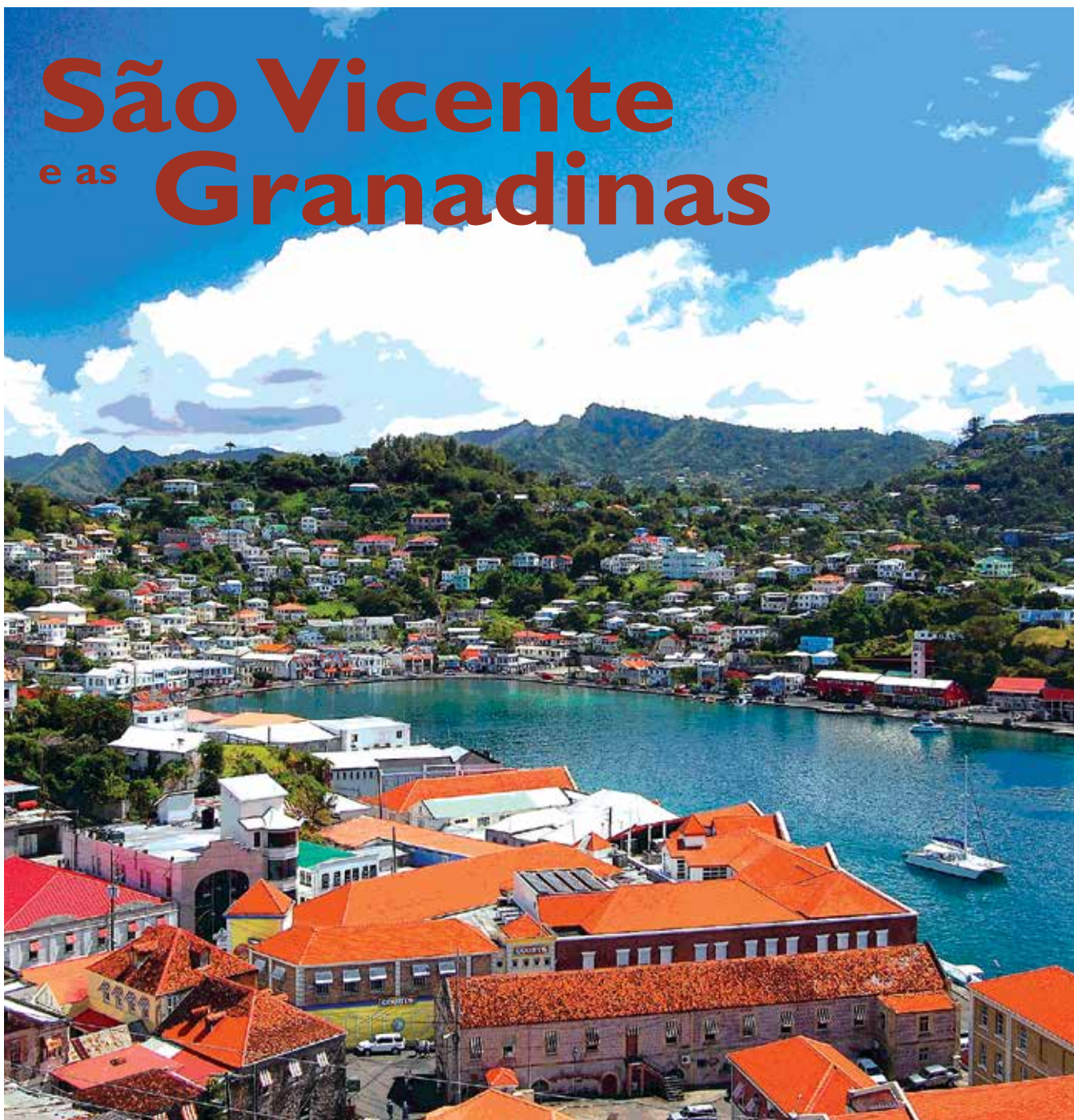


São Vicente e as Granadinas



INTRODUÇÃO

São Vicente e Granadinas é um estado de múltiplas ilhas no Caribe Oriental. Em conjunto, as ilhas tem uma área total de 389 km². São Vicente, com uma área total de 344 km², é a maior das ilhas (1). As Granadinas têm 7 ilhas habitadas e 23 recifes e ilhotas inabitadas. Todas as ilhas são acessíveis por transporte marítimo. Possuem aeroportos São Vicente, Bequia, Canouan, Mustique e Union Island.

São Vicente e Granadinas, assim como a maioria do Caribe de língua inglesa, tem um passado colonial britânico. O país tornou-se independente em 1979, mas continua a funcionar pelo modelo de democracia parlamentar Westminster. É politicamente estável, com eleições realizadas a cada cinco anos, sendo que a mais recente aconteceu em dezembro de 2010. Sua religião predominante é o cristianismo, e sua língua oficial é o inglês (1).

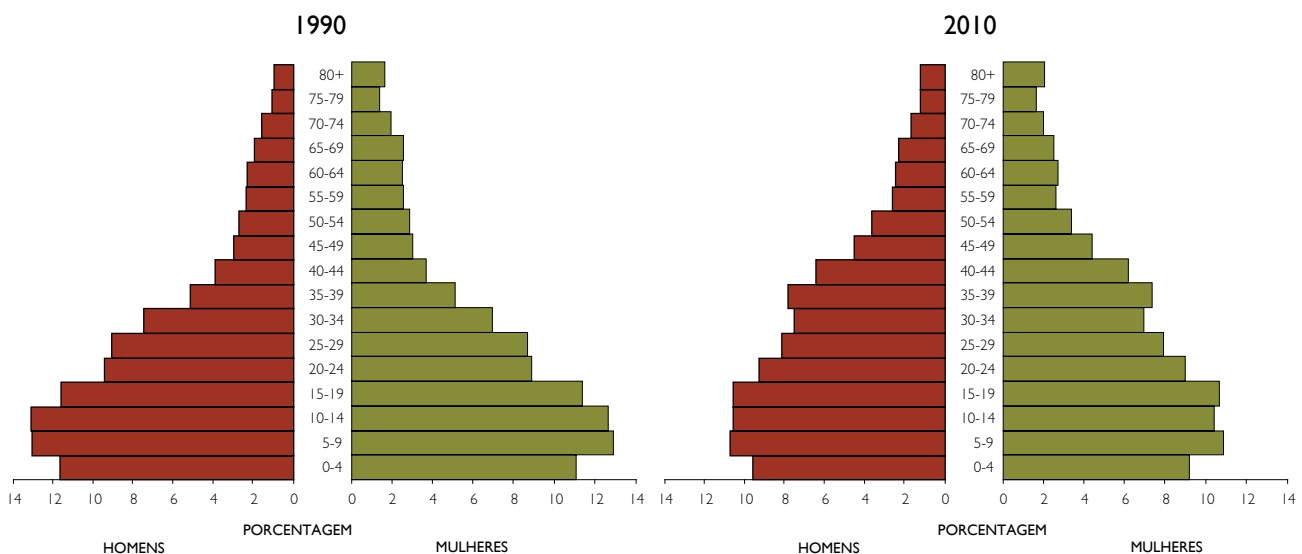
Em 2001 a população de São Vicente e Granadinas era de 102.631 habitantes, em 2006, 100.271 habitantes e, em 2009, de 101.016 habitantes, uma queda de 1.615 (1,6%) em relação a 2001. A distribuição populacional por gênero em 2009 foi quase equivalente, com 50,5% (50.983) de homens e 49,5% (50.033) de mulheres. A parcela da população com 60 anos ou mais era de 9.957 (9,9%) em 2009, enquanto a parcela da população com menos de 15 anos totalizou 30.969 (30,6%), resultando em uma razão de dependência de 61,1 por 100 habitantes (2). A Figura 1 mostra a estrutura da população de São Vicente e Granadinas em 1990 e 2010. Uma pesquisa sobre a pobreza no país, conduzida no período 2007-2008 constatou que 39,2% da população era urbana e 60,8% era rural (3). A expectativa de vida ao nascer era de 71,4 anos em 2000, mas caiu em anos subsequentes, até chegar a 71,2 anos (74,1 para mulheres e 69,8 para homens) em 2009. O Quadro 1 apresenta informações demográficas selecionadas (4).

