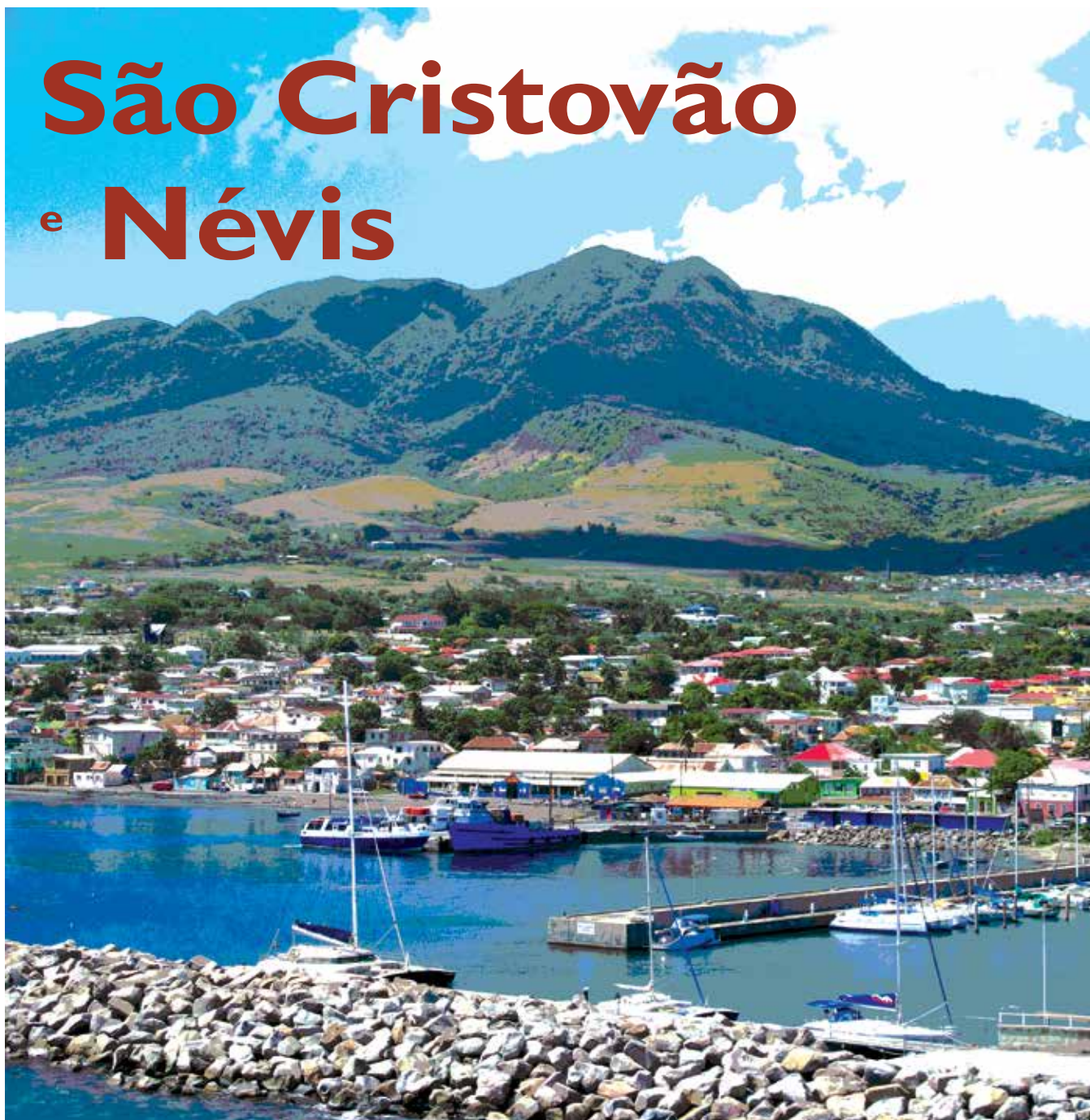


São Cristóvão e Névis



INTRODUÇÃO

São Cristóvão e Névis localiza-se ao norte do conjunto de Ilhas de Barlavento no Caribe. São Cristóvão tem uma superfície de 176,12 km², e Névis 93,24 km², perfazendo uma área total de 269,36 km². As ilhas são separadas por um canal de três quilômetros.

São Cristóvão tornou-se a primeira colônia da Grã-Bretanha nas Índias Ocidentais com a fundação de um povoado na ilha em 1623. O país tornou-se

independente em 1983. É um estado democrático soberano, embora a Rainha da Inglaterra permaneça seu Chefe de Estado titular, representada por um Governador-Geral. A Constituição de São Cristóvão e Névis prevê um sistema de governo federal com sede em Basseterre, a capital do país. O governo federal é responsável pelas relações exteriores, segurança nacional, justiça e assuntos internos na Ilha de São Cristóvão. A Constituição garante à Administração da Ilha de Névis responsabilidade autônoma para cuidar de seus

assuntos internos. São Cristóvão e Névis é membro da Organização dos Estados Caribenhos Orientais e coopera com outros membros em áreas como política econômica, defesa, diplomacia internacional, e, na esfera da saúde, aquisição de fármacos.

São Cristóvão e Névis é um país de renda médio-alta. No entanto, o país é vulnerável a choques externos e desastres naturais, conforme evidenciado pelos efeitos da recente recessão econômica e pelos ciclones que atingiram o Caribe nos últimos anos. O Produto Interno Bruto (PIB) do país cresceu em 4,0% em 2006, 3,1% em 2007 e 4,6% em 2008. No entanto, o crescimento foi negativo em 2009 (-9,6%) e 2010 (-4,2%), devido, principalmente, à recessão econômica global. (1).

