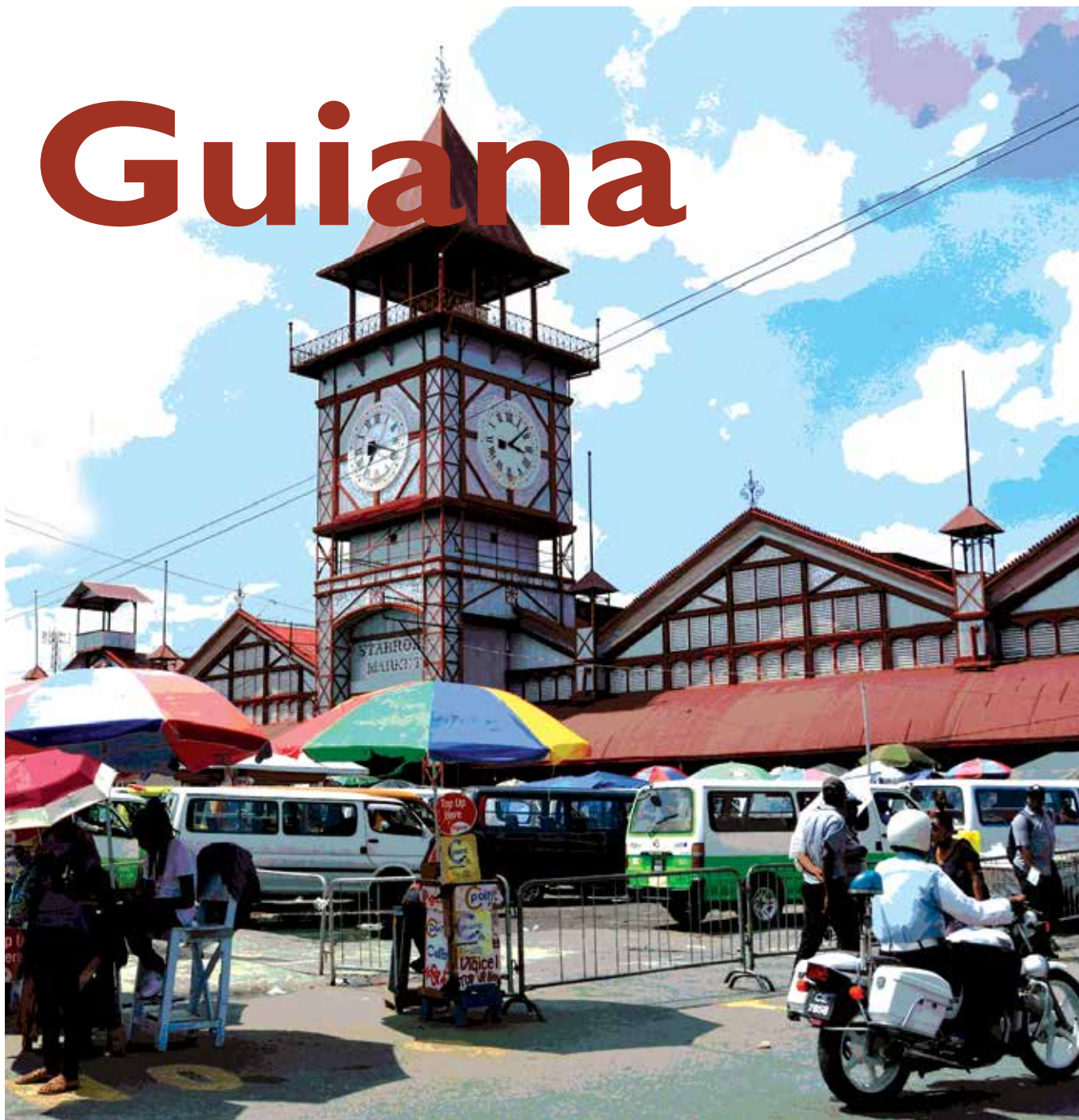


Guiana



INTRODUÇÃO

A República Cooperativa da Guiana encontra-se a noroeste da costa da América do Sul, fazendo fronteira com a Venezuela a oeste, com o Brasil a sul e a oeste, e com o Suriname a leste. O país tem uma área total de 215.000 Km², dos quais aproximadamente 80% estão cobertos por florestas tropicais. É o único país de língua inglesa da América do Sul faz parte da Comunidade do Caribe (CARICOM), União de Na-

ções Sul-Americanas (UNASUR) e Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA), entre outras coalizações regionais e internacionais.

A Guiana tornou-se independente do Reino Unido em 1966, configurando-se numa república democrática com um sistema de governo no modelo de Westminster, com um Presidente Executivo que exerce as funções de Chefe de Estado e Governo. Apesar de existirem vários partidos políticos, os principais são o Partido Progressista Popular (PPP) e o Congresso

Nacional Popular (PNC), cujos membros são principalmente indo-guianeses e afro-guianeses, respectivamente. As Eleições gerais ocorreram em agosto de 2006.

O Censo da Guiana de 2002 registrou uma população de 751.223 habitantes, sendo 50,1% homens e 49,9% mulheres, com uma composição étnica de 43,5% de indianos, 30,2% de africanos, 9,2% de ameríndios, 16,7% de mestiços e 0,4% de outros. Os principais grupos religiosos são cristãos (48,0%), hindus (28,8%) e muçulmanos (7,3%) (1). A Agência de Estatísticas da Guiana estima que a população tenha aumentado para aproximadamente 785.000 em 2010, com a faixa etária de 15 anos ou menos representando quase 27% de toda a população, o que significaria uma queda de 9% desde 2002 (2) (Figura 1).

A densidade populacional da Guiana é baixa – menos de quatro pessoas por Km² – e apenas 28,5% da população vive em áreas urbanas, sendo 51,7% mulheres, enquanto 50,7% dos moradores de áreas rurais são homens. O país encontra-se dividido em 10 regiões administrativas e a maioria da população (85,1%) vive

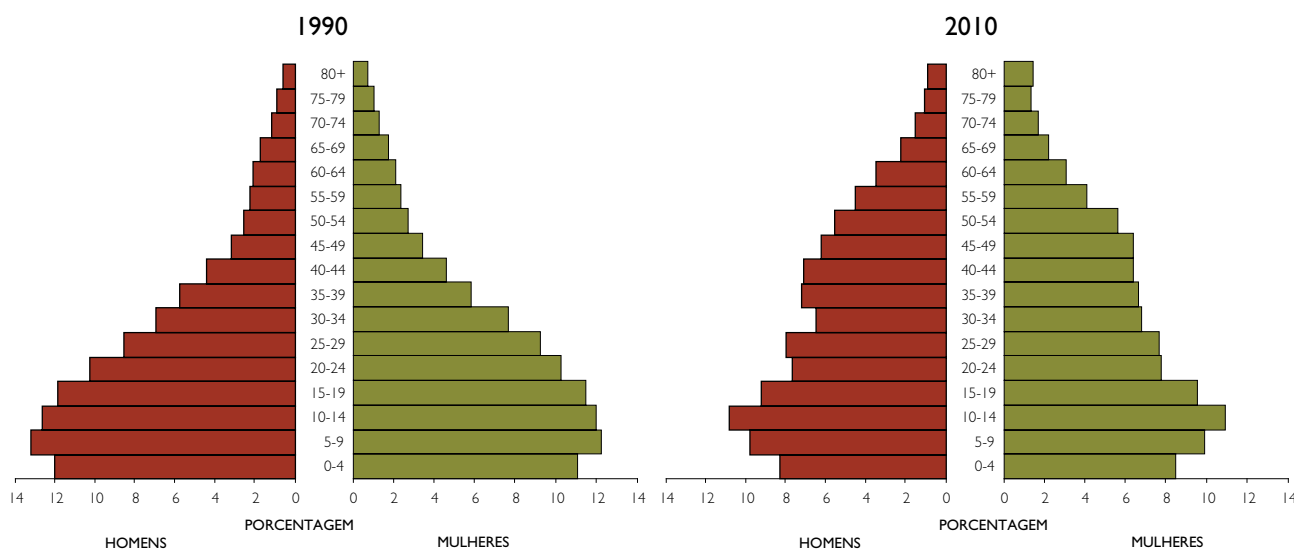
em áreas costeiras (as regiões 2, 3, 4, 5 e 6). A Região quatro, onde está localizada a capital, Georgetown, tem a maior densidade populacional, com 41,3% da população. Apenas 9,4% da população vivem no interior rural (as regiões 1, 7, 8 e 9), e a Região oito, com 1,3% da população, tem a menor densidade populacional (1). Cada Região é administrada por um Conselho Regional Democrático, que é responsável pela oferta de serviços, incluindo saúde e educação, para sua parcela da população. (3).

As regiões do interior do país, onde a população vive esparsa, têm uma infraestrutura de saúde muito limitada, apresentando enormes desafios para o atendimento médico e outros serviços essenciais. A maioria dos ameríndios indígenas da Guiana vive no interior (1).

A taxa bruta de natalidade entre 2006 e 2010 foi em média de 19,4 por 1.000 habitantes, e a taxa bruta de mortalidade caiu de 6,6 para 6,4 por 1.000 habitantes entre 2006 e 2010 (2).

A Guiana tem uma pequena economia aberta, com um mercado doméstico limitado por sua modesta

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



A população aumentou 1,6% entre 1990 e 2010. Em 1990, a estrutura da população apresenta uma forma piramidal, embora algum afunilamento possa ser observado no grupo de menores de cinco anos devido a mais baixa fertilidade. Em 2010, a pirâmide se desloca para grupos com 50 anos ou mais, e há menos variação entre os grupos mais jovens; isso deve-se a uma queda paulatina da fertilidade e a baixa mortalidade. A proporção de adultos em 2010 é menor do que se poderia esperar em relação à estrutura de 1990, o que poderia ser fruto da emigração nos anos intervenientes.

Fonte: Organização Pan-americana da Saúde com base em dados do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, Divisão de População, Perspectivas da população mundial, revisão 2010. Nova Iorque, 2011.

^a O percentual de cada faixa etária é sua proporção em relação ao total de cada sexo.

população. Em 2005, a produção de açúcar chegou a quase 259 mil toneladas, responsável por quase 12% do Produto Interno Bruto (PIB) e de mais de 20% das exportações da Guiana. A maioria das exportações de açúcar está destinada a União Europeia sob um acordo de comércio preferencial, mas a Região da CARICOM também é um mercado importante para o açúcar guianês (4). A mineração, a exploração madeireira, e, mais recentemente, a preservação florestal e o ecoturismo também são setores importantes da economia. A inflação tem sido alta, com uma média de 9,0% entre 2006 e 2008, mas caiu constantemente desde o pico de 12% em março de 2008, registrando 6,4% no final de 2008 e 3,6% no final de 2009, refletindo a redução nos preços mundiais de matérias-primas (5). De acordo com a recente série sobre PIB do Fundo Monetário Internacional (FMI), a atividade econômica do país expandiu-se 3,3% em 2009 e 3,6% em 2010, comparado com 2% em 2008, principalmente devido à recuperação da agricultura na segunda metade do ano, bem como a sustentada produção de ouro e as sólidas atividades do setor não negociável (5, 6). O PIB *per capita* foi de US\$ 1.911 em 2006, de US\$ 2.277 em 2007, de US\$ 2.497 em 2008 e de US\$ 2.629 em 2009 (6).