Ocorreram 9.412 nascimentos durante o período 2006-2010, com uma média de 1.882 nascimentos por ano. A taxa bruta de nascimentos por 1.000 habitantes teve uma leve alta, passando de 17,9 em 2006 para 19,7 em 2009, antes de baixar para 17,5 em 2010 (4). Esse crescimento em 2009 é atribuído ao aumento nos

nascimentos de mães menores de 19 anos de idade, que aumentou em 17% em relação ao ano anterior. A taxa de fertilidade total manteve-se razoavelmente consistente em 2,1-2,2 filhos por mulher. A taxa bruta de mortalidade permaneceu constante entre 70 e 80 mortes por 10.000 habitantes (4). São Vicente e Granadinas passou por uma flutuação populacional nos últimos 20 anos devido à emigração. De acordo com o CIA World Factbook, a taxa líquida de migração em 2008 foi estimada em 7,56 migrantes por 1.000 habitantes (5).

A economia de São Vicente e Granadinas sofreu com os efeitos da recente crise econômica global e das novas quotas e tarifas estabelecidas depois da perda do status preferencial comercial para seu principal produto de exportação (bananas) ocorrida em 1993. Estimativas preliminares para 2010 indicam que atividade econômica sofreu um ulterior declínio de 1,8% após três anos de contração entre 2007 e 2009. Essa tendência decrescente foi associada aos efeitos da crise financeira global, que levou a queda em vários setores econômicos importantes, como agricultura, construção, transporte, armazenagem e comunicação, serviços bancários e seguros. A renda *per capita* em 2010 foi de US\$ 6.669, comparada a US\$ 5.988 em 2006. O balanço total das contas fiscais saiu de um déficit em

FIGURA 1, Estrutura da população, por idade e sexo, São Vicente e Granadinas, 1990 e 2010



Fonte: Informações estatísticas fornecidas por São Vicente e Granadinas.

TABELA 1. Indicadores demográficos selecionados, São Vicente e Granadinas, 2006–2010

Indicadores	2006	2007	2008	2009	2010
População Total	100.271	100.237	100.870	101.016	nda
População Adolescente (15-24 anos)	19.825	19.819	19.942	19.972	nda
Total de nascidos vivos	1.868	1.868	1.914	1.977	1.785
Taxa Bruta de Nascimentos (por 1.000 habitantes)	17,9	18,2	18,9	19,7	17,5
Nascimentos por adolescentes menores de 19 anos	360	391	366	430	345
Porcentagem de nascimentos por adolescentes	19,3 ^b	20,9 ^b	19,1 ^b	21,8 ^b	19,3 ^b
Taxa de fertilidade total por mulher	2,2	2,1	2,2	2,1	2,1
Taxa de Bruta de Mortalidade (por 1.000 habitantes)	77,4	74,9	80,2	76,7	72,1
Taxa de aumento natural (por 1.000 habitantes)	1,1	1,1	1,1	1,2	nda
Crescimento populacional anual (%)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Fonte: Referência (4)

^a nd, sem informações disponíveis.

^b Nascimentos entre adolescentes menores de 19 em proporção a taxa total de nascimentos.

2006 para um superávit importante em 2010, devido, principalmente, ao aumento em outras receitas de capital (6).

As conquistas da saúde no período de 2006-2010 incluem a instalação de uma usina de osmose reversa de água marinha em 2010 que oferece água potável aos residentes de Bequia, uma das ilhas Granadinas. Um sistema eletrônico de informações em saúde introduzido em 2010 liga hoje os centros de saúde comunitários a Unidade de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, Bem-Estar e Meio-Ambiente. Em 2008, o governo, com a assistência do governo de Cuba, começou a construção de um complexo médico moderno ao norte de São Vicente. A instalação, que ainda está em construção em 2010, incluirá o reformulado hospital de Georgetown com capacidade de 30 leitos; uma unidade de diagnóstico, que oferecerá serviços de radiografia e laboratório; uma unidade de diálise renal; salas de cirurgia e um ambulatório. Uma das principais iniciativas governamentais durante esse período foi a conversão de três centros de saúde em policlínicas.

DETERMINANTES E DESIGUALDADES EM SAÚDE

A erradicação da pobreza manteve-se como a principal prioridade da política governamental durante esse

período. O objetivo primário da estratégia de redução de pobreza – uma das marcas das políticas de desenvolvimento social do país desde 2003 – é alcançar as metas do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (7). Uma pesquisa de avaliação da pobreza conduzida em 2007-2008 constatou um coeficiente Gini de 0,40, comparado aos 0,56 de 1996, e que 30,2% da população era pobre¹, uma redução importante do 37,5% registrado em 1996 (3). Houve uma baixa vertiginosa da proporção de pobres indigentes², que despencou de 25,7% em 1996 para 2,9% em 2008. Outros 18% da população, embora não pobres, foram considerados na situação de vulnerabilidade, perfazendo uma parcela total de população vulnerável de 48,2% em 2008. Os maiores níveis de pobreza foram encontrados nas comunidades rurais agrícolas de Georgetown e Sandy Bay (55,6%) e Chateaubelair (43,1%).

A estratégia de “Revolução Educacional”, lançada em 2001, continuou a nortear os esforços do governo na educação durante 2006-2010. Educação universal para a primeira infância foi introduzida como política em 2009, e o acesso universal ao ensino médio foi reforçado. Cinco novas escolas secundárias foram construídas durante esse período. A taxa líquida de ma-

1 A linha da pobreza utilizada no Estudo de Avaliação da Pobreza dos Países foi EC\$ 5.523 por ano por adulto, ou EC\$ 15,13 por dia, para satisfazer as necessidades alimentares básicas e outras necessidades.

2 A linha de indigência utilizada no Estudo de Avaliação da Pobreza dos Países foi de EC\$ 2.448 por ano.

QUADRO I. Melhorando o acesso à saúde por meio das policlínicas

O centro de saúde Stubbs foi reconstruído e reformulado como policlínica em 2010, a primeira de São Vicente. Essa policlínica é localizada em um distrito acessível às várias comunidades na área do barlavento da ilha. Proporciona serviços de rotina em pré-natal, pós-natal, saúde infantil e de planejamento familiar e especializados em medicina geral, pediatria, psiquiatria e odontologia. A policlínica também funciona como maternidade e proporciona serviços de aconselhamento, testes para HIV e de diagnósticos limitados. A policlínica servirá como ponto focal na promoção do bem-estar, melhoria da promoção da saúde e no apoio à luta contra o HIV e doenças não transmissíveis. Duas outras policlínicas serão construídas, uma na comunidade de Mesopotâmia na parte central de São Vicente, e a outra na cidade de Clare Valley, na área do sotavento da ilha.

trículas no nível primário foi de 99,8% para ambos os sexos em 2007, e 92% dos estudantes concluíram esse nível de ensino (sendo 80,6% homens e 103,6% mulheres). Mais homens do que mulheres seguiram para o ensino médio (53% contra 47%) até 2005, quando a taxa de mulheres que se matricularam e completaram o ensino médio começou a aumentar; até 2010, a taxa daqueles que concluíram o ensino médio foi de 85,9% para homens e 111,0% de mulheres. As quatro instituições de ensino superior do país foram amalgamadas em 2009, formando a Universidade Comunitária de São Vicente. As matrículas no ensino superior aumentaram de 1.289 em 2006 para 1.867 em 2010, sendo 35,3% homens e 64,7% mulheres (8). A avaliação da pobreza de 2007-2008 indicou que 84% da população eram alfabetizadas (3). A mais recente estatística sobre alfabetização, discriminada por gênero é de 1991, quando a taxa de alfabetização na faixa etária de 15-24 anos foi de 88,2% entre os homens e 89,5% entre as mulheres (7).

