



INTRODUÇÃO

Com uma área de 11.424 km², a Jamaica é o maior país de língua inglesa na Região do Caribe. Localiza-se 150 km ao sul de Cuba e 160 km a oeste do Haiti. A ilha tem uma estreita planície costeira, em que se concentra a produção agrícola, mas a maior parte do terreno é montanhosa e o Blue Mountain Peak é o ponto mais alto da ilha, com 2.256 m de altura. O país divide-se em 14 distritos. Sua capital e maior cidade

é Kingston, localizada na costa sudeste. Outros grandes centros populacionais são Montego Bay, Spanish Town e Portmore. A população estimada da Jamaica em 2010 era de 2,7 milhões, e a densidade populacional é de quase 250 pessoas por km².

A Jamaica ganhou a independência do Reino Unido em 1962, e é membro da Comunidade das Nações, mantendo uma democracia estável e constitucional durante 50 anos. É governada pelo Parlamento, composto pelo Senado e a Câmara dos Deputados. O

Conselho de Ministros constitui o Poder Executivo do governo e é chefiado pelo Primeiro-Ministro. A Jamaica vem mantendo uma democracia estável desde sua independência em 1962, com uma tradição consistente de participação democrática.

Os principais propulsores da economia da Jamaica são o setor de serviços (principalmente turismo e seguros), que responde por aproximadamente 60% do Produto Interno Bruto (PIB), e de mineração. As remessas provenientes do exterior representam quase 15% da renda de divisas, as exportações de bauxita e alumina compõem em torno de 10%, assim como o turismo. Além de minerais, o país exporta vestuário, açúcar, banana e rum.

De acordo com o Relatório do Desenvolvimento Humano do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD) para 2011, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da Jamaica cresceu 0,5% ao ano, passando de 0,589 em 1980 para 0,727 em 2011. O país ocupa a 79ª posição no ranking mundial de IDH (de 187 países com indicadores comparáveis) (1).

A expectativa de vida ao nascer aumentou de 38 anos em 1900 para pouco mais de 73,1 anos em 2009, enquanto a taxa de mortalidade infantil caiu de 174,3 óbitos por 1.000 nascidos vivos para 14,6 no mesmo período.

As relações de perfil etário e razões de dependência da população entre 1970 e 2009 mostram queda na proporção de crianças (0-14 anos) e aumento na população em idade ativa (15-64 anos) e idosos dependentes (65 anos e mais) (Figura 1). A tendência geral expressa a atual transição demográfica para o envelhecimento da população (2). O declínio da população infantil resultou em famílias menores, cujo número médio de membros registrado foi de 3,2 pessoas por domicílio, com uma média de um filho por família. O país vem registrando uma proporção relativamente alta de famílias chefiadas por mulheres (45,5%).

DETERMINANTES E DESIGUALDADES EM SAÚDE

A taxa de alfabetização da Jamaica em 2009 foi de 89% (3). As matrículas no nível pré-escolar do país (% bruto) foram de 112,97 em 2010. Nos últimos 36 anos, esse indicador vem aumentando, passando de seu valor mínimo de 43,61 em 1974 para o seu valor

máximo em 2010. Os números para o Índice de Paridade de Gênero (2008) em nível de escola primária foram de 0,97 e de 1,04 no nível secundário e 2,22 no nível terciário (4).

POBREZA

Apesar do seu modesto crescimento no longo prazo, a Jamaica vem avançando consideravelmente na redução da pobreza desde que iniciou o monitoramento das condições de vida em 1988. A pobreza caiu de 30,5% em 1989 para 9,9% em 2007. Com desemprego crescente e redução de remessas (que responderam por 16% do PIB em 2009), causados pela crise econômica mundial, a incidência da pobreza aumentou para 16,9% em 2009. A pobreza subiu para quase 17,6% da população estimada em 2010 (terceiro ano consecutivo de alta), devido à forte contração econômica derivada da crise global.

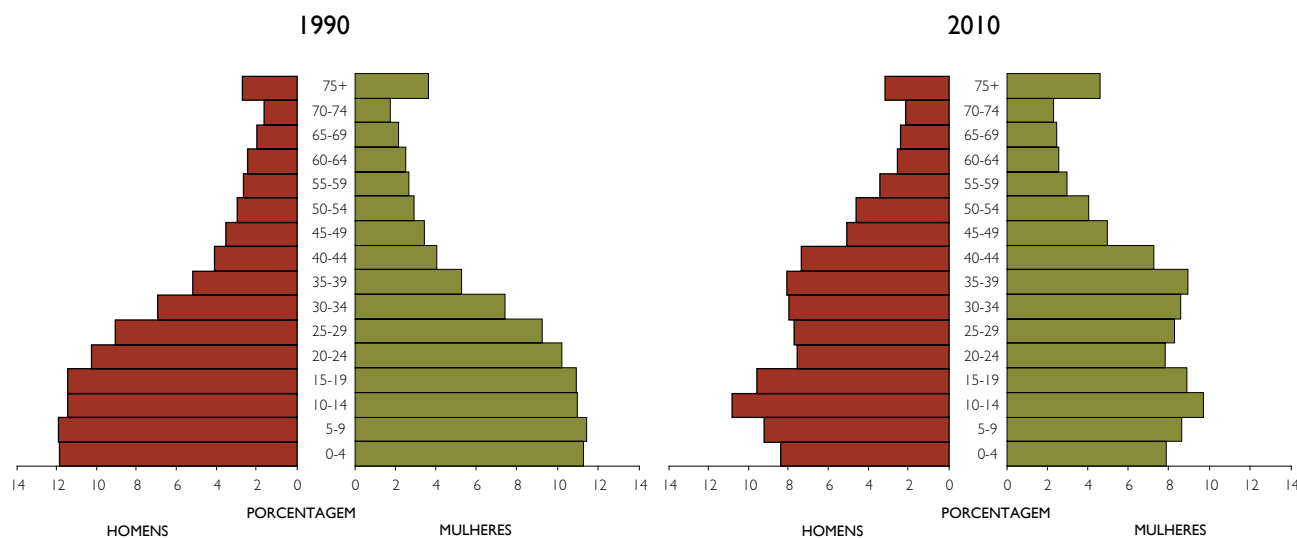
O ponto nevrálgico do sucesso da Jamaica consiste em algumas pragas sociais persistentes, como o desemprego dos jovens, que alimenta a criminalidade, o comportamento antissocial e a participação em gangues. Os legisladores estão analisando com interesse um estudo do Banco Mundial sobre o desenvolvimento da juventude no Caribe, que mostra a redução dos lucros líquidos vitalícios de US\$ 157.000 para os meninos e US\$ 115.000 para as meninas para aqueles que abandonam a escola precocemente (5).

O país registrou uma taxa de migração líquida negativa de -7.42 migrantes por 1.000 habitantes em 2009. Os altos níveis de emigração (16.330 em 2009) têm afetado seriamente a vida familiar, particularmente das crianças deixadas sozinhas ou com parentes; o mercado de trabalho (devido à emigração de trabalhadores bem instruídos e qualificados); as remessas (uma das principais fontes de renda de divisas); e a estrutura populacional (frente às baixas taxas líquidas de crescimento da população) (6).

MEIO AMBIENTE E SEGURANÇA HUMANA

ACESSO À ÁGUA POTÁVEL E SANEAMENTO

A água potável fornecida por meio de canos e torneiras para residências estava disponível em 72,5% das

FIGURA I. Estrutura populacional por idade e sexo^a, Jamaica, 1990 e 2010

Fonte: Jamaica 2001, Censo da População e Habitação (para 1990); Instituto de Estatística da Jamaica, 2012, Estatísticas Demográficas 2011 (para 2010).

