vírus do papiloma humano e a hepatite (2).

Transtornos Mentais

Granada desenvolveu uma proposta de política e plano de saúde mental em 2006 e revisou sua Lei de Saúde Mental em 2008. A atenção da saúde mental não foi integrada na atenção primária. O Instrumento de Avaliação de Sistemas de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (WHO-AIMS) de 2007 revelou que os registros de alta dos pacientes não haviam sido codificados. A revisão de todos os prontuários foi realizada para obter os dados para a avaliação. A revisão mostrou que a maioria das pessoas tratadas por transtornos mentais recebeu um diagnóstico de esquizofrenia e transtornos relacionados. Isso se aplicou a 73% das pessoas internadas no hospital psiquiátrico e 65% dos examinados na unidade hospitalar de saúde mental (19). Em 2010, 375 pessoas (360 homens, 15 mulheres) foram internadas na Unidade Psiquiátrica Rathdune e 171 pessoas (157 homens e 14 mulheres) foram internadas no Hospital Geral de doenças ligadas a drogas; 31 pessoas (24 homens e 7 mulheres) foram internadas no Centro de Tratamento Carlton House, centro de reabilitação para viciados em álcool e drogas (20).

Outros problemas de saúde

Saúde bucal

O Programa de Saúde Bucal nas Escolas do país, lançado em 2010, tem prestado serviços de saúde bucal

para aproximadamente 22.100 crianças e 1.000 adultos, incluindo professores e funcionários do Ministério da Saúde, que se beneficiaram gratuitamente do programa de enxague bucal com flúor. Nesse mesmo ano, o sistema de saúde pública atendeu 12.542 pessoas para cuidados odontológicos, muitos dos quais necessitavam de mais de um procedimento. A análise por procedimento mostrou que 8.422 (67%) foram extrações, 1.824 (14,5%) obturações, 293 (2,3%) receberam limpezas, 677 (5,4%) fizeram cirurgia oral e 332 (2,6%) foram submetidos a avaliações de saúde bucal (2).

Pessoas com deficiência

Granada tem três escolas de educação especial que atendem a pessoas com deficiência, cujo conjunto das matrículas soma 146 (96 homens e 50 mulheres) (8). A maioria das pessoas com deficiência é atendida em casa por parentes, com muito pouco apoio externo.

POLÍTICAS DE SAÚDE, SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

POLÍTICAS DE SAÚDE

Em 2008, o Ministério da Saúde, da Previdência Social e Meio Ambiente mudou para passar a gerenciar apenas a saúde, tornando-se o Ministério da Saúde. As responsabilidades restantes foram redistribuídas entre os outros ministérios, permitindo ao Ministério da Saúde se dedicar apenas a temas de saúde. A Secretaria Nacional de Aids foi transferida do Gabinete do Primeiro-Ministro para o Ministério da Saúde.

O DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

O Sistema Nacional de Seguros (NIC) de Granada oferece benefícios aos trabalhadores para cobrir os custos associados com doenças ou lesões ocupacionais, licença maternidade e aposentadoria, entre outros. Houve 13.728 novos inscritos no NIC entre 2006 e 2010, com 1.542 registrados em 2010. Quase a metade (735) dos novos inscritos em 2010 tinha entre 16 e 24 anos de idade. A maioria dos inscritos trabalhava nos setores de construção, varejo e imobiliário. As atividades econômicas principais em 2010, com base nas

contribuições ativas para o NIC, eram serviços sociais e comunitários afins, de limpeza e manutenção nas estradas (sazonais) e comércio varejista e atacadista (12). Apenas 7,4% das pessoas relataram ter cobertura de seguros privados de saúde (6).

