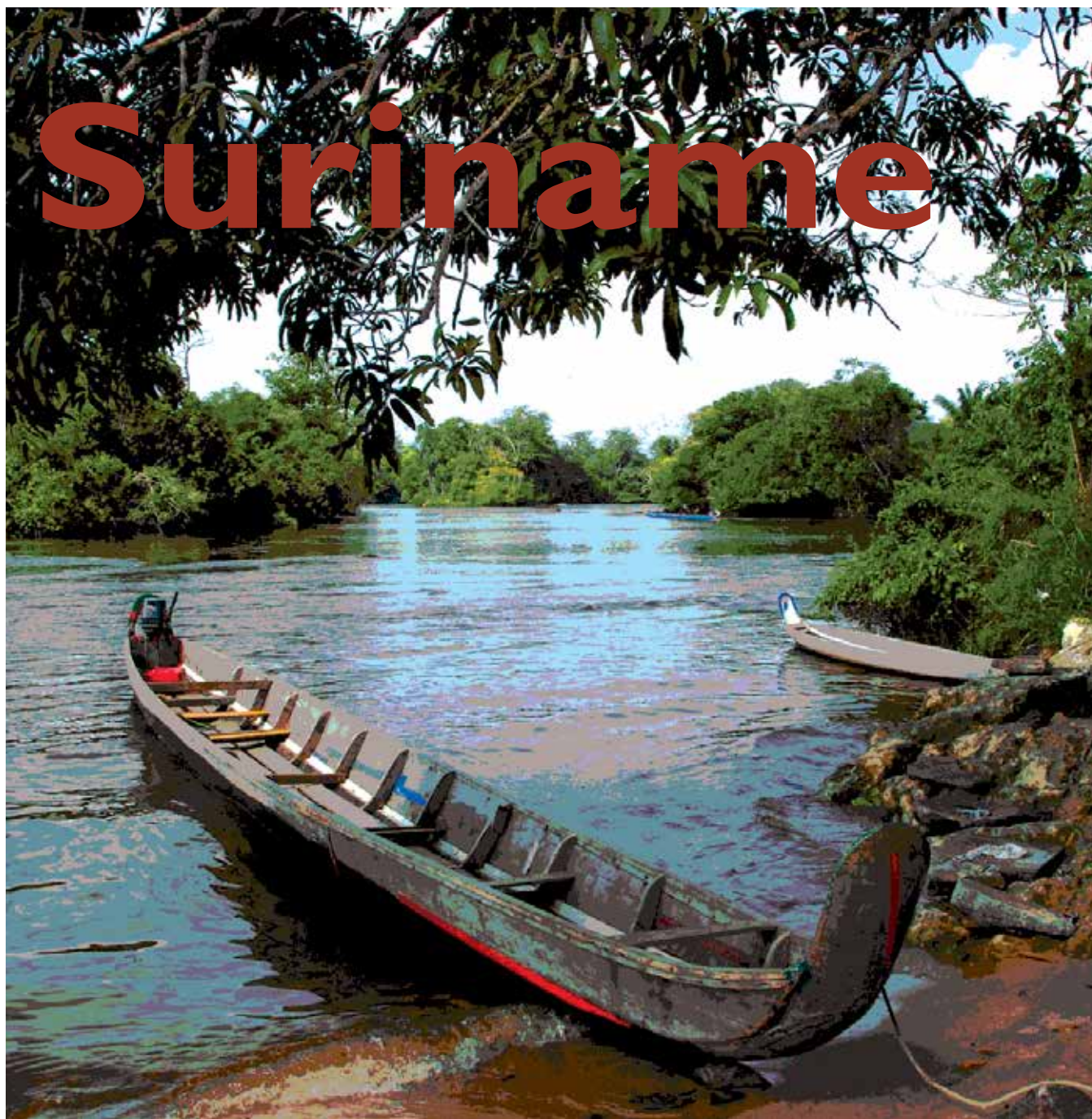


# Suriname



## INTRODUÇÃO

A República do Suriname, que conquistou sua independência da Holanda em 1975, abrange uma área de 163.820 km<sup>2</sup> ao longo da costa nordeste da América do Sul. Faz fronteira com a Guiana a oeste, com o departamento francês da Guiana Francesa a leste e com o Brasil ao sul. A maioria da população vive na estreita planície costeira no norte do país. O interior do Suriname é constituído na sua maioria por floresta

tropical, ocupando cerca de 80% do território do país e um cinturão de savanas se estende ao longo da fronteira com o Brasil ao sul.

O Suriname é uma democracia constitucional governada com base na Constituição promulgada em 1987. O poder legislativo é representado por uma Assembleia Nacional, eleita para um mandato de cinco anos, e que, por sua vez, elege o presidente, que lidera o poder executivo.

O país é dividido em 10 distritos administrativos: dois distritos do interior, seis distritos rurais no litoral e dois distritos urbanos – Paramaribo (capital) e Wanica. Os distritos urbanos ocupam 0,5% do território do país e abrigam 70% da população.

A língua oficial é o holandês, mas quase 15 outras línguas são faladas no país. O Suriname é uma sociedade muito diversificada que inclui mais de oito grupos étnicos diferentes (1). A distribuição desses grupos étnicos conforme informada no censo de 2004 é a seguinte: Hindustani (descendentes de indianos/hindus), 27,4%; Creole (mistura de negro com raças brancas), 17,7%; Maroon (descendentes de quilombolas), 14,7%; Javanesa (descendência indonésia), 14,6%; Mestiços, 12,5%; Indígenas ameríndios, 3,7%; descendência Chinesa, 1,8%; Brancos, 0,8%; “outros”, 0,5% e desconhecidos, 6,6% (1).