^a A porcentagem de cada faixa etária representa sua proporção do total para cada sexo.

residências da Jamaica em 2009. Em 13,7% das residências, a água da chuva coletada em cisternas foi a principal fonte de água e 6,2% contaram com fontanários públicos de água potável. As famílias na área metropolitana de Kingston tiveram o maior acesso à água encanada para as suas residências (96,9% de cobertura), em comparação com 86,3% em outras áreas metropolitanas. Nas áreas rurais, apenas 46,0% tinham água encanada para as suas residências (7).

Em 2009, 67,6% das famílias relataram ter acesso a vasos sanitários com descarga (privadas) e 32,3% relataram ter acesso a latrinas. Na área metropolitana de Kingston, 87% das famílias relataram ter acesso a vasos sanitários; em outras áreas metropolitanas, o percentual de acesso foi de 75,3%. Em áreas rurais, 47,8% tinham acesso a vasos sanitários com descarga. No total, 76% das instalações sanitárias não estavam ligadas a um sistema de esgoto; em áreas rurais, esse percentual foi de 95,1% (7).

RESÍDUOS SÓLIDOS

As famílias jamaicanas usam três métodos principais para o descarte do lixo. A maioria das famílias (63,5%) utiliza o serviço de coleta de lixo, e a queima foi o segundo método mais comum (33,5% das famílias),

seguido por práticas de descarte inadequado do lixo no meio ambiente (3,2%). A Região metropolitana de Kingston e outras cidades responderam por 92,1% e 84,4% de famílias servidas por um sistema de coleta de lixo, respectivamente. O valor correspondente para as áreas rurais foi de 33,9% (7).

DEGRADAÇÃO AMBIENTAL

O desmatamento, a destruição das zonas úmidas, a remoção de algas e a degradação dos recifes de coral levaram a uma perda da biodiversidade no país. Além disso, o crescimento populacional e a expansão agrícola, industrial e comercial resultaram em intensa competição por terras, levando à invasão e à fragmentação dos habitats naturais. A degradação do solo, a fragmentação dos habitats e a introdução de espécies exóticas invasivas são os principais desafios para preservação da biodiversidade. As principais preocupações ambientais incluem desmatamento, erosão do solo, pressões demográficas, mineração de calcário e bauxita, o cultivo em encostas de grande e pequena escala e falta de conscientização pública sobre conservação. O desmatamento provoca erosão massiva do solo e torna os cursos de água carregados de sedimentos, resultando em enchentes nas regiões mais baixas. Até recen-

temente, as florestas do interior eram inacessíveis. No entanto, a construção contínua de estradas nessas áreas levará inevitavelmente ao corte seletivo e o desmatamento crescente.

O turismo também agrava as tensões no meio ambiente. O turismo em massa foi desenvolvido e promovido principalmente em torno das áreas costeiras na Jamaica e esses recursos são particularmente vulneráveis à degradação. O planejamento inadequado do turismo, incluindo as práticas inapropriadas de saneamento e eliminação de resíduos sólidos, têm afetado a qualidade da água e dos ecossistemas costeiros, especialmente nos principais destinos turísticos nas áreas norte da ilha noroeste da ilha (8, 9).

POLUIÇÃO DO AR

Na Jamaica, os principais contribuidores da má qualidade do ar são as emissões ou poluentes atmosféricos de empresas e indústrias, automóveis, queimadas de campos de cana de açúcar e de resíduos sólidos em lixões e nos quintais. O crescimento da população, do uso de energia e do número de veículos, bem como as práticas nocivas domésticas e industriais, exacerbam essa poluição. A Jamaica possui atualmente 57 estações de monitoramento da qualidade do ar, das quais 46 estão localizadas fora das regiões de Kingston e St. Andrew. As empresas de bauxita possuem e operam 41 das estações, que representam 72% de todas as estações e 90% das atividades de monitoramento do ar ambiental realizadas nos distritos localizados fora da capital do país.

PESTICIDAS

O país importou 2.512,77 toneladas de pesticidas em 2005 e 3.056,31 em 2010. A adoção de práticas agrícolas mais amigáveis com o ambiente diminuiria a quantidade de pesticidas utilizados, beneficiando o setor agrícola.

SEGURANÇA NO TRÂNSITO

Em 2009, os homens representaram 58% (10.351) dos pacientes tratados por lesões sofridas em acidentes automobilísticos, e as mulheres 42% (7.392). Indivíduos na faixa etária de 20-29 anos representaram mais de

30% (5.545) das lesões totais, não havendo diferença significativa entre os gêneros.

VIOLÊNCIA

A violência é, claramente, um dos maiores desafios da Jamaica: a taxa de homicídios foi de 60 por 100.000 habitantes em 2008. Nesse âmbito, a Jamaica reflete as tendências de violência interpessoal também manifestas na América Latina e no Caribe, com as maiores taxas de mortalidade devido à violência notadas entre os homens de 15-29-anos de idade. Apesar de sua alta taxa de homicídios, a Jamaica continua a ser um destino turístico excepcional, porque essa violência raramente tem sido direcionada contra estrangeiros. A violência na Jamaica ocorre geralmente entre homens, pobres e jovens. Em 2007, metade dos internados em centros correcionais de adultos de segurança máxima por crimes graves eram homens com idade entre 17 e 30 anos. A proporção de homens para mulheres que cometem crimes graves é de 49:1.

Em 2008, 77% dos assassinatos foram cometidos com armas de fogo. O país se tornou um ponto de trânsito de armas que circulam entre os EUA e a América do Sul, e esse comércio de armas tem aumentado sua disponibilidade no país. Sem dúvida, a criminalidade e a violência contribuíram para a estagnação do crescimento da Jamaica. Segundo um estudo do Banco Mundial realizado em 2002, o custo da criminalidade e da violência em 2001 foi de 3,7% do PIB.

Com 62 homicídios por 100.000 habitantes em 2009, o país teve a maior taxa de homicídios no mundo. De acordo com o Livro Verde elaborado pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social em 2006, a alta incidência de homicídios e violência na Jamaica pode ser atribuída principalmente a disputas internas, conflitos relacionados a gangues e/ou drogas, represálias e assassinatos do crime organizado, “tribalismo” político e um colapso da ordem social.

DESASTRES NATURAIS

Devido à sua localização geográfica, a Jamaica é particularmente vulnerável a desastres naturais como furacões, tempestades tropicais, enchentes e terremotos, que podem afetar a vida das pessoas, danificar a infra-

estrutura e atingir severamente setores-chave da economia, incluindo a agricultura.

Em 2010, o impacto da tempestade tropical Nicole e das chuvas associadas foi sentido por toda a Jamaica, com danos substanciais nos distritos ao longo do corredor de sudeste a sudoeste e as partes meridionais dos distritos setentrionais. O nível de inundações ou danos causados nas áreas impactadas parece ter sido diretamente relacionado com geomorfologia, localização e natureza do desenvolvimento empreendido nessas áreas. Dezesesseis pessoas teriam perdido suas vidas como resultado do evento, 14 das quais foram confirmadas. Entre aqueles que morreram, houve seis crianças entre zero e 14 anos de idade. Nove pessoas morreram por afogamento e 10 por lesão decorrente de esmagamento.

O Governo da Jamaica encomendou a modernização do código de construção nacional, após a grave temporada de furacões de 2004, e medidas de redução de riscos foram tomadas para ajudar a garantir o funcionamento dos serviços essenciais durante furacões e tempestades tropicais.