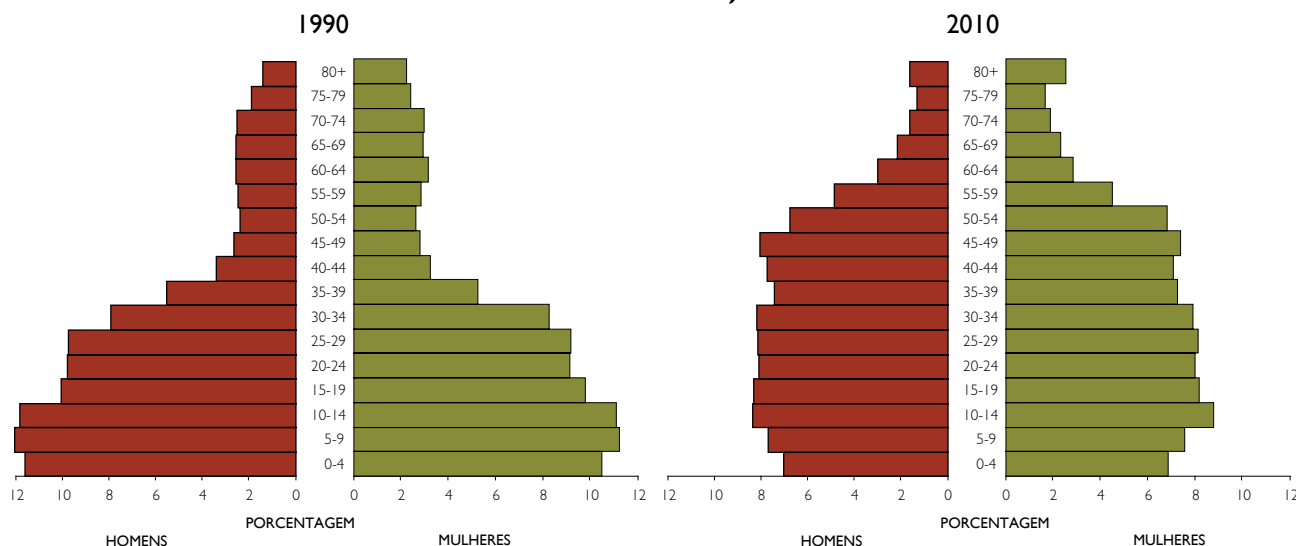
A população cresceu constantemente durante o período 2001-2010 (ver Figura 1). Em 2001, havia 46.000 habitantes, com projeção de 52.000 para 2010 (2).

Documentos não publicados pelo Ministério da Saúde indicaram que, no período 2006-2010, ocorreram em média 693 nascidos vivos por ano, uma queda

de 5,7% considerando os 736 nascidos vivos registrados no período 2001-2005. A diferença entre os nascidos vivos ocorridos em 2006 (662) e 2010 (656) foi mínima. No entanto, a taxa bruta de natalidade aumentou durante esse período, passando de 13,2 por 1.000 habitantes em 2006 para 14,4 em 2009, antes de baixar para 12,6 em 2010. A taxa de bruta de mortalidade por 1.000 habitantes foi de 7,5 em 2006; 7,0 em 2007 e 2008, caindo para 6,8 em 2009, porém, voltando ao mesmo nível de 2006, 7,5 em 2010 (Tabela 1). A expectativa de vida foi de 74,4 anos de idade em 2010 (72 para homens; 76,8 para mulheres), o que representa uma melhora em relação ao resultado de 2006, de 73 anos de idade. A taxa total de fertilidade baixou de 2,3 filhos por mulher em 2009 para 1,85 em 2010.

O uso da tecnologia de informação e comunicação aumentou durante esse período. O número de pessoas com celulares aumentou de 128,49 por 100 habitantes em 2006 para 161,44 em 2010. O número de usuários de internet aumentou de 28,13 por 100 habitantes em 2006 para 32,87 em 2009. Ao mesmo tempo o número de pessoas com linhas fixas de telefo-

FIGURA 1. Estrutura da população por idade e sexo^a, São Cristóvão e Névis, 1990 e 2010



A população aumentou 19,8% entre 1990 e 2010. Em 1990, a estrutura da população apresentava uma forma piramidal irregular que afunilou e ficou relativamente semelhante entre grupos de maiores de 40 anos de idade. Em 2010, a pirâmide se desloca para grupos com mais idade, com relativa semelhança entre grupos maiores de 55 anos de idade. A fertilidade e a mortalidade têm sido relativamente baixas nos anos intervenientes, apresentando uma queda mais acentuada nos últimos quinze anos.

Fonte: Escritório do Censo dos Estados Unidos. Banco de dados internacionais, 2009.

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

TABELA 1. Indicadores de Mortalidade, por ano, São Cristóvão e Névis, 2006–2010

Indicador	2006	2007	2008	2009	2010
Total de mortes	373	353	359	353	373
Taxa Bruta de Mortalidade (por 1,000 habitantes)	7,5	7,0	7,0	6,8	7,5
Mortes infantis	9	14	8	15	12
Taxa de mortalidade infantil (por 1,000 nascidos vivos)	13,6	20,3	11,3	18,3	13,6
Mortes neonatais	9	14	8	13	9
Taxa de mortalidade neonatal (por 1,000 nascidos vivos)	13,6	20,3	11,3	17,4	13,6
Mortalidade materna	1	0	1	0	1
Natimortos	11	7	12	5	11
Taxa de natimortos (por 1,000 nascidos vivos)	16,3	10,0	16,6	6,6	16,3

Fonte: Informações da Unidade de Informação em Saúde, Ministério da Saúde, São Cristóvão e Névis.

nia baixou de 41,46 por 100 habitantes em 2006 para 39,31 em 2010 (3).

As condições de saúde em São Cristóvão e Névis são favoráveis ao desenvolvimento humano. Vários fatores contribuíram para levar a uma melhoria na saúde da população. O país abraçou a abordagem centrada na atenção primária em saúde, com suas estratégias de participação comunitária, promoção da saúde e colaboração intersetorial, assegurando o acesso e a acessibilidade da atenção para sua população, que tem acesso irrestrito a serviços governamentais que vão da prevenção aos cuidados paliativos. O país teve muito sucesso ao lidar com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde. A expectativa de vida é alta, a mortalidade infantil é baixa e a mortalidade materna é virtualmente inexistente.

DETERMINANTES E DESIGUALDADES EM SAÚDE

Uma pesquisa nacional de condições de vida (4) conduzida em 2007 estimou a linha da pobreza¹ em São Cristóvão em EC\$ 7.329² (US\$ 2.714) por ano, e aquela de Névis em EC\$ 9.788 (US\$ 3.625), enquan-

to a linha de indigência³ em EC\$ 2.595 (US\$ 961) e EC\$ 2.931 (US\$ 1.086) por adulto, para as duas Ilhas, respectivamente. A “linha de vulnerabilidade” – que mede o número de pessoas que, embora estejam acima da ilha da pobreza, correm o risco de se tornarem pobres se forem afetados por uma situação adversa – é 125% da linha da pobreza (isto é, 25% acima dela). A linha de vulnerabilidade para São Cristóvão foi estimada em EC\$ 9.161 (US\$ 3.393) e para Névis em EC\$ 12.235 (US\$ 4.531).

A avaliação de pobreza no país (4) revelou uma taxa de pobreza nacional de 21,8%. A pobreza baixou em ambas as Ilhas entre 2000 e 2007 (ver a Tabela 2). No mesmo período, a indigência também encolheu, passando de 11% para 1,4% em São Cristóvão e de 17% para 0% em Névis. Famílias lideradas por mulheres e crianças são mais vulneráveis à pobreza do que qualquer outro grupo. A avaliação demonstrou que 13,5% das famílias viviam abaixo da linha da pobreza. As remessas de dinheiro provenientes do exterior contabilizaram mais de 30% da renda entre os 20% mais pobres da população de São Cristóvão. As comunidades com os maiores níveis de pobreza em São Cristóvão foram Saint John (20,9%) e Saint George-Basseterre West (18%) e em Névis, Saint John (39,3%) e Saint George (19,7%).