LEGISLAÇÃO EM SAÚDE

A legislação promulgada no período em análise incluiu a Lei de Redução do Ruído de 2006, bem como o Projeto de Lei de Proteção e Adoção de Crianças, a Lei do Profissional de Saúde, ambos aprovados em 2010. De acordo com a Lei dos Hospitais Privados e dos Lares de Idosos de 2002, um painel de inspetores foi nomeado para formular e regulamentar as normas para essas instalações abrangidas pela lei. Além disso, políticas foram implementadas em 2006 para regulamentar o conteúdo e realizar feiras de saúde e, em 2007, para abordar a ética nos cuidados paliativos e definir padrões para alimentos servidos em repartições públicas. A revisão da Lei de Saúde Mental começou em 2010.

FINANCIAMENTO E GASTOS COM SAÚDE

Como parte do processo orçamentário anual, o gabinete alocou e o Parlamento aprovou verbas para o Ministério da Saúde. O Ministério recebeu do Ministério da Fazenda uma verba consolidada, que é alimentada por impostos gerais e taxas de serviço. Os gastos do setor público em 2006, 2007 e 2008 foram de US\$ 132,8 milhões, US\$ 147,8 milhões e US\$ 182,8 milhões, respectivamente. Os gastos com saúde para os mesmos anos foram de US\$ 15,7 milhões (11,8% do total dos gastos do setor público), US\$ 16,9 milhões (11,4%) e US\$ 18,6 milhões (10,1%), respectivamente. A despesa estimada do setor público para 2009 foi de US\$ 178,5 milhões, com gastos com saúde contabilizados em US\$ 20,4 milhões (11,4%) (5). Dados sobre os gastos para 2008–2010 indicam que a saúde e a educação continuaram a consumir, em média, 11,5% e 18,9%, do total do orçamento disponível, respectivamente.

O orçamento médio estimado para a saúde variou de 3,1% a 3,5% do PIB, ainda aquém dos 6% necessários para fazer avançar a agenda da saúde. O déficit orçamentário foi sentido em áreas como a atenção

básica de saúde e serviços especializados (2). Em 2010, devido a restrições financeiras, o Governo optou por retirar a concessão da subvenção anual para os serviços hospitalares e fechar a conta executiva que permitia a aquisição de bens e serviços. Cada hospital, então, foi definido como um centro de custo individual para a elaboração da dotação orçamentária estimada, como havia sido feito no passado. Essa é uma indicação de que as tentativas de desconcentração financeira dos serviços hospitalares não foram bem sucedidas.

A nova estrutura de taxação foi introduzida em 2010 para garantir alguma recuperação de custos e sustentabilidade nos serviços de saúde. As novas taxas incluíram o uso de enfermarias privadas, salas de cirurgia, serviços de diagnóstico e prescrição de medicamentos para pacientes internados em leitos privados. Todas as taxas coletadas foram depositadas num fundo consolidado.

Além da ajuda com habitação, o Governo de Granada gastou, em 2009 e 2010, quase US\$ 21,2 milhões, ou 9,2% do gasto total anual, em programas de rede de segurança social para a população vulnerável (5,7). Os programas visaram famílias abaixo da linha da pobreza, crianças, gestantes em risco, pessoas vivendo com HIV/Aids e os idosos.

No período em análise, o Programa de Assistência Pública atingiu 5.000 pessoas a um custo anual de US\$ 370.370. As verbas foram direcionadas às crianças para garantir que elas permanecessem na escola por meio de transferência de dinheiro feita para a escola ou para a família. Esse programa prestou assistência a mais de 1.450 alunos por ano. A população-alvo era de crianças de famílias pobres e numerosas, aquelas em abrigos de cuidados infantis e assistência social, e aqueles que não frequentavam a escola regularmente. As gestantes que estavam em risco de deficiências nutricionais foram encaminhadas ao Conselho de Alimentação e Nutrição de Granada ou o nutricionista hospitalar. A partir de 2011, o tratamento ARV foi fornecido a 172 pacientes HIV/Aids, a expensas do governo, e pessoas em situação de extrema pobreza soropositivas receberam ajuda de custo mensal. Entre 2006-2010, as transferências de renda foram feitas para os idosos, pessoas com transtornos mentais e pessoas que eram deficientes físicos ou mentais. Um total de 162 idosos se beneficiou do programa de cuidadores itinerantes, que prestava cuidados básicos de

enfermagem e assistência na execução de tarefas domésticas para os confinados em domicílio. A assistência funerária foi concedida a famílias cujos parentes precisavam de auxílio para garantir um enterro digno de seus entes queridos.