MUDANÇAS CLIMÁTICAS

A Jamaica é exposta a um risco particularmente elevado de surgimento de tempestades frequentes e intensas, uma vez que o aquecimento global continua a afetar os níveis do mar e as temperaturas da superfície do mar. Especialistas da saúde pública estão preocupados pelo fato que o aumento das temperaturas, chuvas e enchentes ampliará o risco de surtos de doenças transmissíveis como a malária, dengue e leptospirose.

CONDIÇÕES E TENDÊNCIAS DA SAÚDE

PROBLEMAS DE SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO

Saúde materna e reprodutiva

As questões de saúde reprodutiva são a principal razão de as mulheres buscarem os serviços de saúde em todos os níveis do sistema de saúde. Outros problemas de saúde importantes incluem doenças sexualmente transmissíveis, diabetes, hipertensão e câncer. A saúde reprodutiva das mulheres é monitorada atra-

vés de uma rede de clínicas para serviços de pré-natal e pós-natal.

De acordo com o Inquérito de Saúde Reprodutiva da Jamaica para o período 2008-2009, 87,1% das mulheres tiveram quatro ou mais consultas pré-natais durante a gravidez e apenas 1,3% não receberam cuidados pré-natais (10). Quase 60% das gestantes tiveram sua primeira visita pré-natal no primeiro trimestre. Aproximadamente 93% dos nascimentos notificados ocorreram num hospital do governo e 5% em outros serviços de saúde, incluindo hospitais privados ou centros de maternidade rurais; 1% dos nascimentos aconteceu em casa. A taxa de fecundidade na adolescência foi de 71 por 1.000 nascidos de mulheres com idades entre 15 a 19 anos, com 15% dos nascimentos ocorrendo no grupo etário 10-19 anos. Em 2008, a taxa de mortalidade materna para a Jamaica foi de 89 por 100.000 nascidos vivos (11).

Crianças

Em 2009, 12,1% dos recém-nascidos tinham baixo peso ao nascer (12). Os dados do Relatório Mensal de Clínicas do Ministério da Saúde (MCSR) mostram que, em 2008, 43,1% das crianças foram exclusivamente amamentadas até seis semanas, aumentando para 45,1% em 2009. Essas taxas são significativamente mais baixas do que a de 47,1% observada em 2001.

Em 2010, a cobertura vacinal para crianças menores de um ano de idade foi de 95% para a tuberculose (BCG), 94% para difteria, tétano e coqueluche (DTP), *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), hepatite B (HepB) e poliomielite (OPV) e 88% para o sarampo, caxumba e rubéola (MMR). Em 2009, para crianças de um ano de idade, a cobertura foi de 80% para DTP4, 88% para MMR1 e 79% para MMR2. O percentual de municípios com cobertura \geq 95% era de 23% para DTP3 e 8% para MMR em 2009.

A taxa de mortalidade infantil (TMI) na Jamaica foi estimada em 14,6 por 1.000 nascidos vivos em 2009 (13), em comparação a 24,5 por 1.000 nascidos vivos em 2001. As principais causas foram a prematuridade, anomalias congênitas e asfixia. A estimativa da taxa de mortalidade neonatal em 2009 foi de 12,0 por 1.000 nascidos vivos (13) e a taxa de mortalidade pós-neonatal foi de 4,6 por 1.000 nascidos vivos. A taxa de mortalidade perinatal não mostrou nenhuma

TABELA 1. Taxas de mortalidade perinatal, neonatal precoce e fetal, Jamaica, 2006–2010

Ano	Taxa de mortalidade perinatal (por 1.000 nascidos vivos e natimortos)	Taxa de mortalidade neonatal precoce (por 1.000 nascidos vivos)	Taxa de mortalidade fetal (por 1.000 nascidos vivos)
2006	28,2	11,3	17,1
2007	27,9	12,2	15,9
2008	29,7	13,0	17,0
2009	29,7	13,3	16,6
2010	27,2	14,9	14,7

Fonte: Referência (13).

mudança significativa a partir de 2006, permanecendo em 27,2 por 1.000 nascimentos totais (nascidos vivos + natimortos) em 2010. A taxa de mortalidade neonatal precoce foi de 14,9 por 1.000 nascidos vivos e óbitos fetais foram 14,7 por cada 1.000 nascimentos em 2010. Isso representou um aumento de 32% nas mortes neonatais precoces e uma redução de 14% nas mortes fetais no período 2006-2010. A Tabela 1 mostra as taxas de mortalidade perinatal, neonatal precoce e fetal na Jamaica no período 2000-2010.

Crianças (0–5 anos de idade)

As três principais causas de morte para meninos e meninas nessa faixa etária, entre 2007 e 2009, foram “transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal”, “infecções específicas do período perinatal” e “transtornos relacionados com o tempo da gestação e do crescimento fetal”. Outras causas são mostradas na Tabela 2.

MORTALIDADE

Os dados da mortalidade para o período 2006-2009 mostram uma mortalidade mais alta e consistente em meninos para o período: 9.893 mortes de meninos e 7.660 mortes de meninas em 2009, e 8.917 mortes de meninos e 7.400 mortes de meninas em 2006. O número mais alto de mortes foi registrado na faixa etária de 75 anos e mais (34% de todas as mortes em homens e 50% de todas as mortes em mulheres em 2009), seguido pela faixa etária 70-74 anos (8,8% das mortes em homens e 8,4% das mortes em mulheres em 2009).

As taxas de mortalidade em homens causadas pelo câncer foram 1,4 vezes mais altas do que as mulheres. O contrário ocorre no caso da diabetes mellitus, onde as taxas de mortalidade de mulheres são 1,6 vezes mais elevadas do que as dos homens. As doenças cardiovasculares são a primeira causa de mortes em mulheres e a segunda em homens, embora uma redução de mortes em mulheres causadas por essas doenças tenha sido evidente no período entre 2007 e 2009. À semelhança das tendências no Caribe e no mundo, os homens estão mais expostos a riscos de morte por homicídios e acidentes de trânsito do que as mulheres, com a taxa de homicídios em homens quase oito vezes mais alta do que em mulheres, sendo o homicídio a principal causa de mortes em homens. No entanto, existe uma tendência positiva no número de mortes causadas por causas externas, que diminuiu entre 2007 e 2009 (14).

MORBIDADE

Doenças transmissíveis

Doenças transmitidas por vetores

Houve 12 casos de malária confirmados em laboratório em 2010, 10 a menos do que os verificados em 2009. Dos 10 casos importados em 2010, seis foram por *Plasmodium falciparum*, três foram por *P. vivax* e um foi devido a *P. malariae*; os dois casos transmitidos localmente foram por *P. falciparum*.

O número de casos importados de malária permaneceu abaixo de 10 casos anuais entre 2000 e 2003. Em 2004 e 2005, no entanto, os casos aumentaram dramaticamente, coincidindo com a chegada de imigrantes

TABELA 2. Número de mortes devidas às causas principais em crianças menores de 5 anos de idade, por sexo, Jamaica, 2007–2009