1 A linha da pobreza é definida como o gasto mínimo de consumo anual, expressos em dólares, necessário para se atender as exigências básicas alimentares e não alimentares para um adulto comum, segundo os preços existentes (Kairi Consultants Limited, 2009).

2 Um dólar do Caribe oriental (EC\$) está fixado em 2,7 por US\$ desde 1976.

3 O custo de uma cesta básica é selecionado de forma a maximizar o ganho de nutrientes pelo menor custo possível. As famílias incapazes de comprar essa cesta básica de alimentos são consideradas indigentes.

TABELA 2. Taxas de Pobreza (%), por ano e por ilha, São Cristóvão e Névis, 2000 e 2007

Indicadores de Pobreza	São Cristóvão		Névis	
	2000	2007	2000	2007
Índice de contagem de pobres ^a	30,5	23,7	32,0	15,9
Nível de Indigência	11,0	1,4	17,0	0,0

Fonte: Referência (4).
^a O índice de contagem de pobres é a porcentagem da população vivendo em domicílios nos quais o consumo *per capita* de equivalentes adultos fica abaixo da linha de pobreza. Em outras palavras, é uma medida da prevalência da pobreza. Diferente do consumo *per capita*, que é medido no nível de domicílios, como um gasto total domiciliar dividido pelo número total de membros da família, o equivalente adulto mede o número de equivalentes adultos no domicílio. (Kairi Consultants Limited, 2009).

A redução da pobreza foi uma prioridade do governo durante esse período. Vinte por cento do Produto Interno Bruto (PIB) foi dirigido a programas de segurança social, saúde e educação, incluindo vários programas de assistência social para os pobres e vulneráveis. A avaliação de pobreza do país estimou que a taxa de desemprego geral em 2007 foi de 5,1%. O desemprego foi mais alto (14,3%) no quintil mais pobre da população, e a taxa foi mais alta em São Cristóvão do que em Névis (6,3% contra 1,5%). Menos homens do que mulheres estavam desempregados em ambas as Ilhas: 6,0% de homens desempregados contra 6,6% de mulheres em São Cristóvão e 1,4% de homens contra 1,6% de mulheres em Névis.

O país atingiu o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio nº 2 (a educação primária universal). A Lei da Educação de 1975 (atualizada em 2005) estabelece a obrigatoriedade da permanência na escola dos cinco aos dezesseis anos de idade. Dados do Instituto de Estatísticas da UNESCO (5) mostram que em 2009, 38% das crianças de até 2 anos participaram em programas de educação formais para primeira infância, e que 76% das crianças de 3 a 5 anos estavam matriculadas na educação primária. A taxa bruta de matrículas na educação primária foi de 94%, e a taxa líquida de matrículas 89%, sendo 90% para meninas e 88% de meninos. Em termos de ensino médio, a taxa bruta de matrículas foi de 99% e a taxa líquida de matrículas 90% para o mesmo ano. Os três níveis de ensino são gratuitos em São Cristóvão e Névis, inclusive na Universidade Clarence Fitzroy Bryant. A taxa de alfabetização entre adultos (com 15 anos ou mais) é

de quase 97%. As instituições de ensino superior (uma em cada ilha) oferecem educação e formação em disciplinas acadêmicas, técnicas e profissionais. Os programas de diploma e graduação tecnológica estão disponíveis através da Universidade das Índias Ocidentais e de outras instituições.

MEIO AMBIENTE E A SEGURANÇA HUMANA

ACESSO À ÁGUA POTÁVEL E SANEAMENTO

Mais de 99% da população tem acesso a instalações melhoradas de água e saneamento. A avaliação de pobreza no país de 2007-2008 registrou que 83,5% da população tinha água encanada em seus domicílios e 9,7% em seus quintais; 85,4% indicaram ter um suprimento constante de água sete dias por semana. Em 2000, o Banco de Desenvolvimento do Caribe aprovou um empréstimo de US\$ 8,4 milhões e uma doação de US\$ 0,34 milhão para um projeto de expansão da capacidade da rede de abastecimento de água na ilha.

RESÍDUOS SÓLIDOS

A Solid Waste Management Corporation é responsável pela gestão de resíduos sólidos em ambas as Ilhas. O volume médio de resíduos produzidos diariamente foi de 120 toneladas em São Cristóvão e 21 toneladas em Névis.

DESMATAMENTO E DEGRADAÇÃO DO SOLO

As ilhas são montanhosas no centro, com picos que se elevam até quase 1.128 metros, e a topografia torna-se cada vez mais plana até o nível do mar. As florestas cobrem 42,3% da superfície total. Nenhuma atividade humana é permitida além dos 305 metros de altura. Não ocorreu nenhum desmatamento durante esse período. No entanto, a erosão do solo tornou-se um problema depois do fim da indústria açucareira em 2005. A indústria usava sistemas de drenagem para trazer grandes quantidades de águas pluviais para os campos de açúcar. O fim do plantio está causando um aumento do fluxo de sedimentos pelas áreas residenciais e as principais estradas a caminho do mar.

POLUIÇÃO DO AR

Baseado nas informações da Comissão Econômica das Nações Unidas para a América Latina e o Caribe (CEPAL), o nível de emissões de dióxido de carbono foi estimado em 235.000 toneladas em 2006 e 249.000 toneladas em 2007 e 2008 (6).

DESASTRES NATURAIS

São Cristóvão e Névis é suscetível a furacões. Os furacões Omar e Earl atingiram o país em 2008 e 2010, respectivamente. O primeiro danificou o Four Seasons Resort, o maior resort turístico de Névis, que permaneceu fechado por dois anos, causando 600 demissões em uma ilha de 12.000 pessoas. O impacto de Omar na balança comercial do país foi estimado em US\$ 19 milhões – por volta de 3,5% de seu PIB (7). Planos para lidar com desastres foram desenvolvidos, e cursos de gestão de desastres foram conduzidos para socorristas do Ministério da Saúde, enfermeiras e médicos do Departamento de Gestão de Desastres, a Cruz Vermelha e a Força de Defesa.

MUDANÇAS CLIMÁTICAS

O país também é vulnerável aos impactos de mudanças climáticas, como o aumento no nível do mar, aumento de temperaturas oceânicas e ciclones tropicais mais fortes. São Cristóvão e Névis apoiou o Protocolo de Kyoto da Convenção-Quadro das Nações Unidas Sobre Mudanças Climáticas em 2007 e coopera com outros países do Caribe na adaptação a mudanças climáticas.