O Escritório de Estatísticas Gerais de Suriname estimou a população do país em 524.143 habitantes em meados de 2009, com distribuição quase igual de homens (50,5%) e mulheres (49,5%). Durante o mesmo ano, a taxa de natalidade por 1.000 mulheres na faixa de 15-44 anos foi de 80,68 e a taxa de mortalidade foi de 6,3 (2), resultando em uma taxa anual de crescimento populacional de 1,3% (3). A Figura 1 mostra a estrutura da população do Suriname, por idade e sexo, para 1990 e 2010.

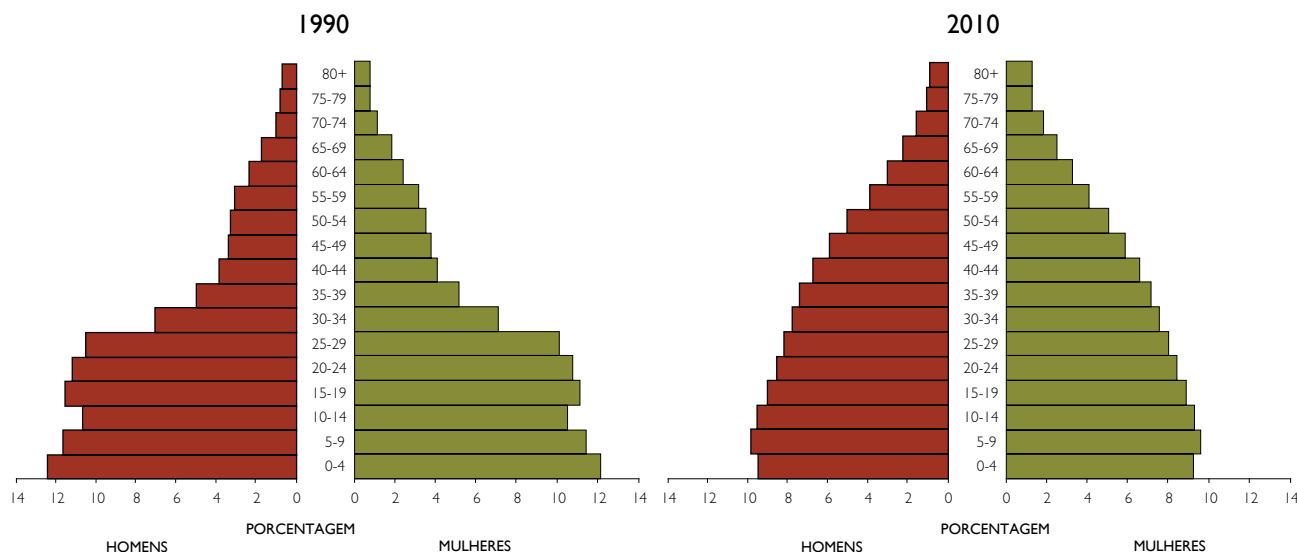
Em 2010, de um total de 182 países avaliados, o Suriname ficou na 94ª posição no ranking dos países em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (4). No mesmo ano, o Banco Mundial classificou Suriname como um país de renda média-alta (5). O IDH tem aumentado continuamente desde 2005 (6), refletindo o crescimento do PIB durante o mesmo período. Entre 2006 e 2009, o PIB *per capita* em US\$ correntes aumentou de US\$ 4.223 para US\$ 6.254, respectivamente (7). O impacto da crise financeira global no país é desconhecido, uma vez que ainda não foram calculadas as estatísticas a partir de 2011.

Os principais motores da economia em 2009 foram indústria, mineração e comércio. Um grande setor informal contribuiu para a atividade econômica, principalmente a mineração não industrial de ouro no interior. O FMI informou que a dívida externa do Suriname aumentou de 18% do PIB em 2008 para quase 21,5% do PIB em 2010. A renda *per capita*, excluindo o setor informal, aumentou de SRD 9.000 em 2006 para 14.000 em SRD 2009 (3). A taxa de câmbio em 2010 foi SR\$ 2,75 = US\$ 1,00.

## DETERMINANTES E DESIGUALDADES EM SAÚDE

Entre 2004 e 2009, a expectativa de vida ao nascer no Suriname aumentou de 67,4 anos para 68,7 anos para

**FIGURA 1. Estrutura da população por idade e sexo, Suriname, 1990 e 2010**



Fonte: Escritório Geral de Estatísticas, Suriname.



homens e de 72,8 anos para 73,7 anos para as mulheres (8). No entanto, as inequidades e desigualdades em relação aos determinantes em saúde e à qualidade de vida persistem no país.

Considerando a pobreza do país do ponto de vista do desenvolvimento humano, as pré-condições essenciais para a saúde distribuem-se desigualmente nas diferentes regiões. As informações disponíveis para os distritos urbanos revelam, por exemplo, que 59% das famílias em Paramaribo e Wanica estavam vivendo abaixo da linha da pobreza em 2003 (9). Suriname não tem nenhuma linha de pobreza oficial, já que os níveis de pobreza são estimados através de renda e de consumo usando uma cesta básica de alimentos (BFP) a partir de exigências nutricionais. Portanto, uma pessoa, família ou domicílio são considerados pobres quando não podem prover as necessidades básicas, sendo as necessidades nutricionais primordiais. As crianças descendentes de quilombolas que migraram do interior para os distritos urbanos estão entre os grupos mais fortemente desfavorecidos. (10).

Nacionalmente, a taxa de desemprego diminuiu de 12% em 2006 para 9% em 2009 (3), mas existe uma taxa de desemprego desproporcionalmente alta (16,7%) no interior rural em relação à taxa de 8,4% nas áreas urbanas (1).

As médias nacionais escondem desigualdades sociais e na saúde entre as etnias, e a falta de dados discriminados torna difícil a análise adequada desses grupos. Os Maroons (15% da população) e os grupos indígenas ameríndios (3,7% da população) são os grupos étnicos predominantes nos dois distritos rurais do interior, Brokopondo e Sipaliwini, que tem 12% da população total do país. É notório que a população do interior é mais intensamente atingida pela carga desproporcional de pobreza e seus riscos associados do que a população das áreas litorâneas urbanas (11).