Causas principais de morte em crianças de sexo masculino	2007	2008	2009
	Nº	Nº	Nº
Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	171	161	157
Infecções específicas do período perinatal	35	45	39
Outros transtornos originados do período perinatal	12	25	11
Transtornos relacionados ao tempo da gestação e ao crescimento fetal	18	18	29
Malformações congênitas do sistema circulatório	13	18	12
Hemorragia e transtornos hematológicos do feto e do recém-nascido	16	17	4
Outras malformações congênitas	4	8	16
Trauma do nascimento	13	7	2
Fetos e recém-nascidos afetados por fatores maternos e complicações na gravidez, no trabalho de parto e durante o parto	8	5	7
Malformações congênitas e deformidades do sistema musculoesquelético	5	5	5
Total de mortes masculinas	295	309	282
Causas principais de morte em crianças de sexo feminino	2007	2008	2009
	Nº	Nº	Nº
Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	108	147	110
Infecções específicas do período perinatal	27	30	40
Outros transtornos originados do período perinatal	8	14	6
Transtornos relacionados ao tempo de gestação e crescimento fetal	19	12	25
Malformações congênitas do sistema circulatório	13	12	9
Hemorragia e transtornos hematológicos do feto e do recém-nascido	4	10	4
Malformações congênitas do sistema nervoso	8	10	8
Malformações cromossômicas, não classificadas em outro lugar	3	9	11
Malformações congênitas e deformidades do sistema musculoesquelético.	4	8	0
Trauma do nascimento	8	5	1
Outras malformações congênitas	1	5	11
Total de mortes femininas	203	262	225
Fonte: Referência (13)			
Observação: Dados provisórios			

haitianos. O número de casos de malária importados disparou, passando de nove em 2003 para 141 em 2004, diminuindo para 88 em 2005. Desde então, casos de malária importados caíram até atingirem menos de 10 casos por ano, exceto por um ligeiro aumento para 10 casos em 2010. A transmissão da malária indígena, que estava ausente desde 1965, foi reintroduzida em 2006. Os esforços contínuos de erradicação da malária desde o surto resultaram num declínio significativo na transmissão local, e casos de malária importados em 2010 excedem os casos autóctones (15).

A dengue tem sido uma preocupação de saúde pública nacional na Jamaica durante as últimas três décadas e é endêmica no país, com frequência geralmente sazonal e aumento dos casos após o período chuvoso (setembro a março), tendo uma periodicidade de surto trienal. Todos os quatro sorotipos estão em circulação na Jamaica.

De 2000 a 2011, houve 3.337 casos de dengue IgM positiva na Jamaica. De acordo com dados fornecidos pela Unidade Nacional de Vigilância, até a semana epidemiológica 19 de 2012, houve 172 casos clí-

nicos de dengue, dos quais 79 foram confirmados no laboratório (ou seja, dengue IgM positiva do laboratório da Universidade das Índias Ocidentais (UWI)). *Aedes aegypti* é o único vetor da dengue presente na Jamaica e em todos seus distritos. Em 2011, o Índice de Breteau variou de 11% a 56% em todo o país.

Doenças imunopreveníveis

Historicamente, a Jamaica teve um desempenho notável no âmbito da imunização. A vacinação é obrigatória para a entrada na escola, mas o presente regulamento não é fortemente aplicado. Não houve casos de meningite tuberculosa, difteria, tétano, coqueluche ou poliomielite derivados da vacina notificados em 2010. Houve 2.646 casos de catapora notificados naquele ano.

HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis

O Plano Nacional Estratégico para HIV/Aids 2007-2012 traçou o marco político para a resposta jamaicana à pandemia global. A taxa global de prevalência da infecção pelo HIV entre a população adulta é estimada em 1,6%, mas certos grupos apresentam risco particularmente elevado. Por exemplo, a taxa de infecção entre homens que fazem sexo com homens é de 31,8%. Os trabalhadores do sexo são também expostos a alto risco, bem como os usuários de crack e cocaína e presidiários, com taxas de infecção de 4,9%, 4,5% e 3,3%, respectivamente, para esses grupos. Entre 1982 e 2009, registrou-se um número acumulado de 14.354 casos de Aids pelo Programa Nacional de HIV/DST, com 7.772 mortes. Entre 2004 e 2009, o número de mortes por Aids diminuiu em 43%, passando de 665 em 2004 para 378 em 2009. Desde 2008, quase 85% das gestantes infectadas pelo HIV recebem antirretrovirais para prevenir a transmissão vertical. Graças a essa estratégia, a taxa de transmissão do HIV foi reduzida de 25% em 2003 para cerca de 3,9% em 2010. Apesar dos ganhos da Jamaica na luta contra o HIV/Aids, essa doença continua sendo a segunda principal causa de morte para homens e mulheres na faixa etária de 30-34 anos. A taxa de infecção pelo HIV está aumentando mais constantemente entre as mulheres do que entre os homens.

Dados do Ministério da Saúde indicam que 78% das gestantes que receberam cuidados pré-natais nas

unidades do setor público são rotineiramente submetidas a testes para sífilis. A taxa de infecção por sífilis em gestantes variou de 0,9% em 2004 para 2% em 2010. Em 2009, notificaram-se 50 casos de sífilis congênita, dos quais apenas 20 foram investigados, com oito resultados positivos. A incidência de sífilis congênita é atualmente estimada em 0,21 casos por 1.000 nascidos vivos (16).

Tuberculose

A tuberculose (TB) foi a principal causa de morte na Jamaica na década de 1930, mas as taxas de mortalidade por causa da doença têm diminuindo desde então. Depois de uma alta de 20% em 2003, as taxas caíram para 9% em 2007 e 2009. Em 2010, a Jamaica teve 145 casos confirmados (a terceira maior na história recente) (17).

Jamaica teve altos índices de coinfeção HIV/TB, superando a média global de 5%. Em 2010, dos 145 casos confirmados de TB, 29 testaram positivo para HIV. A coinfeção HIV/TB impacta significativamente as taxas de mortalidade por TB, sendo responsável por cinco das 17 mortes ocorridas em 2010 (17).

Doenças Emergentes

Desde 27 de Abril de 2009, houve 202 casos confirmados em laboratório de gripe H1N1, com 49 internações e sete mortes. Em 2010, houve 76 casos de gripe confirmados, 62% menos que em 2009 (202 casos).

Doenças gastrointestinais

De acordo com relatórios semanais de vigilância epidemiológica do Ministério da Saúde, diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível foram as doenças intestinais mais comumente relatadas, com 51.381 casos (24.575 casos em crianças menores de cinco anos de idade) em 2010. Houve um caso confirmado de febre tifoide em 2007.

Doenças crônicas não transmissíveis

Jamaica enfrenta uma dupla carga de doenças: o desafio contínuo de lidar com doenças transmissíveis emergentes e reemergentes, e o aumento da preva-

lência de doenças crônicas não transmissíveis. Nos últimos 25 anos, as doenças não transmissíveis se tornaram a principal causa de morte na Jamaica. Em 2009, as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças metabólicas e endócrinas, doenças do aparelho respiratório representaram aproximadamente 60% das mortes entre os homens e 75% das mortes entre as mulheres (18).

De acordo com o Inquérito de Saúde e Estilo de Vida de 2008, a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e de seus fatores de risco tende a aumentar, como mostrado pelos números apurados entre 2000 e 2008: o diabetes, de 7,2% para 7,9%; a pré-hipertensão, de 29,9% para 35,3%; a hipertensão de 20% a 25%; a obesidade aumentou significativamente de 9,7% a 25% e inatividade física disparou de 17% a 30%.

Em 2007, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral foram responsáveis por 0,62% e 2,36%, respectivamente, de altas hospitalares de hospitais públicos para os menores de 65 anos. O tempo médio de permanência nesses hospitais foi de 14,9 dias para infarto do miocárdio e 9,3 dias para acidente vascular cerebral (19).

Neoplasias malignas

Em 2009, 2.849 pessoas com mais de cinco anos morreram de uma neoplasia maligna, o que representa 21% de todas as mortes na Jamaica. Os tipos mais comuns de morte por câncer (em ordem de frequência) nos homens foram pulmão, próstata, estômago, linfoma (exceto Hodgkin) e leucemia; e em mulheres, foram o câncer de mama, colo uterino, colorretal, útero e pulmão (13).

O Registro de Câncer da Jamaica, que calcula a incidência de câncer para Kingston e St. Andrew Corporation (a fusão dos distritos de Kingston e St. Andrew), mostrou que, entre 2003 e 2007, os cânceres mais comuns em homens foram, em ordem de frequência, a próstata, brônquios e intestino grosso; em mulheres, foram o de mama, colo uterino e intestino grosso (20).