Embora seja abundante em recursos naturais, a Guiana é categorizada como um país em desenvolvimento de renda média baixa, o que já representa um avanço em relação à sua categorização anterior como um país em desenvolvimento de baixa renda e como um país pobre altamente endividado. Desde 1997, o país beneficiou-se de uma redução total da dívida por meio da cooperação internacional e disponibilizou mais recursos para a melhoria de setores sociais. Investimentos em programas de saúde, educação, moradia, água, saneamento e combate à pobreza aumentaram de 15% do PIB em 1997 para 22% em 2005. Os gastos públicos com educação aumentaram de 13% do orçamento nacional em 2006 para 15,3% em 2010, e os gastos públicos com a saúde foram de 9% em 2006 para 9,4% em 2010 (6).

Apesar desses avanços, persistem desafios, especialmente nas regiões do interior e no recrutamento e retenção de recursos humanos (7). Um número significativo de profissionais e pessoal capacitado guianeses migra para a Europa, América do Norte e outros países caribenhos. Em 2006 e 2008, a migração líquida

foi de 15.241 e 18.777, respectivamente. No entanto, análises mais recentes indicam uma migração líquida de 18.800 para 2009 e 4.200 para 2010 (8, 9).

Outro desafio para a Guiana é a obtenção de dados atualizados, precisos e consistentes sobre a saúde para os mesmos indicadores, tanto de fontes internas como de fontes externas. É preciso fortalecer a comunicação eficiente e precisa de dados sobre saúde pública e afins, bem como avaliar consistentemente e objetivamente as intervenções de saúde. Várias fontes nacionais e internacionais podem publicar dados diferentes para os mesmos indicadores e período de tempo. As agências internacionais costumam confiar em valores estimados quando percebem lacunas entre as informações, indicadores com definições não padronizadas ou métodos incertos de coleta de informação em nível nacional e subnacional.

A Guiana renovou seu compromisso de alcançar as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (10). Também continuou a trabalhar com outros parceiros da Convenção Quadro das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas (UNFCCC) para o estabelecimento de um mecanismo global de Redução das Emissões provenientes do Desmatamento e Degradação (REDD+). Isso é consistente com a Estratégia de Desenvolvimento de Baixo Carbono que é o modelo de desenvolvimento nacional (11). Além disso, o país continua a priorizar o desenvolvimento e avanço de iniciativas de informação e tecnologia, como o programa “Um Laptop por Família” (OLPF), a criação do Canal de Aprendizado da Guiana e o estabelecimento de um cabo digital da Guiana ao Brasil.

DETERMINANTES E DESIGUALDADES EM SAÚDE

A Guiana é parte de vários tratados internacionais de direitos humanos e, em cumprimento com suas obrigações, estabeleceu comissões constitucionais para zelar pelos direitos das mulheres, dos povos indígenas, das crianças e de grupos étnicos, entre outros subgrupos populacionais (12). Os níveis de pobreza medidos por dados sobre renda e gastos são maiores entre os ameríndios, e as mulheres ameríndias têm os maiores níveis de pobreza entre as mulheres guianesas (13). O Ministério de Assuntos Ameríndios da Guiana foca em intervenções para melhorar

a qualidade de vida dos povos indígenas, preservando sua cultura; os ameríndios são autossuficientes em algumas áreas, como a segurança alimentar (14). A Lei do Ameríndio de 2005 protege os direitos dos povos indígenas e lhes confere benefícios, incluindo a propriedade de terras (15) e, deste modo, o território nacional sobre o controle dos povos indígenas passou de 6,4% para 14%.

O papel das mulheres nas instâncias decisórias está aumentando; as mulheres representam 61% da força de trabalho, 31% dos juízes, 75% dos magistrados, 31% dos parlamentares e 29% dos ministros governamentais. Além disso, 40% dos graduandos em universidades nacionais são mulheres (16). Desde 2010, a Iniciativa Mulheres de Valor, uma parceria entre os setores públicos e privados, disponibiliza a mães solteiras com renda mensal menor que US\$ 196 acesso a empréstimos para a criação de microempresas. Até junho de 2011, 1.029 empréstimos haviam sido aprovados, totalizando US\$ 933.660 com uma taxa reembolso de 96% (17).

O Governo da Guiana administra uma Agência de Assuntos da Mulher e uma Agência de Assuntos do Homem, e existem mecanismos para popularizar questões de gênero no setor saúde. Por exemplo, a Comissão de Reforma Constitucional recomendou que 33,3% dos candidatos de todos os partidos políticos participantes das eleições gerais e regionais deviam ser mulheres (18).

Em 2010, o governo promulgou a Lei do Deficiente, que garante os direitos e liberdades dos deficientes, incluindo seu direito ao voto. A lei estabelece as responsabilidades dos vários setores, como saúde, educação, trabalho, moradia, água, serviços sociais, esportes e comunicação voltados aos deficientes (19).

O país está bem a caminho para atingir o ODM 2 (educação primária universal). O Ensino é obrigatório para crianças entre cinco anos e nove meses e quatorze anos. A taxa de matrículas em escolas primárias é alta, sendo 95% para meninos e meninas, com taxa de frequência de 96% entre 2005 e 2009. No entanto, em 2010, surgiram disparidades na taxa de frequência escolar secundária, sendo de 73% para meninas e de 68% para meninos (20). A transição para a escola secundária está medida em 67%, e 97% das crianças matriculadas na primeira série alcançaram a quinta série.

Em 2009, a média de anos cursados para mulheres com 25 anos ou mais foi de 9,4, comparado com 9,3 para homens; em 1990, esses números eram de 6,5 e 7,5 anos, respectivamente (21). A taxa de alfabetização entre adultos foi de 92,0% (22), e a média de anos cursados aumentou de 7,5 anos em 1990 para 9,3 anos em 2009 (21).

Em 2008, o governo implementou programas de alimentação escolar, uniformes escolares e livros didáticos direcionados a creches e escolas primárias, resultando num aumento na presença escolar das crianças no interior (23). A iniciativa “Um Laptop por Família”, lançada em 2010, visa disponibilizar 90.000 computadores com internet para famílias pobres e jovens, de modo a aumentar seu acesso à informação (24).

Houve uma clara melhoria nos serviços básicos de água e saneamento, assim como na gestão de resíduos sólidos. Entre 2000 e 2008, o acesso geral a água potável de melhor qualidade aumentou de 83% para 94%. No entanto, persistem diferenças internas com 97% da população costeira tendo acesso à água potável de melhor qualidade em comparação com 52% da população do interior. O acesso a instalações de saneamento é quase universal (98%), com 63% da população utilizando latrinas e 24% utilizando fossas sépticas (25). O uso de latrinas com sistema de ventilação adequado está sendo promovido em locais apropriados. Uma hidroclave para o tratamento de resíduos biomédicos foi instalada em Georgetown, e o incinerador de Montfort está sendo utilizado por sete hospitais regionais para a destruição de perfurocortantes.

Ainda existem desafios em relação à qualidade de água e saneamento, refletidos na alta taxa de diarreia entre crianças de um a cinco anos na Região 3 (24,6%) e na Região 4 (30,8%); as outras regiões relatam taxas entre 2,4% e 7,5% (26).

Embora a Guiana tenha potencial para ser autossuficiente em termos alimentares e ainda contribuir com a segurança alimentar e nutricional no resto do Caribe e da América do Sul, o terreno difícil e as longas distâncias impedem uma distribuição eficiente de comida para as comunidades interioranas do país. Existe uma Estratégia para a Segurança Alimentar e Nutrição multissetorial que possui componentes para o fortalecimento da disponibilidade, aceitabilidade e acessibilidade de alimentos para toda a população (27).

A proporção das pessoas vivendo em estado de pobreza moderada caiu de 43,2% em 1993 para 36,1% em 2006; a extrema pobreza caiu de 28,7% para 18,6% durante o mesmo período (10). A maior incidência de pobreza foi no interior rural, onde se concentram os ameríndios; a incidência mais baixa foi em áreas urbanas, apesar de terem sido identificadas áreas de pobreza urbana com níveis maiores do que o normal (28). (A pobreza moderada é definida como não ter renda suficiente para cobrir um pacote específico básico de itens alimentares e não alimentares. Esse pacote consumível, expressado como a média nacional de gastos mensais familiares com itens alimentares e não alimentares, foi calculado em G\$ 11.840 em 2006 e G\$ 3.960 em 1993. A pobreza extrema é definida como não ter renda suficiente para pagar até pelos itens alimentares do pacote. Esse pacote de consumo foi calculado em G\$8.400 in 2006 e G\$2.930 em 1993.)

Em 2006, estimativas demonstraram que 36% da população vivia em estado de pobreza moderada e 19% um estado de extrema pobreza, evidenciando poucas mudanças em relação à pesquisa de 1999 (13). No entanto, notou-se que, devido às características do estilo de vida ameríndio, esse grupos são particularmente propensos a erros de mensuração quando a mesma cesta básica é utilizada para calcular as linhas de pobreza, e os padrões de gastos nesse grupo podem ser bem diferentes daqueles de outras etnias. Também houve um aumento nos gastos sociais para o benefício das populações do interior, incluindo os ameríndios (13). A Estratégia de Desenvolvimento Nacional, a Estratégia de Desenvolvimento de Baixo Carbono e muitos programas de segurança social fazem parte do programa governamentais de combate à pobreza.

MEIO AMBIENTE E A SEGURANÇA HUMANA

MUDANÇAS CLIMÁTICAS E DESASTRES

A Guiana é vulnerável a uma vasta gama de desastres de causas naturais e humanas, que podem ser exacerbados por mudanças climáticas, incluindo enchentes. Esses fatores contribuem para o aumento de doenças causadas por vetores, que são endêmicas em algumas áreas do país.

A Estratégia de Desenvolvimento de Baixo Carbono traça um novo caminho para o país, baseado na preservação dos recursos florestais do país, mitigando as mudanças climáticas. Em troca, Guiana receberá créditos de carbono em mercados de comercialização global de carbono. Em novembro de 2009, Guiana e Noruega juntaram-se na parceria de Redução das Emissões de Desflorestamento e Degradação (REDD+), parte da Convenção Quadro das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas (11).