O governo de São Vicente e Granadinas demonstrou seu comprometimento na luta pela igualdade de gênero e em promover o empoderamento das mulheres ao assinar o Consenso de Quito, adotado em 2010, durante a X Conferência Regional sobre a Mulher da América Latina e Caribe. O governo também é signatário de várias cartas e convenções regionais e internacionais relacionadas à igualdade gênero, incluindo a Convenção para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (“Convenção de Belém do Pará”) (9). Entre 2006 e 2010, 23 mulheres morreram em decorrência de violência de gênero, sendo 8 destas vítimas de um

parceiro íntimo atual ou anterior. Foram notificados 205 casos de estupro entre 2006 e 2009, 200 casos de sexo com menores de 15 anos e 29 casos de incesto (7).

AMBIENTE E A SEGURANÇA HUMANA

ACESSO À ÁGUA POTÁVEL E SANEAMENTO

Em 2010, 98% da população tinha acesso à água potável; 33.030 domicílios tinham fornecimento de água potável, o que representa um aumento em relação aos 28.875 domicílios registrados em 2007 (10). O fornecimento de água é monitorado pelo Departamento de Saúde Pública, que procura por resíduos de cloro, e pela Autoridade Central de Águas e Esgotos, que procura por coliformes totais e fecais (10). A Avaliação de Pobreza do País 2007/2008 informou que 11,6% das casas eram conectadas ao sistema público de esgoto, 56,6% tinham fossas sépticas, e 30,3% usavam latrinas (3). Em 2010, o governo encomendou a construção de um reservatório séptico em Diamond Village, localizado na área do barlavento da ilha, para receber excedente das fossas sépticas para decomposição (10). O governo monitora regularmente as residências em busca de larvas de mosquito; entre 2006 e 2010 o índice de infestação de domicílios oscilou entre 16,4% e 20,2% e o índice de Breteau passou de 28% para 36,8% (11).

Entre 2006 e 2008, a Unidade de Gestão de Resíduos Sólidos e as entidades privadas de coleta de lixo coletaram os resíduos uma vez por semana, de 100% dos domicílios e eliminaram quase 50.301 milhões de toneladas de resíduos sólidos anualmente nos quatro aterros sanitários operados pelo governo. (10).

POLUIÇÃO DO AR

De acordo com informações dos Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial, São Vicente e Granadinas emitiu 1,9 toneladas de dióxido de carbono *per capita* em 2006, e 1,8 toneladas em 2008 (12). Com relação à intensidade de CO₂ (quilograma de CO₂ por quilograma equivalente de petróleo usado como energia), em 2006 e 2007 alcançou o valor de 2,9 (13). Não havia dados para 2008.

O AMBIENTE DE TRABALHO E A SAÚDE DOS TRABALHADORES

O Departamento do Trabalho é responsável pela saúde dos trabalhadores, e o Departamento de Saúde Pública do Ministério da Saúde é a agência de monitoramento. Nenhuma política relacionada ao trabalho ou iniciativas focadas em programas foram desenvolvidas durante o período analisado.

SEGURANÇA NO TRÂNSITO

Todos os motoristas em São Vicente e Granadinas devem possuir uma carteira de motorista, e todos os veículos devem ser inspecionados anualmente para poderem circular. A Lei de Veículos Automotores e de Trânsito promulgada em 2006 exige o uso do cinto de segurança por todos os motoristas e passageiros do banco da frente e o uso de capacetes por todos os motociclistas. Essa lei é fiscalizada pela polícia, que realiza blitz periódicas para averiguar violações das leis de trânsito. Dicas de segurança nas estradas são emitidas pelas estações de rádio diariamente. Entre 2009 e 2010, houve 1.080 acidentes de trânsito, com 8 mortes (7 homens e 1 mulher). Dados sobre acidentes de trânsito referentes a outros anos não estão disponíveis (14).

VIOLÊNCIA

Ocorreram 121 homicídios durante o período 2006-2010, e 98 (81%) das vítimas eram homens e 23 (19%) das vítimas mulheres. Com uma exceção, todos os assassinatos foram cometidos por homens. Houve 3.826 casos de lesões durante esse período, com uma média anual de 765 (14).

DESASTRES NATURAIS

São Vicente e Granadinas está no caminho dos ciclones tropicais que afetam anualmente as ilhas caribenhãs de junho a novembro. O Furacão Dean (2007) causou um total de prejuízos no valor de US\$ 814.814, e o Furacão Omar (2008) um total de US\$ 2.074.074. O Furacão Tomás, em 2010, causou uma morte e um gasto de US\$ 50,7 milhões em atividades de recuperação (15).

MUDANÇAS CLIMÁTICAS

Além de eliminar progressivamente os clorofluorcarbonetos em 2007, o governo concluiu ainda outras ações críticas durante o período, incluindo a redação da segunda comunicação nacional a ser submetida ao Secretariado da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas e a implementação de um programa especial de adaptação às mudanças climáticas. Também compilou um inventário de gases do efeito estufa e conduziu avaliações de vulnerabilidade e adaptação para a área costeira e para os setores de turismo, agricultura, água e saúde. O governo atualmente visa criar um plano de gestão para eliminar progressivamente os hidroclorofluorcarbonetos em São Vicente e Granadinas como parte de suas obrigações do Protocolo de Montreal sobre Substâncias que Destroem a Camada de Ozônio (11).

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

O país importou 540.036 quilogramas de alimentos a um custo de US\$ 43.921 em 2005. Em 2010, a importação alcançou US\$ 68.123 e a quantidade havia subido para 619.570 quilogramas. Quase 16% dos valores gastos com a importação de comida foram para a compra de carnes e aves (16). Foi disponibilizado capacitação no sistema de análise riscos e pontos críticos de controle (ARPCCC), e estabelecimentos e pontos de venda de alimentos foram certificados no uso do sistema ARPCCC durante o período em análise. O Departamento de Saúde Pública monitorou as boas práticas de fabricação e realizou inspeções ante mortem e post mortem nas carnes. Por meio do Programa de Apoio à Nutrição, o governo forneceu 22.188 cestas básicas de alimentos para gestantes que estavam abaixo do peso

ou em estado anêmico; por meio do Programa de Alimentação Escolar, ofereceu refeições para 12.923 estudantes, incluindo 9.613 do nível primário e 3.310 do nível pré-escolar (11). Outros programas de alimentação para pessoas vulneráveis incluíram um programa de refeitórios sociais manejados pela igreja Católica, um programa de alimentação escolar do Exército de Salvação e um programa de distribuição semanal de refeições para pessoas carentes, patrocinado pela igreja Anglicana. O Ministério de Desenvolvimento Social forneceu auxílios de subsistência para 5.300 pessoas no valor de US\$ 2,2 milhões anuais (9).

CONDIÇÕES E TENDÊNCIAS EM SAÚDE

PROBLEMAS DE SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO

Saúde materna e reprodutiva

A saúde materno-infantil permaneceu uma prioridade durante o período em análise. Todos os 39 centros de saúde do país ofereceram serviços pré-natais, pós-natais, de saúde infantil e planejamento familiar. Foram contabilizados 9.413 nascidos vivos entre 2006 e 2010, dos quais 1.892 (20,1%) foram de mães adolescentes com menos de 19 anos, sendo 95% destes nascimentos realizados em hospitais e 5% em centros de parto designados. Os profissionais de saúde atenderam 98% dos partos, dos quais 73-80% foram partos vaginais espontâneos e 20-27% foram cesarianas. Desde 2005, a proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer (abaixo de 2.500g) permaneceu em 7%. Desde 1996, quase 99% dos bebês foram alimentados com leite materno e monitorados, mas não existem dados tabulados que informem a proporção de bebês que foram amamentados até o seis meses. Em 2010, as principais causas de morbidade materna foram diabetes gestacional (176 casos, 9,8% de morbidade total), hipertensão arterial (143 casos, 8%), infecções do trato urinário e pielonefrite (105 casos, 5,8%) e incompatibilidade de fator Rh (51 casos, 3%). Esse padrão é similar ao observado em anos anteriores. Em 2010, 7.527 mulheres passaram pelo exame de Papanicolau, sendo que 98,6% das lâminas analisadas estavam normais. Ocorreram quatro mortes maternas durante o período em análise: duas em 2006, ambas de eclamp-

sia (uma na faixa etária de 15-24 anos e a outra na faixa etária de 25-44 anos) e duas em 2010, uma de eclampsia e outra de trauma obstétrico (ambas na faixa etária de 45-64 anos) (4).