Diabetes

A diabetes é responsável pelo elevado nível de morbidade e mortalidade na Jamaica e representa uma carga

significativa para os serviços de saúde do país. Foi a segunda principal causa de morte dos jamaicanos com idade inferior a 70 anos em 2009 (21).

Entre as pessoas conhecidas por terem diabetes, 71,5% estavam em tratamento, dos quais a glicemia foi controlada em 43,9% dos entrevistados e não controlada em 52,6%. Uma maior proporção de homens do que mulheres tiveram sua glicemia controlada (46,8% versus 42,1%). Entre os entrevistados, 23,9% das pessoas com diabetes não estavam cientes de sua condição (22).

Em 2008, a diabetes foi responsável por 12,6% das altas hospitalares de hospitais públicos em pacientes com menos de 65 anos de idade, com um tempo médio de permanência de 11,9 dias (23).

Doenças Nutricionais

Desnutrição

Em 2009, 7% das crianças estavam acima do peso normal para a idade, 3,7% tinham grau de desnutrição II e 0,1% tinham grau de desnutrição III. Esses resultados são comparáveis aos do estado nutricional de crianças em 2002.

Obesidade

A Jamaica tem a quarta maior prevalência de sobrepeso e obesidade na população acima de 30 anos (28) de 14 países e territórios do Caribe (precedida de Barbados, Trinidad e Tobago e Dominica) (24). Em 2011, 7% dos homens e 46% das mulheres com idade inferior a 30 anos estavam com sobrepeso.

Transtornos Mentais

A crescente demanda por serviços de saúde mental para crianças e adolescentes resultou num aumento do número de consultas de pacientes (uma medida da carga de trabalho real) de aproximadamente 1.500 consultas de pacientes em 2000 para 8.000 consultas em 2011. Os principais diagnósticos incluem depressão maior, transtornos de ansiedade, distúrbios de aprendizagem, abuso infantil e transtornos por comportamento perturbador, como déficit de atenção, hiperatividade e transtorno de conduta (25).

O número total de consultas de pacientes (adultos) em 2010 no Serviço Jamaicano de Saúde Mental Comunitária foi de 110.040, um aumento de 5% (5.667) em relação a 2009; houve 74.617 consultas em 2007 e 74.425 em 2008. Equipes de saúde mental fazem visitas mensais às residências dos pacientes que são incapazes ou se recusam frequentar clínicas. As equipes de saúde mental fizeram 18.751 visitas aos domicílios dos pacientes em 2010, 22% (4.082) a mais do que em 2009. O número de visitas domiciliares realizadas em 2007 e 2008 foi de 11.609 e 12.919, respectivamente (25).

Fatores de Risco e Proteção

Uma comparação dos Inquéritos Jamaicanos sobre Saúde e Estilo de Vida de 2000 e 2008 mostra que houve poucas mudanças na forma como os entrevistados se comportam em relação à sua saúde. Por exemplo, no grupo etário 15-74 anos pesquisado, a proporção dos que afirmaram que sua pressão arterial foi verificada nos últimos seis meses manteve-se em pouco menos de 50%. Quase o dobro dos entrevistados relatou ser inativo em 2008 comparado a 2000 (30% vs. 17%) e a proporção de pessoas envolvidas num alto nível de atividade diminuiu significativamente, de 47% em 2000 para 33% em 2008 (22). Não houve mudanças significativas na proporção de pessoas abaixo do peso no período entre as duas pesquisas, mas a proporção de pessoas com peso normal diminuiu. Houve um aumento do número de pessoas com sobrepeso e obesas, com esse último exibindo um aumento de mais de 5%. A circunferência da cintura aumentou em 15% e a relação cintura-quadril aumentou 5% entre 2000 e 2008. O número dos que afirmaram que ingeriam álcool cresceu ligeiramente entre os dois inquéritos (61,5% em 2000 e 64,4% em 2008), mas houve uma redução na prevalência de pessoas que declararam que atualmente fumam cigarros (18,5% em 2000 e 14,5% em 2008) (22).

Na Jamaica, a rotulagem de alimentos não é obrigatória e prejudica os consumidores na escolha de alimentos nutritivos, mas muitos produtores seguem as normas. Em 2008, uma pesquisa nos supermercados sobre informações nutricionais em alimentos indicou a existência de vários produtos rotulados. Menos da metade (46,2%) de carne, peixe, aves e ovos tinham a rotulagem nutricional, porém ela estava presente em

produtos como gorduras e óleos (93%), itens para lanches (92,1%), bebidas (91,1%), cereais (88,2%), leguminosas (87,4%), frutas e verduras (83,3%), laticínios (83,3%), açúcares (75%) e produtos de panificação (53,7%).

Em 2010, a Pesquisa Global sobre Tabagismo na Juventude e a Pesquisa de Saúde Escolar de pessoas na faixa 13-15 anos de idade indicou que 6,0% dos estudantes eram obesos e 21,7% dos estudantes estavam com sobrepeso. Pesquisas realizadas em 2001 indicaram que 15,2% dos entrevistados afirmaram ser fumantes (19,0% homens e 12% mulheres) e a prevalência do tabagismo aumentou para 20,2% naqueles que responderam à pesquisa em 2010 (22,5% homens e 17,7% mulheres). Metade dos estudantes relatou ter bebido pelo menos uma bebida alcoólica nos últimos 30 dias, e 80% afirmaram que beberam álcool pela primeira vez antes dos 14 anos.

Mudanças nos comportamentos de saúde e segurança revelam que lesões graves foram relatadas por proporções semelhantes de pessoas em 2000 e 2008 (13,6% e 12,2%). O uso do cinto de segurança por motoristas diminuiu substancialmente, pois 51% relataram usá-lo na maioria das vezes ou sempre em 2008, comparado a 69% em 2000; a proporção de pessoas que relataram nunca usar o cinto de segurança quase dobrou durante o período (13,1% vs. 22,1%). A proporção de pessoas relatando envolvimento em violência no mês anterior à pesquisa aumentou de 7,5% em 2000 para 10,5% em 2008, mas esse aumento não foi estatisticamente significativo (22).

POLÍTICAS DE SAÚDE, SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

POLÍTICAS DE SAÚDE

Em 2001 e novamente em 2010, o Ministério da Saúde colaborou com a OPAS/OMS para avaliar o quão bem as Funções Essenciais Saúde Pública (EPHF) estavam sendo realizadas. As 11 Funções Essenciais de Saúde Pública são: EPHF 1: Monitoramento, avaliação e análise do estado da saúde; EPHF 2: Fiscalização, pesquisa e controle de riscos e ameaças à saúde pública; EPHF 3: promoção da saúde; EPHF 4: Participação social na Saúde; EPHF 5: Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional para

planejamento da saúde pública e sua gestão; EPHF 6: Fortalecimento da regulamentação da saúde pública e da capacidade de execução; EPHF 7: Avaliação e promoção do acesso equitativo a serviços de saúde necessários; EPHF 8: Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública; EPHF 9: Garantia de qualidade nos serviços de saúde individuais e coletivos; EPHF 10: Pesquisa em saúde pública; EPHF 11: Redução do impacto das emergências e desastres na saúde.

