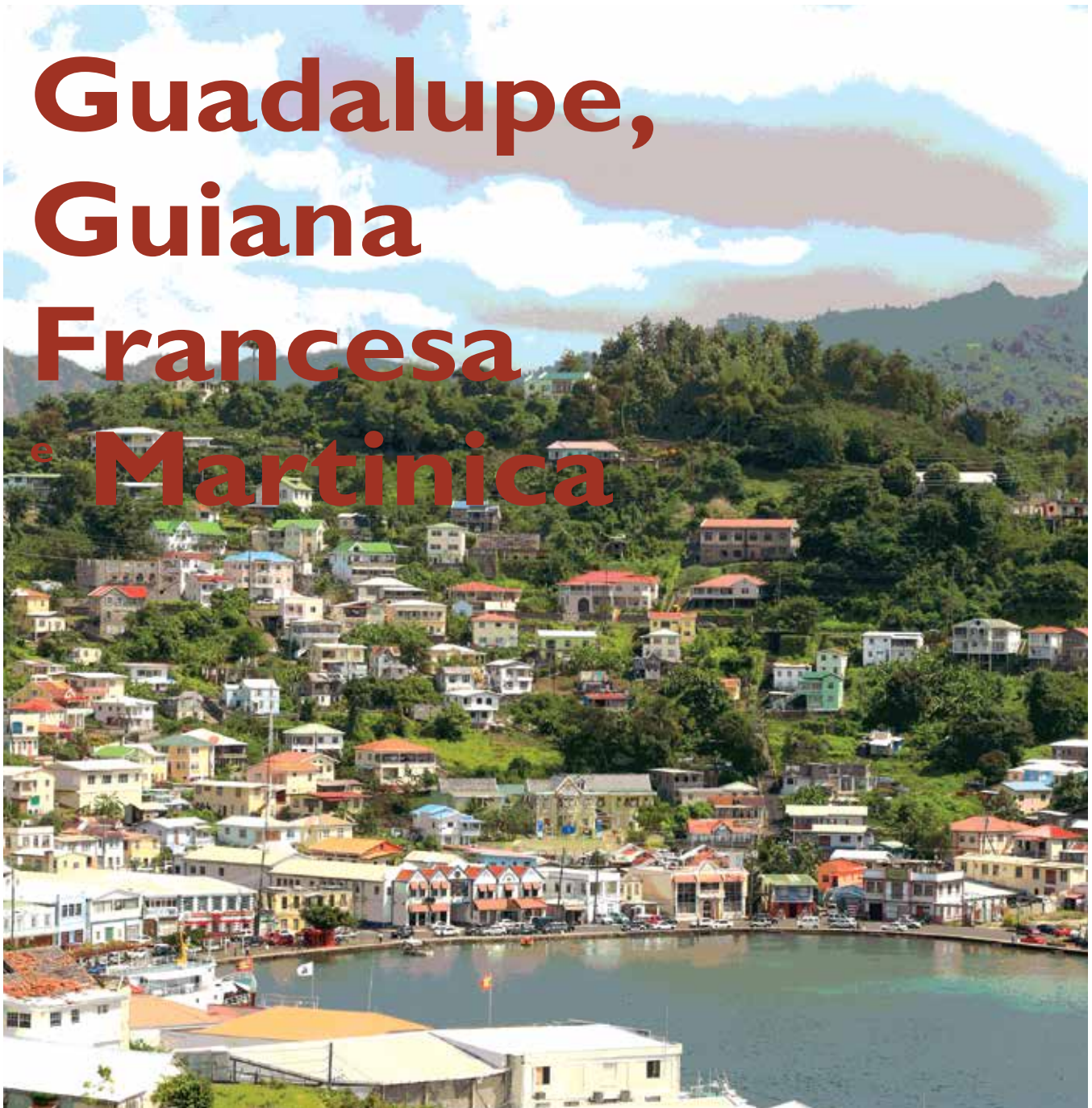


Guadalupe, Guiana Francesa e Martinica



INTRODUÇÃO

As ilhas de Guadalupe e Martinica (nas Antilhas Menores) e a Guiana Francesa (na costa norte da América do Sul, entre o Suriname e o Brasil), constituem os departamentos ultramarinos da França nas Américas (DFA). Integram a França desde 1946 e suas estruturas políticas e administrativas refletem as adotadas na França metropolitana. Em consequência de uma lei sancionada em 2007, Saint-Barthélemy e a porção

francesa de Saint-Martin passaram a constituir duas novas coletividades de ultramar, deixando de integrar Guadalupe.

O arquipélago de Guadalupe tem uma superfície de 1.628 Km² e compreende, além de Guadalupe propriamente dita (integrada por Basse-Terre e Grande-Terre), as ilhas de Marie-Galante, Les Saintes e La Désirade. Martinica tem 1.128 Km² e é o menor departamento francês. A Guiana Francesa tem 83.534 Km², dos quais 94% estão cobertos por floresta ama-

zônica; é a Região francesa mais extensa. As Antilhas Francesas gozam de um clima tropical temperado pelo regime de ventos, mas estão ameaçadas por furacões de julho a outubro; a Guiana Francesa tem clima equatorial.

Guadalupe e Martinica estão habitadas por uma população mestiça descendente de ameríndios, negros, brancos e indianos instalados ali no decorrer dos séculos. Diferentemente de outras ilhas do Caribe, nos DFA não têm mais populações indígenas (ameríndias). Os habitantes da Guiana Francesa formam um mosaico étnico. Aos indígenas originários somaram-se europeus e escravos africanos. No século XX, chegaram os comerciantes chineses e libaneses, seguidos de agricultores Hmong, que emigraram do Alto Laos após as guerras da Indochina e do Vietnã.

Apesar de uma taxa de nascimentos elevada entre os anos 1960 e 1980, a população desses territórios franceses manteve-se constante nesses decênios, devido à emigração para a metrópole francesa, necessitada de trabalhadores. A partir de meados dos anos 1980, a direção dos fluxos migratórios inverteu-se e o crescimento da população aumentou. Guadalupe e, especialmente, a Guiana Francesa, estão experimentando uma crescente imigração.

Em 1º de janeiro de 2010, Guadalupe tinha 404.394 habitantes, seguida de Martinica com 399.637 e a Guiana Francesa com 232.223. Em razão de seu pequeno tamanho, Martinica tem a maior densidade de população desses territórios franceses, com 354 habitantes por Km² em 2010, seguida de Guadalupe com 248 e da Guiana Francesa, devido a sua grande extensão, com 3. Na Guiana Francesa, 90% da população vivem ao longo do litoral. Entre 1999 e 2010, a população da Guiana Francesa cresceu muito rapidamente (aumentou em média 3,7% por ano); Guadalupe e Martinica experimentaram um crescimento bem mais moderado, de somente 0,7% por ano durante o mesmo período (1). Veja a Figura 1 A-C para a estrutura demográfica de cada um dos três territórios em 1990 e 2010, e a Tabela 1 para indicadores demográficos.

Desses três DFA, em 2008, Martinica tinha a expectativa de vida mais longa, sendo 83,8 anos para as mulheres e 77,6 para os homens. Guadalupe ficou bem próximo com 83,4 anos para as mulheres e 75,6 para os homens. A Guiana Francesa ficou atrás, com 81,2 anos para as mulheres e 74,8 para os homens.

Na Martinica, a população estrangeira, integrada principalmente por imigrantes de Santa Lucia e do Haiti, representa menos de 2% da população total e mantém-se estável. Em Guadalupe, os estrangeiros representam 4% da população, sendo mais da metade do Haiti. A situação da Guiana Francesa é bem diferente, pois um em cada três habitantes nasceu em outro país. As três nacionalidades com a maior presença são a surinamesa (39%), a haitiana (27%) e a brasileira (22%). Segundo números oficiais, em 2007, 38% da população nasceram em outro país, mas é provável que esse percentual seja maior. A extensa fronteira terrestre da Guiana Francesa, o fato de que suas fronteiras naturais – por exemplo, os rios Maroni e Oyapock – podem ser facilmente violada, assim como a importância de atividades econômicas como a mineração do ouro, fomentam a imigração clandestina.

Há um contraste marcante entre a Guiana Francesa, com sua elevada taxa de nascimentos e seu dinamismo demográfico, e as Antilhas, onde a taxa de nascimentos é baixa e o envelhecimento da população acentua-se cada vez mais (Tabela 1).

DETERMINANTES E DESIGUALDADES EM SAÚDE

As economias desses departamentos franceses apresentam problemas comuns às microeconomias, a saber: escassa competitividade das exportações, alguma concentração no setor de serviços, dependência dos recursos naturais e do turismo, fragilidade ambiental e vulnerabilidade a desastres naturais. Além disso, essas economias dependem em grande medida da França e têm poucas probabilidades de aproveitar outros mercados externos (há um volume reduzido de comércio com o Caribe, principalmente em mercadorias e petróleo).

A economia da Guiana Francesa tem duas características particulares: a presença do centro espacial (construído pela Comunidade Europeia para o lançamento de foguetes Ariane) localizado em Kourou, pedra angular da economia deste território, e a mineração do ouro. Essa última fomenta atividades clandestinas e dá lugar a tráficos de diversos tipos.