O AMBIENTE DE TRABALHO E A SAÚDE DOS TRABALHADORES

A qualidade dos ambientes de trabalho é monitorada pelo Departamento do Trabalho. Não ocorreram grandes problemas nessa área durante o período analisado.

SEGURANÇA NO TRÂNSITO

Durante o período analisado, o Departamento de Polícia do Trânsito tomou providências para melhorar a

segurança no trânsito. Em 2009, foram aprovadas que exigem o uso de cinto de segurança e proíbem o uso de celulares ao dirigir. Uma pista para corridas de arrancada foi construída em Névis em 2009 na esperança de reduzir a velocidade nas estradas da Ilha.

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Com relação à segurança alimentar e nutricional, São Cristóvão e Névis possui um programa de alimentação escolar focado em crianças da escola primária. Em 2010, o valor de EC\$ 4.064.000 (US\$ 1.505.185) de um orçamento total de EC\$ 535.735.586 (US\$ 19.842.059) (0,7%) foi destinado à agricultura. Durante o período 2006-2010, a importação de alimentos e animais vivos foi muito maior que as exportações. Em 2009, as importações totalizaram EC\$ 136.947.105 (US\$ 50.721.150), enquanto as exportações totalizaram EC\$ 667.753 (US\$ 247.315). A incidência de doenças transmitidas por alimentos foi baixa no período 2006-2010. Não houve nenhum caso de gripe aviária ou de outras doenças que pudessem afetar a segurança dos alimentos.

CONDIÇÕES E TENDÊNCIAS EM SAÚDE

PROBLEMAS DE SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO

Saúde materna e reprodutiva

O país foi bem-sucedido em alcançar o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio nº 5 (melhorar a saúde materna). Todos os nascimentos durante o período 2006-2010 foram atendidos por um profissional de saúde capacitado. O Programa de Prevenção da Transmissão de Vertical de HIV operou durante o período analisado: em 2007, todas as gestantes que testaram positivo para HIV foram tratadas com antirretrovirais; em 2008, não houve gestantes soropositivas; e em 2009, uma em duas gestantes soropositivas receberam o tratamento. Houve três mortes maternas durante esse período, comparado a quatro entre 2001 e 2005. As causas da mortalidade materna foram pré-eclâmpsia, hemorragia pós-parto e cardiomiopatia dilatada. Também ocorreram 46 natimortos. A prevalência do uso de contraceptivos em 2006 foi de 54%.

Crianças (menores de 5 anos de idade)

Crianças com menos de 5 anos formaram estimadas em 6,9% da população em 2010. O total de mortes infantis teve uma leve queda, de 60 no período 2000-2005 para 58 no período 2006-2010. A taxa de mortalidade infantil flutuou entre 2006 e 2010, atingindo um pico de 20,3% em 2007 e um mínimo de 11,3% em 2008. A mortalidade neonatal foi responsável por 90% da mortalidade infantil. As principais causas de mortes neonatais foram síndrome de angústia respiratória do recém-nascido e malformação congênita. O relatório da Avaliação da Pobreza no País de 2007-2008 registrou que 7,8% das crianças morreram antes de seu primeiro aniversário. A incidência de baixo peso ao nascer flutuou entre 8% e 10% no período 2006-2010. O aleitamento materno exclusivo nos primeiros quatro meses de vida foi ativamente promovido (4). As doenças agudas das vias respiratórias superiores e as gastroenterites foram as principais causas de morbidade pós-neonatal, mas não causaram nenhuma morte.

Infecções respiratórias agudas e gastroenterites foram as principais causas de morbidade em menores de 5 anos. Informações nacionais indicam que, entre 2006 e 2010, foram notificados, em média, 15 casos de abuso infantil (todas as categorias) para cada 100 crianças nascidas. Lesões e acidentes foram causas importantes de mortalidade nos menores de 5 anos durante o período analisado. Seis crianças nessa faixa etária morreram de queimaduras ou inalação de fumaça, três por afogamento, uma de queda e uma por acidente de trânsito.

Crianças (5-9 anos de idade)

Estima-se que as crianças de 5 a 9 anos representavam 7,6% da população em 2010. As infecções respiratórias agudas e as gastroenterites foram as principais causas de morbidade nessa faixa etária.

Um estudo realizado em 2007 entre estudantes da primeira série identificou uma prevalência de 70% com cáries. Ocorreram cinco mortes nessa faixa etária durante o período analisado.

Adolescentes (de 10-14 e 15-19 anos de idade)

Em 2010, adolescentes entre 10-14 e 15-19 anos de idade representavam 8,6% e 8,2% da população, res-

pectivamente. Vários estudos conduzidos entre 2006 e 2010 descobriram riscos de saúde significativos para adolescentes (e pré-adolescentes), incluindo o sobrepeso, a inatividade física, o uso de substâncias, violência física e violência sexual (ver Quadro 1). A Pesquisa Global do Tabaco na Adolescência, conduzida em 2010 entre estudantes de 13 a 15 anos de idade mostrou que 1 em cada 10 jovens pesquisados usava alguma forma de tabaco (8). De 2006 a 2009, os nascimentos de mães adolescentes representaram 20,4% de todos os nascimentos em 2006, 15,2% em 2007, 15,1% em 2008 e 19,1% em 2009. A Avaliação da Pobreza no País de 2007-2008 relatou que 1,3% das mulheres informaram ter tido seu primeiro filho antes dos 15 anos, enquanto 4,1% afirmaram ter tido seu primeiro filho entre os 15 e os 18 anos. Ocorreram 24 mortes na faixa etária de 15 a 19 anos de idade entre 2006 e 2010, sendo a maioria de meninos e por homicídio. O total de mortes entre adolescentes de 10 a 14 anos de idade foi de 9 óbitos no período 2001-2005 e 6 óbitos no período 2006-2010.

Adultos (25-64 anos de idade)

A pesquisa com a Abordagem STEPwise à Vigilância (STEPS) da OMS sobre fatores de risco foi realizada em 2008 apenas em São Cristóvão entre os adultos de 25 a 64 anos (9). O estudo evidenciou altos níveis de sobrepeso e obesidade (33,5% e 45%, respectivamente, da população pesquisada). Mais da metade dos entrevistados (54%) tinha pressão arterial sistólica elevada ou estavam em tratamento com anti-hipertensivos. A proporção da população de alto risco (possuidora de pelo menos três fatores de risco e entre 45 e 64 anos de idade) foi de 67,4%. O grupo de 35 a 39 anos de idade foi o mais afetado pelo vírus HIV, representando quase um quarto dos soropositivos em São Cristóvão e Névis. Em 2008, quase metade das pessoas com 62 anos ou mais recebiam aposentadoria da previdência social. Contudo, apesar do gasto considerável com aposentadorias sociais, a pobreza entre os idosos continua a preocupar. Pessoas com mais de 62 anos de idade receberam gratuitamente atenção e medicamentos em serviços da saúde pública.