O desempenho da Jamaica foi avaliado como “acima da média” em ambos os anos com uma pontuação geral levemente superior em 2010 (0,74) do que em 2001 (0,72). Oito dos 11 resultados sobre as funções avaliadas em 2010 estavam, em média, com 10 pontos a mais que em 2001. A exceção foi “Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública” (EPHF-8) em que o país marcou 25 pontos a mais em 2010 (0,82 comparado a 0,57). As funções com escores mais baixos em 2010 foram: “Monitoramento, avaliação e análise do estado de saúde” (EPHF-1), com 0,62 em 2010 e 0,85 em 2001; “Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão da saúde pública” (EPHF-5), que marcou 0,73 em 2010 e 0,81 em 2001; e “Fortalecimento da regulação da saúde pública e a capacidade de execução” (EPHF-6), marcando 0,29 em 2010 e 0,68 em 2001 (26).

PAPEL GESTOR DO SISTEMA DE SAÚDE

O governo central tem fornecido tradicionalmente a maioria dos serviços médicos na Jamaica por meio do Ministério da Saúde. A Lei Nacional dos Serviços de Saúde de 1997 autorizou a descentralização do sistema de saúde com a criação de Autoridades Regionais de Saúde (RHAs) e da reestruturação do Ministério da Saúde. Isso permitiu ao Ministério desempenhar melhor seu papel regulador, de direção e de formulação de políticas, ao passo que as RHAs têm a responsabilidade principal pela gestão das redes de saúde pública e de prestação de serviços.

“Visão Jamaica 2030”, o Plano Nacional de Desenvolvimento do país, descreve as abordagens para a reestruturação do sistema de saúde com ênfase na participação dos atores dentro e fora do Ministério da Saúde. Além da participação em programas especifi-

cos (como saúde materno-infantil, HIV/Aids, saúde sexual e reprodutiva, etc.), os parceiros internacionais, bem como instituições com fins lucrativos do setor privado e acadêmico, podem apoiar o Ministério na reforma abrangente na prestação de serviços de saúde (27).

DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

Em 2008, o Governo aboliu as taxas para serviços em todas as instalações públicas, com o objetivo de tornar os cuidados de saúde mais acessíveis. Entendia-se que as taxas de utilização eram a principal razão de altos níveis de gastos diretos familiares com saúde. A gratuidade levou à maior utilização dos serviços de saúde, mas também gerou problemas. Ficou cada vez mais difícil para o sistema de saúde pública existente lidar com a demanda crescente de pacientes junto com uma escassez de recursos, apesar de subsídios para compensar a perda de receitas provenientes das taxas de utilização, que foi estimada em US\$ 24 milhões entre 2008 e 2009 (28).

Os programas privados de seguro saúde têm mostrado um decréscimo acentuado de sua participação nos gastos totais com saúde do país, passando de 16% em 2005 para 14% em 2006, e para 12% em 2007 e 2008.

De acordo com o Levantamento das Condições de Vida da Jamaica em 2009, 19,4% das pessoas que relataram ter uma doença/lesão e que não procuraram assistência indicaram que não poderiam pagar o tratamento; 21,9% deram a mesma razão no levantamento de 2008. O percentual daqueles que indicaram uma preferência por tomar remédios caseiros aumentou para 49,0% de 46,8% em 2008. Houve um declínio visível daqueles que indicaram que não poderiam pagar pelos cuidados, tanto na área metropolitana de Kingston quanto em outras cidades (8). Quase 77,1% das pessoas que relataram uma doença/lesão em 2009 procuraram atendimento médico para a doença em comparação com 72,9% em 2008, o que é indicativo de uma tendência ascendente observada desde 1999. Mais pessoas procuraram atendimento na área metropolitana de Kingston e outras cidades em comparação com as áreas rurais.

Apesar da eliminação das taxas de utilização para serviços públicos, mais jamaicanos procuraram aten-

dimento no setor privado em 2009 (50,8%), o que representa uma inversão do que foi observado em 2008. Em Kingston e outras áreas urbanas, o uso de serviços privados de saúde aumentou 15,0% entre 2008 e 2009. No entanto, houve um aumento de 4,8% de 2008 para 2009 de pessoas procurando atendimento em serviços públicos em áreas rurais. A desagregação por gênero revelou pouca diferença entre homens e mulheres buscando atendimento em cada setor. Quando analisada por faixa etária, vê-se que uma maior proporção de crianças de 0-9 anos e pessoas na faixa 40-59 anos procurou atendimento apenas no setor público, enquanto a maioria de todos os outros grupos etários procurou atendimento apenas do setor privado. Quando examinados por quintil de renda, houve aumento da utilização de unidades de saúde privadas por todos os quintis. Os fatores que levam a essa mudança devem ser analisados, uma vez que a iniciativa adotada em 2008 de remover as taxas de utilização teve como objetivo aumentar o acesso ao setor público, particularmente para os mais pobres (7).

FINANCIAMENTO E GASTOS COM SAÚDE

Os gastos totais em saúde na Jamaica representaram 5% do PIB em 2009. Esse valor é muito menos do que as médias correspondentes para a América Latina e Caribe (7,7% e US\$ 788, respectivamente) e países de “renda média alta” (7% US\$ 851) (27).

Os recursos externos alocados para luta contra HIV/Aids excedem qualquer outro investimento no sistema de saúde, tendo como resultado que as solicitações para projetos e subvenções referentes a HIV estão amplamente conduzindo a agenda do sistema de saúde.

SERVIÇOS DE SAÚDE

A oferta de serviços de saúde no setor público é assegurada por meio de uma rede de unidades de nível primário, secundário e terciário. O primeiro nível representa o primeiro ponto de contato entre o cliente e o sistema de prestação de assistência. Existem 348 centros de atenção primária em saúde distribuídos por toda a ilha, e geridos pelas RHAs. Os clientes podem ser encaminhados para o nível secundário ou terciário, que consiste em 24 hospitais que prestam atendimen-

to hospitalar e uma série de procedimentos cirúrgicos e cinco hospitais que oferecem tratamento especializado. As instalações secundárias e terciárias têm um total de 4.736 leitos. Os hospitais que oferecem atendimento especializado também servem para a formação de profissionais médicos.

O uso de serviços públicos tem aumentado significativamente desde 2007, mas o setor não tem visto uma expansão correspondente em termos da capacidade dos serviços. Por exemplo, o número médio de leitos disponíveis em unidades secundárias caiu de 4.207 em 2007 para 3.896 em 2008, mas no tratamento de feridos subiu de 627.578 para 864.044 no mesmo período (um aumento de quase 38%). O número de altas também aumentou em 29% (de 147.775 para 190.505), o que ajudou a compensar o aumento de internações (27).

Apesar da ampla disponibilidade de cuidados em saúde no setor público, existe um grande setor de saúde privada, que inclui médicos particulares, hospitais, laboratórios, radiologistas e cuidados especiais. Faltam dados sobre o setor privado da saúde na Jamaica e, embora o Conselho de Medicina da Jamaica licencie todos os médicos particulares, não faz distinção entre prestadores de serviços operando nos setores público e privado. Muitos prestadores de serviços atuam em ambos os setores público e privado e os encaminhamentos entre os setores público e privado são bastante comuns. Na maioria dos casos, os médicos encaminham os pacientes particulares para equipamentos públicos para trabalho de laboratório e atendimento especializado ou de emergência.

A avaliação da situação farmacêutica realizada na Jamaica de julho de 2009 a maio de 2010 permitiu coletar informações sobre acesso, condição financeira e disponibilidade de medicamentos essenciais, a acessibilidade geográfica das instalações de distribuição, o uso racional de medicamentos de qualidade e a qualidade dos medicamentos nas unidades de saúde e farmácias (29). A pesquisa incluiu serviços públicos de saúde, farmácias privadas e famílias. A maioria das farmácias privadas estava em conformidade com as disposições legais estabelecidas pelo Governo, uma vez que farmacêuticos estavam presentes na maioria delas e as qualificações dos dispensadores de medicamentos eram adequadas. Por outro lado, em 35% dos dispensários públicos havia farmacêuticos presentes

no momento da visita. Os médicos eram frequentemente os dispensadores. Poucos dispensadores relataram ter sido capacitados recentemente no uso racional de medicamentos. Havia alta disponibilidade de medicamentos, mas a falta de estoque continuava sendo um problema.