Crianças (0-9 anos de idade)

Havia 9.413 crianças com menos de 5 anos de idade em 2006, e 9.483 em 2009. Ao todo, 7.189 crianças visitaram centros de saúde durante esse período, principalmente para serviços de imunização e monitoramento do crescimento. Em 2010, a cobertura de vacinação de DPT e contra a poliomielite foi de 100%; de MMR de 99,7%; e de BCG de 91,0%. O monitoramento do crescimento entre 2008 e 2010 revelou que 86% das crianças tinham o peso ideal para a idade, que 10% eram obesas, e que 4% apresentavam estado de desnutrição moderada. Gastroenterites e infecções respiratórias agudas foram as duas principais causas de morbidade infantil. A taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos flutuou desde 1995, quando estava em 18,0; essa taxa subiu para 25,7 em 2006, baixou para 18,2 em 2007, 16,7 em 2008 e 13,7 em 2009, antes de se elevar novamente para 16,8 em 2010. A queda entre 2006 e 2007 deveu-se principalmente a um programa de controle de qualidade agressivo que incluiu auditorias perinatais e sessões educativas mensais e intervenções de atenção em configurações comunitárias e hospitalares baseadas numa abordagem de gestão por objetivos. Entre 2006 e 2009 ocorreram 129 mortes na faixa etária de menos de 1 ano de idade, sendo 64 meninos (49,6%) e 65 meninas (50,4%). As principais causas de mortes nessa faixa etária foram infecções perinatais, que contabilizaram 56 mortes entre meninos (43,4%) e 58 entre meninas (45%). Na faixa etária de menores de 5 anos, infecções respiratórias agudas foram a principal causa de morbidade e representaram 39,8% de todas as infecções respiratórias. No grupo entre 1-4 anos de idade ocorreram 12 mortes entre 2006 e 2009: uma em 2006, um menino morto por uma doença transmissível; quatro em 2007, um menino morto por neoplasia maligna, um menino e uma menina mortos por um transtorno do sistema nervoso, e uma menina por doença cardíaca; quatro em 2008, todos meninos, um por doença transmissível, um por neoplasia maligna, e dois por lesões; e dois em 2009, ambos meninos mortos por lesões. A principal

causa de morte na faixa etária de 1 a 4 anos foram as lesões não intencionais, que causaram quatro mortes entre meninos, uma cada por acidente de trânsito, assalto, exposição a fatores não especificados e exposição à fumaça não especificada, além de uma menina morta por exposição à fumaça não especificada. (4).

Havia 10.812 crianças entre 5 e 9 anos de idade em 2006, correspondendo a 10,8% de toda a população. Em 2009, esse número chegou a 10.892, incluindo 5.456 meninos (50,1%) e 5.436 meninas (49,9%). Ocorreram duas mortes nessa faixa etária, ambas meninas, uma por diabetes insulino dependente e a outra por edema pulmonar, assim como o óbito de um menino na faixa etária de 5 a 14 anos, por inalação de uma substância não identificada (4).

Adolescentes (de 10–5 e 15-19 anos de idade)

Havia 10.594 adolescentes entre 10 e 14 anos de idade, ou 10,5% da população, em 2009, sendo 5.372 (50,7%) do sexo masculino e 5.222 (49,3%) do sexo feminino. Entre 2006 e 2009, houve 33 mortes nessa faixa etária, sendo 20 meninos (61,0%) e 13 meninas (39,0%) (11).

Registraram-se 10.736 adolescentes entre 15 e 19 anos de idade (10,6% da população) em 2009, sendo 50,3% (5.396) homens e 49,7% (5.340) mulheres. Os principais problemas de saúde que afetaram esse grupo foram gravidez e infecção pelo HIV. Ocorreram 345 nascimentos de mães adolescentes em 2010, representando 19,3% de todos os nascimentos ocorridos nesse ano. A proporção de nascimentos em adolescentes permaneceu constantemente acima de 19% do total de nascimentos desde 2005. Existiam apenas 5 grupos de adolescentes em 2010, representando uma queda dos 15 que existiam em 2005. Estes grupos estavam vinculados a centros de saúde, e, com a ajuda do Programa de Planejamento Familiar, realizavam programas de educação em saúde, promoção da saúde e de bem-estar. Ocorreram 36 mortes nessa faixa etária, sendo 26 (72%) homens e 10 (28%) mulheres (4).

Dentre 2006 e 2010, ocorreram 85 mortes na faixa etária entre 15 e 24 anos de idade, das quais 87 (78,3%) foram homens e 24 (22%) mulheres. Entre 2006 e 2009, as principais causas de morte nessa faixa etária foram lesões intencionais, que afetaram 36 homens (42,4%) e 4 mulheres (4,7%), e agres-

sões, que atingiram 30 homens (35,3%) e 3 mulheres (3,5%) (4).

Adultos (de 20–64 anos de idade)

Pessoas entre 20 e 59 anos de idade representavam quase 48,3% da população em 2006 (48.990 pessoas) e 48,9% (49.353 pessoas) em 2009 e, destes últimos, 25.413 eram homens e 23.940 eram mulheres. Não existem informações disponíveis sobre a prevalência do uso de contraceptivos ou necessidades não atendidas de planejamento familiar durante o período em análise. Os preservativos femininos foram introduzidos em 2006 e 10.327 foram distribuídos, porém, em 2010, apenas 1.116 preservativos foram solicitados. Apesar da queda de solicitações de contraceptivos orais de 16.477 em 2006 para 13.958 em 2010, as solicitações de contraceptivos injetáveis aumentaram de 9.361 para 10.706 no mesmo período. As principais causas de morbidade nessa faixa foram as doenças não transmissíveis, principalmente diabetes, hipertensão arterial, ou a combinação das duas. Entre 2006 e 2010, ocorreram 1.150 mortes na faixa etária de 20 a 64 anos, sendo 755 homens (65,7%) e 395 mulheres (34,3%)³. As principais causas da mortalidade na faixa etária de 25 a 64 anos de idade são neoplasias malignas, com 200 óbitos, seguidas de traumatismos, com 198 óbitos; lesões intencionais, com 74 óbitos; lesões não intencionais, com 70 óbitos; e agressões, com 54 óbitos (4).

Idosos

O número de pessoas com mais de 60 anos permaneceu constante, com 9.883 (9,8%) em 2006 e 9.958 (9,8%) em 2009, sendo que destes últimos, 4.471 (45%) eram homens e 5.487 (55%) eram mulheres. Doenças não transmissíveis representam a maior causa de morbidade nesse grupo populacional. Entre 2006 e 2009, ocorreram 1.897 mortes no grupo com mais de 60 anos, destas mortes 894 eram homens (47,1%) e 1.003 eram mulheres (52,9%). As principais causas de morte foram doença cerebrovascular, que foi responsável por 263 destas mortes (13,9% de todas as mortes),

3 Baseadas na faixa etária usada para tabular os dados de mortalidade, as principais causas de mortalidade estavam apenas disponíveis para o grupo entre 25 e 64 anos de idade.

sendo 118 homens (62%) e 147 mulheres (7,6%); doença isquêmica do coração, com 382 mortes (20,1%), sendo 180 homens (9,4%) e 202 mulheres (10,6%); neoplasias malignas, com 215 mortes (11,3%) sendo 143 homens (7,5%) e 72 mulheres (3,8%); e diabetes mellitus, com 204 mortes (10,8%) sendo 95 homens (5%) e 109 mulheres (5,7%). Houve 177 casos de doenças transmissíveis, sendo 84 homens (4,4%) e 93 mulheres (4,9%)(4).