Os SERVIÇOS DE SAÚDE

O Sistema de Saúde Pública de Granada é composto de quatro hospitais públicos e as instalações de serviços de saúde comunitária. Os quatro hospitais são: Hospital Geral (198 leitos), em St. George, é o principal hospital do país; o Hospital Princesa Alice (56 leitos), em St. Andrew; o Hospital Princess Royal (40 leitos), em Carriacou; e o Hospital Psiquiátrico Mt. Gay (100 leitos), em St. George. O Governo também opera a Casa Richmond para Idosos (100 leitos). Os hospitais forneceram apoio a todos os centros de saúde e postos médicos no país e prestaram uma ampla gama de serviços, incluindo ambulância, laboratório, saúde materna, radiologia, obstetrícia e ginecologia, oftalmologia e exames oftalmológicos, cuidados dentários e cirurgias.

Os serviços de saúde comunitária incluem 6 centros distritais de saúde e 30 postos médicos que estão todos distantes de cerca de 5 km das casas de sua população atendida. Essas instalações oferecem serviços de saúde materno-infantil e serviços escola-saúde; consultas médicas, odontológicas, psiquiátricas e para doenças crônicas; e serviços de farmácia, educação em saúde e aconselhamento.

O Departamento de Saúde Ambiental, também conhecido como o Departamento de Saúde Pública, é responsável, entre outros assuntos, pela investigação de segurança alimentar, qualidade da água; gestão de resíduos; monitoramento, controle e avaliação da propagação de doenças infecciosas e investigação e controle de resíduos materiais perigosos. A Unidade de Controle de Vetores monitorou, investigou e trabalhou para eliminar vários tipos de vetores, tais como o mosquito *Aedes aegypti* transmissores da dengue.

O valor total gasto em produtos farmacêuticos e suprimentos médicos aumentou quase US\$ 736.000 no período 2006-2010. A capacidade tecnológica do Hospital Geral foi fortalecida em 2010 com a instalação de um novo Sistema de Visão Alcon Infinity para realizar cirurgias oftalmológicas a um custo de US\$

60.000, o novo equipamento cirúrgico com Arco em C e um intensificador de imagem de raios-X a um custo de US\$ 85.000.

GESTÃO DE CONHECIMENTO, TECNOLOGIA, INFORMAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE

Em 2010, Granada participou da Pesquisa STEPS sobre Fatores de Risco para Doenças Crônicas (a qual não havia sido concluída no período em análise) e completou, em 2008, um estudo sobre a carga das doenças de origem alimentar. Esse estudo mostrou uma prevalência mensal de 12,8% para doenças gastrointestinais agudas, com a *Salmonella enteritidis* sendo o principal agente de contaminação. Os resultados apontaram a necessidade de melhorar o sistema de vigilância e implementar estratégias de prevenção para reduzir os encargos da gastroenterite (21).

Não há publicação de artigos científicos sobre a saúde durante o período coberto pelo relatório, embora a Associação Médica de Granada tenha elaborado dois manuais para a educação continuada de seus membros.

Havia grandes fossos na coleta e tabulação dos dados no sistema de saúde durante o período 2006-2010. Os dados para o setor público não foram contínuos e, na sua maior parte, não foram abrangentes. O país não tinha dados de unidades de saúde privadas. As inadequações em tecnologia de informação em saúde e conectividade à disposição dos profissionais de saúde nos hospitais, centros de saúde e postos médicos limitaram a transferência de informações e dados em saúde dos locais notificadores à Unidade de Informação em Saúde localizada no Ministério da Saúde (22). Com o apoio da OPAS/OMS, o Ministério realizou uma análise do sistema em 2008, e criou um plano estratégico para desenvolver um sistema integral de informação em saúde que incluirá a centralização da informação através de sistemas de rede. Desde então, o Ministério desenvolveu um programa para informatizar e fortalecer o Sistema de Informação em Saúde (22).