A Guiana foi reconhecida pelo Programa Ambiental das Nações Unidas como líder global na luta para mitigar as mudanças climáticas, e em 2010, o presidente do país ganhou o prêmio de “Campeão da Terra” (29). Investimentos de curto prazo em hidroeletricidade, tecnologia de cabos de fibra ótica, drenagem, irrigação e construção de estradas entre outros, formam parte da estratégia nacional para suavizar as mudanças climáticas.

A mineração do ouro, um dos setores propulsores setores da economia da Guiana, desenvolve-se principalmente nas regiões do interior por meio de parcerias público-privadas. Estudos nas áreas de mineração de ouro da Região 1 em 2006 demonstraram que todas as amostras de água continham quantidades de mercúrio além do recomendado pela diretriz de água potável da OMS, que é de 1mg/l, amostras de sedimentos demonstraram níveis de mercúrio além do recomendado pelas Diretrizes Canadenses de Qualidade Ambiental, de 0,486 ppm. Quase um terço de todo o peixe pescado tinha níveis de mercúrio além do recomendado pela Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos, de 0,5 ppm, e resultados de uma pesquisa sobre o ambiente humano demonstraram um nível significativo de contaminação por mercúrio na área noroeste do país (Região 1) (30).

DESMATAMENTO E DEGRADAÇÃO DO SOLO

Sob a Estratégia de Desenvolvimento de Baixo Carbono, o controle do trabalho das madeireiras permitirá a preservação e uso sustentável das florestas nativas da Guiana. O país reconheceu que o desmatamento não causa apenas um aumento de emissão de gases de efeito estufa, mas também tem consequências sociais, econômicas, e ambientais negativas (11).

SEGURANÇA NO TRÂNSITO

Os acidentes de trânsito e suas consequentes lesões e mortes – que afetam, principalmente, os homens – são motivo de grande preocupação na saúde do país. Em 2008, houve 125 mortes causadas por acidentes de trânsito, comparado às 171 mortes ocorridas em 2006 (26). Entre 2006 e 2007, o Conselho Nacional de Segurança no Trânsito foi reativado, e a “Operação Caminho Seguro” foi lançada em resposta ao aumento de 54% nas mortes por acidentes de transportes terrestres. A iniciativa é uma campanha focada na aplicação das leis e regulamentos do trânsito, junto com uma tolerância zero da polícia em relação a infrações das leis do trânsito, que se traduziu na redução de 40% das mortes no trânsito em 2008. No entanto, a segurança nas estradas continua sendo um grande desafio e precisa de uma ação sustentada (31).

VIOLÊNCIA

A violência de gênero (GBV) é generalizada e está em ascensão em todos os grupos étnicos e socioeconômicos, afetando mais mulheres que homens. Entre 2006 e 2007, houve um aumento estimado de 50% no número total de vítimas de GBV, 3.600 a mais do que no ano anterior. O maior aumento foi relatado em Berbice (Regiões 5 e 6), onde o número de casos notificados disparou, passando de quase 300 em 2006 para 1.890 em 2007 (um aumento de 500%) (32). Pelo menos uma em cada três mulheres guianesas relatam ter sido vítimas de GBV, e a Help and Shelter (“Ajuda e Abrigo”), uma organização não governamental que atua nessa área, atendeu a 324 mulheres entre janeiro e julho de 2008, das quais 128 eram afrodescendentes, 112 de origem indiana e 84 de outros grupos étnicos.

A Lei sobre Ofensas Sexuais foi promulgada em maio de 2010 visando fortalecer as medidas de prevenção de GBV e, entre outros regulamentos, criminalizou o estupro conjugal. Uma Política Nacional sobre Violência Doméstica está em vigor, com uma unidade especial estabelecida pelo Ministério do Trabalho, Serviços Humanos e Previdência Social para fiscalizar e monitorar sua implementação. Como evidência das crenças profundas que podem formar barreiras para progredir na redução da GBV, uma pesquisa relatou

que uma em cada cinco mulheres achava que era justo e justificável que o marido ou parceiro masculino batesse na esposa sobre certas circunstâncias, uma crença ainda mais prevalente no interior (39%) (32, 33).

Segurança e homicídios são preocupações do país; a taxa de homicídios na Guiana em 2010 foi de 18,5 para cada 100.000 habitantes (34).

CONDIÇÕES E TENDÊNCIAS DA SAÚDE

PROBLEMAS DE SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO

Saúde materna e reprodutiva

A Pesquisa Demográfica da Saúde (DHS) de 2009 revelou que a gravidez precoce, principalmente entre adolescentes, tem consequências socioeconômicas e socioculturais negativas, como o abandono escolar precoce. Havia uma prevalência geral de 18% para gravidez entre meninas de 15 e 19 anos de idade, com uma prevalência de 10% entre adolescentes em áreas urbanas, 22% entre adolescentes rurais e 43% nas áreas do interior do país (35). Apenas 14% das meninas entre 15 e 19 anos de idade envolvidas em uniões são casadas e 22% das mulheres entre 22 e 24 anos teve filhos antes dos 18 (35).

Em toda a nação, 96% dos partos são acompanhados por profissionais qualificados. No entanto, em 2008, no interior do país (Região 9), esse número foi de 57%; contudo, representava um crescimento significativo em relação ao percentual de 43% em 2003 (35). A maioria dos partos (80%) ocorre em instalações de saúde e a realização de consulta pré-natal alcançou 92% das gestantes. Quase oito entre 10 mulheres (79%) que tiveram um nascido vivo nos cinco anos anteriores à pesquisa fizeram quatro ou mais consultas pré-natais, como recomendado, sem diferenças significativas conforme o local de residência – 49% das consultas ocorreram durante o primeiro semestre, variando de 42% no interior a 67% em Georgetown (35).

A taxa de mortalidade materna (MMR) diminuiu de uma base ajustada de 320 mortes por 10.000 nascidos vivos em 1991 para 86 em 2008 (10) (a meta nacional do 5º ODM é menos de 100 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos). No entanto, ocorreu um aumento da mortalidade materna para 92,2 por

100.000 nascidos vivos em 2009 (10) e um surto de mortes maternas em 2010 (36), mas os dados de 2010 ainda não foram oficialmente sistematizados e publicados.

São realizados quase 6.000 partos anuais no Hospital Público de Georgetown, o hospital de referência nacional e que tem dois obstetras. As intervenções foram implementadas para aprimorar a distribuição e a disponibilidade de pessoal qualificado para prestar serviços obstétricos e neonatais de emergência em todas as principais instalações de saúde, incluindo capacitação em Avanços no Parto e Gestão de Riscos (ALARM), formação de mais parteiras e oferta de curso de pós-graduação em obstetria. A prevalência do uso de contraceptivos é de 42,5% entre todas as mulheres e quase 58% da demanda total de serviços de planejamento familiar carece de atendimento. A demanda negligenciada é maior entre as mulheres na faixa etária de 15-19 anos (35%) e diminui com a idade para cerca de 26% entre as mulheres na faixa etária de 40-49 anos, com 29% das mulheres casadas que têm uma necessidade de planejamento familiar não atendida (35).

Crianças (menores de cinco anos de idade)

Em geral, a mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos na Guiana caiu de 2006 até 2010: foi 19,2 em 2006; 20,3 em 2007, 17,5 em 2008; 14,9 em 2009; e subiu levemente em 2010 (35). As crianças menores de um ano de idade responderam por 5,2% das mortes, e as principais causas da mortalidade infantil no período 2005-2008 foram os transtornos respiratórios (31%) e malformações congênitas (9,7%). As outras principais causas foram septicemia bacteriana do recém-nascido (8,1%), doenças infecciosas intestinais (7,6%), infecções respiratórias agudas (4,7%) complicações obstétricas e traumatismos durante o parto (4,5%), crescimento intrauterino retardado (4,5%) e deficiências nutricionais (3,2%). A taxa de mortalidade neonatal baixou de 12,5 por 1.000 nascidos vivos em 2006 para 9,5 em 2008 (26).

A prevalência de baixo peso entre recém-nascidos chegou a 13% em 2008 e 19% em 2009 (35), o que é uma taxa alta, considerando-se a meta de prevalência estipulada no programa Pessoa Saudável 2010 de 5% (37). Em 2006, apenas 43% dos recém-nascidos foram

introduzidos ao aleitamento materno precoce e apenas 33% foram exclusivamente amamentados por seis meses. Das crianças amamentadas por seis a nove meses, 59% receberam alimentação complementar, e dessas 11% apresentaram sinais de desnutrição variando de moderada à grave (35).

A taxa de mortalidade infantil entre crianças com menos de cinco anos encolheu de 20,3 por 1.000 nascidos vivos em 2006, para 20,2 em 2008 e 19,8 em 2009; o valor para 2010 foi de 20,5 (35). Essas mortes representam 1% do número total de mortes, e suas principais causas foram afogamento acidental (14%), doenças intestinais infecciosas (7%), malformação congênita (8%), infecção respiratória aguda (6%) e doenças crônicas das vias respiratórias inferiores (3%) (26).

A desnutrição de moderada a severa foi registrada em 5,9% das crianças em 2008, particularmente no grupo entre seis meses e dois anos de idade. Em 2006, a distribuição suplementos micronutrientes reduziu o número geral de casos de anemia em 30%-40% e resultou numa melhoria de 12% nas taxas de aleitamento, particularmente nas regiões costeiras (35). O programa “Sprinkles”, que oferece suplementos nutricionais às gestantes aborda esse problema e há esforços no sentido de promover o aleitamento e fortalecer e expandir o programa Hospital Amigo da Criança. A obesidade entre crianças menores de dois anos atingiu 3,9% das crianças nessa faixa etária no período 2006-2008 (26).

Adolescentes e jovens adultos (13-24 anos de idade)

Em 2009, a prevalência de fumantes atuais em estudantes de 13 a 15 anos foi de 9,5% (35), quase o dobro da registrada em estudantes dos cursos de ciências da saúde (5,3%) (38). Um número ainda maior de estudantes de 13 a 15 anos já havia utilizado outras formas de tabaco (20,9%) em comparação como os estudantes de ciências da saúde (16%) (35). A venda de cigarros para menores ainda é um problema do país – 58% dos estudantes entre 13 e 15 anos compraram livremente os seus cigarros (38). Uma alta proporção deste grupo (31,8%) é fumante passivo em suas próprias casas (38, 39).

Suicídio e neoplasias malignas foram entre as principais causas da mortalidade no grupo de 15-24

anos de idade no período 2006–2008, sendo o suicídio a primeira causa, responsável por 22,4% das mortes, e as neoplasias malignas a quinta causa, com 4,6% do total de mortalidade nessa faixa etária (26).