Em Guadalupe e Martinica, as indústrias de banana, açúcar e rum continuam sendo importantes em suas economias, embora enfrentem dificuldades

FIGURA I-A. Estrutura da população por idade e sexo^a, Guiana Francesa, 1990 e 2010

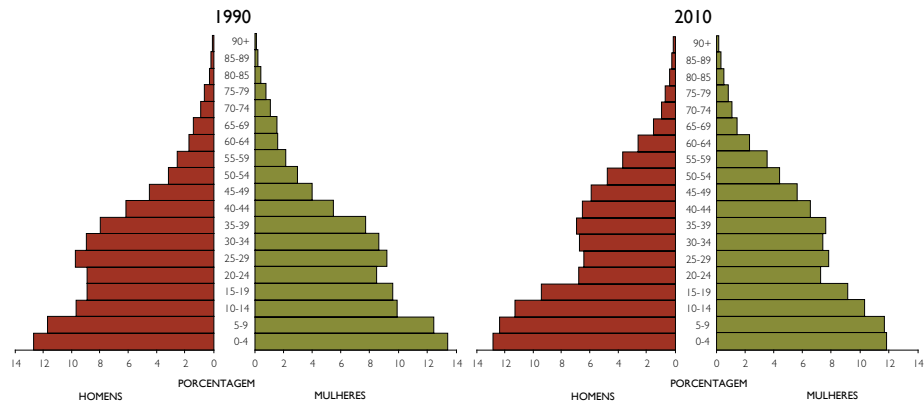


FIGURA I-B. Estrutura da população por idade e sexo^a, Guadalupe, 1990 e 2010

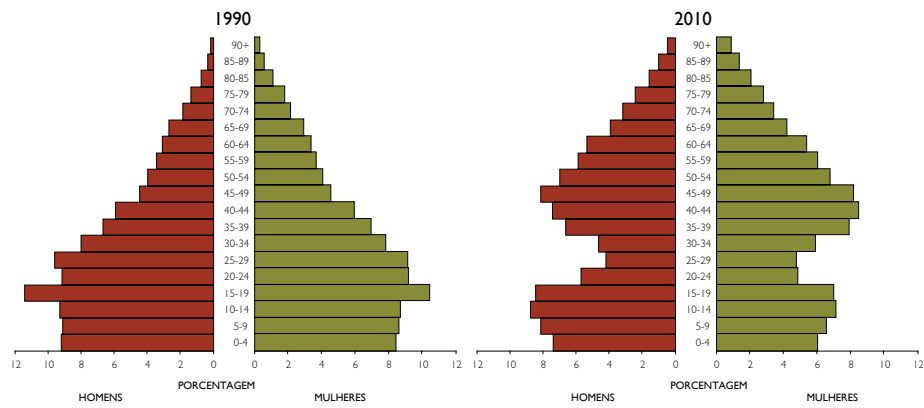
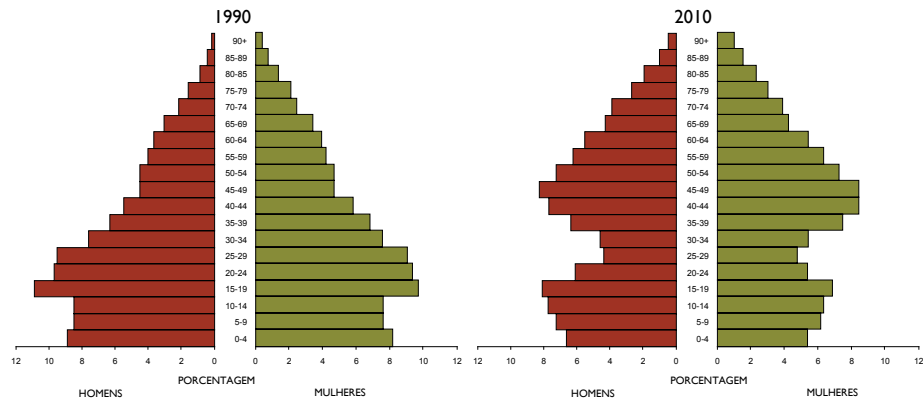


FIGURA I-C. Estrutura da população por idade e sexo^a, Martinica, 1990 e 2010



Fonte: Instituto Nacional de Estatísticas e Estudos Económicos (INSEE), estimativas de população (dados provisórios de 2011).
^a O percentual de cada faixa etária é sua proporção em relação ao total de cada sexo.

**TABELA 1. Principais indicadores demográficos
Guadalupe, Guiana Francesa e Martinica, 2008**

	Guadalupe	Guiana Francesa	Martinica
Número de nascimentos	5.758	6.247	5.333
Taxa de nascimentos (por 1.000 habitantes)	14,3	28,2	13,3
Número de óbitos	2.786	762	2.793
Taxa bruta de mortalidade (por 1.000 habitantes)	6,9	3,4	7,0
Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)	7,5	11,8	8,8

Fonte: Referências (1, 2).

recorrentes (especialmente o da banana) e necessitam de subsídios para sobreviverem. A economia de Martinica manteve um crescimento constante até 2006 e a de Guadalupe o fez até 2008; a crise econômica e social de 2009 inverteu a tendência positiva. Martinica viu-se particularmente afetada por uma diminuição de 6,5% em seu produto interno bruto (PIB) em 2009. O PIB *per capita* nos departamentos franceses das Américas é inferior ao de outras regiões francesas: em 2009, o PIB *per capita* foi calculado em US\$ 24.329 em Martinica, US\$ 23.072 em Guadalupe e US\$ 17.812 na Guiana Francesa, em comparação com uma média de US\$ 37.962 na França.

O desemprego nos departamentos franceses de ultramar é alto. Em 2010, 21,0% da população economicamente ativa da Guiana Francesa estava desempregada, 23,5% da de Guadalupe e 21,0% da de Martinica. Os jovens são particularmente afetados, em especial aqueles com escolaridade mínima (62% dos menores de 25 anos estavam desempregados em Martinica, em 2010). A taxa de desemprego das mulheres era maior que a dos homens; por exemplo: em 2009, a taxa de emprego das mulheres em Martinica era de 49,3%, em comparação com 54,9% entre os homens. O emprego assalariado é maior no setor dos serviços de Guadalupe, Martinica e Guiana Francesa. A crise social de 2009, complicada pela recessão econômica mundial, levou ao fechamento de algumas empresas e reduziu a confiança dos investidores. Por outro lado, o Governo francês rescindiu ou enfraqueceu determina-

das medidas fiscais (como cortes tributários), que haviam mantido o equilíbrio da economia local, prejudicando assim gravemente os setores da construção civil e obras públicas, causando muitas perdas de emprego nestes setores a partir de 2009. A economia da Guiana Francesa beneficiou-se do dinamismo demográfico do território, que foi acompanhado por grandes investimentos em projetos de obras públicas para acomodar o rápido crescimento populacional. O baixo nível educacional da população local deve ser melhorado, uma vez que os possíveis empregadores nem sempre podem encontrar pessoal qualificado.

A situação econômica e social dos DFA está desfavorecida em comparação com a de outras regiões da França. Isso se traduz em grande parte na maior proporção de beneficiários de medidas sociais, como a garantia de renda mínima (RMI), estabelecida na França em 1988 e recebendo desde 2010 o nome de renda de solidariedade ativa (RSA) (3). Oferece a indivíduos de 25 anos de idade (ou mais jovens, se tiverem filhos ou estiverem esperando um filho), recursos financeiros básicos, acesso a determinados benefícios sociais e ajuda para se incorporarem à sociedade ou encontrar trabalho. A proporção de beneficiários do RMI/RSA é maior nos departamentos de ultramar do que na França. Em 31 de dezembro de 2009, os DFA tinham 71.000 beneficiários do RMI – 103 por 1.000 pessoas de 20–59 anos de idade na Guiana Francesa, 141 em Martinica e 146 em Guadalupe.

As Pesquisas sobre Orçamento Doméstico realizadas em 2006 pelo Instituto Nacional de Estatísticas e Estudos Econômicos (INSEE) confirmam que os departamentos de ultramar têm mais famílias pobres que na França (4). Também mostram que a pobreza é maior na Guiana Francesa do que nas Antilhas Francesas, pois naquela, 26,5% dos domicílios possuem habitantes vivendo abaixo da linha de pobreza, em comparação com 17,8% em Guadalupe e 19,8% em Martinica (a linha de pobreza é fixada em 60% das rendas médias anuais por unidade de consumo. O número de unidades de consumo de um domicílio é calculado da seguinte forma: o primeiro adulto conta como 1, as demais pessoas de 14 anos de idade ou mais contam como 0,5 e os menores de 14 anos de idade contam como 0,3. Essa normatização por número de unidades de consumo possibilita levar em conta o tamanho da família.) As pessoas solteiras e as famílias

monoparentais são as mais afetadas. Muitas crianças vivem em domicílios cujas condições estão abaixo da linha de pobreza, elas são um quarto das crianças em Martinica e Guadalupe e quase a metade na Guiana Francesa. Isso deve-se, principalmente, à elevada proporção de baixas rendas em famílias monoparentais e famílias numerosas.

Guadalupe e Martinica, por exemplo, veem-se ameaçadas por desastres naturais, e os territórios possuem planos de prevenção de riscos para enfrentar terremotos, furacões e erupções vulcânicas.

MEIO AMBIENTE E SEGURANÇA HUMANA

ACESSO À ÁGUA POTÁVEL E SANEAMENTO

Devido a sua geografia, a Guiana Francesa não pode garantir acesso à água potável a todos seus residentes, quer populações que vivem em zonas remotas e recebem água de baixa qualidade quer aquelas que vivem às margens de rios ou em bairros pobres urbanos ou periurbanos que carecem de abastecimento público de água. Em Guadalupe e Martinica há bom acesso à água potável e ao saneamento básico.