A educação no Suriname é obrigatória para todas as crianças entre 7 e 12 anos de idade. A educação pré-primária (para a faixa 3-5 anos) está fortemente relacionada à moradia e renda familiar. Um estudo de 2006 mostrou que as matrículas para o nível pré-escolar foram de 49,4% em comunidades urbanas, 29,5% nas áreas costeiras rurais e 7,3% no interior rural. A frequência pré-escolar foi de 63,1% para crianças que vivem em famílias de alta renda, em comparação com 17,4% das famílias pobres (12).

Em 2008, 92% das crianças de 6 anos de idade cursaram a primeira série do ensino fundamental. Nas áreas urbanas e costeiras rurais, 4% das crianças matriculadas no ensino fundamental não frequentaram as aulas, e nas áreas rurais do interior, esse número ultrapassou 14% (20% das quais eram meninas e 15% eram meninos). A taxa nacional de conclusão do ensino fundamental foi de 39,1% para meninos e 53% para meninas em 2008 (12). Existem diferenças marcantes entre o interior costeiro e rural do Suriname em termos de acesso à educação nas escolas e à qualidade do ensino. No interior rural, 30% dos professores do ensino fundamental não estão qualificados exercer sua função; a proporção de professores no interior que não tinham eles próprios concluído o ensino fundamental varia de 5% para até 91% em algumas comunidades (12).

Também no interior, 49% de todas as crianças na faixa etária de 12-17 anos estavam matriculados no ensino médio, em 2008-2009, mas havia diferenças por gênero (44% dos meninos e 54% das meninas estavam matriculados) e residência (em torno de 3% de matrículas no ensino médio em Sipaliwini, no interior rural) (12). Em 2008, a taxa de alfabetização geral para o grupo 15-24 anos foi de 93%, com pouca diferença entre os sexos (5). As taxas de alfabetização das mulheres (15-24 anos) em 2006, divididas por regiões urbana, costeira rural e interior rural foram de 96,2%, 94,2% e 45,0%, respectivamente (13). Havia 4.478 pessoas (1.677 homens e 2.801 mulheres) matriculadas no ensino superior durante o ano letivo 2006-2007. Esse número aumentou para 7.160 (2.442 homens e 4.718 mulheres) durante o ano letivo 2009-2010.

As desigualdades de gênero são verificadas em vários aspectos da sociedade. Já que os dados não estão discriminados por sexo de forma consistente para permitir a análise de gênero, as políticas e programas do país não incluem sistematicamente uma perspectiva de igualdade de gênero em seu desenvolvimento, implementação ou avaliação. As desigualdades de gênero são visíveis nos diversos resultados de saúde, tais como expectativa de vida, prevalência de doenças transmissíveis e não transmissíveis, saúde sexual e reprodutiva e violência baseada no gênero. A falta de emprego, serviços básicos e infraestrutura no interior contribuíram para migração rural-urbana, em particular entre os ho-

mens. Isso abalou a estrutura familiar tradicional, levou a um rápido agravamento da pobreza e aumentou a exposição das mulheres à violência doméstica, HIV/Aids e doenças sexualmente transmissíveis (12).

Em 2010, a taxa de migração líquida foi de -0,26 por 1.000 habitantes, refletindo um êxodo excessivo. As fronteiras internacionais situadas em regiões de floresta tropical do país não têm controles confiáveis, e há relatos não oficiais de imigração ilícita considerável de países vizinhos, especialmente do Brasil. A emigração de profissionais qualificados afeta diversos setores da sociedade, em especial a saúde e a educação, e tem resultado na escassez de recursos humanos e gerado pressão na oferta de serviços públicos. As taxas de migração interna permaneceram relativamente estáveis, mas a migração circular continuou a persistir entre áreas urbanas e rurais do interior, especialmente relacionadas à mineração.

## MEIO AMBIENTE E SEGURANÇA HUMANA

### ACESSO À ÁGUA POTÁVEL E SANEAMENTO

Em 2010, 93% da população do Suriname teve acesso a melhores fontes de água potável: 97,1% em áreas urbanas, 97,9% nas áreas costeiras rurais e 44,8% no interior rural. Quase 84% da população tinha acesso a melhores instalações sanitárias, variando de 90% em áreas costeiras e urbanas a 33% no interior rural (14). Em algumas partes do interior onde a mineração de ouro é intensiva e o uso associado de mercúrio é descontrolado, a qualidade da água está comprometida pelo descarte do lodo de mineração não tratado nas bacias hidrográficas.

### RESÍDUOS SÓLIDOS

Devido à capacidade limitada dos serviços de gestão de resíduos nos distritos de Paramaribo e Wanica, apenas 70% das estimadas 70.000 toneladas de resíduos sólidos gerados anualmente são coletadas, e a separação de resíduos não é assegurada. Em outros distritos, menos de 30% dos resíduos são recolhidos e são eliminados em lixões a céu aberto (15). Depósitos ilegais de lixo e queimadas a céu aberto dos resíduos domésticos continuam sendo um risco para a saúde.

## AMBIENTE DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES

Em 2009, 18 mortes foram atribuídas a acidentes ocupacionais, resultando em 1% das mortes notificadas (2). Pouquíssimas doenças ocupacionais ou relacionadas ao trabalho são diagnosticadas ou notificadas, de modo que a verdadeira natureza e magnitude do problema não estão claras. Com relação ao setor agrícola, a importação de pesticidas *per capita* continua muito elevada (16) e, embora as importações de pesticidas estejam reguladas, há muito pouco controle sobre seu uso. No setor de mineração, especialmente mineração de ouro de pequena escala, há preocupação com os impactos diretos na saúde ocupacional e indiretos sobre o ambiente da exposição ao mercúrio. Houve redução das quantidades importadas de inseticidas entre 2005 e 2007, passando de 180.611 toneladas para 137.553, respectivamente (16). O mercúrio atmosférico é considerado um risco potencial ocupacional e para a saúde no país. O mercúrio é produzido como subproduto do processo de mineração de ouro de pequeno e médio porte e queima de combustíveis fósseis. Os resultados preliminares de uma série de testes indicam que os níveis de mercúrio no ar estão acima dos níveis considerados seguros pelo Programa Ambiental das Nações Unidas (17,18). Mais testes estão previstos para o futuro.