Adultos e Idosos (24-64 anos de idade e com 65 anos ou mais)

Em 2006, a Aids foi a principal causa da mortalidade na faixa etária de 25 a 44 anos de idade (17%), seguida de suicídio (13,6%), acidentes de transporte terrestre (11%), homicídio (9,9%) e neoplasias (5,3%). Doença isquêmica do coração foi a principal causa da mortalidade antes dos 65 anos de idade (17%), enquanto a doença cerebrovascular foi a principal causa da mortalidade acima dos 65 anos de idade (17,4%). No mesmo ano, as outras principais causas da mortalidade nessas faixas etárias foram diabetes mellitus, neoplasias, hipertensão arterial, cirrose e outras doenças crônicas hepáticas, infecção respiratória aguda, e acidentes de transporte terrestre. Pessoas com 65 anos ou mais representaram a maior percentagem de óbitos (40,7%), seguidos por aqueles com 45 a 64 anos (29,2%) (26).

Grupos Étnicos ou Raciais

Durante o período em análise, a doença isquêmica do coração foi a maior causa da mortalidade entre os indianos (15,3%), chineses (27,8%) e portugueses (27,3%), enquanto neoplasias e Aids foram as maiores causas da mortalidade entre aqueles de etnia africana (10,8%) e ameríndia (5,5%) (26).

MORTALIDADE

A expectativa de vida entre 2005 e 2008 era de 69 anos para as mulheres e 63 para os homens. Um total de 15.100 mortes foram notificadas entre 2006 e 2008, das quais 56,9% eram de homens e 43,1% de mulheres. No geral, a doença isquêmica do coração, a doença cerebrovascular, neoplasias e diabetes foram as principais causas da mortalidade, nessa ordem (26). Outras grandes causas de morte, em ordem de importância, foram: Aids, hipertensão arterial, suicídio, acidentes de transporte terrestre, insuficiência cardíaca, infecção respiratória aguda e cirrose. A doença isquêmica do coração foi a maior causa da morte entre os homens,

enquanto a doença cerebrovascular liderou entre as mulheres. Neoplasia foi a maior causa da morte nas regiões 1, 7 e 10; a doença cardíaca isquêmica foi a principal nas regiões 2, 3, 4 e 6; diabetes na Região 9; e doença cerebrovascular nas regiões 5 e 8 (26). A razão das diferenças regionais merece ser mais bem investigada. A Tabela 1 ilustra as principais causas da mortalidade na Guiana entre 2006 e 2008 (40).

MORBIDADE

As principais causas de morbidade no período 2005–2008, em ordem de classificação, são: sintomas, sinais e resultados clínicos anormais; infecções do trato respiratório; malária; hipertensão arterial; acidentes e lesões; transtornos dermatológicos; diabetes mellitus; artrite e reumatismo; infestação de vermes; e anemia (26). Excluindo sintomas, sinais e descobertas clínicas anormais, as três principais causas de morbidade em 2006 foram infecções do trato respiratório (17,6% de todas as causas), malária (8,7%), e hipertensão (7,2%). Em 2007, as principais causas de morbidade foram infecções do trato respiratório (22,8%), hipertensão (16,3%) e transtornos dermatológicos (10,9%). Em 2008, foram as infecções do trato respiratório (23,3%), hipertensão (12,4%), e transtornos dermatológicos (10,9%).

Doenças Transmissíveis

Doenças Transmitidas por Vetores

A malária continua sendo um grande problema para a saúde pública e permanece endêmica no interior (regiões 1, 7, 8 e 9), afetando principalmente as populações indígenas e mineiras. Entre 2005 e 2010, o número total de casos flutuou – 38.984 casos positivos foram registrados em 2005, comparados com 22.935 em 2010, com uma média de 20.021 por ano (41). A incidência de infecção chega a ser quatro vezes maior nos homens (78,0%) que em mulheres (21,9%). Em 2010, a faixa etária de 15 a 49 anos foi a mais afetada (78,6%), seguida pela faixa etária de cinco a 14 anos (9,5%), a faixa etária de 50 anos ou mais (6,4%), e crianças com menos de cinco anos (4,8%). Um total de 85 recém-nascidos e 990 crianças abaixo de cinco anos estavam infectados (41).

TABELA 1. Classificação, número e proporção das 10 principais causas de morte, por sexo, Guiana, 2006, 2007, 2008

Doenças	2006						2007						2008					
	Homens			Mulheres			Homens			Mulheres			Homens			Mulheres		
	Class.	Nº	%	Class.	Nº	%	Class.	Nº	%	Class.	Nº	%	Class.	Nº	%	Class.	Nº	%
Doença isquêmica do coração	1	332	11,3	1	279	13,3	1	368	12,9	3	248	11,2	1	358	12,8	2	273	12,4
Doença Cerebrovascular	2	249	8,5	2	255	12,1	2	289	10,1	1	259	11,7	2	287	10,2	1	280	12,8
Diabetes mellitus	3	211	7,2	3	230	10,9	5	161	5,6	4	237	10,7	4	175	6,2	3	251	11,4
Neoplasias	4	197	6,7	4	209	9,9	3	198	6,9	2	255	11,6	3	221	7,9	4	248	11,3
HIV/Aids	5	174	5,9	6	124	5,9	4	180	6,3	7	109	4,9	6	135	4,8	6	104	4,7
Suicídio	6	152	5,2	9	50	2,4	7	144	5	10	42	1,9	7	124	4,4	10	45	2
Acidentes de transporte terrestre	7	142	4,9	--	--	--	6	147	5,1	--	--	--	8	106	3,8	--	--	--
Cirrose	8	134	4,6	--	--	--	10	85	3	--	--	--	9	97	3,5	--	--	--
Insuficiência cardíaca	--	--	--	8	72	3,4	9	98	3,4	6	111	5	--	--	--	7	83	3,8
Hipertensão Arterial	10	108	3,7	5	126	6	8	110	3,8	5	132	6	5	148	5,3	5	161	7,3

Fonte: Referência (40)
-- Dados – disponíveis

Os agentes de malária mais comuns identificados foram, na ordem: *Plasmodium Vivax* (32,4%), *P. Falciparum* (48,7%) e *P. Malariae* (0,6%), sendo que existem infecções mistas (13,8%). As mortes por malária estão caindo, mas são mais propensas a ocorrerem quando a doença coexiste com a desnutrição (41).

Os casos de dengue têm aumentado. Foram relatados 1.468 casos em 2010, um aumento de 258 em relação a 2006; houve uma morte por dengue hemorrágica nesse período. Homens e mulheres foram igualmente afetados. Os sorotipos 1 e 2 foram identificados por testes de laboratório (42). Existe um monitoramento constante para avaliar e controlar populações larvais e adultas do mosquito *Aedes aegypti*, que são mais prevalentes no interior e ao longo da costa.

A leishmaniose é comum nas comunidades do interior, que possuem atividades de mineração e madeireira. O número cumulativo de casos entre 2002-2007 foi de 56, de um total de 136 exames de microscopia laboratorial cutânea realizados. No período, apenas um exame foi realizado por microscopia visceral, com resultado positivo (43).

Em 2008, um sistema de triagem de todo sangue disponível foi introduzido nos Serviços Nacionais de Transfusão de Sangue para detectar a doença de Chagas. A análise do sangue revelou que 15 das primeiras 1.000 amostras eram reagentes. Estudos sobre a prevalência dessa doença se fazem necessários (44).

Doenças Imunopreveníveis

As doenças imunopreveníveis mais comuns permanecem sob controle na Guiana. A cobertura de vacinação é alta: 98% das crianças com menos de um ano de idade são vacinadas contra TB, DPT e hepatite B, e 97% são imunizadas contra pólio e sarampo; 90% de todos os recém-nascidos são protegidos contra tétano (26). Dito isso, as crianças no interior têm menos probabilidade de serem vacinadas do que as outras crianças guianesas, indicando uma necessidade de dobrar os esforços para atingir essas populações e melhorar a qualidade geral dos serviços de imunização, incluindo os sistemas de registro e monitoramento. A Guiana incorporou vacinas contra o rotavírus e pneumocócicas em seu programa em abril de 2010 e janeiro de

2011, respectivamente, e está planejando introduzir a vacina contra o vírus do papiloma humano (HPV) no fim de 2011, visando meninas de 11 anos.

Zoonoses

A Guiana foi certificada como país livre da febre aftosa (FMD) em 2001. No entanto, já que a doença está presente em pelo menos um país vizinho, é necessário manter vigilância constante nas fronteiras para garantir que o país permaneça livre dessa doença, o que é vital para a expansão de sua indústria pecuária. Aplicação de medidas sanitárias e intervenções para fortalecer as capacidades principais para a implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) facilitarão esse processo.

Doenças Negligenciadas e Outras Infecções Relacionadas à Pobreza

A filariose linfática parece ser endêmica em Georgetown e New Amsterdam, afetando principalmente mulheres e os afrodescendentes. Houve um declínio dos infectados entre 2006 (42 casos) e 2007 (32 casos). Também ocorreu um declínio na prevalência de linfedema de 2,4% em 2003 para 0,6% em 2006 (45). Em 2008, um programa de administração em massa de medicamentos para controlar doenças endêmicas nas regiões 5 e 6 foi reativado.

Em 2010, a prevalência de hanseníase foi registrada em 0,04 por 10.000 habitantes (63 casos notificados), com uma média anual de detecção de 26 novos pacientes (46).

HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis

A prevalência de infecção por HIV está em declínio na Guiana. Entre 2004 e 2009, a estimativa da prevalência adulta de HIV baixou de 2,2% para 1,1%; a prevalência entre as profissionais do sexo baixou de 21,2% para 19,4%; e entre os homens fazendo sexo com homens de 26,6% para 16,6%. Entre doadores de sangue, a prevalência caiu de 0,9% em 2002 para 0,16% em 2009 (47). Concomitantemente, a proporção de mortes atribuídas a Aids caiu de 9,5% em 2005 para 4,7% em 2008 (46). A prevalência de HIV entre mulheres está se modificando: a proporção de homens para mu-

lheres mudou de 1,16 (348/300) em 2000 para 0,91 (446/490) em 2008, com uma pequena mudança para 1,05 (600/567) em 2009 (47).

O sucesso do programa de HIV foi atribuído a várias intervenções, entre elas a introdução em 2007 de um dia anual de testes, que foi subsequentemente ampliado para uma semana. Em 2007, 4.504 pessoas foram testadas (38,1% homens e 61,9% mulheres) com uma prevalência de 1,01%; em 2009, 28.360 pessoas foram testadas (48,9% homens e 51,5% mulheres), com uma prevalência de 0,5%; e em 2010, 35.711 pessoas foram testadas (47,6% homens e 52,4% mulheres), com uma prevalência de 0,8% (47). Apesar do aumento de doenças sexualmente transmissíveis observado no período 2007-2009, os dados disponíveis sobre HIV/Aids, inclusive os coletados nos dias/semana anual de testes, revelam uma prevalência decrescente entre profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e gestantes.

O programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PMTCT) tem sido bem-sucedido e está disponível em todo o país. Os testes de HIV são obrigatórios para todas as gestantes. Em 2005, as gestantes entre 15 e 44 anos compreendiam 43% dos soropositivos na Guiana. Essa proporção diminuiu para 41,8% em 2008 (35). O programa PMTCT oferece tratamento antirretroviral (ART) para todas as gestantes soropositivas. O número de locais de tratamento e cuidado do HIV aumentou de oito em 2005 para 19 ao final de 2010, e o número de pontos voluntários de aconselhamento e teste aumentou de 27 para 75 no mesmo período. Em 2010, 95.532 pessoas foram aconselhadas e testadas, em comparação com as 16.065 de 2005. Ao final de 2010, um total de 3.059 pessoas estava recebendo ART, em comparação com 1.965 em 2007 e 942 em 2005. A Guiana começou a monitorar a resistência do HIV aos medicamentos em 2011, sendo o primeiro país do Caribe a fazê-lo de acordo com as diretrizes da OMS (49).

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) aumentaram entre 2007 e 2009, antes de diminuir um pouco em 2010. O aumento é parcialmente atribuível às melhorias no sistema de vigilância e ampliação dos pontos que oferecem serviços de DST. Dos portadores de DSTs em 2010, 87% eram mulheres (50). A prevalência de sífilis pré-natal na Guiana caiu entre 2004 (2,4%) e 2006 (0,7%). Nenhum caso de sífilis congê-

nita foi notificado em 2009. A proporção autonotificada de “corrimentos” e feridas/furúnculos genitais foi alta em 2008 e 2009 (7,6% e 4,6%, respectivamente) (51), mas representam uma redução significativa em relação às taxas de 2003 e 2004 (17,3% e 10,9%, respectivamente) (50).

Tuberculose

A prevalência da infecção de tuberculose (TB) baixou de 17,9 por 10.000 habitantes em 2005 para 14,8 em 2008. A taxa de incidência é maior entre os homens (11,8) que entre as mulheres (5,1), e os mais afetados estão na faixa etária de 25-44 anos de idade, como resultado de uma coinfeção TB/HIV (52). O tratamento diretamente supervisionado de curto prazo (DOTS) está disponível em todas as regiões administrativas para casos de tuberculose ativa, embora ainda não se encontre em todos os distritos (52).

Doenças Emergentes

O Ministério da Saúde adotou as diretrizes estabelecidas pelo Plano de Preparação Global para Influenza da OMS a fim de se preparar e responder a surtos da influenza pandêmica. Em 2009, relataram-se 30 casos positivos de H1N1 entre as 140 amostras testadas em 2009 e 2010 (53). O nível de captação da vacina H1N1 ainda não foi determinado.

Doenças crônicas não transmissíveis

Em 2008, quase 60% de todas as mortes (81% das mortes femininas e 69% das mortes masculinas) foram causadas por doenças crônicas não transmissíveis (26). O câncer foi responsável por 20% e diabetes por aproximadamente 10% dessas mortes; tendências semelhantes foram observadas em 2009 e 2010. Entre 2005 e 2008, relatou-se uma média anual de 8.872 novos casos de diabetes, dos quais 71% encontrados em pessoas com menos de 65 anos de idade. Nesse mesmo período, 53% de todas as mortes de mulheres foram causadas por câncer, sendo os cânceres de mama e colo uterino responsáveis por 36,6% dessas mortes. Em homens, o câncer de próstata foi responsável por 34,2% das mortes por câncer (26).

O relatório com as informações do Registro de Câncer da Guiana mostrou que não havia uma grande diferença entre a incidência de câncer cervical e de mama em mulheres afrodescendentes ou indianas, mas os casos de câncer cervical foram significativamente maiores entre mulheres ameríndias (54). O estudo apontou desafios para o trabalho do registro, mas também ressaltou fatores que poderiam contribuir para os resultados da população ameríndia, incluindo a idade média da primeira relação sexual, de 16,8 anos, a prevalência de HPV de alto risco de 22,8% entre as 412 mulheres analisadas, e uma média de 4,5 bebês por mulher. O estudo também informou que 65% dos casos de câncer de próstata ocorreram entre homens afrodescendentes.

Transtornos Mentais

Os transtornos mentais são um fator importante para a morbidade na Guiana. Embora não existam dados quantitativos recentes, a percepção é de que os transtornos mentais e o abuso de substâncias químicas constituem desafios significativos para a saúde pública. A Portaria sobre Saúde Mental de 1930 foi revista e uma nova política de saúde mental foi elaborada em 2009. Como resultado, deu-se ainda mais ênfase à saúde mental comunitária e intervenções de atenção primária. Intervenções para a prevenção e manejo do risco de suicídios, da depressão e do abuso de substâncias estão sendo implementadas. Em 2010, 21 pessoas se matricularam num curso de nove meses realizado em Berbice para capacitar assistentes no tratamento psiquiátrico de pacientes. Oito enfermeiras se matricularam num programa de enfermagem psiquiátrica em 2010 e, ao concluírem o programa, serão lotadas no Hospital Público de Georgetown e no Hospital Psiquiátrico Nacional, como estratégia para compensar o baixo número de psiquiatras no país (0,5/100.000 habitantes) (55).

O suicídio foi a sétima principal causa de mortalidade geral entre 2004 e 2006. Foi a principal causa da mortalidade entre pessoas de 15 a 24 anos de idade e a terceira maior causa de mortalidade entre as pessoas com 25 a 44 anos de idade. A maior incidência de tentativas e mortes por suicídio ocorreu na faixa etária de 15 a 24 anos para mulheres e na faixa etária de 15 a 34 anos para homens. A prevalência de suicídios

bem-sucedidos foi de 24 por 100.000 habitantes, que é mais do que o dobro de sua prevalência global, sendo possivelmente esse valor uma estimativa conservadora. Os fatores de risco para suicídio bem-sucedido na população da Guiana não foram rigorosamente avaliados (56), mas os resultados de um estudo retrospectivo que começou em 2010 podem fornecer informações relevantes.

POLÍTICAS DE SAÚDE, SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

PAPEL GESTOR DO SISTEMA DE SAÚDE E POLÍTICAS DE SAÚDE

O Ministério da Saúde é o gestor principal do sistema de saúde pública da Guiana. O Ministro da Saúde tem responsabilidade parlamentar sobre a saúde da população, prevista pela Lei do Ministério da Saúde de 2005. O país tem um sistema de saúde descentralizado e a responsabilidade de oferta de serviços está sendo cada vez mais delegada pelos Conselhos Regionais Democráticos às Autoridades Regionais da Saúde e à Corporação Hospital Público de Georgetown, que são provedores semiautônomos com autoridade estatutária (57). Os fluxos orçamentários e as linhas de responsabilidade foram pactuados entre o Ministério das Finanças, o Ministério do Governo Local e Desenvolvimento

Regional, o Ministério da Saúde e os Conselhos Democráticos Regionais.

O setor de saúde da Guiana tem liderado o desenvolvimento de políticas, planos, estratégias e programas para atender interesses prioritários relacionados a determinados grupos populacionais, doenças específicas e problemas de saúde. Outros setores precisam analisar melhor e considerar o possível impacto de suas políticas na saúde.

O DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

O desempenho do sistema de saúde do país melhorou ao longo dos anos, mas ainda permanecem muitos desafios, especialmente os relacionados à gestão de dados e à qualidade da atenção. Os dados oficiais necessários ao monitoramento e à avaliação do desempenho do sistema de saúde em nível regional são limitados e os fluxos de informação entre os níveis central, regional e de serviços são fragmentados e não totalmente integrados. Além disso, os dados do setor privado não são sistematicamente coletados, analisados e integrados.

Com relação à qualidade da atenção, embora existam protocolos e diretrizes e capacitação, o monitoramento e a aplicação inadequados de normas e a perda de recursos humanos formados criam uma barreira para o progresso sustentado (57).

A Estratégia do Setor Nacional de Saúde para 2008-2012 tem cinco componentes principais: (1)

QUADRO I. Saúde em todas as políticas de Guiana

O local de residência e trabalho das pessoas tem um impacto enorme na sua saúde e bem-estar. A habilidade de o Ministério da Saúde integrar seu trabalho ao de outros setores como educação, trabalho ou agricultura é vital para melhorar essas circunstâncias e a saúde da população. A iniciativa "Saúde em todas as políticas" da Guiana é uma forma de evidenciar e integrar de forma mais eficiente políticas e programas de saúde em outros setores. Exemplos dessa abordagem são:

- Inclusão de estratégias para abordar HIV/Aids nas políticas e nos programas dos setores de turismo, educação e trabalho.
- Implementação do Programa de Educação em Saúde e Vida Familiar nas escolas por meio da colaboração entre os setores de saúde e educação.
- Reconhecimento do papel do setor saúde na Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional, gerenciada pelo setor de agricultura.
- Colaboração entre os Ministérios do Trabalho e da Saúde na abordagem das questões de saúde ocupacional.
- Cooperação entre os Ministérios de Assuntos Nacionais e da Saúde para implantar programas de prevenção de suicídio.

descentralizar os provedores de serviços de saúde; (2) fortalecer a força de trabalho qualificada e o sistema de recursos humanos; (3) aumentar a capacidade governamental de liderança e regulação; (4) ampliar o financiamento setorial e os sistemas de gestão de desempenho; e (5) construir capacidade de informações estratégicas para coleta, análise e uso de dados em planejamento, gestão e avaliação (57).

No sistema de saúde completamente descentralizado, os serviços de saúde serão responsáveis pelo prestação de serviços de qualidade, seguindo as diretrizes descritas no Pacote de Serviços de Saúde Publicamente Garantidos e de Acordos de Serviço realizados com o Ministério da Saúde. A implementação do sistema está em andamento.

A capacidade limitada de analisar custos é um importante déficit. Além disso, o Programa Nacional de Aids é o único programa de saúde com uma unidade de monitoramento e avaliação formalmente estabelecida (estabelecida em 2010). Para preencher essa lacuna, o Ministério da Saúde está desenvolvendo suas capacidades de monitoramento e avaliação e visa instituir uma unidade formal própria para esse fim. O Departamento de Normas e Serviços Técnicos do Ministério da Saúde é responsável pelo desenvolvimento de normas para a prestação de serviços de saúde dos setores públicos e privados e pela supervisão de sua implementação. O Departamento formulou diretrizes padronizadas de tratamento para HIV/Aids, tuberculose, malária, diabetes, hipertensão, e a Gestão Integrada de Doenças Infantis (IMCI). O licenciamento e a acreditação de instalações de saúde é de responsabilidade do Ministério da Saúde, o que vai ajudar a manter a observância das normas.