POLUENTES ORGÂNICOS PERSISTENTES

Desde 1973, a Guadalupe e Martinica tentam resolver o problema da poluição de águas e sedimentos fluviais por pesticidas organoclorados (principalmente clordecona). Já se realizaram vários estudos e empreendem-se outros, para determinar os riscos acarretados para a saúde dos residentes dessas áreas (principalmente Guadalupe). O estudo Hibiscus, efetuado em Guadalupe em 2003, mostrou que foi detectado clordecona em 90% do sangue materno e das amostras de sangue do cordão umbilical e em 100% da gordura abdominal coletada durante os partos por cesárea (5). No entanto, apenas 40% das amostras de leite materno tinham níveis detectáveis de clordecona. O Estudo Karupros-tate, o qual examinou a correlação entre a exposição a clordecona e o câncer de próstata, evidenciou um risco maior de câncer de próstata entre os homens com concentrações maiores de clordecona no plasma. O histórico de familiares com câncer de próstata e ter vivido na França aumentavam esse risco (6).

DESASTRES

Em agosto de 2007, o Furacão Dean atingiu Guadalupe e Martinica, e em novembro do ano, um terremoto danificou gravemente um dos três principais hospitais de Martinica. Além disso, Guadalupe vê-se regularmente envolvida por nuvens de cinzas do vulcão de Montserrat.

CONDIÇÕES E TENDÊNCIAS DA SAÚDE

PROBLEMAS DE SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO

Saúde materna e reprodutiva

Em 2008, a taxa geral de nascimentos era de 13,3 nascimentos por 1.000 habitantes em Martinica, 14,3 em Guadalupe e 28,2 na Guiana Francesa. A taxa de fertilidade era de 47 nascimentos por 1.000 mulheres em idade reprodutiva em Martinica e Guadalupe, e era maior na Guiana Francesa (64 em 2008). O envelhecimento da população e a diminuição da taxa de nascimentos explicam a razão do verdadeiro declínio dos nascimentos nas Antilhas, enquanto na Guiana Francesa, cujos indicadores têm tendência inversa, presencia-se o aumento sensível. Em 2008, houve 5.758 nascimentos em Guadalupe, 5.333 em Martinica e 6.247 na Guiana Francesa.

Crianças (menores de um ano)

A mortalidade perinatal continua sendo maior em Guadalupe e Martinica do que na Guiana Francesa, o que pode ser explicado parcialmente pelo melhor atendimento às gestações de risco e aos recém-nascidos extremamente prematuros oferecido nos hospitais universitários de Pointe-à-Pitre e Fort-de-France. A média em 2005–2007 foi de 20,3 óbitos por 1.000 nascimentos em Guadalupe, 22,7 em Martinica e 15,8 na Guiana Francesa.

A taxa de mortalidade infantil nos DFA é maior do que a média nacional e não está diminuindo. A média em 2005–2007 era de 7,5 óbitos por 1.000 nascidos vivos em Guadalupe, 8,8 em Martinica e 11,8 na Guiana Francesa. Em 2008–2010, as médias foram de

7,6 em Guadalupe, 8,3 em Martinica e 11,6 na Guiana Francesa (7).

Crianças (de um a 14 anos de idade)

Esse grupo etário tem as taxas de mortalidade mais baixas e o melhor status de saúde dos DFA. Entre 2007 e 2009, houve, em média, menos óbitos por ano entre pessoas de um a 14 anos de idade (65 mortes, ou 1,0% de todas as mortes) do que em quaisquer outras coortes. A maioria dos óbitos registrados nessa faixa etária foi causada por lesões ou por intoxicação.

Adolescentes e adultos (15–34 e 35–64 anos de idade)

Em 2007–2009, registrou-se uma média de 242 óbitos por ano entre pessoas de 15–34 anos de idade, ou seja, 3,8% de todas as mortes, com causas predominantes sendo acidentes de trânsito e outros tipos de violência. O sistema de saúde francês garante a cobertura financeira integral de uma lista de 30 doenças crônicas que implicam um tratamento de longa duração caro. Em pessoas de 15–34 anos de idade, as principais causas de internação por doenças de longa duração são os transtornos mentais, o diabetes e as doenças cardiovasculares.

Entre 2007 e 2009, registrou-se uma média de 1.427 óbitos por ano de pessoas entre 35 e 64 anos

de idade, o que representa 22,5% de todos os óbitos. O câncer e as doenças cardiovasculares predominavam nos três departamentos, seguidos dos óbitos por lesões traumáticas e outras formas de violência (Tabela 2).

Em 2009, as principais causas de internação por doenças crônicas nesse grupo de idade foram as seguintes: doenças cardiovasculares (2.199 entre homens e 2.341 entre mulheres), diabetes tipos 1 e 2 (1.442 entre homens e 1.756 entre mulheres), tumores malignos (694 entre homens e 782 entre mulheres) e outras causas (870 entre homens e 1.132 entre mulheres). (A informação apresentada nesse parágrafo deriva de bancos de dados compilados pelos observatórios regionais em saúde CNAMTS e RSI).

Idosos (65 anos de idade ou mais)

Nesta faixa etária, houve uma média anual de 4.446 óbitos entre 2007 e 2009, representando 70,1% de todos os óbitos ocorridos nos DFA, com predomínio de doenças cardiovasculares e câncer (Tabela 3). Em 2009, as principais causas de internação por doenças de longa duração entre homens dessa faixa etária foram doenças cardiovasculares (2.092 de um total de 4.498 internações), câncer (1.038) e diabetes tipos 1 e 2 (704). Entre as mulheres de 65 anos ou mais, as principais causas de internação foram: doenças cardiovasculares (2.712 de um total de 5.104 internações), diabetes tipos 1 e 2 (945) e transtornos mentais (104).

TABELA 2. Principais causas de óbito (em números e percentuais) entre pessoas de 35–64 anos de idade em Guadalupe, Guiana Francesa e Martinica, 2007–2009

Guadalupe		Guiana Francesa		Martinica	
Causas	No. (%)	Causas	No. (%)	Causas	No. (%)
Tumores	207 (30,6)	Tumores	53 (22,4)	Tumores	183 (35,7)
Doenças do sistema circulatório	133 (19,6)	Doenças do sistema circulatório	43 (18,1)	Doenças do sistema circulatório	108 (21,1)
Lesões ou intoxicações	104 (15,4)	Sintomas, sinais e condições mal definidas	18 (7,6)	Lesões ou intoxicação	54 (10,5)
Doenças do sistema digestivo	35 (5,2)	Lesões ou intoxicação	48 (20,3)	Sintomas, sinais e condições mal definidas	34 (6,6)
Outras	198 (29,2)	Outras	75 (31,6)	Outras	134 (26,1)
Total de todas as causas	677 (100,0)	Total de todas as causas	237 (100,0)	Total de todas as causas	513 (100,0)

Fonte: Referência (1).

^a O número de óbitos em Martinica representa uma média correspondente para 2007–2009.

TABELA 3. Número total de óbitos, por principais causas de mortalidade e por sexo, e taxa bruta de mortalidade (por 100.000 habitantes), entre pessoas de 65 anos ou mais, Guadalupe, Guiana Francesa e Martinica, 2007–2009a

Causas	GUADALUPE					GUAYANA FRANCESA					MARTINICA				
	Homens	Mulheres	Total	Taxa bruta	Causas	Homens	Mulheres	Total	Taxa bruta	Causas	Homens	Mulheres	Total	Taxa bruta	
Doenças do sistema circulatório	374	405	779	236,5	Doenças do sistema circulatório	82	62	144	242,7	Doenças do sistema circulatório	364	392	756	215,3	
Tumores	382	282	664	198,7	Tumores	73	55	128	184,9	Tumores	392	334	726	204,3	
Lesões e intoxicação	188	60	248	71,6	Lesões e intoxicação	97	28	125	89,3	Lesões e intoxicação	122	48	170	45,9	
Sintomas e afecções mal definidas	129	136	265	78,5	Sintomas e afecções mal definidos	43	37	70	95,2	Sintomas e afecções mal definidos	125	145	270	76,9	
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	81	104	185	57,5	Doenças infecciosas e parasíticas	28	15	43	54,3	Doenças infecciosas e parasíticas	76	98	174	49,9	
Outras causas	376	311	687	211,1	Outras causas	112	94	216	261,5	Outras causas	358	331	689	200,0	
Total de todas as causas	1.530	1.298	2.828	853,9	Total de todas as causas	435	291	726	927,9	Total de todas as causas	1.437	1.348	2.785	792,0	

Fonte: Referência (2).
a O número de óbitos indicado em cada um dos territórios é a média correspondente para 2007–2009

MORTALIDADE

Notificaram-se mais de 6.300 óbitos por ano, entre 2007 e 2009, 54% de homens e 46% de mulheres. As principais causas de mortalidade nos departamentos de ultramar são as doenças cardiovasculares, câncer e as lesões por causas externas. Na Guiana Francesa, as doenças infecciosas e parasitárias estão em quarto lugar, se descartados os sintomas, sinais e afecções mal definidas, enquanto em Guadalupe e Martinica, os transtornos endócrinos, em particular diabetes, ocupam essa posição. Na Tabela 4 são apresentadas as principais causas de óbito em cada um desses territórios.