RECURSOS HUMANOS

Entre 2003 e 2010, o Governo de Granada melhorou os recursos humanos disponíveis para a saúde no setor público (Tabela 5). No entanto, considerando que as doenças não transmissíveis constituem as principais

TABELA 5. Recursos humanos em saúde, por ocupação e população coberta pelo trabalhador, Granada, 2003 e 2010.

Ocupação	2003		2010	
	Número de trabalhadores	População coberta por trabalhador	Número de trabalhadores	População coberta por trabalhador
Médicos	58	1.769	110	1.016
Enfermeiras e parteiras	220	467	356	314
Auxiliares de enfermagem	146	703	173	646
Dentistas e assistentes	13	7.894	23	4.858
Farmacêuticos e auxiliares de farmácia	22	4.577	72	1.552
Assistentes sociais	4	25.658	20	5.587
Trabalhadores em reabilitação	2	51.316	4	27.937
Técnicos	20	5.137	22	5.079
Oficiais em Saúde Ambiental	15	6.842	20	5.587
Nutricionistas	1	102.632	9	12.416
Profissionais de Saúde Mental	–	–	11	10.159

Fonte: Referência (2).
– Magnitude zero

morbidades, não havia nutricionistas nem equipes auxiliares capazes de influenciar as escolhas alimentares e de estilo de vida para atender às necessidades da população. Além disso, o quantitativo de assistentes sociais, pessoal de reabilitação e de saúde mental continuou a ser insuficiente no período do relatório.

FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os programas de educação em medicina, enfermagem, farmácia e outras disciplinas de saúde estavam disponíveis na Universidade St. George, em Granada. Além disso, várias bolsas de estudo foram concedidas a estudantes de Granada para prosseguir os estudos em medicina, enfermagem, e profissões de saúde na Universidade das Índias Ocidentais, várias universidades em Cuba e universidades de outras partes da Região.

A educação continuada e o treinamento em serviço para profissionais de saúde estavam em andamento durante o período em análise. A capacitação era focada em uma variedade de temas, incluindo: gestão de desastres, codificação médica, saúde materno-infantil, manejo de doenças não transmissíveis, vigilância sanitária de portos, monitoramento da qualidade da água e gestão de pacientes em diálise.

SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Granada é membro da Organização dos Estados do Caribe Oriental (OECS), a Comunidade do Caribe (CARICOM) e da Comunidade Britânica, e estabeleceu alianças com outras organizações regionais e internacionais. Organizações como a OPAS/OMS e CAREC continuaram a prestar apoio técnico e financeiro para fortalecer os sistemas de saúde, a saúde ambiental, a promoção da saúde e a prevenção de doenças e a mitigação de desastres.

Grandes investimentos foram necessários para a reconstrução e reparação das inúmeras instalações de saúde que foram destruídas ou danificadas pelos furacões Ivan em 2004 e Emily em 2005. Os dois eventos afetaram 69% da infraestrutura de saúde do país, desde danos menores nos centros médicos até a destruição total do Hospital Princesa Alice, em Saint Andrew. Agências internacionais de doadores, governos, orga-

nizações de caridade e indivíduos ajudaram na reconstrução, financiando projetos e programas por meio de acordos de cooperação técnica. Entre 2005 e 2007, o Banco Caribenho para o Desenvolvimento financiou integralmente essa iniciativa através do Fundo Fiduciário para Necessidades Básicas para a reconstrução ou reforma dos centros médicos de Tivoli, Paraclete e Crochu em St. Andrew, o Centro de Saúde St. David em St. David, o Centro Médico Woburn em St. George e Mt. Pleasant em Carriacou, a um custo de cerca de US\$ 200.000. O Banco Mundial disponibilizou US\$ 2,5 milhões em 2005/2006 para a reabilitação do Hospital Geral principal, do Hospital Princesa Alice, dos Depósitos Médicos Centrais e dos Edifícios de Controle de Vetores, bem como de outros centros de saúde comunitários. Além disso, a USAID e países como Cuba, Venezuela e República Popular da China forneceram assistência técnica e financeira para o reparo e a reconstrução de unidades de saúde (2).