A LEGISLAÇÃO EM SAÚDE

A Lei de Saúde Pública de 1953 regula o setor de saúde. Entre outros assuntos, aborda o controle e tratamento de doenças específicas, o registro e credenciamento de profissionais da saúde, a prestação de serviços de saneamento e o controle de vetores. A Lei também cuida das normas de saúde, que o Ministério da Saúde monitora por meio do Conselho Central de Saúde. Os funcionários da Saúde Ambiental monitoram questões de saúde pública em distritos ou regiões (58). A Lei sobre Alimentos e Medicamentos de 1971 e respectivos regulamentos de apoio preservam a

saúde e o bem-estar dos consumidores com relação a alimentos, remédios, cosméticos e equipamentos médicos (59). O alcance da saúde na legislação governando outros setores não foi avaliado.

GASTOS E FINANCIAMENTO EM SAÚDE

O Plano Nacional de Seguro do país reembolsa os pacientes pelos gastos com tratamento médico privado. O Plano fornece alguns recursos para o setor de saúde e uma pensão para contribuintes do sistema quando esses chegam aos 60 anos de idade. O Ministério da Saúde fornece ajuda parcial para algumas pessoas que precisam de tratamento terciário que não esteja disponível no setor público, incluindo intervenções cardíacas e renais complexas e tratamento oncológico. Certos procedimentos, como ressonância magnética (MRI), ainda exigem uma taxa de recuperação de custos. A Tabela 2 apresenta alguns indicadores dos gastos com saúde na Guiana (60).

POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

A baixa disponibilidade de pessoal habilitado e qualificado é um grande desafio para o sistema de saúde pública da Guiana. Mais de 90% dos especialistas médicos no setor público são estrangeiros. O nível de vagas abertas para a maior parte das categorias profissionais varia de 25% a 50% e, em áreas rurais, especialidades como farmácia, tecnologia de laboratório, radiografia e saúde ambiental têm ainda mais vagas. O setor saúde tem muita dificuldade em atrair e reter profissionais qualificados devido aos baixos salários, condições de trabalho precárias, oportunidades limitadas para capacitação, sistemas de progressão de carreira inadequados e falta de um plano integral de desenvolvimento de recursos humanos (57).

Para solucionar essa situação, o número de matrículas locais aumentou em certos programas como enfermagem, medex (assistentes médicos que trabalham no setor de saúde pública), e outros profissionais de apoio ao setor de saúde, como assistentes farmacêuticos, de laboratório, de reabilitação e técnicos de audiologia. As oportunidades para bolsas de estudos aumentaram, particularmente em medicina, devido principalmente ao tratado bilateral Guiana-Cuba

TABELA 2. Gastos nacionais com saúde (em milhões de GSD), indicadores selecionados, Guiana, 2006–2010

Indicador	Ano				
	2006	2007	2008	2009	2010
Gasto total como proporção do PIB	6,0	5,3	6,0	6,2	5,4
Gasto geral do governo com saúde como proporção do gasto total com saúde	65,7	57,0	90,8	86,6	85,4
Gasto privado com saúde como proporção do gasto total com saúde	34,3	43,0	9,2	13,4	14,6
Gasto geral do governo com saúde como proporção do gasto total do governo	11,3	10,0	18,2	17,3	14,9
Gasto com produtos farmacêuticos como proporção do gasto total com saúde	16,2	17,7	16,2	17,8	0,0
Remuneração dos funcionários públicos de saúde como proporção do gasto total do governo com saúde	47,1	37,6	143,5	105,0	127,1
Gasto total <i>per capita</i> com saúde em paridade de poder de compra (GSD por US\$)	164,0	144,0	170,0	182,0	167,0
Gasto geral do governo com saúde <i>per capita</i> em paridade de poder de compra (GSD por US\$)	108,0	82,0	154,0	158,0	142,0

Fonte: Referência (60).

(61). Programas de pós-graduação em medicina e enfermagem foram introduzidos por meio de uma colaboração entre a Universidade da Guiana, a Corporação do Hospital Público de Georgetown e instituições estrangeiras selecionadas. A Corporação do Hospital Público de Georgetown possui o Instituto de Ciências da Saúde, que garante treinamento em serviço, enquanto a Universidade da Guiana oferece programas de graduação em odontologia, medicina, farmácia, tecnologia médica, enfermagem, optometria e ciências de reabilitação por meio da Faculdade de Ciências da Saúde. A Universidade também oferece uma graduação de associado em saúde ambiental (62).

GESTÃO DE PESQUISA E CONHECIMENTO

O Ministério da Saúde e a Universidade da Guiana participaram, junto com outros atores, como a OPAS/OMS e a Corporação do Hospital Público de Georgetown, no desenvolvimento de uma agenda nacional única de pesquisa em saúde para 2010–2015 alinhada às iniciativas regionais e globais. O Ministério sedia o escritório local da Sociedade Caribenha de Bioética (estabelecido em 2010) e é membro do Conselho Caribenho de Pesquisa em Saúde. O país também tem um Conselho Nacional de Ciência e Pesquisa. Uma proposta para estabelecer comitês de ética na Univer-

sidade da Guiana e na Corporação do Hospital Público de Georgetown está em fase de análise.

SERVIÇOS EM SAÚDE

O Ministério da Saúde renovou seu compromisso de fortalecer a atenção primária em saúde, especialmente nas áreas mais remotas do interior. Tal compromisso dá-se paralelamente ao reconhecimento de que fortalecer a atenção à saúde no nível secundário e terciário é crucial para o melhor desempenho do sistema de saúde guianês.

Estão sendo envidados esforços para adotar um modelo de Serviços Integrados de Saúde, com sistemas eficientes e efetivos de referência e contrarreferência, e para implementar efetivamente e ampliar o Pacote de Serviços de Saúde Garantidos Publicamente. Esse Pacote oferece um guia detalhado para a oferta de serviços básicos de atenção à saúde de qualidade para a população, e é uma ferramenta dos formuladores políticos e gestores para assegurar o planejamento e orçamento apropriados. Espera-se que o setor saúde preste serviços de acordo com as metas previstas no Pacote até 2012 (63).

O Ministério também adotou e/ou adaptou modelos como a Gestão Integrada de Doenças Infantis (IMCI) e a Gestão Integrada de Doenças de Adultos

e Adolescentes (IMAI) para fortalecer a integração de programas relacionados à HIV, doenças crônicas não transmissíveis e saúde materna e infantil.

O Ministério do Governo Local e Desenvolvimento Regional e o Ministério da Saúde gerenciam, financiam e oferecem serviços de saúde no nível regional por meio dos Conselhos Regionais Democráticos e das Autoridades Regionais de Saúde. O sistema de saúde descentralizado inclui serviços de atenção à saúde, que oferecem atenção primária, secundária e terciária em todas as 10 regiões administrativas. As Tabelas 3 e 4 fornecem detalhes sobre os serviços disponíveis; cada Região oferece pelo menos três níveis instalações de saúde (64).

O sistema de saúde da Guiana é baseado nos princípios da atenção primária em saúde, mas existe o grande desafio de assegurar acesso equitativo à atenção para as populações do interior devido à infraestrutura limitada, alto custo de viagens e qualidade inadequada de atendimento. Além disso, muitos pacientes não buscam atendimento nas instalações de níveis I, II e III, procurando diretamente as instalações de nível IV. Espera-se que a implementação do Pacote de Serviços de Saúde Garantidos Publicamente resolva tal problema, já que garantirá um mínimo de atenção à saúde para todos, independentemente da Região geográfica ou condição socioeconômica. O relatório de 2008 das

Funções Essenciais da Saúde Pública constatou algumas melhorias no acesso a serviços de saúde (65).

O Comitê para a Política Nacional de Saúde é o órgão institucional que orienta e supervisiona o desenvolvimento, manutenção e implementação das políticas de medicamentos do país.

O banco central de sangue do Serviço Nacional de Transfusão de Sangue recebe sangue de vários centros de coleta do país, e todo o sangue é submetido a testes para HIV, vírus T-linfotrópico humano, hepatite B e C, sífilis e Chagas. Um padrão mínimo para a operação do banco de sangue foi formalmente adotado em 2009. A Guiana tem oito laboratórios equipados para realizar testes de baciloscopia para tuberculose.

Radiologia padrão, ultrassom e ressonância magnética estão disponíveis no setor público; a radioterapia básica está disponível por meio de uma parceria público-privado; e tomografia computadorizada (CT) e hemodiálise estão disponíveis apenas no setor privado. Em 2006, o Ministério da Saúde comissionou a criação de quatro centros de diagnóstico que foram construídos como parte de um acordo com Cuba. Os centros oferecem testes de laboratório, ultrassom, endoscopia, radiologia, eletrocardiografia, cirurgia, partos e tratamento odontológico. Em 2009, dois novos centros médicos oferecendo serviços de oftalmologia e laparoscopia também foram construídos por meio de esforços colaborativos entre a Guiana e a China.

TABELA 3. Número e distribuição (%) de serviços de saúde, por nível e Região administrativa, Guiana, 2010

Tipo de Serviço	Total Nacional	Regiões Administrativas Costeiras					Regiões Administrativas do Interior				
		3	4	5	6	10	1	2	7	8	9
Hospital especializado ^a	4	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0
Hospital nacional (Nível V)	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospital regional (Nível IV)	6	1	2	0	1	1	0	1	0	0	0
Hospital distrital (Nível III)	20	3	0	2	2	2	4	1	2	2	2
Centro de saúde (Nível II)	133	13	39	15	28	12	3	12	3	5	3
Posto de Saúde (Nível I)	210	27	10	1	4	16	42	20	22	16	52
Hospital privado	6	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	380	44	60	18	37	31	49	34	27	23	57
Distribuição do total da população (%)	100	13,3	41,0	7,1	19,7	5,4	2,5	6,0	2,0	0,8	2,1

Fonte: Referência (64)

a Inclui serviços geriátricos, de reabilitação, oftalmológicos e psiquiátricos.

TABELA 4. Número e distribuição (%) de leitos, por nível e Região administrativa, Guiana, 2010

Tipo de Serviço	Total nacional	Regiões Administrativas Costeiras					Regiões Administrativas do Interior				
		3	4	5	6	10	1	2	7	8	9
Hospital especializado ^a	278	0	0	0	278	0	0	0	0	0	0
Hospital nacional (Nível V)	435	0	435	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospital regional (Nível IV)	449	144	10	0	146	85	32	32	0	0	0
Hospital distrital (Nível III)	446	62	9	60	70	45	45	20	64	29	42
Centro de Saúde (Nível II)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Posto de Saúde (Nível I)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospital Privado	228	0	228	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1.836	206	682	60	494	130	77	52	64	29	42
Distribuição do total da população (%)	23,8	19,5	21,4	11,1	38,9	30,8	30,8	10,3	35,4	26,9	21,1

Fonte: Referência (64)

^a Inclui serviços geriátricos, de reabilitação, oftalmológicos e psiquiátricos.