MORBIDADE

Doenças transmissíveis

Doenças transmitidas por vetores

Anualmente, são notificados quase 10 casos importados de malária em Martinica e Guadalupe. Essa doença é endêmica na Guiana Francesa – depois de ter registrado um pico de 4.479 casos em 2005, os casos apresentaram tendência ao declínio, com 3.276 casos em 2008 e 3.345 em 2009. A prevalência de malária na Guiana Francesa varia conforme a localização, com a maioria dos casos ocorrendo em áreas ribeirinhas. A maioria dos focos ativos está nas áreas com populações migratórias, em particular, as ocupadas para a mineração do ouro. Menos de um terço dos casos se encontram ao longo do litoral, em que reside a grande maioria da população, e a maioria dos casos que ocorrem costuma ser importada. A porção ocidental da Guiana Francesa tem presenciado uma redução no número de casos de malária, graças ao esforço do Suriname para controlar a doença, especialmente entre os mineradores de ouro. Embora tenha se implantado um sistema de notificação obrigatória, esse não foi totalmente bem-sucedido e será reestruturado em 2012.

A febre amarela não é um problema em Guadalupe nem na Martinica. A Guiana Francesa, por sua parte, sempre está em risco de infecção, e o último caso isolado nesse departamento ocorreu em 1998. Há vigilância porque a circulação do vírus da febre amarela parece ter se intensificado na floresta amazônica e tem

sido acompanhada de casos humanos esporádicos nos países da bacia amazônica próximos à Guiana Francesa. A vacinação contra a febre amarela é obrigatória para todas as pessoas que vivem na Guiana Francesa ou viajam para lá.

Os dados da vigilância epidemiológica da dengue nos DFA deriva de três fontes, a saber: uma rede de médicos clínicos gerais sentinelas; laboratórios de análises clínicas; e hospitais públicos que fornecem informações clínica e paraclínicas, permitindo a classificação dos pacientes hospitalares segundo recomendações da Organização Mundial da Saúde. A situação da dengue em Martinica e Guadalupe é endemo-epidêmica, com variações sazonais significativas. Nos últimos 10 anos, essas ilhas tiveram cinco epidemias (entre elas, uma particularmente longa em 2010), que duraram, geralmente, de cinco a seis meses, com incidência em termos de casos clínicos no sistema de saúde variando de 3.650 a 10.000 casos por 100.000 habitantes, com uma taxa de gravidade de 3-12 casos graves por 1.000 casos. Desde o início dos anos 2000, observou-se, geralmente, co-circulação de, pelo menos, dois sorotipos. A dengue é também endemo-epidêmico na Guiana Francesa, mas sem variações sazonais notórias. As epidemias duram, em geral, quase dois anos e são bimodais. Suas características (incidência e gravidade) não são diferentes das observadas em Guadalupe e Martinica. A Guiana Francesa, provavelmente, também experimenta a co-circulação de sorotipos. As características epidemiológicas da dengue nos três departamentos franceses de ultramar estão evoluindo para a hiperendemicidade, caracterizada por intervalos mais curtos entre epidemias, maior número de casos esporádicos residuais entre epidemias e maior número de casos que precisam de internação (8).

A grave epidemia de febre de chikungunya em La Réunion (o departamento francês situado no Oceano Índico) no final de 2005 e início de 2006, os vários casos importados em Guadalupe, Guiana Francesa e Martinica em 2006, o fato de o mosquito vetor (*Aedes aegypti*) estar presente nos três departamentos, bem como a circulação frequente entre essas regiões, deixam claro que uma epidemia de chikungunya poderá ameaçar os departamentos franceses das Américas. Desde 2006, tornou-se obrigatória a notificação da febre de chikungunya nos DFA (9). Posteriormente aos casos importados de 2006 e 31 de dezembro de 2010,

TABELA 4. Número total de óbitos, por principais causas de mortalidade e por sexo, e taxa de mortalidade padronizada (por 100.000 habitantes), Guadalupe, Guiana Francesa e Martinica, 2007–2009^a

Causas	GUADALUPE					GUAYANA FRANCESA					MARTINICA				
	Homens	Mulheres	Total	Taxa Padronizada	Causas	Homens	Mulheres	Total	Taxa Padronizada	Causas	Homens	Mulheres	Total	Taxa Padronizada	
Doenças do sistema circulatório	374	405	779	236,5	Doenças do sistema circulatório	82	62	144	242,7	Doenças do sistema circulatório	364	392	756	215,3	
Tumores	382	282	664	198,7	Tumores	73	55	128	184,9	Tumores	392	334	726	204,3	
Lesões e intoxicação	188	60	248	71,6	Lesões e intoxicação	97	28	125	89,3	Lesões e intoxicação	122	48	170	45,9	
Sintomas e afecções mal definidos	129	136	265	78,5	Sintomas e afecções mal definidos	43	37	70	95,2	Sintomas e afecções mal definidos	125	145	270	76,9	
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	81	104	185	57,5	Doenças infecciosas e parasíticas	28	15	43	54,3	Doenças infecciosas e parasíticas	76	98	174	49,9	
Outras causas	376	311	687	211,1	Outras causas	112	94	216	261,5	Outras causas	358	331	689	200,0	
Total de todas as causas	1.530	1.298	2.828	853,9	Total de todas as causas	435	291	726	927,9	Total de todas as causas	1.437	1.348	2.785	792,0	

Fonte: Referências (1, 2).
^a O número indicado de óbitos em cada um dos territórios representa a média correspondente para 2007–2009.

não foram notificados casos adicionais em nenhum departamento.

A doença de Chagas, cujo agente causador, *Trypanosoma cruzi*, está presente exclusivamente na parte continental das Américas, não é um problema em Guadalupe nem Martinica. A Guiana Francesa foi considerada, durante muito tempo, como uma zona de baixo risco, mas uma missão de avaliação conduzida em 2005 confirmou a existência de transmissão autóctone da doença de Chagas. Essa transmissão não se restringe à floresta tropical, já que foi comprovada a circulação do parasita ao longo do litoral, inclusive em zonas residenciais.

Desde 2004, a Guiana Francesa participa do programa internacional de vigilância e prevenção da Doença de Chagas na Amazônia (iniciativa AMCHA). Além disso, existe, desde 2008, um sistema de vigilância baseado na notificação clínica de casos suspeitos. Os resultados dessa vigilância indicam que foram diagnosticados 26 casos em 2008, 23 deles crônicos, e 38 casos novos em 2009, 35 deles crônicos (10).

Doenças Imunopreveníveis

Há muitos anos não são notificados casos de paralisia flácida aguda, poliomielite ou difteria às autoridades sanitárias dos DFA. Em compensação, são notificados regularmente epidemias ou casos isolados de coqueluche. Nenhum caso de tétano neonatal tem sido notificado desde o final dos anos setenta. Ainda encontram-se alguns casos entre idosos, devido à perda de imunidade com a idade e à falta de revacinação. Quanto ao sarampo e à síndrome de rubéola congênita, os Departamentos Franceses das Américas seguiram desde o início o Plano Nacional para a Eliminação do Sarampo e da Síndrome de Rubéola Congênita 2005–2010. Tal plano envolve as cinco linhas de ação seguintes: alteração na estratégia de vacinação, incluindo uma mudança no calendário vacinal de 2005 com duas doses de vacina tríplice viral (sarampo, caxumba, rubéola); melhora na vigilância; vigilância da cobertura de imunização; limitação da disseminação; e promoção da vacinação. A partir de 2001, a vigilância do sarampo na Guiana Francesa uniu-se à vigilância da dengue. Todos os casos suspeitos de dengue que apresentam exantema são submetidos a testes de detecção da IgM contra sarampo e rubéola. Em outubro de 2009, foi

estabelecida uma comissão encarregada de documentar a eliminação do sarampo e da síndrome de rubéola congênita nos três departamentos franceses de ultramar (11). A última epidemia de sarampo nos DFA foi registrada em Guadalupe, de novembro de 1996 até junho de 1997. A partir de 1º de julho de 2005 (data em que entrou em vigor a melhoria da vigilância) até 31 de dezembro de 2010, diagnosticaram-se oito casos de sarampo nos departamentos. A incidência subiu bruscamente no primeiro semestre de 2011, com 19 casos. Esses casos eram importados ou estavam vinculados a casos importados.

Restabeleceram-se as pesquisas de cobertura de vacinação, uma vez que os últimos dados foram coletados em 2000. Guadalupe realizou uma pesquisa em 2007 (12) e a Guiana Francesa em 2009 (13). Martinica realizará uma pesquisa em 2011. A cobertura da vacinação de crianças é muito boa. A cobertura de vacinação na Guiana Francesa tem melhorado desde a pesquisa de 2000, e quase desapareceram as disparidades entre as comunidades que vivem ao longo do litoral e as do interior. A cobertura de vacinação de crianças está bem documentada, mas não há informação sobre a cobertura de adultos. Uma avaliação do Programa Ampliado de Imunização, conduzida com assistência da OPAS, foi realizada em Martinica em 2006, e a Guiana Francesa planeja realizar uma em 2012.

Zoonoses

A leptospirose tem maior impacto nos Departamentos Franceses das Américas que na França; é mais comum em Guadalupe e Martinica do que na Guiana Francesa. De 2002 até 2006, o número anual de casos confirmados oscilava entre 81 e 140 em Guadalupe, 33 e 78 em Martinica e 6 e 16 na Guiana Francesa. Notificaram-se em média, cinco óbitos por ano nesses departamentos durante o mesmo período. Em 2006, a incidência de leptospirose foi de 18 por 100.000 habitantes em Guadalupe, 14 em Martinica e cinco na Guiana Francesa. Já que a proliferação das leptospirosas é influenciada por fatores climatológicos (água doce em temperaturas elevadas), a incidência da doença aumenta durante a temporada de chuvas, de julho a dezembro em Guadalupe e Martinica, e de janeiro a junho na Guiana Francesa (14).