Idosos (65 anos ou mais)

Pessoas com 65 anos ou mais representavam 7,5% da população. As Pensões Assistenciais para Não Con-

QUADRO I. Perfil de riscos de saúde para adolescentes, São Cristóvão e Névis, 2006–2010**Dieta Imprópria:**

- 32,5% dos estudantes do ensino médio estavam acima do peso; 14,4% eram obesos (SHS).
- 61% costumavam beber bebidas gaseificadas em um ou mais dos 30 dias anteriores à pesquisa (SHS)

Inatividade Física:

- 58,4% dos estudantes passavam três horas ou mais praticando atividades sedentárias (SHS)

Uso de substâncias:

- Prevalência do uso de substâncias durante toda a vida: álcool, 66%; qualquer droga ilícita, 35%; cigarros, 13% (SSDS)
- Uso atual de tabaco, 10% (YTS)

Violência autoinfligida:

- Pensaram em suicídio, 16,4%; tentaram o suicídio, 13,9% (SHS)

Violência familiar:

- 17% discordaram da afirmação “Atividade sexual entre adultos e crianças nunca é boa, seja qual for a razão” (UNICEF)
- Estupro de menores 2006–2010: 7% das novas mães (média de 50) com 16 anos ou menos (HIU)

Violência interpessoal:

- 47,1% foram gravemente feridos uma ou mais vezes nos 12 meses anteriores à pesquisa (SHS)
- 37,8% se envolveram em combate físico uma ou mais vezes nos 12 meses anteriores à pesquisa (SHS)
- 22,7% sofreram bullying em um ou mais dias nos 30 meses anteriores a pesquisa (SHS)

tribuintes foram concedidas aos idosos e deficientes pobres que não estavam cobertos pelas pensões da previdência social para contribuintes. O número de pessoas que recebiam pensões cresceu de 1.277 em 2006 para 1.585 em 2010. A instalação Grange Health Care e duas instituições governamentais – Cardin Home e Saddlers Home – ofereceram acomodações residenciais para os idosos de São Cristóvão. Existem dois lares para idosos em Névis: o Lar para Idosos Flamboyant, que recebe ajuda governamental, e as instalações privadas para idosos St. George e St. John.

MORTALIDADE

Uma análise das informações nacionais mostrou que a taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos foi de 13,6 em 2006, 20,3 em 2007, 11,3 em 2008, 18,3 em 2009 e 13,6 em 2010. A pequena população do país é responsável por essa flutuação (em pequenas

populações, pequenas mudanças no número de mortes podem produzir variações significativas na taxa de mortalidade). No período 2006–2010, 90% das mortes infantis ocorreram no período neonatal precoce, a maioria decorrente de condições originadas no período perinatal. Entre menores de um ano, as principais causas de morte foram prematuridade e anomalias congênicas. A mortalidade neonatal representou 90,0% da mortalidade infantil. A taxa bruta de mortalidade por 1.000 habitantes foi de 7,5% em 2006, 7,0 em 2007 e 2008, 6,8 em 2009 e 7,5 em 2010. Entre 2006 e 2010, ocorreram 1.811 mortes. Nesse período, as doenças do sistema circulatório e as neoplasias malignas foram responsáveis por 35% e 17% das mortes, respectivamente. Doze por cento das mortes entre adultos nesse período foram causadas por lesões externas e 11,0% devido a complicações do diabetes.

A Tabela 3 apresenta as sete principais causas de morte entre adultos em 2008. As principais causas da mortalidade entre homens durante o período de 2006

TABELA 3. Principais causas de morte, por classificação e porcentagem, São Cristóvão e Névis, 2008

Classificação	Causa	Número	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
1	Neoplasias malignas	56	15,7	15,7
2	Diabetes mellitus	47	13,2	28,9
3	Doença cerebrovascular	43	12,0	40,9
4	Doença isquêmica do coração	32	9,0	49,9
5	Lesões intencionais (autoinfligidas, violência)	21	5,9	55,8
6	Lesões não intencionais (acidentes de trânsito, quedas, queimaduras, afogamento, enforcamento não especificado)	20	5,6	61,4
7	Doenças hipertensivas	15	4,2	65,6
8	Transtornos neuropsiquiátricos	8	2,2	67,8
9	Certas condições originadas no período perinatal	7	2,0	69,8
10	Transtornos digestivos	7	2,0	71,8

Fonte: Relatório estatístico da Unidade de Informação em Saúde, São Cristóvão, 2008.

a 2010 foram complicações do diabetes, ferimentos por arma de fogo, acidente vascular cerebral, câncer de próstata e infarto do miocárdio. Entre as mulheres, as principais causas de morte foram acidente vascular cerebral, complicações do diabetes, insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio e câncer de mama.

MORBIDADE

Doenças Transmissíveis

Doenças Transmitidas por Vetores

A dengue é endêmica em São Cristóvão e Névis. Durante o período analisado, foram notificados 122 casos, 100 dos quais ocorridos durante um surto em 2008. Não houve casos de malária nativa do país, mas três casos importados foram diagnosticados entre 2007 e 2009.

Doenças Imunopreveníveis

O país continuou a participar do Programa Ampliado de Imunização durante esse período. A cobertura para

todas as vacinas foi de 90% durante esse período, embora tenha caído de 2009 para 2010. A primeira dose da vacina MMR foi administrada em crianças antes de seu primeiro aniversário. Durante o período 2006–2010 não foram reportados casos de doenças imunopreveníveis cobertas pelo programa de imunização de rotina (ver a Tabela 4). No entanto, foram notificados 131 casos de catapora, a maioria ocorrida em 2010. A vacina contra a catapora não estava incluída no programa de imunização.

TABELA 4. Cobertura de imunização (porcentagem da população-alvo vacinada), por vacina e por ano, São Cristóvão e Névis, 2006–2010

Vacina	2006	2007	2008	2009	2010
DPT3 ^a	99	100	98	98	95,7
Polio3 ^a	99	100	99	98	92
MMR ^a	100	98,8	99	99	99,5
BCG ^a	100	97	95,2	95	91
Hep B ^a	99	100	98	98	95,7
Hib ^a	98	100	98	98	95,7

Fonte: Informação da Unidade de Informação da Saúde, Ministério da Saúde, São Cristóvão e Névis.

^a DPT3, três doses de vacina contra difteria/coqueluche/tétano; Polio3, três doses de vacina oral contra pólio; MMR, vacina contra sarampo, rubéola e caxumba; BCG, vacina contra o bacilo Calmette-Guérin; Hep B, vacina contra hepatite B; Hib, vacina contra o *Haemophilus influenzae* tipo B.