Vários hospitais e centros de saúde ampliaram suas capacidades de laboratório, imagem e controle de infecção, e em 2010, a Corporação do Hospital Público de Georgetown começou a construção de uma nova ala para acomodar ainda mais pacientes.

O Ministério da Saúde realiza suas aquisições por meio do Sistema de Compras Públicas, e organiza seus insumos pela Unidade de Gestão Médica, um armazém com sistema informatizado que encaminha, conforme a necessidade, os insumos, os materiais e os equipamentos para várias instalações. Houve relatos ocasionais de falta de estoque de produtos farmacêuticos que, em caso de emergência, são adquiridos diretamente dos fornecedores ou obtidos por empréstimo de outros países da Região.

GESTÃO DE CONHECIMENTO, TECNOLOGIA, INFORMAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

FORÇA DE TRABALHO DA SAÚDE PÚBLICA E RECURSOS HUMANOS

Aproximadamente 57% dos médicos e 12% das enfermeiras trabalham no setor privado. Se médicos,

enfermeiras, parteiras, e auxiliares de enfermagem dos setores público e privado forem contabilizados, o número de profissionais da saúde por 10.000 habitantes da Guiana subiria para 17,7 (66). Além dos médicos e enfermeiras, a força de trabalho da saúde inclui 77 medex, 91 farmacêuticos e assistentes de farmácia e 34 dentistas. Remunerações e incentivos inadequados para trabalhar no interior são responsáveis pelo baixo número de profissionais nessas regiões. Além disso, as comunidades interioranas têm serviços de educação e de saúde muito limitados, e o custo de vida tende a ser mais alto do que em Georgetown (66). A Tabela 5 mostra o número e a distribuição de médicos e enfermeiras nas várias regiões administrativas do país (67).

Mercado de trabalho para profissionais da saúde e carreiras da saúde

Um estudo realizado em 2009 revelou que a taxa de migração das enfermeiras variava de 9,5% a 62%, dependendo da escola e do ano (68). O estudo também revelou que, ao longo de um período de 10 anos, 143 enfermeiras saíram da Guiana, levando a modesta taxa de emigração de enfermeiras de 26%. As razões citadas para irem embora incluíam melhores oportuni-

TABELA 5. Número e cobertura (por 10.000 habitantes) de médicos e enfermeiras do setor público, por Região, Guiana, 2008

Região Administrativa	Médicos		Enfermeiras	
	Nº	Cobertura (por 10.000 habitantes)	Nº	Cobertura (por 10.000 habitantes)
1	5	2,0	7	2,8
2	13	2,6	14	2,8
3	21	2,0	58	5,5
4	287	9,1	575	18,2
5	10	2,0	23	4,6
6	40	3,2	197	15,6
7	1	0,6	13	7,2
8	2	1,9	3	2,8
9	1	0,5	8	4,0
10	10	2,4	70	16,7
Total	390	5,1	968	12,7

Fonte: Referência (67).

des, desenvolvimento profissional, melhor qualidade de vida e melhores condições de trabalho. Em 2009, um currículo revisado foi desenvolvido para o programa profissional de enfermagem (69).

Diante do número de médicos sendo capacitados em Cuba e do maior número de matrículas na escola de medicina local, em 2010, a viabilidade do programa medex foi avaliada. Foi decidido que o programa medex deveria continuar com ênfase renovada em seu objetivo de fortalecer a melhoria na qualidade dos serviços de saúde nas áreas mais remotas do país (70).

SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Várias agências das Nações Unidas (ONU) tem presença na Guiana, incluindo a Organização de Alimentos e Agricultura (FAO), OPAS/OMS, UNAIDS, PNUD, UNFPA e UNICEF. Outras, como OIT e UNESCO, têm escritórios de ligação no país, enquanto ainda outras, como ONU-Mulheres e CEPAL, servem à Guiana de seus escritórios em outros países caribenhos. As agências da ONU, por meio seus pro-

gramas individuais e do Quadro Geral de Assistência ao Desenvolvimento da ONU (UNDAF) contribuem para o desenvolvimento de capacidades; elaboração de programas; implementação, monitoramento e avaliação de programas; e mobilização de recursos, entre outras áreas.

Agências multilaterais ajudam o setor de saúde e programas associados, visando ao desenvolvimento de infraestrutura e o fortalecimento institucional, como o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Banco Mundial, as parcerias com o Fundo Global para Luta contra HIV/Aids, Tuberculose e Malária; a Aliança Global para Vacinação e Imunização; e a Fundação Clinton, entre outros.

O país recebe assistência da Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional, da União Europeia, do Governo da China, do Governo de Cuba, da Agência de Cooperação Internacional do Japão e dos Estados Unidos da América (por meio da Agência dos Estados Unidos para Desenvolvimento Internacional [USAID]; do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Assistência à Aids [PEPFAR] e do Centro de Controle e Prevenção de Doenças [CDC]), além de muitos outros parceiros bilaterais. Também recebe suporte de outros organismos regionais caribenhos, como o Instituto de Alimentação e Nutrição do Caribe e o Centro Caribeno de Epidemiologia (61).

SÍNTESE E PERSPECTIVAS

Entre os desafios mais importantes para o setor de saúde na Guiana está a necessidade de recrutar e reter um número adequado de profissionais habilitados em medicina; a necessidade de oferecer à população acesso justo a serviços de saúde integrados de boa qualidade; e a necessidade de melhorar a coordenação dos recursos nacionais e internacionais para fortalecer e desenvolver programas de saúde sustentável.

Fortalecer o sistema de informação em saúde facilitará o planejamento e a gestão de recursos baseados nos resultados alcançados nesse setor. Realizar os objetivos nacionais de saúde exige a definição de custos dos serviços de saúde e o monitoramento e a avaliação de resultados e qualidade da assistência. Uma abordagem integrada para a prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis, HIV/Aids, doenças negligenciadas e o avanço nos setores0 materno-infantil e

de saúde reprodutiva melhorará a relação custo-eficiência e custo-benefício do setor.

A colaboração nacional e internacional por meio de instrumentos como o Mecanismo de Coordenação do País e o Fundo Global para o Combate a HIV/Aids, Tuberculose e Malária, e o Grupo Temático da Saúde, que foi estabelecido pelo governo da Guiana como uma das agências de fiscalização da Estratégia de Redução da Pobreza, oferece oportunidades para que todos os atores envolvidos trabalhem juntos para aproveitar os êxitos e superar os desafios do desenvolvimento constante de setor saúde do país.

REFERÊNCIAS

1. Guyana, Bureau of Statistics. Population & Housing Census 2002 [Internet]; 2007. Disponível em: <http://www.statisticsguyana.gov.gy/census.html> Acessado em 26 de fevereiro de 2012.
2. Guyana, Bureau of Statistics. Population projections (2005–2025) [Internet]; 2006. Disponível em: <http://www.statisticsguyana.gov.gy/census.html#popproject> Acessado em 26 de fevereiro de 2012.
3. Government of Guyana. Laws of Guyana. Local Democratic Organs Act. Chapter 29:09 [Internet]; 1998. Disponível em: http://gina.gov.gy/gina_pub/laws/Laws/cap2809.pdf Acessado em: 26 de fevereiro de 2012.
4. Guyana Office for Investment. Agriculture and Agro-processing [Internet]. Disponível em: <http://www.goinvest.gov.gy/agriculture.html> Acessado em 18 de abril de 2012.
5. International Monetary Fund. Executive Board Concludes 2009 Article IV Consultation with Guyana. Public Information Notice No. 10/48 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.imf.org/external/np/sec/pn/2010/pn1048.htm> Acessado em 26 de fevereiro de 2012.
6. International Monetary Fund. Gross Domestic Product Series [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2012/01/weodata/weorept.aspx?sy52006&ey52009&scsm51&ssd51&sort5country&ds5.&br51&c5311%2C336%2C213%2C263%2C313%2C268%2C316%2C343%2C339%2C273%2C218%2C278%2C223%2C283%2C228%2C288%2C233%2C293%2C238%2C361%2C321%2C362%2C243%2C364%2C248%2C366%2C253%2C369%2C328%2C298%2C258%2C299&5NGDPDP-C&grp50&a5&pr.x576&pr.y512> Acessado em 14 de maio de 2012.
7. Docquier F, Rapoport H. Skilled Migration and Human Capital Formation in Developing Countries: A Survey [Internet]; 2004. Disponível em: <http://econ.tau.ac.il/papers/macro/hillelmacro.pdf> Acessado em 26 de fevereiro de 2012.
8. Guyana, Bureau of Statistics. Preliminary numbers from Cheddi Jagan International Airport [Internet]; 2005. Disponível em: <http://gina.gov.gy/guyanatransportstudy/executivesummary.pdf> Acessado em 26 de fevereiro de 2012.
9. Guyana, Bureau of Statistics. Statistical Bulletin. Guyana: Selected socio-economic indicators. Annex 5 [Internet]. Disponível em: <http://www.statisticsguyana.gov.gy/pubs.html#statsbull> Acessado em 26 de fevereiro de 2012.
10. Guyana, Ministry of Finance; United Nations Development Program. Millennium Development Goals. Guyana: Progress Report 2011. Disponível em: <http://www.finance.gov.gy/images/Docs/Government%20Documents/MDG%20REPORT%202011.pdf> Acessado em 14 de março de 2012.
11. Guyana, Office of the President. Guyana's Low Carbon Development Strategy [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.finance.gov.gy/images/Docs/Government%20Documents/Policy%20Documents/LCDS.pdf> Acessado em 14 de março de 2012.
12. United Nations, Human Rights Council. Report of the Working Group on the Universal Periodic Review [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/4c591af92.html> Acessado em 26 de fevereiro de 2012.
13. Guyana Poverty Reduction Strategy Paper 2008–2012 [Internet]. Disponível em: <http://www.finance.gov.gy/images/Docs/Government%20Documents/Policy%20Documents/PRSP.pdf> Acessado em 14 de março de 2012.
14. Guyana, Ministry of Amerindian Affairs. National Hinterland Secure Livelihood Programme