Doenças negligenciadas e outras doenças relacionadas à pobreza

A esquistossomose diminuiu drasticamente nos Departamentos Franceses das Américas depois da implementação de um plano de combate a essa doença parasitária nos anos 1970 e início de atividades direcionadas, como a identificação dos locais infestados e a intervenção nos mesmos. A doença parece estar erradicada da Martinica desde 2005, com o desaparecimento de seu principal hospedeiro intermediário (*Biomphalaria glabrata*) (15).

A situação de Guadalupe difere um pouco, já que esse departamento tem vários tipos de focos. Em Grande-Terre, por exemplo, os pântanos da ilha albergam vastas populações de ratos pretos infestados, o que possibilita que o parasita permaneça endêmico ali. Os esforços de controle biológico do molusco hospedeiro intermediário, mediante a introdução de caracóis da família Thiaridae falharam. A Guiana Francesa somente teve casos importados.

A hanseníase apresenta tendência de queda nos DFA, graças ao amplo acesso à terapia multimedicamentosa. Segundo estimativas, o número de casos prevalentes era de 43 no final de 2006 e de 40 no final de 2007. Trata-se principalmente, de formas paucibacilares, exceto na Guiana Francesa. O predomínio das formas multibacilares na Guiana Francesa pode estar ligado ao reaparecimento de casos importados do Brasil (esse país tem a prevalência de hanseníase mais alta do mundo e a proporção de formas multibacilares ali excede 50%) (16). Para acompanhamento dos pacientes afetados pela doença, cada departamento tem um serviço que oferece diagnóstico, consultas médicas, orientação e visitas domiciliares.

HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis

Desde meados dos anos 1980, a infecção pelo HIV/Aids tem-se propagado nos DFA e em todo o Caribe através do contato sexual, principalmente heterossexual. De acordo com os critérios da OMS, considera-se que a epidemia está “generalizada” na Guiana Francesa e Saint-Martin, e mais contida em Guadalupe e Martinica. A rejeição, discriminação e exclusão das pessoas infectadas continuam sendo as principais bar-

reiras para o diagnóstico precoce, o acesso à assistência e, conseqüentemente, o controle da epidemia.

Os DFA encontram-se entre as quatro regiões da França mais afetadas pelo HIV/Aids. Em 31 de março de 2010, a taxa de casos dessa doença era de 180 por 1.000.000 de habitantes na Guiana Francesa, 117 em Guadalupe e 39 em Martinica. A notificação da presença de HIV ficou obrigatória na França a partir de março de 2003, o que permite uma melhor vigilância da epidemia. A taxa de diagnósticos HIV positivos (em 31/12/2010) era de 1.124 casos por um milhão de habitantes na Guiana Francesa, 517 em Guadalupe e 160 em Martinica (17). A proporção de mulheres soropositivas é maior na Guiana Francesa (48%) do que nos outros dois departamentos (40% em Guadalupe e 44% em Martinica). As mulheres com HIV da Guiana Francesa são, em média, mais jovens (34 anos) do que os homens com HIV (41 anos); contudo, esse não é o caso em Guadalupe nem na Martinica. Os nascidos no exterior representavam 61% dos diagnósticos soropositivos na Guiana Francesa em 2008–2009, uma proporção que vem caindo a partir da taxa de 77% registrada em 2003; a proporção de pessoas com HIV nascidas no exterior é menor em Guadalupe (54%) e menor ainda em Martinica (21%). Na Guiana Francesa, entre 2008–2009, das pessoas que descobriram ser soropositivas, 16% foram diagnosticadas no estado avançado da doença; em Guadalupe e Martinica, os números eram de 27% e 11%, respectivamente (em comparação com 13% na França). Os homens foram diagnosticados após terem já progredido para Aids (21%), com maior frequência que as mulheres (10%). A proporção de diagnósticos extremamente tardios na Guiana Francesa caiu de aproximadamente 20% para 16%, entre 2008 e 2009 (18).

Os três departamentos franceses das Américas têm acesso aos mesmos antirretrovirais que estão disponíveis na França. O apoio às pessoas infectadas pelo HIV estrutura-se por meio de comitês de coordenação regional de combate ao vírus da imunodeficiência humana (COREVIH), que têm sete serviços de acompanhamento aos pacientes, a saber: um em Martinica, um em Saint-Martin, dois em Guadalupe e três na Guiana Francesa.

Os testes de detecção do HIV podem ser realizados num laboratório de análises clínicas de uma cidade ou de um hospital, mas também podem ser fei-

tos anonimamente em um centro de diagnóstico gratuito. Em 2010, em comparação com outras regiões da França, os DFA realizaram o maior número de testes de detecção do HIV por habitantes (168 por 1.000 habitantes na Guiana Francesa, 164 em Guadalupe e 134 em Martinica). A taxa de soropositividade foi de 1.464 por um milhão de habitantes na Guiana Francesa, 816 em Guadalupe e 268 em Martinica.

Não há uma vigilância epidemiológica tão detalhada para outras doenças sexualmente transmissíveis. A sífilis reapareceu primeiro em Guadalupe, em 2001, logo em Martinica, em 2004 e posteriormente, na Guiana Francesa. Um estudo de 2008–2009 realizado pelo Observatório Regional de Saúde de Guadalupe sobre os laboratórios de análises clínicas não pertencentes a hospitais revelou que os testes mais procurados depois do HIV eram os de detecção de hepatite B, gonorreia, hepatite C, sífilis e clamídia (19). As taxas de positividade a essas doenças sexualmente transmissíveis eram de 3,8% para clamídia, 2,3% para sífilis, 1,6% para hepatite B, 0,6% para hepatite C, 0,2% para HIV e 0,1% para gonorreia. A taxa de positividade ao papilomavírus humano (HPV) era de 32,4%.

Tuberculose

A notificação da tuberculose é obrigatória. A incidência da doença é muito baixa em Guadalupe e Martinica, menos da metade da média nacional. No entanto, a Guiana Francesa é o departamento francês com a incidência mais alta. Em 2006–2008, a incidência de tuberculose era de quase 4 por 100.000 habitantes em Martinica, 6 em Guadalupe e 22 por 100.000 na Guiana Francesa, em comparação com os valores nacionais de 10–12 por 100.000. A grande maioria dos casos é pulmonar. A proporção de casos estrangeiros com tuberculose varia de 10% em Martinica a 41% em Guadalupe e 58% na Guiana Francesa (20).

Doenças emergentes

A cólera é muito rara nos departamentos franceses. A última epidemia na Guiana Francesa ocorreu em 1992. Alguns poucos casos importados foram registrados em 2010 (6 casos em Martinica), ligados à epidemia de cólera, que começou no Haiti em outubro do mesmo ano (21).

O Instituto de Vigilância Sanitária realiza a vigilância nacional dos casos de gripe aviária desde 2004, mas até a presente data, nenhum caso foi notificado nos DFA. Contudo, em 2009, a pandemia de gripe A (H1N1) não deixou de fora os DFA. Em consonância com o alerta da OMS em 15 de abril de 2009, os territórios estabeleceram prontamente um sistema adaptado de vigilância epidemiológica. Após a quarentena e o manejo dos casos individuais, foi lançada a vigilância da população geral baseada, essencialmente, nos dados fornecidos pela rede de médicos sentinela e a confirmação de casos por exame laboratorial. A epidemia durou desde o início de agosto até meados de setembro de 2009, exceto em Saint-Barthélemy, que se manteve livre até o final do mesmo ano. Houve mais de 50.000 pessoas infectadas em Guadalupe, Guiana Francesa e Martinica. Considerando a taxa de ataque bastante baixa (< 8%) e também a baixa proporção da população vacinada, existe a possibilidade de uma nova onda epidêmica (22).

A incidência da doença do legionário nos DFA é baixa, menos da metade da média nacional. Nenhum caso foi notificado até a data na Guiana Francesa. Segundo informação de 2006–2008 sobre as doenças de notificação compulsória, foram notificados seis casos em Guadalupe e dois em Martinica (23).

Doenças gastrointestinais

Uma alta incidência de epidemias de gastroenterite viral é registrada ao longo do ano, que constitui a principal causa de diarreia em Guadalupe e Martinica; sua epidemiologia é similar à observada na França. Na Guiana Francesa, devido aos problemas de abastecimento de água para determinados segmentos da população desse território, a incidência de algumas doenças entéricas pode exceder 10% nos assentamentos mais remotos.