A Família

A saúde familiar, medida através do indicador do padrão de vida, continuou a melhorar durante esse período. Cerca de 56% das famílias eram comandados por homens em 1998, e 47,9% em 2008. A idade média dos chefes de família foi de 47,2 em 1998 e 52 anos em 2008. O tamanho médio da família baixou de 4,1 em 1998 para 3,5 em 2008, e o número de crianças por domicílio caiu de 2,2 para 1,7, com 1,4 pessoas por quarto. A maioria das residências tinha acesso à eletricidade em 2008 (88,8%, uma alta em relação a 76,3% de 1998) (3).

MORTALIDADE

Por lei, todas as mortes são registadas em São Vicente e Granadinas. Ocorreram um total de 3.189 mortes de 2006 a 2009, sendo 48% mulheres e 52% homens. A taxa de bruta de mortalidade por 10.000 habitantes foi de 76,2 em 2006, 78,1 em 2007, 84,4 em 2008 e

84,2 em 2010. Durante o período 2006-2009 ocorreu um declínio acentuado das doenças infecciosas e um aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Dez causas responderam por 2.551 mortes (80% de todas as mortes) durante o período em análise, das quais 74% ocorreram em decorrência de doenças não transmissíveis. As neoplasias malignas permaneceram a principal causa de morte entre homens. Dentro deste grupo, o câncer de próstata foi a primeira causa de mortes, com 38 óbitos (54%), seguida pelo câncer de pele (7 mortes, 10%). O câncer de mama foi a principal causa de morte entre mulheres, com 29 mortes (49%). Tanto câncer cervicouterino quanto o de pele levaram a 9 mortes entre mulheres (15%). As doenças isquêmicas do coração causaram 462 mortes (14,5%) durante o período 2006-2009, sendo 225 homens e 237 mulheres (4). O Quadro 2 mostra as cinco principais causas de morte para homens e mulheres durante o período 2006-2009.

Outras causas não transmissíveis de mortes foram a hipertensão arterial, lesões e a violência. Lesões e violência representaram a segunda maior causa de morte entre homens em 2009; lesões não intencionais levaram a 37 mortes, e lesões intencionais levaram a 17, das quais a principal causa foram as agressões (70,5%). As doenças transmissíveis foram responsáveis por 395 mortes, incluindo 169 (89 homens e 80 mulheres) por infecções respiratórias agudas, 108 (55 homens e 53 mulheres) por septicemia, 14 (12 homens e 2 mulheres) por tuberculose, e 104 (71 homens e 33 mulheres) de causas relacionadas a Aids (4).

TABELA 2. Número de mortes das cinco principais causas, por sexo, ano e classificação a, São Vicente e Granadinas, 2006, 2007, 2008 e 2009

Causa	2006		2007		2008		2009	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Neoplasia Maligna	70 (1)	53 (2)	53 (2)	53 (3)	66 (2)	65 (2)	70 (1)	52 (2)
Doença Isquêmica do coração	58 (3)	51 (1)	54 (1)	60 (1)	68 (1)	73 (1)	45 (2)	52 (2)
Diabetes mellitus	29 (5)	43 (2)	28 (4)	47 (4)	37 (4)	47 (3)	19	24 (5)
Hipertensão Arterial	11	26 (5)	20 (3)	26 (5)	11	12	31 (5)	55 (1)
Doença Cerebrovascular	37 (4)	30 (4)	34 (3)	60 (2)	40 (3)	37 (5)	37 (4)	45 (3)
Doenças Transmissíveis	59 (2)	40 (3)	60 (1)	26	39 (5)	41 (4)	43 (3)	40 (4)

Fonte: Referência (17)

^a Números em parênteses indicam o lugar ocupado na classificação das causas de morte para o ano em questão.

MORBIDADE

A avaliação dos dados sobre os padrões de uso nos centros de saúde mostraram que consultas por doenças não transmissíveis totalizaram 29.868 em 2010, um aumento de 10,4% em relação aos dados de 2005. Pessoas com hipertensão arterial registraram o maior número de consultas, 9.904, e pessoas com hipertensão arterial e diabetes o segundo maior número, 8.168. O diabetes ocasionou o terceiro maior número de consultas, 2.724. Entre crianças abaixo de 5 anos, infecções respiratórias agudas (11.801), gastroenterites (2.605) e asma (1.499) foram as razões mais frequentes da procura por cuidados médicos em centros de saúde e clínicas médicas (4).

Doenças Transmissíveis*Doenças Transmitidas por Vetores*

O país notificou apenas dois casos de dengue em 2006, mas posteriormente registrou de 10 a 20 anualmente entre 2007 e 2009, com uma alta para 218 casos confirmados em 2010 (89 homens e 129 mulheres). Há possivelmente certo nível de subnotificação desses casos, em que se presume que casos clinicamente confirmados não sejam incluídos. Ocorreram dois casos importados de malária durante esse período, um em 2008 e outro em 2010.

Doenças imunopreveníveis

A última doença imunoprevenível foi diagnosticada em 1999. O Programa Ampliado de Imunização (PAI) do país manteve uma cobertura de vacinação de 95%-98% em crianças até 5 anos de idade durante o período em análise. O Ministério da Saúde, Bem-Estar e Meio Ambiente inclui agora a vacina contra Hepatite B e *Haemophilus influenzae* no seu cronograma de imunização.

Zoonoses

A incidência de leptospirose quase dobrou entre os períodos 2001-2005 e 2006-2010, passando de 49 a 90 casos por 10.000 habitantes. Nenhuma outra doença zoonótica foi registrada durante esse período (4).

HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis

A prevalência de HIV permaneceu baixa (aproximadamente 1% da população) durante esse período, que observou uma queda de 37% nos casos notificados de infecção por HIV entre 2005 e 2008 e um declínio de 40% nas mortes relacionadas a Aids. Entre 2006 e 2010, um total de 1.218 pessoas contraíram HIV e 648 desenvolveram Aids. Até outubro de 2009, 319 que viviam com HIV estavam recebendo tratamento médico, incluindo 175 pessoas recebendo terapia antirretroviral (18). O Quadro 3 mostra o número de pessoas infectadas com HIV entre 2006 e 2010.

Em 2010, a taxa de incidência de HIV era de 32,7 por 100.000 habitantes, com uma razão de 2:1 entre homens e mulheres. Uma das melhores práticas no manejo do HIV/Aids em São Vicente e Granadinas é o Programa de Prevenção da Transmissão Vertical, que começou em 1998. No período 2006-2010, o programa testou 100% das gestantes que frequentaram os serviços de saúde pública e ofereceu gratuitamente antirretrovirais às mulheres que obtiveram resultado positivo para HIV. A taxa de soroprevalência entre mães foi de 0,9 por 1.000 habitantes durante esse período. Serviços de testes voluntários e aconselhamento foram integrados ao sistema de saúde pública (18).

Ocorreu uma baixa significativa das infecções gonocócicas, que caíram de 348 no período de 2001-2005 para 68 no período de 2006 a 2010 (4).

Tuberculose

Em 2010, a incidência de tuberculose foi de 14,9 por 100.000 habitantes. Durante o período 2001-2005 ocorreram 44 casos de tuberculose, enquanto no período 2006-2010 ocorreram 66, com 14 mortes, das quais 9 foram causadas por tuberculose relacionada à Aids.

Doenças Emergentes

Vinte casos da pandemia de influenza A (H1N1) foram notificados em 2009.

Doenças Intestinais

A gastroenterite afetou 6.789 pessoas, das quais 38,7% estavam na faixa etária de menores de 5 anos (4).