Embora haja alta acessibilidade geográfica e a percepção de disponibilidade de medicamentos nas unidades públicas de saúde, o acesso a medicamentos continua sendo um desafio. A pesquisa domiciliar mostrou que 26% das pessoas com doenças crônicas e 11% das pessoas com doenças agudas relataram não tomar medicamentos prescritos porque não podiam pagar por eles. A pesquisa mostrou que a percepção pública sobre a qualidade do serviço nas unidades de saúde pública e a qualidade dos medicamentos genéricos precisam ser melhoradas.

O Fundo Nacional de Saúde/Programa de Medicamentos para Idosos da Jamaica (NHF/JADEP) oferece benefícios e serviços para indivíduos, instituições e para informação ao público. Os benefícios individuais ocorrem na forma de assistência direta. O NHF subsidia mais de 800 medicamentos com prescrição e o JADEP fornece gratuitamente 72 medicamentos para pessoas com mais de 60 anos de idade que sofrem de quaisquer das 10 doenças crônicas. O NHF dá apoio financeiro a projetos do setor público e privado, que visam à melhoria da prestação dos serviços de saúde (30).

GESTÃO DE CONHECIMENTO, TECNOLOGIA, INFORMAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

RECURSOS HUMANOS

De acordo com a Associação Médica da Jamaica, havia 1.558 médicos inscritos no país em 2009. Os dados cadastrais do Conselho de Enfermagem da Jamaica relativos ao ano 2007 indicaram a existência de 3.542 enfermeiros profissionais e 198 parteiras capacitadas individualmente.

A FORÇA DE TRABALHO DA SAÚDE PÚBLICA

O quantitativo de pessoal para as RHAs é significativamente abaixo das exigências na maioria das categorias de saúde, exceto os médicos. O relatório da

Comissão do Caribe para Saúde (31) indica que há excesso de pessoal em algumas RHAs e escassez do mesmo tipo de pessoal habilitado em outras. O número inadequado de pessoal nos centros de saúde primários para diagnóstico, tratamento e assistência farmacêutica direciona a demanda para outras redes e serviços de saúde, resultando num aumento da carga de trabalho em hospitais. Em comparação com áreas urbanas, as unidades em áreas rurais carecem de pessoal (27). A ausência total de enfermeiros registrados, auxiliares de enfermagem matriculados e enfermeiros de saúde pública aumentou durante o período em análise. A escassez também existe entre farmacêuticos, técnicos de radiologia, agentes comunitários de saúde mental, educadores de saúde e os inspetores de saúde pública registrados.

Os profissionais de saúde no setor privado são supostamente mais bem remunerados e mais motivados do que no setor público, e o setor privado tem menos problemas de retenção de seu pessoal. Muitos trabalhadores do setor público têm um segundo emprego no setor privado para complementarem seus salários do setor público, que são considerados insuficientes. Uma política oficial sancionando empregos duplos foi instituída em 2008, com a única exigência de reservar certo número de horas ao trabalho do setor público. Não parece haver restrições para os profissionais de saúde encaminhar seus pacientes do setor público para os próprios consultórios particulares.

CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

No âmbito da reforma da saúde, o Ministério da Educação desempenha um papel importante no desenvolvimento e na formação de recursos humanos para a saúde. O Hospital Universitário da Universidade das Índias Ocidentais (UWI) é a principal instituição para a capacitação de médicos e a Escola de Enfermagem de Mona da mesma universidade é a principal escola de enfermagem, mas a Universidade de Tecnologia (UTECH) e a Universidade do Norte do Caribe também treinam enfermeiros em nível universitário. A UTECH abriu uma faculdade de odontologia e introduziu um mestrado em Saúde Pública. O Ministério da Saúde coopera com instituições de formação para disponibilizar treinamento, tanto antes da entrada em serviço quanto em serviço. Em especial, a colaboração com UWI, UTECH,

Universidade do Norte do Caribe, a Rede Regional de Capacitação em HIV/Aids do Caribe (CHART) e outras instituições tornou possível proporcionar educação médica continuada e oportunidades de treinamento em serviço e a ampliação do número de espaços para os futuros estudantes da área da saúde.

Na Jamaica, todos os programas de formação de médicos, parteiras, enfermeiras registradas, enfermeiras matriculadas, farmácia, inspeção de saúde pública, radiografia, tecnologia médica, fisioterapia, nutrição e ciências dietéticas são credenciados, tanto por seus respectivos órgãos reguladores e/ou conselhos de credenciamento como pelo Conselho Universitário da Jamaica (UCJ). O Conselho de Enfermeiros da Jamaica exige que todos os enfermeiros e parteiras (públicos e privados) completem a formação permanente de enfermagem a cada dois anos para se qualificarem para a recertificação.

MERCADO DE TRABALHO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O recrutamento para alguns cargos na área da saúde é difícil, resultando em altas taxas de vagas. A retenção de profissionais de saúde também é desafiadora, uma vez que existe migração de pessoal para fora do país (especialmente enfermeiros e médicos) e internamente (por exemplo, farmacêuticos migrando para o setor privado) (32).

Os obstáculos para o recrutamento e retenção parecem estar relacionados principalmente às condições de trabalho e pacotes de remuneração, embora haja número insuficiente de pessoal qualificado disponível para cargos de psiquiatras e radiologistas. O recrutamento de pessoal para unidades de saúde em locais remotos ou de difícil acesso é um desafio, mesmo com oferta de incentivos financeiros para os trabalhadores de saúde que aceitam posições nesses lugares. O país tem acordos bilaterais com determinados países, como Cuba, que incluem programas de intercâmbio para profissionais de saúde, bem como de apoio mútuo para a prestação de serviços prioritários, como a manutenção de equipamentos biomédicos. Essa abordagem não cobre todas as necessidades de saúde nem é sustentável em longo prazo.

Médicos diplomados de Austrália, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos, bem como graduados da

Universidade da Guiana são automaticamente credenciados na Jamaica, mas graduados de outros países devem fazer um estágio e serem aprovados no exame da Associação Caribenha de Conselhos de Medicina (CAMC) antes de trabalharem na Jamaica. Licenciados em enfermagem de outros países podem se qualificar para a prática com documentos traduzidos que comprovem a formação adequada, mas, no futuro, um exame será aplicado. A Jamaica é um membro do Mercado e Economia Comum do Caribe, que permite a livre circulação de pessoas com categorias selecionadas de habilidades/trabalho entre os Estados-Membros.

Os níveis de recrutamento de pessoal planejados e existentes e a distribuição nem sempre se baseiam nas reais necessidades demográficas e epidemiológicas ou em cálculos precisos e atualizados de recursos humanos existentes em ambos os setores público e privado. Embora exista um banco de dados nacional de recursos humanos (33), o mesmo não é suficientemente utilizado em todo o país e precisa melhorar as análises da força de trabalho (por exemplo, relatório sobre a quantidade de pessoal por especialidade e localização), planejar as futuras necessidades de recursos humanos e identificar necessidades de capacitação.

Todos os profissionais de saúde que atuam no sistema de saúde têm descrições de cargos, mas muitas estão desatualizadas e podem não refletir as habilidades e competências necessárias, os atuais protocolos de prestação de serviços e as funções reais.