A notificação da intoxicação alimentar coletiva é obrigatória; essa informação é complementada pelos dados do Centro Nacional de Referência sobre Salmonelose. A incidência anual dessas intoxicações varia enormemente, mas as taxas em Martinica e Guadalupe são geralmente maiores que a média nacional, enquanto na Guiana Francesa são normalmente menores (23). Entre 2006 e 2008, notificaram-se 36 focos em Guadalupe, 24 em Martinica e 16 na Guiana

Francesa. As bactérias diagnosticadas com maior frequência são *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus* e *Salmonelle spp.*

Doenças crônicas não transmissíveis

As doenças crônicas mais frequentes entre os habitantes dos DFA são as cardiovasculares (especialmente os AVCs, devido à alta prevalência de hipertensão) e o câncer (que é a principal causa de óbito entre os homens nestes departamentos). Há um registro para os casos de câncer em cada departamento (24); como grupo, indicam que um em cada dois casos de câncer entre homens é de próstata, enquanto o principal tipo de câncer entre mulheres é o de mama, que representa um em cada quatro casos de câncer. O câncer colorretal está em alta em ambos os sexos e associa-se ao envelhecimento da população e às mudanças alimentares. Nos DFA, como em todas as regiões da França, estão em andamento duas campanhas de detecção de câncer: uma dirigida ao câncer de mama e a outra ao câncer colorretal. Martinica também tem uma campanha organizada para a detecção do câncer cervicouterino.

Doenças nutricionais

Há vários anos não são notificados transtornos associados a carências de proteínas nem de vitaminas. Por outro lado, a melhor situação socioeconômica, as mudanças nos estilos de vida e um crescente consumo de alimentos industrializados implicaram na mudança dos hábitos alimentares, e estão surgindo doenças associadas ao excesso de alimentação (obesidade, diabetes, colesterol alto, entre outras). Em 2007–2008, o estudo Podium (inédito no momento dessa redação), confirmou os resultados dos estudos ESCAL (25) e CALBAS (26), realizados anteriormente em Martinica e Guadalupe: a Guiana Francesa permaneceu a menos afetada, mas em Guadalupe e Martinica, uma em cada quatro crianças e um em cada dois adultos apresentavam sobrepeso ou eram obesos. Até entre as crianças de cinco a 14 anos de idade, a prevalência de excesso de peso (sobrepeso e obesidade combinados) era de 17,9% na Guiana Francesa, 22,9% em Guadalupe e 25,0% em Martinica. Nas pessoas adultas de 15 anos de idade ou mais, durante o período 2007–2008

coberto pelo estudo Podium, essa prevalência era de 48,5% na Guiana Francesa, 50,0% em Guadalupe e 51,7% em Martinica (27).

O diabetes tipo 2 também é muito comum nos DFA, e a proporção de pessoas afetadas é duas vezes maior do que a média nacional. Em 2009, os Departamentos Franceses das Américas tinham a mais alta prevalência de diabetes em tratamento. Enquanto a prevalência total na França como um todo era de 4,4%, na Guiana Francesa era de 7,3%, em Martinica 7,4% e em Guadalupe 8,1% (28). As mulheres são mais afetadas que os homens nos DFA. A alta prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus nos DFA, ligada ao envelhecimento de seus habitantes, dá lugar a um alto percentual de pessoas com insuficiência renal crônica, maior do que o registrado em nível nacional (por exemplo, aproximadamente, 500 pessoas recebem diálise em Martinica).

Acidentes e violência

Guadalupe tem o número mais alto de óbitos por acidentes de trânsito dos DFA, com uma média de 65 óbitos ao ano entre 2007 e 2009, em comparação com 37 em Martinica e 28 na Guiana Francesa. O número de lesões graves por acidentes de trânsito durante o mesmo período foi de 415 em Guadalupe, 250 em Martinica e 157 na Guiana Francesa.

Transtornos mentais

Não se realizou nenhum estudo novo sobre transtornos mentais nesses departamentos, desde aquele efetuado sobre a população geral de Guadalupe e Martinica no final dos anos 1990. As patologias mais frequentes permanecem sendo os transtornos depressivos, o risco de suicídio e a ansiedade generalizada. No setor psiquiátrico, as principais causas de internação são as psicoses e os comportamentos viciantes. Vários estudos revelaram que os suicídios e comportamentos suicidas são menos frequentes nos DFA do que em nível nacional (29, 30).

Fatores de risco e proteção

Guadalupe e Martinica sempre produziram e consumiram rum, mas as bebidas mais consumidas nos dois

departamentos são vinho, champanhe, uísque e cerveja. Embora existam menos estudos a respeito disso na Guiana Francesa, o padrão é provavelmente o mesmo. Os estudos sobre jovens e adultos revelam que o álcool é a substância psicoativa com os níveis mais altos de consumo. O tabagismo na população dos DFA, em compensação, não é muito alto. As principais substâncias ilícitas consumidas são maconha, crack e cocaína. O rápido crescimento do uso de crack entre meados dos anos 1980 e 2000 teve repercussões importantes na sociedade dos DFA, com aumento significativo de usuários infratores (31).

POLÍTICAS DE SAÚDE, SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

POLÍTICAS DE SAÚDE

A saúde pública na França é de incumbência essencialmente do Estado.

De 2006 até 2010, o Plano Regional de Saúde Pública (PRSP) foi a ferramenta de referência para a programação da saúde pública na França, que permitia a cada Região estabelecer suas próprias prioridades. No entanto, em 2010, o aparecimento das Agências Regionais de Saúde (ARS) levou a consideráveis reformas do sistema de saúde. Criadas no marco do artigo 118 da Lei de 21 de julho de 2009, essas agências administram os recursos do Estado e do seguro saúde em nível regional, incluídos os DFA, objetivando melhorar a eficácia geral e garantir a sustentabilidade dos serviços de saúde pública. Cada ARS reúne todos os órgãos responsáveis pela política de saúde nas regiões e nos departamentos (escritórios e departamentos regionais de saúde e bem-estar social, agências hospitalares, grupos de saúde pública, sindicatos de seguro de saúde e missões de saúde, bem como a porção hospitalar do seguro saúde).

Já que operam como único interlocutor regional, as ARS têm condições de possibilitar um enfoque integral da saúde, garantindo, ao mesmo tempo, procedimentos mais simples para os profissionais da saúde e um acesso equitativo dos pacientes à assistência. Esses órgãos também zelam pela melhor articulação entre os profissionais e as instalações de saúde, médicas e

sociais. Para isso, as ARS têm uma ampla esfera de compromissos: desde a saúde pública (prevenção de doenças, promoção da saúde, monitoramento de saúde e segurança e vigilância epidemiológica) até a organização da atenção à saúde, incluindo a oferta de serviços médico-sociais (lares para idosos e estabelecimentos para deficientes).

Para reduzir as desigualdades territoriais e ajustar melhor suas respostas às características e necessidades locais, cada ARS define as áreas de saúde nas quais desenvolverá suas atividades. As ARS de Guadalupe, por exemplo, estabeleceram três territórios, um dos quais corresponde às duas novas coletividades de Saint-Martin e Saint-Barthélemy. As ARS de Martinica e da Guiana Francesa, por outro lado, optaram por governar seus territórios como um único território de saúde.

DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

Para garantir o acesso de todos à saúde, em 1º de janeiro de 2000, o Governo da França instituiu a “cobertura básica de saúde universal”, que oferece seguro saúde a todos que tenham tido uma residência regular e estável na França, durante mais de três meses e não tenham direito a outro tipo de seguro. O Governo também proporciona cobertura suplementar universal de seguro saúde, possibilitando aos indivíduos o acesso ao atendimento sem efetuar pagamentos diretos nem adiantamentos. A proporção de beneficiários de cobertura básica de saúde universal e de cobertura suplementar de saúde universal nos DFA é alta: no final de 2009, um em cada dois habitantes integrava um desses modelos (41,5% em Guadalupe, 49,7% em Martinica e 53,0% na Guiana Francesa).

LEGISLAÇÃO EM SAÚDE

Três leis promulgadas em 2004 modificaram o enfoque da saúde, transferindo atividades específicas para determinados atores, estabelecendo uma política de prevenção e garantindo uma melhor administração do gasto com saúde. Com a Lei de 09 de agosto de 2004, o panorama da saúde pública em cada Região da França mudou profundamente.

SERVIÇOS DE SAÚDE

O atendimento hospitalar realiza-se em hospitais públicos e clínicas privadas. Com exceção dos leitos cirúrgicos em Guadalupe e na Guiana Francesa, em 2010, dois terços dos leitos hospitalares para internação de curto prazo pertenciam ao setor público (Tabela 5).

A disponibilidade de leitos é aproximadamente igual à média na França para a medicina (média de 2,11 por 1.000 habitantes, nos três territórios), menos da metade para cirurgia (1,62), e maior para obstetrícia e ginecologia (1,58 por 1.000 mulheres de 15–49 anos de idade). A Guiana Francesa distingue-se por ter um déficit substancial na área de cirurgia e uma taxa duas vezes maior do que a média nacional em obstetrícia e ginecologia.

A admissão e o tratamento de emergência dos pacientes podem ser calculados a partir dos dados sobre o número de pacientes que buscam os serviços. Em 2009, 135.113 pacientes procuraram os serviços de urgência de Guadalupe, 124.594 os de Martinica, e 84.350 os da Guiana Francesa. As taxas de visita aos serviços de emergência por 1.000 habitantes foram de 312 em Martinica, 336 em Guadalupe e 381 na Guiana Francesa.

Em termos de acompanhamento e reabilitação, a disponibilidade de equipamentos (leitos e espaços) oscilou entre 1,59 por 1.000 habitantes em Guadalupe, 1,49 em Martinica e 0,47 na Guiana Francesa. Quanto à internação completa, a Martinica oferece principalmente serviços públicos (75% vs. 36% em Guadalupe e 13% na Guiana Francesa).