### MUDANÇAS CLIMÁTICAS

Preocupações sobre o impacto das mudanças climáticas no país estão principalmente relacionadas com a vulnerabilidade da baixa Região costeira e padrões de precipitação variáveis, sendo que ambos estão afetando o meio ambiente e a saúde da população (19), especialmente quando se considera que quase 80% da população vivem na área costeira. Em maio de 2006, houve graves inundações no interior do país, com até 30.000 km<sup>2</sup> debaixo da água, incluindo cerca de 157 aldeias com telhados de palha. Milhares de pessoas foram forçadas a abandonar suas casas e seus meios de subsistência. Os danos da inundação foram estimados em pouco mais de US\$ 41 milhões. A falta de planejamento urbano adequado, em face da vulnerabilidade da Região às inundações, também tem sido identificada como uma questão preocupante (20). O Suriname é um participante ativo das iniciativas internacionais

sobre mudanças climáticas e, em 1997, o país ratificou a Convenção de Viena sobre a Proteção da Camada de Ozônio, o Protocolo de Montreal sobre Substâncias que Destroem a Camada de Ozônio, a Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas, o Protocolo de Kyoto e a Convenção das Nações Unidas para o Combate à Desertificação.

### SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A desvalorização da moeda local em 20% em janeiro de 2011 resultou em aumento dos níveis gerais de preços de 13,7%. Os preços de alimentos locais e importados aumentaram em quase 17%. A inflação e o impacto da escassez global de alimentos e mudanças climáticas afetam a capacidade das famílias para compra de alimentos, aumentando a vulnerabilidade da população à insegurança alimentar e nutricional. Isto é particularmente verdadeiro nas populações do interior que estão cada vez mais expostas a inundações, que destroem terras cultiváveis e interrompem o acesso aos mercados (21,22).

### SEGURANÇA ALIMENTAR

O Departamento de Saúde Pública e o Ministério da Agricultura, Pecuária, Pesca capacitam manipuladores de alimentos, inspecionam regularmente os estabelecimentos com produtos alimentícios e oferecem formação no uso seguro de agrotóxicos para fortalecer a segurança alimentar. Fatores críticos que afetam a segurança alimentar são os baixos níveis de educação e a redução da capacidade e das atividades de gestão de riscos. (23).

## CONDIÇÕES E TENDÊNCIAS EM SAÚDE

### PROBLEMAS DE SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO

#### Saúde materna e reprodutiva

Entre 2000 e 2009, a relação de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos diminuiu de 153 para 122,5 (2,24). A meta de mortalidade por 100.000 nascidos vivos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para o Suriname é de 75, considerando a linha de base determinada em 1990 de 226 (25). O

número absoluto de mortes maternas é pequeno, bem como o número total de nascidos vivos que não excede 10.000/ano.

Dados de 2006 indicaram que a proporção de mulheres usando qualquer método de contracepção aumenta conforme o nível de escolaridade: 14,3% entre aquelas sem instrução; 38,4% entre as mulheres com ensino fundamental; e 51,0% e 56,0% entre as mulheres com ensino secundário e ensino superior, respectivamente (13). As necessidades negligenciadas, que são mais elevadas entre as mulheres sem instrução ou com apenas o ensino primário, elevam-se em 18,4% para o país, mas de 33,2% entre as mulheres da faixa etária 15-49 anos de idade que vivem no interior rural (12).

#### Crianças (menores de 5 anos de idade)

Entre 1995 e 2010, houve uma tendência de queda no número de casos de desnutrição e hospitalização em todos os grupos etários, mas, sobretudo, em lactentes e jovens crianças (1-4 anos). Em 2009, entre crianças menores de cinco anos, houve nove mortes que foram classificadas como devidas à desnutrição e outras deficiências nutricionais, para uma taxa bruta de mortalidade de 1,8 por 100.000. Essa taxa diminuiu de 3,2 em 2005. A obesidade está aumentando entre as crianças, com maiores percentuais naquelas que vivem em áreas costeiras e urbanas. Dados de 2006 mostram que, em crianças menores de 5 anos de idade, o excesso de peso é observado mais frequentemente nas meninas (3,3%) do que em meninos (2,4%) (26).

A taxa de mortalidade infantil manteve-se estável com 20,2 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2000 e 20,3 em 2009. De 2000 a 2009, as principais causas de morte entre crianças com idade de 28 dias a 1 ano foram as malformações congênitas e doenças originadas no período perinatal e doenças infecciosas (infecções respiratórias, septicemia e infecções gastrointestinais) (16, 26). Em 2009, a taxa de mortalidade de crianças de 1-5 anos de idade foi de 23,3 por 1.000 nascidos vivos.