- [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.gina.gov.gy/archive/daily/b111230.html> Acessado em 14 de março de 2012.
15. Guyana, Ministry of Amerindian Affairs. Amerindian Act 2005 [Internet]. Disponível em: <http://www.amerindian.gov.gy/legislation.html> Acessado em 24 de abril de 2012.
 16. Guyana, Ministry of Education. Development of Education. National Report 2004 [Internet]; 2004. Disponível em: <http://www.ibe.unesco.org/International/ICE47/English/Natreps/reports/guyana.pdf> Acessado em 14 de março de 2012.
 17. Guyana, National Commission on Women. Indigenous Women: Issue Paper [Internet]; 2001. Disponível em: <http://cdc.eclacpos.org/gender/April2001/Indigeouswomen.htm> Acessado em 26 de fevereiro de 2012.
 18. International Women's Rights Action Watch. Guyana [Internet]. Disponível em: <http://www.iwraw-ap.org/committee/guyana.htm> Acessado em 14 maio de 2012.
 19. Parliament Guyana. Disability Act [Internet]; 2003. Disponível em: <http://www.parliament.gov.gy/> Acessado em 14 de maio de 2012.
 20. United Nations Children's Fund. Guyana Statistics 2010 [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.unicef.org/infobycountry/guyana_statistics.html Acessado em 14 de março de 2012.
 21. Gakidou E, Cowling K, Lozano R, Murray C. Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: a systematic analysis (Table 1) [Internet]. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61257-3/fulltext#](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61257-3/fulltext#) Acessado em 26 de fevereiro de 2012.
 22. Guyana, Bureau of Statistics. Census Report 2002. Chapter V: Education and training [Internet]; 2007. Disponível em: http://www.statisticsguyana.gov.gy/pubs/Chapter5_Education_Training.pdf Acessado em 14 de março de 2012.
 23. World Bank. Feeding Program Boosting School Attendance in Hinterland [Internet]; 2008. Disponível em: http://sdi-guyana.org/docs/WB-schoolfeeding_evaluation-baseline-2008.pdf Acessado em 19 de março de 2012.
 24. Guyana, Office of the President. One Laptop per Family Initiative [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.gina.gov.gy/archive/daily/b110120.html> Acessado em 19 de março de 2012.
 25. World Health Organization/United Nations Children's Fund. Joint Monitoring Report 2010: Progress on Sanitation and Drinking Water [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/fast_facts/en/index.html Acessado em 26 de fevereiro de 2012.
 26. Guyana, Ministry of Health. Statistical Bulletin: 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 (unpublished) [Internet]. Disponível em: <http://www.health.gov.gy/MOH/index.php/publications> http://www.health.gov.gy/pub/moh_stats_bulletin_05.pdf; http://www.health.gov.gy/pub/moh_stats_bulletin_06.pdf; http://www.health.gov.gy/pub/moh_stats_bulletin_07.pdf; http://www.health.gov.gy/pub/moh_stats_bulletin_08.pdf Acessado em 26 de fevereiro de 2012.
 27. Guyana, Ministry of Agriculture. Food and Nutrition Security Strategy for Guyana [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.agriculture.gov.gy/Final%20Complete%20GFNSS%20Document%20-%20%20July%2027,%202011.pdf> Acessado em 19 de março de 2012.
 28. Government of Guyana; United Nations Development Program. Guyana Poverty Reduction Strategy Paper [Internet]; 2001. Disponível em: <http://www.bb.undp.org/uploads/file/pdfs/poverty/Library/PRSP%20Library/PRSP%20Guyana.pdf> Acessado em 11 outubro 2011.
 29. United Nations News. Two national presidents among this year's winners of top UN environment award [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.un.org/apps/news/story.asp?Cr1&Cr5environment&NewsID534446> Acessado em 19 de março de 2012.
 30. World Wildlife Fund; Institute of Applied Science and Technology. Mercury impact assessment project: a situation analysis report of mercury use in gold mining in the northwest district of Guyana. Georgetown; 2007.
 31. Guyana, Ministry of Home Affairs. Zero Tolerance Traffic Enforcement "Operation Safeway"

- [Internet]. Disponível em: <http://www.guyanap-oliceforce.org/ZeroTolerance.pdf> Acessado em 19 de março de 2012.
32. Immigration and Refugee Board of Canada. Guyana: prevalence of domestic violence, availability of state protection, recourse and services available to victims [Internet]; 2008. Disponível em: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/492ac7c3c.html> Acessado em 26 de fevereiro de 2012.
 33. United Nations. Women's Anti-discrimination Committee. Press Release WOM/1509 [Internet]; 2005. Disponível em: <http://www.un.org/News/Press/docs/2005/wom1509.doc.htm> Acessado em 26 de fevereiro de 2012.
 34. United Nations, Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2011 [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf Acessado em 19 de março 2012.
 35. Guyana, Ministry of Health; Bureau of Statistics; ICF Macro. Guyana Demographic and Health Survey 2009 [Internet]; 2011. Disponível em: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADS395.pdf Acessado em 26 de fevereiro de 2012.
 36. Stabroek news [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.stabroeknews.com/2010/archives/11/22/maternity-deaths-highest-in-last-sixyears-ramsammy> Acessado em 5 de maio de 2012.
 37. Centers for Disease Control and Prevention. Safer Healthier People [Internet]; 2010. Disponível em: <http://wonder.cdc.gov/data2010/> Acessado em 1 de maio de 2012.
 38. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic [Internet]; 2009. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/appendix_ix/en/index.html Acessado em 26 de fevereiro de 2012.
 39. World Health Organization. Global Health Professions Student Survey [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/whatwe-do/health-topics/disease-prevention/tobacco/facts-and-figures/global-tobaccosurveillance-system-gtss/global-healthprofessions-student-survey-hpss/globalhealth-professions-student-survey-exposureworkshop-july-2009> Acessado em 26 de fevereiro de 2012.
 40. Guyana, General Register Office & Ministry of Health, Statistical Unit. Extracted from Ministry of Health Statistical Bulletins 2006, 2007, 2008. Georgetown: General Register Office & Ministry of Health; 2006, 2007, 2008.
 41. Guyana, Ministry of Health. Malaria Epidemiological Weekly Report (until the epidemiological week no. 1-52). Georgetown: Ministry of Health; 2011.
 42. Guyana, Ministry of Health. Integrated Management Strategy for Dengue Prevention and Control in Guyana. Georgetown: Ministry of Health; 2011.
 43. Guyana, Ministry of Health. The Leishmaniasis Programme in Guyana. Georgetown: Ministry of Health; 2008.
 44. Guyana, Ministry of Health. National Plan of Action for Surveillance and Control of Chagas Disease in Guyana 2008–2012. Georgetown: Ministry of Health; 2007.
 45. Guyana, Ministry of Health. Annual Report for the National Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis. Georgetown: Ministry of Health; 2010.
 46. World Health Organization. Leprosy Update 2011. Weekly Epidemiological Record [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.who.int/lep/situation/en/> Acessado em 26 de fevereiro de 2012.
 47. Guyana, Presidential Commission on HIV and Aids. UNGASS Country Progress Report, January 2008–December 2009 [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.unaids.org/en/data-analysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/guyana_2010_country_progress_report_en.pdf Acessado em 26 de fevereiro de 2012.
 48. Guyana, Ministry of Health. National Week of HIV Testing Report, 6th Anniversary 2005–2011. Georgetown: Ministry of Health; 2012.
 49. United Nations, Joint United Nations Programme on HIV/Aids. The Status of HIV in the Caribbean [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/countryre->

- [port/2010/2010_HIVInCaribbean_en.pdf](#)
Acessado em 26 de fevereiro de 2012.
50. Guyana, Ministry of Health. Guyana Sexually Transmitted Infections Strategic and Monitoring Plan 2011–2020. Georgetown: Ministry of Health; 2011.
 51. Guyana, Ministry of Health. Monitoring and Reporting on the Health Sector Response to HIV/Aids. Georgetown: Ministry of Health; 2010.
 52. Guyana, Ministry of Health. National Programmatic Data from National Tuberculosis Program. Georgetown: Ministry of Health; 2010.
 53. Guyana, Ministry of Health/CAREC. Positive Cases of Pandemic Influenza A (H1N1) in Guyana [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.carec.org> Acessado em 12 de outubro de 2012.
 54. Plummer W, Persaud P, Layne P. Ethnicity and Cancer in Guyana, South America. Infectious Agents and Cancer [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.infectagentscancer.com/content/pdf/1750-9378-4-S1-S7.pdf> Acessado em 12 de outubro de 2011.
 55. World Health Organization. WHO-AIMS Report on Mental Health System in Guyana [Internet]; 2008. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/guyana_who_aims_report.pdf Acessado em 26 de fevereiro de 2012.
 56. Guyana, Ministry of Health. National Mental Health Policy and Strategic Plan 2008–2015 (Draft). Georgetown: Ministry of Health; 2008.
 57. Guyana, Ministry of Health. National Health Sector Strategy 2008–2012 [Internet]; 2008. Disponível em: http://www.health.gov.gy/pub/moh_nhss_0804.pdf Acessado em 26 de fevereiro de 2012.
 58. Government of Guyana: Laws of Guyana. The Public Health Act [Internet]; 1998. Disponível em: http://www.gina.gov.gy/gina_pub/laws/tableofcontents.pdf Acessado em 20 de março de 2012.
 59. Government of Guyana. Laws of Guyana. The Public Health Act. Food and Drugs Act [Internet]; 1998. Disponível em: http://www.gina.gov.gy/gina_pub/laws/tableofcontents.pdf Acessado em 20 de março de 2012.
 60. World Health Organization. Global Health Expenditure Database [Internet]; 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorer.aspx?d51&cws51024897858> Acessado em 1 de maio de 2012.
 61. Pan American Health Organization/World Health Organization. Country Cooperation Strategy 2010–2015 [Internet]; 2009. Disponível em: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_guy_en.pdf Acessado em 26 de fevereiro de 2012.
 62. University of Guyana. Annual Report Faculty of Health Sciences 2010 (Internal Document). Georgetown: University of Guyana; 2011.
 63. Guyana, Ministry of Health. Package of Publicly Guaranteed Health Services in Guyana (2nd ed.). Georgetown: Ministry of Health; 2010.
 64. Guyana, Ministry of Health. Statistical Bulletin 2010. Georgetown: Ministry of Health; 2010.
 65. Guyana, Ministry of Health; Pan American Health Organization/World Health Organization. Results of the Second Workshop on Essential Public Health Functions I, Guyana, 11–13 March 2008. Executive Report. Georgetown: Ministry of Health; Washington, DC: PAHO/WHO; 2008.
 66. Guyana, Ministry of Health; Pan American Health Organization/World Health Organization. A Health Human Resources Action Plan for Guyana, 2011–2016 (Draft). Georgetown: Ministry of Health; Washington, DC: PAHO/WHO; 2010.
 67. Guyana, Ministry of Health. Statistical Bulletin 2008. Georgetown: Ministry of Health; 2008.
 68. Guyana, Ministry of Health; Pan American Health Organization/World Health Organization. Nursing Migration Study. Georgetown: Ministry of Health; Washington, DC: PAHO/WHO; 2010.
 69. Guyana, Ministry of Health; Pan American Health Organization/World Health Organization. Revised curriculum for the professional nursing program. Georgetown: Ministry of Health; Washington, DC: PAHO/WHO; 2009.
 70. Guyana, Ministry of Health; Pan American Health Organization/World Health Organization. Evaluation of the MEDEX Program in Guyana. Georgetown: Ministry of Health; Washington, DC: PAHO/WHO; 2010.