O atendimento psiquiátrico é realizado em hospitais e ambulatorios. Guadalupe possui alguns esta-

belecimentos para tratamento de crianças, enquanto Martinica atende apenas a população adulta. O setor psiquiátrico privado desse último território é pouco desenvolvido e não oferece nenhum tratamento. Os leitos para psiquiatria geral no setor privado representam 22% dos leitos hospitalares em Guadalupe e 13% em Martinica. Quanto ao número de leitos por 1.000 habitantes, a cobertura geral de leitos de psiquiatria representa 0,9 por 1.000 habitantes em Guadalupe, 0,95 em Martinica e 0,33 na Guiana Francesa; os leitos psiquiátricos para crianças e adolescentes representam 0,74 por 1.000 habitantes em Guadalupe, 0,27 em Martinica e 0,09 na Guiana Francesa.

Dos três territórios, somente a Guiana Francesa tem centros de saúde. Administrados no marco do complexo do hospital de Caiena, esses centros foram criados para garantir o atendimento médico às populações remotas (20% da população total do departamento) que vivem em áreas sem serviços médicos nem hospitais.

Há 62 laboratórios privados de análises clínicas nos DFA e um banco de sangue do governo (ou público) em cada um dos três DFA. Há 349 unidades de dispensação de medicamentos (sem contar a distribuição de medicamentos nos centros de saúde) nos DFA: 160 em Guadalupe (1 por 2.515 habitantes), 151 em Martinica (1 por 2.645 habitantes) e 38 na Guiana Francesa (1 por 5.830 habitantes). Há também sete distribuidores atacadistas, dois em Guadalupe, dois em Martinica e três na Guiana Francesa. Todos os produtos farmacêuticos são importados da França. As preparações farmacêuticas vão do fabricante, por meio do atacadista, ao farmacêutico dispensador. Um sistema de pagamento por terceiros é amplamente utilizado nos DFA como forma a evitar que os pacientes paguem diretamente de seu bolso; os prestadores de atendimento em saúde são regulamentados pelo sistema de seguro saúde e os pacientes somente se responsabilizam pelas despesas compartilhadas. O preço dos medicamentos reembolsáveis é fixado pelas autoridades públicas.

O Instituto Pasteur tem dois escritórios nos DFA: um em Guadalupe, com um laboratório referência para tuberculose e infecções micobacterianas, e o outro na Guiana Francesa.

TABELA 5. Disponibilidade de leitos (por 1.000 habitantes) para internações de curta duração, Guadalupe, Guiana Francesa e Martinica, 2010

Departamentos	Guadalupe	Guiana Francesa	Martinica
Medicina	2,47	1,69	2,03
Cirurgia	1,06	0,74	1,16
Obstetrícia e ginecologia	2,21	2,90	1,86

Fonte: Referência (32).

^a Por 1.000 mulheres, de 15 a 49 anos de idade.

GESTÃO DE CONHECIMENTO, TECNOLOGIA, INFORMAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

RECURSOS HUMANOS

A prestação de serviços de saúde é realizada por profissionais de saúde autônomos, vinculados a hospitais ou outra instituição de saúde, esses últimos principalmente trabalhando no setor público. Em 2010, as autoridades sanitárias compilaram uma lista de profissionais da saúde abrangendo ambas as categorias e que revela as diferenças existentes na densidade de profissionais de saúde entre Martinica/Guadalupe e a Guiana Francesa (Tabela 6).

Cabe destacar a significativa presença de parteiras, até na Guiana Francesa; a sua densidade por 100.000 mulheres de 15–49 anos de idade é significativamente maior do que na França (133). Quanto aos profissionais da saúde autônomos, as densidades são menores do que as médias calculadas para a França em seu conjunto, exceto as enfermeiras autônomas. A Guiana Francesa tem o maior déficit.

CAPACITAÇÃO DE PESSOAL DE SAÚDE

Em 2008, foram emitidos 147 diplomas de enfermeira certificados pelo Estado, 19 de parteira e 19 de massagistas cinestésicos.

Uma Escola de Medicina completamente funcional está sendo gradativamente implantada na Universidade das Antilhas e Guiana Francesa. Matricula-

ram-se um total de 1.000 estudantes desde o primeiro ano letivo do programa em 1998, o segundo (2008) e o terceiro ano letivo (2009–2010). O quarto ano letivo deverá ser implementado no próximo futuro, porém, por enquanto, os estudantes precisam deslocar-se para universidades da França para completar os primeiros seis anos da escola de medicina antes de retornarem às Antilhas ou Guiana Francesa, para suas práticas médicas de residência.

Com as reformas da educação nacional no ano acadêmico de 2010–2011, o primeiro ano letivo sobre a saúde compreenderá, além dos estudos de medicina, os de farmácia, parto e odontologia.

SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Os DFA podem recorrer a recursos locais (Fundos de Cooperação Regional [FCR]), nacionais ou europeus, para a cooperação internacional, especialmente o Fond d'Interreg Caraïbe, que agora está em sua quarta rodada. Uma vez que integram a França, os DFA não têm direito ao apoio financeiro de órgãos internacionais (como a USAID ou a ACIDI), nem de organizações internacionais (como o Banco Mundial ou o BID). Como parte da cooperação internacional nos DFA, a rede perinatal de Martinica lançou em 2008, uma parceria intercaribenha de saúde materno-infantil para prevenir a morbimortalidade de crianças em Santa Lúcia e Dominica.

Os DFA proporcionaram ajuda humanitária ao Haiti, depois do terremoto que arrasou aquele país em

TABELA 6. Número de profissionais da saúde em exercício e cobertura (por 100.000 habitantes), por tipo de profissional, em Guadalupe, Guiana Francesa e Martinica, 2010.

Categoria	Guadalupe		Guiana Francesa		Martinica	
	Número	Cobertura	Número	Cobertura	Número	Cobertura
Médicos clínicos gerais	582	145	240	108	537	134
Especialistas	487	122	156	70	509	127
Dentistas	197	49	47	21	174	44
Parteiras a	163	159	94	162	214	206
Enfermeiras	2.822	704	1.124	507	3.319	831
Fisioterapeutas	396	99	67	30	386	97

Fonte: Referência (32).

^a Por 100.000 mulheres em idade reprodutiva.

janeiro de 2010. Nos primeiros dias depois do terremoto, hospitais dos DFA enviaram ao Haiti equipes de saúde que prestaram atendimento especializado fundamental a várias centenas de pacientes. Por outro lado, os principais hospitais dos três DFA participam sistematicamente de atividades como cirurgia de coração, transplantes renais, cirurgia pediátrica, oncologia, além de fornecer exames de ressonância magnética e outros novos equipamentos de radiodiagnóstico.

A capacidade e experiência técnica dos hospitais universitários dos DFA em certas esferas atraem pacientes de países vizinhos. Contudo, esses pacientes raramente são cobertos por acordos intergovernamentais ou por um seguro de saúde privado, o que resulta um encargo financeiro para os hospitais receptores. Para superar essas dificuldades, estão sendo firmados acordos de serviços compartilhados, por exemplo: o estabelecido entre o hospital universitário de Pointe-à-Pitre e as ilhas holandesas de Saba e Saint Estatius, permite o encaminhamento de pacientes dessas ilhas para Guadalupe para atenção terciária. Durante todo o período analisado, a Guiana Francesa manteve cooperação com seus vizinhos, Suriname e Brasil.

Nos últimos anos, as atividades com o Suriname envolveram a renovação e a construção do hospital de Albina com assistência técnica e recursos da Agência Francesa de Desenvolvimento, um acordo sobre continuidade do atendimento pactuado entre o hospital de St. Laurent du Maroni e o hospital universitário de Paramaribo, o desenvolvimento de um protocolo de troca de dados com o Suriname sobre a epidemiologia da malária e a aplicação de programas transfronteiriços, para realizar estudos epidemiológicos sobre o HIV. Por sua parte, o Suriname está apoiando a Guiana Francesa na elaboração de um programa de combate à malária entre as populações migrantes e os mineiros de ouro ilegais.

As principais atividades com o Brasil incluem intercâmbio científico, capacitação, estudos sobre entomologia médica, pesquisas sobre virologia (herpes) e padronização das ferramentas utilizadas pelos laboratórios de referência para o diagnóstico da dengue.

O Instituto Pasteur da Guiana Francesa (IPG) integra a Rede de Laboratórios da Dengue nas Américas (RELDA), criada em 2009, para melhorar a vigilância e resposta à dengue na Região. Em 2009,

atendendo ao pedido da Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surtos Epidêmicos (GOARN) da OMS, com sede em Genebra, o IPG começou um processo de transferência de tecnologia para o diagnóstico do vírus A (H1N1) pdm09 da gripe para o Laboratório Nacional de Saúde Pública de Porto Príncipe, no Haiti. O IPG também está associado à Rede Amazônica de Vigilância da Resistência aos Antimaláricos (RA-VREDA) para o desenvolvimento da vigilância sub-regional da resistência aos antimaláricos.

SÍNTESE E PERSPECTIVAS

Embora Guiana Francesa, Guadalupe e Martinica sejam departamentos de ultramar, que compartilham uma estrutura institucional, possuem suas importantes características individuais que os distingue. A Guiana Francesa tem o maior território e integra América do Sul. A Martinica é a menor e, como Guadalupe, é uma entidade insular no Mar do Caribe. As populações de Guadalupe e Martinica estão envelhecendo, enquanto a da Guiana Francesa é jovem e goza de dinamismo demográfico. Todos os Departamentos Franceses das Américas têm problemas sociais e econômicos, mas cada um possui um potencial diferente para superá-los. Embora todos tenham necessidades de saúde não atendidas, a falta de profissionais da saúde é particularmente aguda na Guiana Francesa. A telemedicina, que começou a surgir na Guiana Francesa, pode remediar a escassez de profissionais da saúde.