#### Crianças e jovens adultos (10-24 anos)

A maioria de todas as mortes entre crianças e jovens adultos com idades entre 10-24 anos ocorreram por

causas externas (68,8%), seguidas por HIV/Aids (9,7%). As gestações de adolescentes representaram 16,1% de todas as gestações para o período 2003-2007. Em 2009, a Pesquisa Global na Saúde do Escolar de Suriname (GSHS) (27), feita com uma amostra de 1.698 alunos (13-15 anos), informa os principais riscos comportamentais e determinantes sociais relevantes, incluindo as diferenças comportamentais de gênero. Mais meninos autotificaram que estavam fumando no momento da pesquisa (30 dias antes da pesquisa), (12,5% contra 8,6% para meninas), ingerindo bebidas alcoólicas (35,6% contra 30,0% para meninas) e ingerindo excessivamente bebidas alcoólicas (21,0% contra 9,0% para as meninas). Mais meninas relataram ter experimentado cigarro (80,9% contra 76,3% para meninos). O percentual dos que tinham experimentado o álcool é quase o mesmo para meninas (74,2%) e meninos (73,7%). Segundo o estudo, os meninos apresentaram maior percentual de envolvimento em brigas (30,4% contra 12,3% para meninas) e em sofrerem lesões não intencionais (37,1% contra 23,6% para meninas), enquanto as meninas apresentaram maiores taxas de pessoas que consideraram a possibilidade de suicídio (15,7% contra 11,4% para meninos) e que tentaram o suicídio (11,1% contra 4,2% para os meninos).

A pesquisa aponta que 31,9% dos meninos na faixa etária de 13-15 anos relataram envolvimento em relações sexuais em comparação com 18,3% das meninas, e 24,4% dos estudantes relataram já ter tido relações sexuais. Nesse último grupo, 71,6% relataram que tinham usado o preservativo na última relação (27).

### Idosos (60 anos ou mais)

A proporção da população acima de 60 anos é de 8,8% nas áreas urbanas, 8,6% nas áreas costeiras rurais e 7,7% no interior rural (1). Um estudo de grupo focal, realizado em 2004 (28) indicou a necessidade de aprofundar a relação entre a oferta de atendimento e o bem-estar da população idosa.

### MORTALIDADE

Em 2009, as principais causas de morte atribuídas a doenças transmissíveis foram HIV/Aids (3,5%), infecções respiratórias agudas (2,9%) e septicemia (1,4%) (29). As causas externas (13,9%) e doenças perinatais

(8,6%) foram, respectivamente, a segunda e a quarta principal causa de morte. Das 3.035 mortes registradas no Suriname em 2009, 60,5% foram atribuídas a doenças crônicas não transmissíveis. As doenças cardiovasculares foram responsáveis por 26,9% dos óbitos, as neoplasias por 11,6% e diabetes por 5,7%.

Em 2009, a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares foi de 155,5 por 100.000 habitantes (29). As populações urbanas registraram taxas mais elevadas de mortalidade por doenças cardiovasculares (urbana: 175,1 por 100.000; costeira: 186,1 por 100.000; interior: 84,4 por 100.000), e morreram mais homens do que mulheres (164,4 e 146,5 por 100.000 habitantes, respectivamente). Discriminadas por grupos étnicos, as taxas mais elevadas de mortalidade por doenças cardiovasculares foram registradas em indivíduos das etnias Creole (250,2 por 100.000 habitantes), Hindustani (191,4) e Javanese (151,7). Em 2009, a taxa de mortalidade por neoplasias malignas foi de 67,0 por 100.000 habitantes; a neoplasia mais relatada foi do reto (13,6%), seguida pela neoplasia do pulmão (12,5%).

### MORBIDADE

#### Doenças transmissíveis

##### *Doenças transmitidas por vetores*

A dengue se concentra principalmente nas áreas costeiras e continua sendo uma das mais importantes doenças transmitidas por vetores no Suriname. As importantes flutuações da incidência ao longo dos anos podem ser atribuídas a mudanças nos padrões climáticos e um aumento de áreas com condições favoráveis para o mosquito *Aedes aegypti*. O número de casos confirmados de dengue hemorrágica/síndrome de choque da dengue atingiu o pico em 2005 e 2009 com 84 e 113 casos, respectivamente (30). Durante 2009, houve 369 notificações e duas mortes relacionadas à dengue (31).

Suriname tem sido bem sucedido na redução da transmissão da malária e do número de casos graves de malária e mortes associadas por meio de estratégias direcionadas de distribuição de mosquiteiros impregnados, de busca ativa dos casos e de equipes de tratamento que aplicam pulverizam as casas (32). Suriname atingiu o Objetivo de Desenvolvimento do



Milênio nº 6 relacionado à malária. A área costeira está atualmente livre de malária, mas a transmissão existente está fortemente relacionada às atividades de mineração no interior rural, afetando desproporcionalmente os que atuam nas atividades de mineração de ouro (33). O Conselho Nacional de Malária do Suriname foi reconhecido e agraciado em 2010 com o prêmio da OPAS/OMS de Campeão de Controle da Malária nas Américas.

Atualmente, existem poucos relatos da doença de Chagas. O projeto piloto de 2005 visando realizar a triagem universal para a doença de Chagas em sangue doado não logrou resultados positivos (500 amostras). Em 2011, um inquérito foi novamente conduzido para a triagem da doença de Chagas no sangue doado e 5 das 4.207 amostras (0,12%) foram positivas para a doença (34). Com base nesses resultados, o Ministério da Saúde planeja introduzir 100% de triagem da doença de Chagas em doações de sangue.

A febre amarela não tem sido relatada no Suriname há várias décadas. No entanto, a vacinação para a febre amarela continua no interior rural ao longo das fronteiras entre Guiana Francesa e Brasil (35).

#### *Doenças imunopreveníveis*

Vacinas básicas para lactentes e crianças menores de 5 anos de idade, escolares e gestantes são administradas rotineiramente. Apesar da elevada conscientização pública sobre os benefícios da vacinação, ainda existem bolsões de baixa cobertura vacinal, particularmente no interior rural e em algumas comunidades costeiras. A cobertura tem aumentado gradualmente nos últimos anos, atingindo uma média nacional de 91,1% em 2009 para a terceira dose da vacina pentavalente (vacinas contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e *Haemophilus influenzae* tipo b) e vacina poliomielite oral (VOP), e 89,6% para sarampo, caxumba e rubéola (MMR). As vacinas para gripe sazonal e gripe A (H1N1) foram adicionadas ao programa em 2009 e 2010, respectivamente. A vacinação contra hepatite B é fornecida a todos os trabalhadores da saúde.