TABELA 3. Número de novos casos de infecção de HIV, total cumulativo, e entre a faixa etária de 15 a 24 anos de idade, separados por sexo. São Vicente e Granadinas, 2006-2010

Ano	INFECÇÕES DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)								
	NOVOS CASOS				Total Cumulativo	15 A 24 ANOS DE IDADE			
	Homens	Mulheres	Da	Total		Homens	Mulheres	Total	Total Cumulativo
2010	42	22	0	64	1.218	2	7	9	240
2009	38	24	1	63	1.154	5	5	10	231
2008	41	25	0	66	1.091	4	7	11	221
2007	42	40	4	86	1.025	8	10	18	210
2006	45	36	0	81	939	5	14	19	192

Fonte: Governo de São Vicente e Granadinas, Ministério da Saúde, Unidade de Planejamento de Saúde 2010 (18)

^a Sexo desconhecido.

Infecções Respiratórias

A doença transmissível mais comum durante o período 2006-2010 foi a infecção respiratória aguda, que foi responsável por um total de 29.631 casos de enfermidade, sendo 54,1% mulheres e 49,9% homens (4).

Doenças crônicas não transmissíveis

As doenças não transmissíveis foram responsáveis por 29.686 visitas aos centros de saúde em 2010, das quais 8.667 (29%) foram de homens e 21.019 (71%) de mulheres. Em 2008, pessoas com menos de 70 anos totalizaram 35,4% de todas as mortes por doenças não transmissíveis. Hipertensão arterial, diabetes e doenças do sistema digestivo foram as principais razões para visitas aos centros de saúde, de acordo com os registros dos mesmos (4).

Transtornos Mentais

O Programa de Reabilitação em Saúde Mental continuou a seguir a meta de integrar serviços de saúde mental aos serviços de atenção primária. As três causas principais de internação no Centro de Saúde Mental perto de Kingstown permaneceram as mesmas desde 2000. Em 2010, foram: esquizofrenia (281 casos, 63% do total de internações; 52 mulheres e 229 homens), abuso de substâncias com esquizofrenia (93

casos, 20,8% das internações; 2 mulheres, 91 homens), e psicose induzida por drogas (36 casos, 16,2% das internações; 7 mulheres, 29 homens) (4). Em 2007, 1.236 pessoas foram tratadas por transtornos mentais, sendo 30,8% pacientes internados, 29,6% pacientes ambulatoriais, 23,8% em seus próprios domicílios e 15,8% na instituição principal para atenção secundária, o Hospital Milton Cato Memorial em Kingstown (19). Em 2007, o Programa de Ajuda Comunitária do país atendeu 281 pacientes adultos (229 homens e 52 mulheres) por meio de 2.361 visitas domiciliares e 313 pacientes adultos por meio de 3.486 visitas a centros de saúde distritais. O departamento ambulatorial atendeu 20 adolescentes, com 240 visitas naquele ano. (4).

Outros problemas de saúde

Saúde Bucal

Serviços de saúde bucal financiados pelo governo foram oferecidos em 10 centros de saúde durante esse período. Em 2010, os serviços odontológicos públicos atenderam 18.452 pacientes, realizando extrações (34% do total de atendimentos), tratamento preventivo (30%), restaurações (15%) e outros serviços (21%) (4). Estes serviços públicos de saúde bucal foram complementados por vários serviços privados. Não existem dados sobre os serviços oferecidos pelo setor privado.

Deficiências

Um estudo conduzido em 2010 para determinar a presença de deficiências em São Vicente e Granadinas identificou um total de 2.332 pessoas vivendo com deficiências, das quais 2.195 foram avaliados como tendo deficiências físicas ou biológicas. As deficiências identificadas foram: física/motora, com 745 dos casos (34%); intelectual, com 497 dos casos (22,6%); mental, com 372 dos casos (16,9%); visual, com 259 dos casos (11,8%); múltiplas, com 208 dos casos (9,5%); e auditiva, com 114 dos casos (5,2%). O estudo revelou que 0,4% das crianças na faixa etária de 0 a 4 anos, 1,8% das crianças e adolescentes na faixa etária de 5 a 14 anos, e 1,5% dos adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos tinham deficiências físicas e motoras. Com relação à deficiência intelectual, o estudo encontrou 16 pessoas na faixa etária de 0 a 4 anos, 154 na faixa etária de 5 a 14 anos e 74 na faixa etária de 15 a 19 anos (4). O país conta com cinco escolas especiais e uma casa que serve a 172 crianças deficientes. A Sociedade Nacional de e para Cegos oferece alguns programas para adultos com deficiências visuais.

Fatores de Risco e Proteção

Em 2007 o país participou da Pesquisa Global de Tabaco na Juventude e da Pesquisa Global de Saúde do Escolar, que focaram em estudantes do ensino médio entre 13 e 15 anos a nível nacional. A pesquisa revelou que 19,1% dos adolescentes usavam produtos de tabaco, 12% fumavam cigarros e 10% usavam outras formas de tabaco (4).

POLÍTICAS DE SAÚDE, SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

POLÍTICAS DE SAÚDE E O PAPEL GESTOR DO SISTEMA DE SAÚDE

A política do governo de São Vicente e Granadinas é oferecer atenção universal à saúde que reflita os princípios de equidade, acessibilidade, qualidade e aceitação cultural para todos os seus cidadãos. O Ministério da Saúde, Bem-Estar e Meio Ambiente é responsável pela efetivação das políticas de saúde e de meio ambiente e por assegurar a oferta de serviços governa-

mentais de saúde. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, as Funções Essenciais da Saúde Pública e a Cooperação Caribenha em Saúde, Fase III, forneceram o contexto e o calendário para referenciar o progresso e avaliar o desempenho do setor da saúde.

O DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

Os Serviços de Seguro Nacional (NIS) ofereceram proteção de previdência social para todos os contribuintes nacionais de São Vicente e Granadinas, providenciando benefícios de enfermidade, maternidade, invalidez, lesões no trabalho, funerais e para sobreviventes. Em 2010, o NIS também forneceu assistência a 1.121 pensionistas não contribuintes e 297 idosos. Entre 2006 e 2010, foram registrados 1.250 novos contribuintes do NIS, perfazendo um total de 36.503. Os setores com a maior proporção de contribuintes foram administração pública (35%), construção (17%) e atacado e varejo (12%). Em 2009, o NIS pagou 404 ações de indenização por acidentes de trabalho que totalizaram US\$ 83.885. O setor com a maior porcentagem de ações foi o de construção, com 170 (42%) (20). Em 2008, apenas 9,4% da população estava coberta por planos de saúde privados. No quintil mais pobre da população, a proporção foi de 3,5%, e no quintil mais rico, 23,1%. Mais homens (10,4%) do que mulheres (8,5%) tiveram cobertura de planos de saúde, provavelmente porque mais homens estavam empregados em empregos formais que ofereciam planos de saúde (3).

Apesar da crise econômica e dos desafios de liquidez que ela impõe, o governo foi capaz de implementar vários programas de segurança sociais para melhorar o estado socioeconômico de famílias e indivíduos. Até o momento, o programa habitacional lançado em 2003 construiu 520 casas para cidadãos de baixa renda, com um custo médio de US\$ 31.481 por unidade; 52 casas para cidadãos com renda média, com custo unitário de US\$ 48.148; e 220 casas para o benefício de pessoas carentes que não possuem nenhuma renda. Prevê-se a ulterior construção de quase 150 casas no âmbito deste programa (6). Um fundo de investimento social de US\$ 3,7 milhões foi estabelecido em 2006 para financiar programas que atendam às necessidades de comunidades carentes; os recursos são liberados a partir de propostas apresentadas por essas comunidades (6).

O governo adotou e financiou várias políticas sociais que focam em populações vulneráveis, incluindo pobres, idosos, desempregados, pessoas vivendo com HIV/Aids e mulheres e crianças em situações de risco.

LEGISLAÇÃO EM SAÚDE

A única legislação relacionada à saúde efetivada durante esse período foi a lei promulgada em 2006 na área da segurança no trânsito sobre o uso do cinto de segurança e capacete. Até 2010, várias propostas de legislação para saúde estavam sendo elaboradas, incluindo vários aspectos da legislação voltados ao cumprimento do Regulamento Sanitário Internacional de 2005.