O Governo de Cuba, através de um acordo de cooperação técnica com o Governo de Granada, continuou a prestar apoio ao sistema de assistência em saúde do país. O acordo ainda vigente é renovado anualmente e prevê a disponibilização de especialistas cubanos em várias disciplinas de medicina e enfermagem, para complementar os serviços existentes em Granada. O Governo de Cuba também oferece bolsas de estudo para granadinos para prosseguir a formação em várias disciplinas como medicina, enfermagem e farmácia.

Em 2006, os governos da Venezuela e Cuba estabeleceram uma parceria com o Governo de Granada para prestar cuidados e tratamento para pessoas com doenças oculares. O Governo da Venezuela também proporcionou ajuda financeira para a segunda fase do Hospital Geral, que inclui a construção de uma unidade de acidentes e de emergência e instalações de diagnóstico.

Em 2009/2010, Granada recebeu US\$ 28,3 milhões em doações, por meio do mecanismo FLEX Vulnerabilidade (FLEX-V) da União Europeia, que foram destinados a programas para a população mais vulnerável e para apoiar o Hospital Geral na compra de equipamentos e suprimentos (2).

A Universidade de St. George continuou a fortalecer sua relação com o Governo de Granada, construindo uma parceria para o desenvolvimento

sustentável na área da saúde. Sob um novo acordo, a universidade oferecerá bolsas e auxílios para estudantes de Granada para prosseguir os estudos de graduação e pós-graduação em medicina, saúde pública, e ciências humanas. A universidade contribuiu para o Hospital Geral e outros estabelecimentos de saúde para a compra de equipamentos e suprimentos médicos e hospitalares para subsidiar os salários.

SÍNTESE E PERSPECTIVAS

A recuperação de Granada da devastação causada pelos furacões Ivan e Emily é louvável. O país está ainda lidando com os prejuízos econômicos dos furacões e os efeitos da crise econômica global, o que se evidencia com a elevada taxa de desemprego e a redução da renda *per capita*. No lado positivo, o número de pessoas vivendo em extrema pobreza diminuiu significativamente, o acesso à educação melhorou, o abastecimento de água e os serviços de saneamento avançaram, e o país viu um interesse renovado na legislação que beneficia mulheres e crianças. O estado de saúde dos granadinos melhorou de várias formas: a taxa de mortalidade caiu, a mortalidade materna está zerada, a cobertura vacinal continua elevada, a utilização dos centros de saúde aumentou e o número de pessoas vivendo além dos 70 anos aumentou.

As doenças não transmissíveis constituem as cinco principais causas de morte, mas as doenças transmissíveis ainda são motivo de preocupação, a gravidez na adolescência ainda apresenta números elevados e o número de pessoas afetadas por lesões e violência continua a escalar. O país se beneficiaria da priorização da prevenção de doenças não transmissíveis e do aumento das ações de promoção da saúde, inclusive incentivando o ensino da educação sobre saúde e vida familiar nas escolas a partir do ensino fundamental. A reforma do setor de saúde deve incluir uma revisão integral da abordagem da atenção básica da saúde e a construção de parcerias mais fortes dentro e fora do setor da saúde público e privado.