#### *Zoonoses*

Por muitos anos, o Ministério da Agricultura não relatou nenhum caso de febre suína, febre aftosa e antraz.

Não foram registrados casos de peste ou raiva humana no período 2006–2010. Em 2010, 291 pacientes foram diagnosticados com leishmaniose cutânea, 89% dos quais eram homens (35, 36).

#### *Doenças negligenciadas e outras doenças relacionadas à pobreza*

A incidência de doenças negligenciadas é muito baixa no Suriname. Em 2009, apenas 38 novos casos de hanseníase foram detectados (0,7 por 10.000) (35), atingindo a meta de eliminação. Suriname está em processo de verificação da interrupção da transmissão da filariose linfática (37). Em 2009 e 2010, houve prevalência geral de 8,7% para esquistossomose e 2,1% para geohelmintíases (STHs), conforme descrito numa pesquisa realizada entre crianças de 6ª série em 7 dos 10 distritos administrativos do país. A esquistossomose foi encontrada predominantemente nas áreas urbanas e costeiras, enquanto a STH apresentou a maior prevalência em Brokopondo, um distrito do interior (38).

#### *HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis*

A partir de 2009, estimou-se que a prevalência de HIV foi de aproximadamente 1,1% na população adulta (grupos de 15 a 49 anos de idade). A taxa bruta de mortalidade pelo HIV/Aids durante 2009 foi de 20,2 (21,5 para homens e 18,9 para mulheres). Em 2008, observaram-se mais soropositivos entre mulheres do que entre homens. No entanto, vale ressaltar que as mulheres apresentam maiores taxas de testes como da estratégia de prevenção da transmissão vertical do HIV. Durante o período de 2003–2008, a média de prevalência de HIV foi de 1,0% para mulheres (36). O país tem sido exitoso no aumento rápido do tratamento antirretroviral para gestantes soropositivas (64,0% em 2006; 83,0% em 2008; 84,0% em 2009). Dos 601 casos de HIV diagnosticados em 2008, a incidência foi maior entre indivíduos Creole e de ascendência quilombola – 255 casos (42%) e 153 casos (25%), respectivamente (36). Em 2006, 130 pessoas morreram de HIV/Aids e esse número caiu para 113 em 2008. As causas para a queda foram o diagnóstico precoce e a maior disponibilidade de medicamentos antirretrovirais (ARV). Em 2006, 45,0% de adultos

e crianças com infecção pelo HIV em estado avançado receberam antirretrovirais (39). A estigmatização das pessoas vivendo com HIV/Aids está ganhando mais atenção como barreira para a saúde, uma vez que influencia o cumprimento sustentado e o acesso ao tratamento.

O número de casos de úlceras genitais, incluindo a sífilis e herpes genital, tem variado de 122 casos em 2005, caindo para 90 casos em 2007 e aumentando para 148 casos em 2008. Houve uma redução no número de casos de verrugas genitais entre 2006 (33 casos) e 2008 (3 casos) (36).

### *Tuberculose*

Com o surgimento da epidemia do HIV, o número de casos de tuberculose aumentou de 82 (20 por 100.000 habitantes) em 1990 para 125 em 2008 e 177 casos em 2009 (34 por 100.000), com uma tendência de maior representação nos homens (40, 41).

### *Doenças emergentes*

Embora não haja cólera no país no momento, existe um risco aumentado devido à migração frequente às regiões com processos ativos de cólera. A pandemia de H1N1 teve um impacto relativamente limitado no Suriname, com 110 casos confirmados e 2 mortes relacionadas ao H1N1 entre abril e dezembro de 2009 (42). Em 2010, a vacina H1N1 continua disponível para todas as populações de alto risco.

### *Doenças crônicas não transmissíveis*

#### *Doenças cardiovasculares*

Os dados de morbidade para doenças cardiovasculares correspondem estreitamente às taxas de mortalidade. Em 2009, o percentual de óbitos por doenças cardiovasculares foi de 26,9%. (2, 29). As populações urbanas apresentaram maiores taxas de morte por doenças cardiovasculares (urbana: 164,7; costeira: 175,0; e interior: 79,4). Maiores taxas por doenças cardiovasculares estão entre as populações Creole (250,2), Hindustani (191,4), e Javanesa (151,7), e os homens tiveram uma maior taxa de mortalidade do que as mulheres (164,4 e 146,5 por 100.000, respectivamente).

A maior prevalência de enfarte do miocárdio em grupos étnicos foi observada entre Hindustanis (60%), seguido por Creoles (12%) e Javaneses (12%). Os homens têm sofrido mais essa doença (76%) do que as mulheres (24%) (43).

#### *Neoplasias malignas*

Em 2009, a mortalidade foi maior nas áreas costeiras e urbanas em comparação com áreas do interior (80,4, 70,3 e 30,2, respectivamente). A mortalidade por neoplasias malignas também foi maior dentre a população Creole (135,9) do que Javanesa (91,6) e de descendência quilombola (53,1), e mais em homens (71,1) do que mulheres (62,7). No entanto, os cânceres específicos das mulheres representaram 20,3% de todas as mortes por câncer, enquanto cânceres específicos dos homens representaram 9,4% de todas as mortes por câncer (2).

#### *Diabetes*

As taxas de mortalidade do diabetes mantiveram-se relativamente estáveis de 2007 (38,4 por 100.000 habitantes) para 2009 (33,2) (29). Os dados sobre morbidade indicam que o diabetes e a hipertensão arterial são as razões mais comuns para as visitas clínicas. Um estudo sobre 637 pacientes com diabetes em 12 clínicas relatou um início mais precoce do diabetes para os Hindustanis (44 anos) em relação aos Creoles (53 anos) (44). Os grupos étnicos residentes em áreas urbanas têm as maiores taxas de mortalidade por diabetes (Hindustani, 58,5; Creole, 43,1 e Javaneses, 28,8) (29).