As atividades para identificar pontos fortes e fracos e/ou recomendar melhorias na gestão de recursos humanos na Jamaica incluem a avaliação de 2006 sobre a necessidade de recursos humanos do Programa Nacional de HIV/DST, a Revisão da Força-Tarefa do Setor Saúde (2007), o desenvolvimento de recursos humanos para o banco de dados de saúde (33) financiado pela OPAS/OMS; um exercício de planejamento baseado nas necessidades de um número selecionado de quadros da saúde, apoiado por OPAS/OMS e Health Canada e medição de referência de metas regionais para recursos humanos em saúde.

SÍNTESE E PERSPECTIVAS

O setor da saúde pública jamaicano fornece três níveis de serviços, a saber, primário, secundário e terciário a um custo altamente subsidiado; o país tem um gran-

de setor privado de saúde que também presta serviços. Não há barreiras significativas que impeçam o acesso físico aos serviços básicos de saúde pública. O país tem uma rede bem desenvolvida de centros de saúde e hospitais e todos os obstáculos de acesso foram, em princípio, eliminados com a abolição das taxas de utilização por parte do Governo.

O perfil de doenças da Jamaica mudou rapidamente de um perfil caracterizado principalmente por doenças infecciosas para outro dominado por doenças crônicas, que são em grande parte causadas pelos comportamentos e estilos de vida.

À luz da importância da saúde para o bem-estar, o Plano do Setor de Saúde, por meio do Plano Nacional de Desenvolvimento da Jamaica “Visão 2030”, visa reconhecer os princípios subjacentes à responsabilidade do Governo de atender às necessidades de saúde, enfatizando os determinantes da saúde e a relação custo-eficácia dos serviços de saúde.

Jamaica “Visão 2030” visa também melhorar a qualidade de vida da população do país, integrando questões como gênero, juventude, idade de trabalho, idosos e pessoas com deficiência no seu planejamento de desenvolvimento. O plano aproveitará as conquistas do setor saúde, garantindo simultaneamente que os aspectos em que os resultados de saúde são fracos (como as taxas de mortalidade materna e mortalidade infantil) sejam levados a níveis aceitáveis. A expectativa de vida ao nascer deverá aumentar para mais de 76 anos até 2030. Assim sendo, o país adotará uma abordagem de promoção da saúde e estimulará a busca de estilos de vida saudáveis. A prestação de serviços de atenção primária à saúde será reforçada e a atenção secundária e terciária será melhorada. Parcerias entre o setor público e privado e a sociedade civil serão reforçadas para melhorar governança e gestão. Os recursos para o setor de saúde serão ampliados.

REFERÊNCIAS

1. United Nations Development Program. Human Development Report 2011. Sustainability and Equity: A Better Future for All. New York: UNDP; 2011.
2. Jamaica, Statistical Institute. Components of Population Growth [Internet]; 2004–2009. Disponível em: http://statinja.gov.jm/Demo_SocialStats/population.aspx Acessado em 9 de novembro de 2011.
3. World Bank. Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above) [Internet]. Disponível em: <http://data.worldbank.org/indicator/SE.ADT.LITR.ZS>. Acessado em 17 de junho de 2012.
4. Index Mundi. Jamaica-school enrollment [Internet]. Disponível em: <http://www.indexmundi.com/facts/jamaica/schoolenrollment>. Acessado em 17 de junho de 2012.
5. World Bank. Jamaica Country Brief [Internet]. Disponível em: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/LACEXT/JAMAICAEXT-N/0,,menuPK:338345,pagePK:141132,piPK:141107,theSitePK:338335,00.html>. Acessado em 15 de junho de 2012.
6. World Bank. Millennium Development Goals: Jamaica Country Profile. Washington, DC: World Bank; 2009.
7. Jamaica, Planning Institute. Survey of Living Conditions. Kingston: Planning Institute; 2009.
8. Kozyr E. The Negative Effects of Tourism on the Ecology of Jamaica. London: Caribbean Studies Centre; York, UK: University of York; 2000.
9. United States Agency for International Development. Report on the Environmental Audits for Sustainable Tourism, 1997–2005. Washington, DC: USAID; 2005.
10. Jamaica, Statistical Institute; National Family Planning Board; Centers for Disease Control and Prevention. Jamaica Reproductive Health Survey 2002–2003. Atlanta: CDC; 2003.
11. Pan American Health Organization. Health Situation in the Americas: Basic Health Indicators 2011. Washington, DC: PAHO; 2011.
12. United Nations Children’s Fund. Jamaica Statistics [Internet]; 2009. Disponível em: http://www.unicef.org/infobycountry/jamaica_statistics.html#80 Acessado em 10 de novembro de 2011.
13. Jamaica, Registrar General’s Department. Vital Statistics Report [Internet]. Disponível em:

- <http://rgd.gov.jm/?q5civil-registration-statistics>
Acessado em 10 de novembro de 2011.
14. Jamaica, Statistical Institute. Mortality by Age and Sex. Kingston: Statistical Institute; 2009.
 15. Jamaica, Ministry of Health. National Surveillance Unit, Annual Report 2010. Kingston: Ministry of Health; 2011.
 16. Jamaica, Ministry of Health. National Knowledge Attitude and Practice Survey. Kingston: Ministry of Health; 2004.
 17. Jamaica, Ministry of Health. Annual Tuberculosis Report 2010. Kingston: Ministry of Health; 2010.
 18. National Statistical Institute of Jamaica. Morbidity of noncommunicable diseases, Jamaica 2010. Kingston: National Statistical Institute; 2010.
 19. Jamaica, Ministry of Health, Planning and Evaluation Unit (unpublished). Kingston: Ministry of Health; 2007.
 20. Gibson TN, et al. Age-specific incidence of cancer in Kingston and St. Andrew, Jamaica, 2003–2007. *West Indian Med J* 2010;59(5): 456–464.
 21. Jamaica, Ministry of Health. Diabetes Fact Sheet 2011. Kingston: Ministry of Health; 2011.
 22. Jamaica, Planning Institute. Health and Lifestyle Survey 2008 Report. Kingston: Planning Institute of Jamaica; 2009.
 23. Pan American Health Organization. Caribbean Private Sector Response to Chronic Diseases. Washington, DC: PAHO; 2001.
 24. Pan American Health Organization; Caribbean Food and Nutrition Institute. Presentation at the NCD Strategic Plan for Jamaica 2012–2017. Food Security, Obesity, and NCDs. Kingston, Jamaica, 10–11 May 2012.
 25. Jamaica, Ministry of Health. Mental Health Unit Annual Report. Kingston: Ministry of Health; 2011.
 26. Pan American Health Organization; Ministry of Health of Jamaica. Report of Workshop on the Second Performance Measurement of Essential Public Health Functions in Jamaica, 26–29 July 2010.
 27. Jamaica, Planning Institute. Vision 2030 Jamaica. National Development Plan. Planning for a Secure and Prosperous Future (draft). Kingston: Planning Institute; 2009.
 28. Jamaica, Planning Institute. Public Health System Funds Evaluation 2010 (unpublished). Kingston: Planning Institute; 2010.
 29. Pan American Health Organization; Ministry of Health of Jamaica. Pharmaceutical Situation in Jamaica Assessment. Health Facilities and Household Survey. Washington, DC: PAHO; Kingston: Ministry of Health; 2010.
 30. National Health Fund of Jamaica. Drugs for the Elderly Program. Kingston: NHF; 2010.
 31. Jamaica. The Report on the Caribbean Commission on Health. Kingston: Caribbean Commission on Health; 2006.
 32. United Nations Development Program. Human Development Report 2005. Impact Assessment of Decentralization and Delegation Initiatives in Jamaica. New York: UNDP; 2005.
 33. Jamaica, Ministry of Health. Human Resources for Health. Data Base. Kingston: Ministry of Health; 2009.