GASTOS E FINANCIAMENTO EM SAÚDE

O setor da saúde pública é financiado por meio de um fundo nacional consolidado e de um sistema de taxas por serviço prestado. A porcentagem dos gastos governamentais com saúde permaneceu estável em 3%-4% do Produto Interno Bruto (PIB) durante o período (6). O Quadro 4 mostra a tendência nos gastos com saúde entre 2006 e 2010. O governo financiou 63% de todos os gastos anuais com saúde (11). Em 2010, quase 30% do gasto anual do governo com saúde foi utilizado para atenção primária, 42% para atenção secundária e os 28% restantes para administração, educação, medicamentos e outros insumos (6) (Quadro 4).

SERVIÇOS DE SAÚDE

O Ministério da Saúde, Bem-Estar e Meio Ambiente presta principalmente serviços de atenção primária e secundária. A atenção primária é oferecida por meio de 39 centros de saúde nos nove distritos de saúde do país, sete na ilha de São Vicente e dois nas Granadinas. Cada centro de saúde é equipado para cobrir em torno de 3.000 pessoas. A acessibilidade geográfica é boa, uma vez que ninguém precisa viajar mais do que 4,8 quilômetros para receber assistência. A atenção secundária é oferecida principalmente no Hospital Milton Cato Memorial, de 211 leitos, a única instituição de encaminhamento de

nível secundário administrada pelo governo em todo o país (21). No período de 2006-2010, o número de internações hospitalares oscilou entre 8.000 e 9.000 por ano, com uma taxa média de ocupação entre 67% e 70%. O tempo médio de permanência foi de cinco dias e as principais causas de hospitalização foram obstétricas (32%) seguidas por médicas (28,7%), cirúrgicas (23,6%) e pediátricas (15,3%). Em média, 17.568 pessoas visitaram clínicas ambulatoriais especializadas todos os anos durante esse período (4). Os serviços especializados em cardiologia, oncologia e endocrinologia não estão disponíveis no país. Pessoas que necessitem de tratamento extremamente urgente costumam receber transporte aéreo para outra ilha do Caribe, normalmente Barbados.

Cinco hospitais rurais, com uma capacidade total de 58 leitos e uma média anual de internação de 600 pessoas, oferecem um nível mínimo de atenção secundária. O Hospital Maryfield, em Kingstown, com capacidade de 12 leitos, é uma instituição privada gerenciada pelo setor privado. O governo administra uma instalação geriátrica com capacidade de 106 leitos para indigentes e um centro de reabilitação com capacidade de 186 leitos, principalmente utilizado para adultos com transtornos mentais. Cinco instituições privadas com uma capacidade total de 55 leitos oferecem cuidados para idosos residentes (22). A Avaliação Nacional da Pobreza 2007-2008 registrou que 66,6% dos são-vice-entinos utilizavam serviços públicos de saúde. Quase 61,4% visitaram médicos como seu primeiro contato com o sistema de saúde, enquanto 36,2% consultaram enfermeiras ou outros profissionais de saúde (3).

A Unidade de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde continuou a educar o público em geral e grupos-alvo específicos em questões relacionados à saúde. Além disso, 14 grupos de fitness comunitários e

TABELA 4. Gastos com a Saúde (em milhões de US\$), São Vicente e Granadinas, 2006, 2007, 2008, 2009, e 2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Orçamento nacional estimado	213,8	231,8	278,6	276,4	336,2
Orçamento para saúde	20,8	20,7	27,2	26,5	30,5
Porcentagem do orçamento nacional	16,6	16,6	18,6	17,4	17,1
Porcentagem do PIB	3,4	3,4	4,0	3,7	nd ^a

Fonte: Ministério de Finança e Planejamento, 2011.

^a nd = informações não disponíveis.

institucionais foram estabelecidos em várias comunidades em 2010, incluindo as prisões femininas e quatro grupos de terceira idade.

O governo adquiriu medicamentos para o setor público através da Organização de Serviços de Compras Produtos Farmacêuticos do Caribe Oriental por um valor anual de quase US\$ 1,6 milhões durante o período de 2006-2010. Os produtos farmacêuticos para o setor privado são adquiridos no mercado aberto.

Em 2005, a capacidade do laboratório público foi ampliada com a aquisição de uma máquina capaz de realizar contagens de células CD4 para pessoas infectadas com HIV. Em 2010, o governo também investiu em um aparelho de tomografia computadorizada, o primeiro do setor público de serviços de saúde.

GESTÃO DE CONHECIMENTO, TECNOLOGIA, INFORMAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE

A Unidade de Informação em Saúde chefiada pelo Epidemiologista Nacional continuou a organizar e divulgar informações atualizadas durante todo o período. A Unidade acrescentou um funcionário de vigilância e outro de estatística à sua equipe em 2006. No mesmo ano, São Vicente começou a instalação de um sistema de rede para ligar hospitais e centros de saúde diretamente à Unidade de Informação em Saúde. Até 2010, quatro hospitais e 32 centros de saúde faziam parte da rede, e os seguintes módulos de informação estavam completamente funcionais: HIV/Aids; registros eletrônicos de saúde; admissão, transferência e alta; prescrição e dispensação; recursos humanos; gestão de linhas de abastecimento; e saúde materno-infantil. O sistema ainda estava em fase de transição no final do período, mas, quando totalmente implementado, será capaz de produzir informações relevantes e atualizadas para melhorar a capacidade de planejadores e decisores.

RECURSOS HUMANOS

O Quadro 5 compara o número e a razão de profissionais de saúde por habitante em 2005 e 2010. Observa-se uma extrema deficiência de médicos especialistas.

FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A maioria dos médicos em São Vicente e Granadinas é graduado pela Escola de Medicina da Universidade das Índias Ocidentais ou de universidades de medicina do Canadá, Cuba, Granada ou Estados Unidos da América. A Associação Caribenha de Conselhos Médicos é o mecanismo regional de registro de médicos e monitoramento da prática da medicina. Um total de 250 enfermeiras foram registradas no Conselho Geral de Enfermagem entre 2006 e 2010, um aumento de 58,8% em relação ao quinquênio anterior (23). Em acordos bilaterais, São Vicente e Granadinas forneceu ao todo 89 enfermeiras para Barbados, as Ilhas Cayman e Trinidad e Tobago. Durante esse período, foi oferecida educação continuada para todas as categorias de profissionais de saúde

SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

São Vicente e Granadinas é membro da Comunidade Caribenha (CARICOM) e da Organização de Estados do Caribe Oriental. O governo pactuou alianças nos cenários internacional, regional e nacional para mobilizar investimentos de capital estrangeiro e assegurar a cooperação técnica para promover sua agenda de saúde. Em 2007, São Vicente e Granadinas tinha a maior ajuda exterior *per capita* (US\$ 601) entre os 12 países do Caribe. Alguns dos países e agências contribuintes são listadas no Quadro 6.

SÍNTESE E PERSPECTIVAS

São Vicente e Granadinas demonstrou uma grande resiliência ante a crise econômica no período 2006-2010. Apesar de sofrer sérias adversidades econômicas, o governo conseguiu reduzir o nível de pobreza, tornar a educação mais acessível a diversas famílias e continuar a fornecer serviços sociais, incluindo atenção à saúde.

O país foi bem-sucedido em manter muitos de seus ganhos com atenção à saúde desde o ano 2000. A saúde materno-infantil permaneceu uma prioridade, a cobertura de imunização está acima de 98%, doenças infantis foram resolvidas e as crianças do país gozam de uma saúde relativamente boa. O acesso à água po-

TABELA 5. Comparação do número e da proporção dos profissionais de saúde, por categoria e por ano entre 2005 e 2010, São Vicente e Granadinas, 2005 e 2010.