As mulheres são duas vezes mais propensas que homens a visitarem clínicas de tratamento do diabetes (45), contribuindo para manter a sua mortalidade e morbidade relativas ao diabetes inferiores às dos homens. Durante o período 2005-2008, os homens representaram 60% das internações para amputações ligadas ao diabetes no Hospital Acadêmico de Paramaribo. De todas as amputações relacionadas ao diabetes entre 2005 e 2008, 35% estavam na faixa etária 60-70 anos e 30% no grupo etário 50-60 anos, 50% dos pacientes eram Hindustani e 30% eram Creole. A maioria dos pacientes era oriunda de Paramaribo (40%) e Wanica (30%) (46).



### *Doenças respiratórias crônicas*

A taxa de mortalidade por doenças crônicas das vias respiratórias inferiores foi de 6,9 por 100.000 (29). Embora existam fatores conhecidos que contribuem para esses tipos de doenças (por exemplo, poluição do ar, condições de moradia, tabagismo, etc.), são limitados os recursos de diagnóstico que podem estabelecer ligações entre exposição e incidência da doença.

### *Hipertensão arterial*

Um estudo de 2006 realizado pelo Ministério dos Assuntos Sociais, Pesquisa e Planejamento (47) indica que os principais motivos de visitas às clínicas entre as pessoas com 60 anos ou mais foram o diabetes, com 13,2% das visitas, e a hipertensão arterial com 26,4% das visitas.

### *Acidentes e violência*

Os atendimentos de emergência registrados indicam que a morbidade e a mortalidade por causas externas vêm aumentando desde 2002. Em 2009, 22 mortes por acidentes de trânsito por 100.000 habitantes foram relatadas, quase o dobro das 12 mortes notificadas em 2004 (48). A maior taxa de mortes por acidentes de trânsito envolveu veículos motorizados de duas ou três rodas. A maior ocorrência de acidentes de trânsito foi entre os jovens adultos com idades entre 20-24 anos, seguidos pelas faixas etárias 15-19 e 25-29 anos (49). Das outras lesões registradas por causas externas, as mais comuns foram as quedas não intencionais, golpes de/colisões com objetos (não intencionais) e lesões relacionadas a mordidas humanas ou animais.

O número total de homicídios registrados e agressões vem aumentando desde 2006. Durante 2009, houve 6.256 homicídios e agressões e 643 crimes sexuais registrados, em comparação com 5.072 e 437 registros em 2006. Não há, na atualidade, nenhum sistema nacional de registro formal para violência doméstica e seus determinantes no Suriname. A Pesquisa por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS) apontou que 13,2% das mulheres entrevistadas acreditam que é justificável um marido ou parceiro bater na esposa ou companheira, por qualquer razão (13). A proporção mais importante de mulheres com

essa crença foi observada no interior rural (34,9%). Mulheres com nenhuma instrução ou apenas com ensino fundamental (32,7% e 20,4%, respectivamente) e aquelas que compunham o quintil mais pobre da população (26,7%) acreditavam que os homens tinham justificativas para bater suas esposas ou companheiras, nos casos em que estas saíram sem avisar, descuidaram das crianças, discutiram com seus companheiros, recusaram ter sexo com eles ou se a comida ficou queimada (13).

### *Desastres naturais*

Em maio de 2006 e abril de 2007, o Suriname enfrentou graves inundações no interior. Foi a primeira vez que o governo do Suriname foi confrontado com questões que envolvem prevenção de catástrofes ambientais e resposta a desastres. As catástrofes provocadas pelo homem são motivo de preocupação no Suriname. As áreas de Nickerie e Wageningen sofreram um surto de rotavírus, em consequência de altos níveis de água nos rios com drenagem inadequada de diques artificiais.

### *Transtornos mentais*

Os serviços de saúde mental atualmente disponíveis são altamente centralizados e são principalmente oferecidos por psiquiatras no Centro Psiquiátrico de Suriname (PCS). Os diagnósticos mais frequentes de admissão no PCS são abuso de substâncias (50%), transtornos de humor (20%), esquizofrenia (12%) e transtornos de personalidade (11%) (50).

Os problemas de saúde mental representam um desafio significativo de saúde pública para o Suriname, enquanto o país enfrenta uma crescente necessidade de serviços de saúde mental, especificamente relacionadas com os riscos interligados, estresse e ansiedade. Uma indicação da gravidade desse problema é o aumento no número de suicídios desde 2000 (67), que mais do que duplicou até 2009 (138). Em 2008, os dados por grupo étnico revelam que os Hindustanis tiveram as maiores taxas de suicídio, que atingiu 66,2%, seguidos por Creoles com 11,5%, e as mesmas foram de 72% e 10%, respectivamente, em 2009 (2). Os dados sobre suicídio, separados por sexo, mostram que mais homens (104 casos) cometem suicídio em com-

paração com as mulheres (34 casos). Muitos suicídios ocorreram por envenenamento com pesticidas (2).

## Fatores de risco e proteção

### Tabagismo

Em 2007, quase um quarto da população fumava cigarros. O uso relatado foi maior em homens (38,4% de todos os homens fumavam) do que nas mulheres (9,9% de todas as mulheres). A prevalência de tabagismo por faixa etária foi de 8% nos de 12-18 anos de idade, 28% nos de 35-44 anos de idade e 27% entre 45-65 anos de idade (51, 52). Em uma pesquisa de 2009 com estudantes na faixa etária de 13-15 anos, 19% informaram que eles usaram tabaco. Nesse grupo, 47% foram expostos ao fumo passivo em casa e 53% foram expostos fora dela, 49% relataram que pelo menos um dos pais fumava (52). Em 2011, um estudo realizado pela Coligação Caribe Saudável sobre a qualidade do ar e fumaça de cigarro observou que, entre os cinco países participantes, o Suriname teve a maior porcentagem de locais onde o tabagismo foi observado e a maior poluição em espaços fechados (PM2.5 = 257µg/m<sup>3</sup> de acordo com o Índice de Qualidade de Ar EPA) onde o tabagismo foi observado (53).