Apesar do estado de saúde nos DFA ser satisfatório em termos gerais, persistem desafios, especialmente para a Guiana Francesa. Por exemplo, os três territórios compartilham problemas de saúde prevalentes, como doenças cardiovasculares, certos tipos de câncer, obesidade, diabetes, alcoolismo e morte por violência. No entanto, há doenças que afetam um território mais que outro, como a anemia falciforme em Guadalupe e Martinica, e a malária e a febre amarela na Guiana Francesa.

A nova estrutura estabelecida em 2010, com as Agências Regionais de Saúde e a adoção de uma política de saúde pública com base territorial permitiriam que Guadalupe, Guiana Francesa e Martinica satisfizessem melhor as necessidades de saúde de suas populações.

REFERÊNCIAS

1. France, National Institute of Statistics and Economic Studies [Internet]. Disponível em: www.insee.fr Acessado em 16 de agosto de 2012.
2. France, National Institute of Statistics and Economic Studies; National Institute of Health and Medical Research [Internet]. Disponível em: <http://www.insee.fr> e <http://www.cepidc-vesinet.inserm.fr/> Acessado em 16 de agosto de 2012.
3. France, Ministry of Social Affairs and Health [Internet]. Disponível em: <http://www.rsa.gouv.fr> Acessado em 16 de agosto de 2012.
4. France, National Institute of Statistics and Economic Studies [Internet]. Disponível em: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/guadeloupe/themes/etudes_detaillees/inegalitesAG/inegalitesAG.pdf Acessado em 16 de agosto de 2012.
5. Multigner L, Kadhel P. Exposition à des polluants environnementaux chez la femme enceinte et son enfant en Guadeloupe. Niveaux de chlordécone dans le sang maternel et étude des déterminants de l'imprégnation. Inserm U625 et service gynécologie-obstétrique CHU Pointe à Pitre. Rapport, décembre 2004.
6. Multigner L, Ndong JR, Giusti A, Romana M, Delacroix-Maillard H, Cordier S, Jégou B, Thome JP, Blanchet P. Chlordecone exposure and risk of prostate cancer J Clin Oncol 2010; 28(21):3457–3462.
7. France, National Institute of Statistics and Economic Studies [Internet]. Disponível em: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_0502R Acessado em 16 de agosto de 2012.
8. Quenel P, et al. Epidemiology of dengue in the French overseas departments of the Americas. BEH 33–34 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2011/BEH-n-33-34-2011> Acessado em 16 de agosto de 2012.
9. Cire Antilles Guyane. Le chikungunya: nouvelle maladie à déclaration obligatoire dans les DFA. Basag Nu 6 [Internet]; 2006. Disponível em: <http://www.invs.sante.fr/publications/basag/Basag2006-6.pdf> Acessado em 16 de agosto de 2012.
10. Aznar C, et al. Maladie de Chagas: rappels sur la maladie et situation épidémiologique dans les Amériques. BVS Nu 3 [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.invs.sante.fr/publications/bvs/antilles_guyane/2011/bvs_ag_2011_03.pdf Acessado em 16 de agosto de 2012.
11. Bousser V, Quenel P. Evaluation de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques. BVS Nu 3 [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.invs.sante.fr/publications/bvs/antilles_guyane/2011/bvs_ag_2011_03.pdf Acessado em 16 de agosto de 2012.
12. Observatoire régional de la santé de Guadeloupe. La couverture vaccinale des élèves de classes de 5ème des collèges de Guadeloupe en mars 2007 [Internet]; 2008. Disponível em: <http://www.orsag.org/index.php/Etudes#> Acessado em 16 de agosto de 2012.
13. Flamand C, et al. Couverture vaccinale des enfants et adolescents scolarisés en Guyane française en 2009. BVS Nu 5 [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.invs.sante.fr/publications/bvs/antilles_guyane/2011/bvs_ag_2011_05.pdf Acessado em 16 de agosto de 2012.
14. Cassadou S, Cardoso T, Ardillon V, Quénel P. Problématique de la leptospirose aux Antilles et en Guyane: diagnostic biologique et surveillance épidémiologique. 2009. BVS Nu 5 [Internet]; 2009. Disponível em: http://www.invs.sante.fr/publications/bvs/antilles_guyane/2009/bvs_ag_2009_05.pdf Acessado em 16 de agosto de 2012.
15. Pointier JP, Théron A. Transmission de la bilharziose intestinale aux Antilles Guyane. BASAG Nu 1 [Internet]; 2006. Disponível em: <http://www.invs.sante.fr/publications/basag/basag2006-1.pdf> Acessado em 16 de agosto de 2012.
16. Rachas A, et al. Situation épidémiologique de la lèpre dans les départements français d'Amérique.

- BVS Nu 5 [Internet]; 2009. Disponível em: http://www.invs.sante.fr/publications/bvs/antilles_guyane/2009/bvs_ag_2009_05.pdf Acessado em 16 de agosto de 2012.
17. France, Institut de veille sanitaire. Numéro thématique – L'infection à VIH-sida en France en 2009–2010. BEH Nu 43–44 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletinepidemiologique-hebdomadaire/Derniersnumeros-et-archives/Archives/2011/BEH-n-43-44-2011> Acessado em 16 de agosto de 2012.
 18. Barbail A, Cazaux CM. Infection à VIH-sida en Guyane: dépistage et séropositivités découvertes, 2008–2009. BVS Nu 7 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veillesanitaire/Tous-les-numeros/Antilles-Guyane/Bulletin-de-veille-sanitaire-Antilles-Guyane.-n-7-Aout-septembre-2011> Acessado em 16 de agosto de 2012.
 19. Ferdinand S, Cornely V, Théodore M. Situation épidémiologique des infections transmises sexuellement et/ou par le sang, à travers l'activité des laboratoires d'analyses de biologie médicale volontaires en Guadeloupe. BVS Nu 3 [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.invs.sante.fr/publications/bvs/antilles_guyane/2011/bvs_ag_2011_03.pdf Acessado em 16 de agosto de 2012.
 20. Carvalho L. Les maladies à déclaration obligatoire dans les DFA (2006–2008). La tuberculose. BVS Nu 8 [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.invs.sante.fr/publications/bvs/antilles_guyane/2010/bvs_ag_2010_08.pdf Acessado em 16 de agosto de 2012.
 21. France, Institut de veille sanitaire. Situation du choléra en Haïti et diffusion internationale. BVS Nu 3 [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.invs.sante.fr/publications/bvs/antilles_guyane/2011/bvs_ag_2011_03.pdf Acessado em 16 de agosto de 2012.
 22. Bateau A, et al. Description des épidémies de grippe A 2009 dans les territoires français ultramarins des Amériques. BEH Nu 24-25-26 [Internet]; 2010. Disponível em: www.invs.sante.fr/beh/2010/24_25_26/beh_24_25_26_2010.pdf Acessado em 16 de agosto de 2012.
 23. Carvalho L. Les maladies à déclaration obligatoire dans les DFA (2006–2008). BVS Nu 8 [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.invs.sante.fr/publications/bvs/antilles_guyane/2010/bvs_ag_2010_08.pdf Acessado em 16 de agosto de 2012.
 24. Dieye M, et al. La surveillance des cancers aux Antilles et en Guyane. BVS Nu 8 [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.ars.guyane.sante.fr/fileadmin/GUYANE/fichiers/Votre_sante/Indicateurs_de_sante/bvs_ag_2011_08.pdf Acessado em 16 de agosto de 2012.
 25. Merle S, Pierre-Louis K, Rosine J, Cardoso T, Inamo J, Deloumeaux J. Prévalence de l'hypertension artérielle en population générale à la Martinique. Rev Epidemiol Sante Publique 2009;57:17–23.
 26. Cornely V. Hygiène de vie et habitudes alimentaires dans une région de la Guadeloupe: le sud Basse Terre en 2005. Guadeloupe: Observatoire régional de la santé; 2007. Rapport d'études.
 27. Daigre JL, Atallah A. Enquête PODIUM. XIV conférence interrégionale des Fédérations des Antilles et de la Guyane – 21 octobre 2010 [Internet]. Disponível em: <http://www.chcayenne.net/IMG/pdf/Podium-FHG.pdf> Acessado em 16 de agosto de 2012.
 28. Ricci P, et al. Diabète traité: quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France? [Internet]. Disponível em: http://www.invs.sante.fr/beh/2010/42_43/index.htm Acessado em 16 de agosto de 2012.
 29. Slama F, Dehurtevent B, Even JD, Charles-Nicolas A, Ballon N, Slama R. Characteristics of a French African Caribbean epidemiological psychiatric sample with a history of suicides attempt. Suicide Life Threat Behav 2008;38(6): 720–727.
 30. Slama F, Merle S, Ursulet G, Charles-Nicolas A, Ballon N. Prevalence of and risk factors for life-time suicide attempts among Caribbean people in the French West Indies. Psychiatry Res 2011;190(2–3):271–274.

31. Merle S, Vallart M. Martinique, Guyane Française: les spécificités de l'usage de drogues ultra-marin en Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif Trend. St.-Denis: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2009.
32. Agence Régionale de Santé. STATISS 2010 [Internet]. Disponible em: <http://www.ars.martinique.sante.fr/STATISS.88756.0.html#telechargerDocuments> Acessado em 16 de agosto de 2012.