Zoonoses

Quatro casos de leptospirose foram registrados em 2007, 1 em 2009 e 8 em 2010.

Doenças Negligenciadas e outras Doenças Relacionadas à Pobreza

Em 2010, foi notificado um caso de hanseníase em Névis. Nenhum outro caso de doenças negligenciadas foi informado durante o período analisado.

HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis.

O total de casos de infecção por HIV declinou 22% no período 2006-2010 em relação ao período 2001-2005, caindo de 73 para 57. A proporção de homens para mulheres foi de 1:0,6 em 2001-2005, e de 1:0,9 em 2006-2010. Durante o período analisado, houve 56 novos diagnósticos positivos para HIV (35 homens e 21 mulheres). Houve 17 diagnósticos de Aids e 7 mortes durante esse período. Em 2010, 42 soropositivos estiveram sobre supervisão médica, dos quais 34 receberam medicação, sendo o tratamento antirretroviral gratuito.

Tuberculose

A taxa de mortalidade por tuberculose por 100.000 habitantes apresentou uma queda notável, de 2,8 em 2006 para 1,5 em 2007, 0,76 em 2008 e 0,62 em 2009. A prevalência foi de 11 por 100.000 habitantes, a incidência de 9,2 por 100.000 habitantes. Houve 17 casos novos notificados no período em análise. Embora nenhum caso de coinfeção TB/HIV tenha sido relatado, o país está se esforçando para integrar ainda mais a oferta de serviços de HIV e TB. Todos os casos de tuberculose entre 2006 e 2010 foram detectados e tratados através do Tratamento Diretamente Observado em Curto Prazo (DOTS) para tuberculose.

Doenças Emergentes

São Cristóvão e Névis sofreram dois surtos da pandemia de gripe A (H1N1) em 2009, o primeiro em março-abril, e o segundo em outubro do mesmo ano. Houve 10 casos confirmados e 3 mortes. Todos os

óbitos envolveram pessoas que tinham comorbidades pré-existentes.

Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Doenças crônicas não transmissíveis continuaram a ser entre as principais causas de enfermidade, deficiência e morte. As principais causas de morbidade em adultos foram sobrepeso, hiperlipidemia, hipertensão arterial, diabetes, esquizofrenia, depressão e abuso de substâncias químicas. A Avaliação de Pobreza no país de 2007-2008 verificou que 15,7% dos indivíduos pesquisados (12,3% de homens e 18,6% de mulheres) tinham alguma doença crônica.

Doenças Cardiovasculares

Dados do Hospital Geral Joseph N. France em São Cristóvão revelaram que 8,7% das internações no período 2006-2010 foram por doenças cerebrovasculares. As doenças cardíacas foram responsáveis por 16,7% de todas as internações entre 2008 e 2010.

Neoplasias Malignas

Entre 2006 e 2010, houve 325 casos de neoplasias malignas. Os tipos mais frequentes de câncer foram de mama (24,3%), cervicouterino (24,3%) útero (5,5%) e próstata (8%). A média anual de mortes devido ao câncer aumentou de 44 em 2002-2005 para 63 em 2006-2009 – um aumento de 43% – devido a aumentos dos cânceres de próstata e de mama.

Diabetes

A prevalência de diabetes mellitus em 2010 foi de 20%. A doença foi responsável por 577 internações hospitalares (12,4% de todas as internações) durante o período 2006-2010.

Hipertensão Arterial

A prevalência de hipertensão arterial em 2008 foi estimada em 34,5% da população adulta, com taxas maiores entre os homens do que entre as mulheres (38,2% contra 31,9%). Ocorreram 566 internações hospitalares devido à hipertensão (12,1% de todas as internações).

Acidentes e violência

Acidentes automobilísticos aumentaram em 9,8% entre os períodos de 2001-2005 e 2006-2010, as lesões tiveram uma queda de 10,6% e a taxa de mortalidade nas estradas permaneceu essencialmente inalterada (30 contra 32), sendo em média 1,2 por 10.000 habitantes.

A violência interpessoal é uma grande preocupação. Ocorreram 103 homicídios durante o período 2006-2010, comparado com 42 no período 2001-2005, um aumento de 160%. Dessas mortes, 96 foram de homens e 7 de mulheres. Dezesesseis destes homicídios ocorreram em Névis; 15 (14,6%) ocorreram na população entre 15 e 19 anos de idade, e 49 (47,6%) ocorreram no grupo de 20 a 29 anos de idade. Todos, com exceção de 13, resultaram de ferimentos causados por armas de fogo. A taxa de homicídio de 5,4 por 10.000 habitantes de 2009 foi a mais alta já registrada no país. Em 2008, o principal hospital de São Cristóvão começou a notificar lesões causadas por violência doméstica, e a taxa registrada nesse ano foi de 46 incidentes por 10.000 mulheres.

Transtornos Mentais

O Instrumento de Avaliação da OMS para Sistemas de Saúde Mental (OMS-AIMS) foi utilizado em 2009 para coletar informações acerca do sistema de saúde mental de São Cristóvão e Névis (10). Uma proposta preliminar da Lei de Saúde Mental foi desenvolvida em 2007 para atualizar e ampliar a Lei de Saúde Mental de 1956 que está em vigor. Um Plano Estratégico para Saúde Mental e Abuso de Substâncias para 2010-2014 foi esboçado em 2007.

Em 2007, quase 1% dos gastos correntes e não recorrentes (um total de EC\$ 450.583; EC\$ 285.101 para São Cristóvão e EC\$ 165.482 para Névis) foram alocados para serviços de saúde mental. A maioria dos serviços de saúde mental são comunitários. Não existem hospitais psiquiátricos, mas 12 leitos estão reservados para pacientes mentais no principal hospital do país. Os principais transtornos mentais diagnosticados em 2007 foram esquizofrenia, depressão e transtornos decorrentes do abuso de substâncias. A população tem acesso gratuito à medicação necessária. Os próximos passos a serem tomados para fortalecer os serviços de

saúde mental incluem a finalização da nova legislação de saúde mental e a formulação de uma política nacional de saúde mental.

Fatores de Risco e Proteção

A Pesquisa STEPS demonstrou que 8,7% da população (16,2% de homens e 1,1% de mulheres) utilizavam tabaco em 2008 e que 6% fumavam diariamente. Dos que fumavam diariamente, a média de idade para o primeiro uso de tabaco foi de 17,2 anos de idade. A pesquisa também mostrou que 10,8% da população pesquisada não havia consumido álcool no ano anterior. A proporção de mulheres que haviam consumido quatro drinques ou mais em qualquer dia da semana anterior à pesquisa foi de 20,7%, e aquela de homens que haviam consumido cinco ou mais drinques por dia em qualquer dia da semana anterior à pesquisa foi de 20,1%. A grande maioria dos entrevistados (97,3%) informou comer menos de cinco porções de frutas ou vegetais por dia.