Categoria	2005		2010	
	Número	Proporção (por 10.000 habitantes)	Número	Proporção (por 10.000 habitantes)
Médicos	101	9,5	102	9,5
Enfermeiras	228	21,5	229	22,9
Assistentes de Enfermagem	124	11,7	128	12,8
Auxiliares de Enfermagem	115	10,8	86	8,6
Técnicos de Laboratório	13	1,2	10	0,9
Farmacêuticos	36	3,4	12	1,2
Técnicos do Meio Ambiente	14	1,3	14	1,3
Psiquiatras	2	0,19	1	0,1
Psicólogos	1	0,09	1	0,08
Dentistas	13	1,2	17	1,7
Conselheiros	5	0,5	4	0,5
Técnicos de Nutrição	12	1,1	3	0,3
Educadores em Saúde	7	0,66	3	0,3
Assistentes Sociais	1	0,1	4	0,4

Fonte: Ministério da Saúde & do Meio Ambiente, Banco de Dados de Recursos Humanos, São Vicente e Granadinas, 2011

tável e a serviços de saneamento foi ampliado e foram tomadas medidas adequadas para a eliminação de resíduos sólidos e líquidos. Continuou-se a trabalhar, durante o período, em várias questões ambientais, incluindo mudanças climáticas, e a Organização Nacional de Gestão de Emergências continuou a responder a todos os desastres. Houve um claro declínio das doenças infecciosas e transmissíveis entre 2000 e 2010. As doenças crônicas não transmissíveis são agora a principal causa de morbidade e mortalidade entre a população adulta, sendo as neoplasias malignas a principal causa de mortes durante o período 2006-2010.

Questões que preocupam para o futuro são a vulnerabilidade da população a choques financeiros, o envelhecimento da população, o abuso de entorpecentes entre adolescentes e o aumento da violência e da criminalidade. Deve-se dar mais atenção à prevenção de comportamentos destrutivos e à promoção da saúde e do autocuidado por meio de uma educação que incentive os jovens a adotarem estilos de vida e práticas saudáveis e de intervenções voltadas à reversão das tendências negativas. Isto exigirá o esforço de todos os

setores – público e privado – e uma vontade política e um compromisso financeiro sérios.

BIBLIOGRAFIA

1. Encyclopedia of the Nations. St. Vincent and the Grenadines. Disponível em: <http://www.nationsencyclopedia.com/Americas/St-Vincentand-the-Grenadines>
2. Government of Saint Vincent and the Grenadines, Digest of statistics, Central Statistical Department, Ministry of Finance and Planning; 2011.
3. Government of St. Vincent and the Grenadines, Ministry of Finance and Planning. Country Poverty Assessment 2007–2008. Disponível em: http://www.eclac.cl/portofspain/noticias/paginas/0/40340/5_CPA_SVG_CPA-IA_Final_Report_Vol_3_.pdf.
4. Government of Saint Vincent and the Grenadines, Health Planning Information

TABELA 6. Doadores e formas de Cooperação, São Vicente e Granadinas, 2006-2010

Doador	Tipo de Cooperação
Internacional	
Banco Mundial Fundação Clinton União Europeia Governo da China (Taiwan) Projeto Pediátrico Mundial PEPFAR ^a GFATM ^b	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento para o projeto de HIV/AIDS (US\$ 8,75 milhões, 2005). • Subvenção para medicamentos e outros produtos médicos para HIV/AIDS. • Grande assistência financeira para vários projetos de modernização do setor de saúde. • Profissionais para o setor de saúde, doação de equipamentos e bolsas de estudo. • Oferta de serviços de saúde para crianças de São Vicente e Granadinas (US\$100.000, 2008–2010). • Assistência técnica e equipamentos para laboratório. • Atenção, tratamento e apoio mediante projetos no âmbito da Organização dos Estados Caribenhos Orientais (OECS).
Regional	
Governo de Cuba Governo da Venezuela OPAS ^c CFNI ^d CAREC ^e PANCAP ^f	<ul style="list-style-type: none"> • Assistência técnica, profissionais da saúde e especialistas para a construção de um serviço de diagnósticos em saúde. • Assistência financeira por meio de recursos governamentais consolidados, bolsas de estudo e financiamento de US\$ 3,4 milhões para um projeto habitacional. • Assistência técnica e financeira, principalmente na área de políticas, bolsas de estudos e recursos para projetos de saúde. • Assistência técnica, principalmente na área de elaboração de políticas. • Assistência técnica na área de vigilância de doenças. • Recursos para o programa de HIV/AIDS.
Nacional	
Rotary Club e Lions Club Setor privado: LIME, Digicel, Courts Furniture Store, e outros	<ul style="list-style-type: none"> • Vários tipos de doações, como materiais, insumos, equipamentos e serviços. • Patrocinou ou forneceu tratamento médico gratuito, equipamento médico e insumos.
<p>Fonte: Informações compiladas pelos autores</p> <p>^a PEPFAR, Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Combate à AIDS.</p> <p>^b GFATM, Fundo Global de Luta contra AIDS, Tuberculose e Malária.</p> <p>^c OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde.</p> <p>^d CFNI, Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição.</p> <p>^e CAREC, Centro Caribenho de Epidemiologia.</p> <p>^f PANCAP, Parceria Pan Caribenha contra a HIV/AIDS.</p>	

Unit. Ministry of Health, Wellness and the Environment. 2011.

- CIA World Factbook. Disponível em: <https://www.cia.gov/library/publications/the-worldfactbook/rankorder/2112rank.html> Acessado em novembro 2011.
- Government of Saint Vincent and the Grenadines. Economic Review, Ministry of Finance and Planning; 2011.
- Government of Saint Vincent and the Grenadines, Ministry of Finance and Planning Assessment of Millennium Development Goals. 2011
- Government of Saint Vincent and the Grenadines, Unpublished Annual Reports Ministry of Education. 2011
- Government of Saint Vincent and the Grenadines, CEDA 4th & 5th Periodic Report.

1995–2002, Unpublished Report, Ministry of Social Development. 2005

- Government of Saint Vincent and the Grenadines, Billing Summary Report 2006 – 2010. Central Water and Sewerage Authority, Saint Vincent.
- Government of Saint Vincent and the Grenadines, Annual Solid Waste Landfill Report 2006–2010. Central Water and Sewerage Authority, Saint Vincent. 2011
- The World Bank. Co2 Emissions (metric tons *per capita*). Acessado em 26 de março de 2012. Disponível em: <http://data.worldbank.org/indicator/EN.STM.CO2E.PC?page=1>
- The World Bank. CO2 intensity (kg per kg of oil equivalent energy use). Disponível em: <http://worldbank.org/indicator/EN/ATM.Co2E.EG.Z5>.

14. Government of Saint Vincent and the Grenadines, Police records. Unpublished data 2011.
15. Government of Saint Vincent and the Grenadines, Impact of Disasters SVG 2001–2010, National Emergency Management Office. 2011.
16. Government of Saint Vincent and the Grenadines. Annual Report 2010. Ministry of Agriculture; 2011.
17. Government of Saint Vincent and the Grenadines. Digest of Health Statistics 2010. Ministry of Health, Wellness and the Environment, Kingstown. 2011.
18. Government of Saint Vincent and the Grenadines. Strategic Health Plan. Ministry of Health and the Environment; 2007.
19. World Health Organization. WHO-AIMS Report on Mental Health System in Saint Vincent and the Grenadines [Internet]; 2009. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/saint_vincent_grenadines_who_aims_report.pdf Acessado em 20 de março de 2012.
20. Government of Saint Vincent and the Grenadines. National Insurance Services. Unpublished data, 2011.
21. Government of Saint Vincent and the Grenadines, Digest of Health Statistics 2010. Ministry of Health; Wellness and the Environment, Kingstown. 2011.
22. Government of Saint Vincent and the Grenadines. Strategic Health Plan. Ministry of Health and the Environment; 2007.
23. Government of Saint Vincent and the Grenadines, General Nursing Council. Register of Nursing Professionals; 2011.