REFERÊNCIAS

1. Grenada, Ministry of Finance and Planning [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.gov.gd/ministries/finance.html> Acessado em 12 de abril de 2012.
2. Grenada, Ministry of Health, Epidemiology and Health Information Department. Unpublished Report. St. John's: Ministry of Health; 2011.
3. Grenada, Ministry of Finance and Planning. Grenada Social and Economic Review 2009–2010. St. George's: Ministry of Finance and Planning; 2011.
4. World Bank. Database. Disponível em: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/LACEXT/OECSEXTN/0,,contentMDK:20221654,menuPK:465504pagePK:141137,pPK:217854,theSitePK:339287,00.html> Acessado em 12 de abril de 2012.
5. Grenada, Ministry of Finance and Planning. Budget Address 2010 [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.gov.gd/egov/docs/budget_speech/budget2010.pdf Acessado em 12 de abril de 2012.
6. National Assessment Team of Grenada; Caribbean Development Bank. Country Poverty Assessment: Grenada, Carriacou, and Petit Martinique, 2007–2008 (Vol. 1) [Internet]; 2008. Disponível em: [http://www.caribank.org/titanweb/cdb/webcms.nsf/0/A631F-5AE1015996E042577460040CA64/\\$File/Grenada+CPA+++Vol++1+Main+Report+_Submitted_.pdf](http://www.caribank.org/titanweb/cdb/webcms.nsf/0/A631F-5AE1015996E042577460040CA64/$File/Grenada+CPA+++Vol++1+Main+Report+_Submitted_.pdf) Acessado em 12 de abril de 2012.
7. Grenada, Ministry of Finance and Planning. Budget Address 2011 [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.gov.gd/egov/docs/budget_speech/budget2011.pdf Acessado em 12 de abril de 2012.
8. Grenada, Ministry of Education. Education Statistical Digest, Planning and Development Unit. St. John's: Ministry of Education; 2010.

9. Grenada, Ministry of Social Development. Unpublished Data. St. John's: Ministry of Social Development; 2011. [Files/Global/ControlChronicDiseases/Sess1Pt1Sp1%20Martin.pdf](http://www.iom.edu/~/media/Files/Activity%20Files/Global/ControlChronicDiseases/Sess1Pt1Sp1%20Martin.pdf) Acessado em 12 de abril de 2012.
10. Pan American Health Organization. Health in the Americas 2007 (Vol. II). Washington, DC: PAHO/WHO; 2007:362–373.
11. Grenada, Ministry of Health, Environmental Health Division. Unpublished Report. St. John's: Ministry of Health; 2010.
12. Grenada, National Insurance Corporation. Unpublished Data. St. John's: National Insurance Corporation; 2011.
13. Grenada, Royal Grenada Police Force 2005–2010. Unpublished Police Records. St. John's: Royal Grenada Police Force; 2010.
14. Grenada, Prime Minister's Office, National Disaster Management Agency. Unpublished Report. St. John's: Prime Minister's Office; 2010.
15. Grenada, Ministry of Agriculture. Unpublished Data. St. John's: Ministry of Agriculture; 2010.
16. Grenada, Ministry of Health. Community Health Nursing Report 2007–2009. St. John's: Ministry of Health; 2010.
17. Grenada, Ministry of Health. Grenada: Chronic Non-Communicable Diseases-The Grenada Experience [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.iom.edu/~/media/Files/Activity%20Files/Global/ControlChronicDiseases/Sess1Pt1Sp1%20Martin.pdf> Acessado em 12 de abril de 2012.
18. Grenada, Ministry of Health. UNGASS Country Progress Report: Grenada, January 2008–December 2009 [Internet]; 2012. Disponível em: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreports-submittedbycountries/grenada_2010_country_progress_report_en.pdf Acessado em 12 de abril de 2012.
19. World Health Organization. WHO-AIMS Report on Mental Health System in Grenada [Internet]; 2009. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/mh_aims_report_grenada_03_2010_en.pdf Acessado em 12 de abril de 2012.
20. Grenada, Ministry of Education. Grendin Statistical Report Indicators. Drug Control Secretariat. Statistical Report 2010. St. John's: Ministry of Education; 2010.
21. Grenada, Ministry of Health. Report on Burden of Illness: Food Borne Diseases. St. John's: Ministry of Health; 2010.
22. Grenada, Ministry of Health. Draft National Strategic Health Plan 2006–2010 (Draft) [Internet]; 2005. Disponível em: <http://www.gov.gd/egov/docs/other/national-strategic-healthplan-2006-2010.pdf> Acessado em 12 de abril de 2012.