POLÍTICAS DE SAÚDE, SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

POLÍTICAS DE SAÚDE

Cada uma das Ilhas possui uma organização estrutural paralela, e cada uma tem seu próprio Ministério da Saúde e um ministro responsável pela saúde. O Ministério da Saúde, Serviços Sociais, Desenvolvimento de Comunidades e de Assuntos de Cultura e Gênero em São Cristóvão tem ainda responsabilidades federais, como o monitoramento da saúde pública, programas de prevenção de e controle de doenças e regulação das profissões de saúde. Os dois ministérios tem um relacionamento profissional muito estreito e existe harmonização considerável em relação a políticas, legislações e programas. Existe um único Chefe Oficial de Medicina para todo o país, cujas responsabilidades incluem a fiscalização de questões técnicas e científicas relacionadas a políticas de saúde pública, monitoramento do estado da saúde e regulação dos profissionais da saúde, com exceção das enfermeiras, que são fiscalizadas pelo Chefe Oficial de Enfermagem e pelo Conselho de Enfermeiras e Parteiras de São Cristóvão e Névis. Os Ministérios da Saúde são responsá-

veis pelas funções de direção, tais como formulação de políticas, instituição de normas e o monitoramento e avaliação, assim como a prestação de serviços de saúde. Não existe nenhum documento formal de política de saúde do país, mas há várias declarações oficiais sobre essa política em vários documentos inéditos relacionados à saúde. Em 2010, o país reafirmou a estratégia de atenção primária como seu caminho para melhorar a saúde de sua população.

O PAPEL GESTOR DO SISTEMA DE SAÚDE

A visão estratégica que guiou o trabalho do Ministério da Saúde, Serviços Sociais, Desenvolvimento de Comunidades e de Assuntos de Cultura e Gênero foi descrita como “Pessoas Primeiro, Qualidade Sempre”. A missão do Ministério é organizar e desenvolver seus recursos para assegurar um desenvolvimento sadio da população. O Plano Estratégico Nacional de Saúde para 2008-2012 aborda sete prioridades: redução de doenças crônicas não transmissíveis e promoção de boa nutrição e atividades físicas; promoção da saúde da família; desenvolvimento de sistemas de saúde; melhoria da saúde mental e redução o abuso de substâncias; prevenção e controle do HIV/Aids e doenças sexualmente transmissíveis; proteção da saúde do meio ambiente, e desenvolvimento de recursos humanos (11).

O DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

A Avaliação de Pobreza no país de 2007-2008 indicou que mais da metade da população estava muito satisfeita e que 43,6% estavam satisfeitos com o tratamento recebido pelos serviços de saúde. Não houve nenhuma reclamação.

Não existe nenhum esquema de seguro saúde nacional que cubra toda a população. Todos os empregados devem contribuir para o Fundo de Previdência Social. A atenção à saúde é gratuita para as populações vulneráveis, incluindo crianças e jovens abaixo dos 18 anos, pessoas acima dos 62 anos de idade, prisioneiros e indigentes. Muitas das principais companhias privadas oferecem cobertura de planos de saúde para seus funcionários e suas famílias. As instalações de saúde estão estrategicamente localizadas em todas as duas ilhas e todas as famílias está a menos de 4,8 quilôme-

tros de um centro de saúde. Os serviços diagnósticos e curativos terciários não disponíveis localmente podem ser acessados em ilhas vizinhas através de uma combinação de assistência pública e recursos pessoais.

LEGISLAÇÃO EM SAÚDE

Várias peças de legislação permitem ao Ministério da Saúde, Serviços Sociais, Desenvolvimento de Comunidades e de Assuntos de Cultura e Gênero exercer seu papel de direção. No entanto, muitas destas leis estão desatualizadas e vem sendo constantemente revisadas e atualizadas, incluindo a Lei de Segurança Alimentar, a Lei de Saúde Mental e a Lei de Farmácia.

GASTOS E FINANCIAMENTO EM SAÚDE

Os gastos anuais com a saúde foram, em média, de US\$ 370 *per capita* e significaram 8% dos gastos totais do governo durante no período. O gasto total com saúde aumentou de EC\$ 28.804.000 em 2006 para EC\$ 38.239.000 em 2009. Os serviços de saúde comunitários e institucionais recebem parcelas similares do orçamento do Ministério da Saúde. Os custos com recursos humanos representaram 70% destes gastos.

O tesouro público investiu mais de 92% dos recursos financeiros do setor de saúde durante o período 2006-2010. Parte dos recursos é derivada de taxas para usuários de serviços selecionados, como serviços odontológicos, radiologia e medicamentos, mas a recuperação de custos é mínima.

SERVIÇOS DE SAÚDE

Cada Ministério da Saúde tem direções de serviços comunitários de saúde e instituições de saúde, as quais gerenciam os serviços de saúde primários, secundários e terciários em hospitais e centros rurais de emergência, assim como os cuidados de longa duração em lares de idosos. O principal hospital de referência é o novo Hospital Geral Joseph N. France, com capacidade de 150 leitos, em São Cristóvão. Dois hospitais distritais em São Cristóvão prestam serviços básicos de internação. O Hospital Alexandra, com capacidade de 50 leitos, é a instituição principal de saúde em Névis.

O Conselho de Saúde Comunitária oferece serviços para a população. O país é servido por uma rede

de instalações de saúde. Os dezessete centros de saúde comunitária (11 em São Cristóvão e 6 em Névis) possuem uma equipe de profissionais que incluem enfermeiras e auxiliares de enfermagem, médicos e profissionais de saúde ambiental. Cada centro é responsável pela saúde da população em uma área definida e oferece uma gama de serviços, incluindo atenção materno-infantil, serviços médicos gerais e manejo de doenças crônicas. Os serviços são gratuitos no ponto de assistência.

Todos os produtos médicos, vacinas e novas tecnologias foram importados durante o período. A maioria (90%) dos medicamentos usados no setor público é obtida através do Sistema de Aquisição de Fármacos da Organização dos Estados do Caribe Oriental. As vacinas são compradas através do Fundo Rotativo da OPAS para Compra de Vacinas.

GESTÃO DE CONHECIMENTO, TECNOLOGIA, INFORMAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE

Embora não haja nenhuma agenda formal de pesquisa para saúde pública, o país em trabalhado para construir uma capacidade de pesquisa. Pesquisas efetivadas durante o período analisado incluem a pesquisa STEPS (2008) de São Cristóvão e a Pesquisa Global do Tabaco na Adolescência (2010).

RECURSOS HUMANOS

Em 2004, a proporção de médicos por 10.000 habitantes foi estimada em 11,8. Esse número aumentou para 13 em 2010. Havia dois dentistas por 10.000 habitantes. O número de enfermeiras caiu de forma constante durante o período. Em 2005, eram 37,9 por 10.000 habitantes, e em 2010, 32 por 10.000 habitantes. Essa tendência negativa se deve, em parte, à migração de enfermeiras.

TREINAMENTO DO PESSOAL DA SAÚDE

São Cristóvão e Névis hospeda quatro escolas de medicina, uma escola veterinária e duas escolas de enfermagem, que atendem principalmente a estudantes

dos Estados Unidos da América. Médicos do país são, geralmente, formados na Universidade das Índias Ocidentais ou em escolas de medicina em Cuba ou nos Estados Unidos da América. De 2006 a 2010, 16 naturais das Ilhas (11 de São Cristóvão e 5 de Névis) foram capacitados em escolas médicas estrangeiras de São Cristóvão e Névis. A maioria das enfermeiras receberam formação local, mas algumas foram treinadas em Cuba. Além da capacitação profissional formal, o pessoal da saúde recebeu oportunidades para participar em programas de formação de curto prazo nacionais ou regionais.

SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

São Cristóvão e Névis se beneficiaram de recursos do Banco Mundial e do Fundo Global de Combate a Aids, Tuberculose e Malária; da Parceria Pan Caribenha contra HIV/Aids; e do Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para Assistência à Aids (PEPFAR). A União Europeia, o Banco Mundial e o Banco de Desenvolvimento Caribenho financiaram um projeto de melhoria do abastecimento de água e das estruturas do Hospital Geral Joseph N. France. Taiwan forneceu recursos para equipamentos médicos e veículos.

Agências das Nações Unidas ajudaram a fortalecer capacidades e programas. Agências regionais como a CARICOM e o Conselho Caribenho de Pesquisa em Saúde também forneceram apoio técnico. O Programa Bianual de Trabalho da OPAS com São Cristóvão e Névis contribuiu para o desenvolvimento de sistemas e para um progresso geral na melhoria da saúde. O país também se beneficiou de recursos disponibilizados pela Organização dos Estados do Caribe Oriental, incluindo uma doação para o tratamento e assistência de pessoas vivendo com HIV. Os governos de Cuba e da Venezuela ofereceram cuidados oftalmológicos através da iniciativa “Operación Milagro” (Operação Milagre).

SÍNTESE E PERSPECTIVAS

A Federação de São Cristóvão e Nevis tem um alto padrão de saúde graças à oferta de condições propícias para que o seu povo floresça todo o seu potencial.

A população tem acesso irrestrito a serviços de saúde, educação e serviços de proteção social. Os determinantes sociais em saúde continuam sendo abordados de forma adequada. Os atuais principais desafios para a saúde são a mobilização de recursos e a mudança de comportamentos humanos. As escolhas de estilo de vida respondem por mais de 90% das doenças e mortes. As taxas relativamente altas de doenças não transmissíveis, transtornos mentais e violência familiar ou de gangues exercem uma enorme pressão nos recursos do país. A abordagem da atenção primária no papel gestor e no desenvolvimento do sistema de saúde foi reafirmada como a mais custo-efetiva no fortalecimento da oferta de serviços para atender as necessidades e demandas da população. As estratégias de promoção da saúde foram adotadas para prevenção e controle da carga das doenças crônicas. Para manter e ampliar os ganhos conquistados na redução das doenças transmissíveis, o governo está aplicando o Regulamento Sanitário Internacional (2005), participando do Programa Ampliado de Imunização e continuando a investir recursos para proteger o meio ambiente.

A conquista de metas de saúde é um imperativo nacional. O governo está comprometido com a ideia de que a boa saúde tem um papel determinante na conquista de níveis mais elevados de bem-estar pessoal e de produtividade nacional e, assim, continuará a conduzir esforços para melhorar a saúde. Indicadores de desempenho incluem a manutenção da cobertura e do acesso universal, o alcance, pelo sistema de saúde, das metas de qualidade, utilização maximizada de prevenção e serviços de atenção primária, altos índices de satisfação dos usuários e dos prestadores de serviços de saúde e adequação do financiamento.

BIBLIOGRAFIA

1. Eastern Caribbean Central Bank. Annual Economic and Financial Review 2006–2007, 2008–2009, 2010–2011. Disponível em: <http://www.eccb-centralbank.org/Publications/index.asp> Acessado em 12 de abril de 2012.
2. United States Census Bureau. International Database 2001, 2010 [Internet]. Disponível em: <http://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php> Acessado em 12 de abril de 2012.
3. International Telecommunication Union Statistics [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.itu.int/ITU-D/ict/statistics/> Acessado em 12 de abril de 2012.
4. Kairi Consultants Limited. Country Poverty Assessment, Saint Kitts and Nevis 2007–2008. Living Conditions in Saint Kitts and Nevis (Vol. 1) [Internet]; 2009. Disponível em: [http://www.caribank.org/titanweb/cdb/webcms.nsf/0/AF-1D74045CED27D10425764F0047BD30/\\$-File/St.Kitts+and+Nevis+CPA+-+Vol.+1+Final+Report.pdf](http://www.caribank.org/titanweb/cdb/webcms.nsf/0/AF-1D74045CED27D10425764F0047BD30/$-File/St.Kitts+and+Nevis+CPA+-+Vol.+1+Final+Report.pdf) Acessado em 12 de abril de 2012.
5. UIS Statistics in Brief: Education All Levels Profile–St. Kitts-Nevis. http://stats.uis.unesco.org/unesco/TableViewer/document.aspx?ReportId5121&IF_Language5eng&BR_Country56560&BR_Region540520 Acessado em 25 de abril de 2012.
6. Carbon Dioxide Emissions (CO2), Metric Tons of CO2 per Capita (CDIAC). http://www.indexmundi.com/saint_kitts_and_nevis/carbon-dioxide-emissions.html Acessado em 25 de abril de 2012.
7. International Monetary Fund. Country Report No. 09/180. Washington, DC: IMF; 2009.
8. World Health Organization; Saint Kitts and Nevis Ministry of Health. Global Youth Tobacco Survey, Saint Kitts and Nevis. Geneva: WHO; 2010.
9. World Health Organization. STEPwise Approach to Chronic Disease Risk Factor Surveillance (STEPS) Survey, Saint Kitts, 2008 [Internet]. Disponível em: http://www.who.int/chp/steps/2007_Report_St_Kitts.pdf Acessado em 25 de abril de 2012.
10. World Health Organization; Saint Kitts and Nevis Ministry of Health. WHO-AIMS Report on Mental Health System in Saint Kitts and Nevis. Geneva: WHO; 2009.
11. Saint Kitts and Nevis, Ministry of Health. National Strategic Plan for Health, 2008–2012. Basseterre: Ministry of Health; 2008.