### Alcoolismo

A prevalência do uso de álcool em 2007 foi de 32,7%. O consumo de álcool é declaradamente maior entre os homens (47,9% de todos os homens) que as mulheres (19,7%). A proporção mais elevada de uso de álcool foi no grupo etário 26-34 anos (36,8%), seguido pela faixa 35-64 anos de idade (33,9%) (53). Em uma pesquisa com estudantes com idades entre 13-15 anos, 73,8% relataram ter ingerido sua primeira bebida antes dos 14 anos e 32,6% tinham consumido álcool pelo menos uma ou mais vezes no mês anterior à pesquisa (27).

### Drogas ilegais

Em uma pesquisa domiciliar de 2007 sobre uso de drogas ilícitas, 3,1% do total da população relataram estar fumando maconha, 2,8% relataram ter usado tranquilizantes, 0,5% usaram estimulantes e 0,3% usaram cocaína. Os homens consistentemente relataram

maior uso atual de maconha, cocaína e estimulantes, enquanto as mulheres registraram o maior uso de tranquilizantes. O maior uso de maconha e tranquilizantes foi na faixa etária de 19-25 anos de idade, e a faixa etária 35-44 anos registrou o maior consumo de cocaína. Os estimulantes foram utilizados com mais frequência por jovens na faixa etária 12-18 anos, provavelmente devido à sua disponibilidade. Os distritos de Nickerie, Coronie e Saramacca tiveram a maior prevalência relatada de uso de maconha, enquanto o consumo de cocaína foi mais prevalente nos distritos de Commewijne e Marowijne (51).

### Atividade física

Dados recentes indicam que a inatividade física é uma questão preocupante nos segmentos mais jovens da população. Em uma pesquisa de 2009 com alunos com idades entre 13-15 anos, 73% afirmaram ter participado de atividades físicas por menos de uma hora por dia e 41% passaram três ou mais horas em atividades sedentárias (27).

### Obesidade

O maior percentual de crianças com sobrepeso com idade inferior a 5 anos foi encontrado nos distritos de Nickerie, Coronie e Saramacca (5,1%), seguidos pelos de Wanica e Para (4,0%). Crianças menores de 5 anos de idade, cujas mães tinham educação de nível superior (7,5%) ou cujas famílias pertenciam aos quintis mais ricos (4,8%) também mostraram alta porcentagem de excesso de peso (13). Em uma pesquisa com 1.698 estudantes com idade entre 13-15 anos, 26% estavam com sobrepeso ou obesos; 81% dos estudantes relataram ter consumido um ou mais refrigerantes por dia durante o ano 2009 (27).

## POLÍTICAS DE SAÚDE, SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

### POLÍTICAS E LEGISLAÇÃO EM SAÚDE

O artigo 36 da Constituição da República do Suriname afirma que todos têm o direito à saúde, e que cabe ao Governo promover a saúde através da melhoria das condições de vida e de trabalho e o fornecimen-

to de informações para proteger a saúde. A direção e a governança da saúde são de responsabilidade do Ministério da Saúde, que, sob a atual administração, renovou seus esforços para avançar a saúde pública. O Ministério promove ativamente a inclusão dos critérios de saúde em todas as políticas e defende a implementação de políticas de saúde em todos os setores para maximizar os ganhos em saúde.

O sistema de saúde é organizado com base nos princípios e valores da atenção primária. Há amplo consenso sobre a necessidade de fortalecer a prevenção de doenças e a promoção da saúde e considerar os determinantes sociais como parte da atenção primária integral. A coordenação vertical eficaz (com instalações e prestadores de cuidados secundários e terciários) e a coordenação horizontal (com outros setores em nível local) devem ser melhoradas para garantir a qualidade do atendimento, capacidade, políticas e ações para prevenir doenças, melhoria dos determinantes e da equidade em saúde.

A legislação em vigor estabelece o papel do Ministério dos Assuntos Sociais e Habitação como um financiador-chave dos serviços de saúde para os pobres, e do Ministério da Saúde como gestor do sistema de saúde. Ela inclui referências a serviços de saúde prestados pelo Governo aos pobres e quase pobres.

As prioridades estabelecidas pelo Ministério da Saúde para 2011-2018 focam na atenção primária à saúde com ênfase na prevenção e controle de doenças não transmissíveis e transmissíveis, melhor cobertura vacinal e avanços no tema dos determinantes sociais em saúde. O Ministério da Saúde compromete-se a implementar o Regulamento Sanitário Internacional (2005) e a Convenção-Quadro sobre Controle do Tabaco (2003).

### DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

Não foram estabelecidos programas de garantia de qualidade para avaliar a resposta do sistema de saúde aos desafios em saúde e determinantes de equidade em saúde acima mencionados. O Hospital Acadêmico está trabalhando para padronizar protocolos clínicos. O sistema para monitorar a satisfação do paciente com os serviços não tem sido desenvolvido, embora dois dos cinco hospitais tenham disponibilizado caixas de reclamações para recolher comentários dos pacien-

tes. Programas de segurança do paciente, incluindo um programa de higienização das mãos que está sendo testado em quatro hospitais, são incipientes.

A cobertura de saúde está disponível através de vários regimes de seguro. Os quatro principais são a Fundação Estatal de Saúde, que abrange todos os funcionários públicos e seus dependentes (21% da população); programas administrados pelo Ministério de Assuntos Sociais (24%), planos de saúde empresariais (10%) e companhias de seguros (3%) (54).

A equidade em saúde continua a ser um desafio no Suriname, embora melhorias na disponibilidade, acessibilidade e relevância dos serviços estejam ajudando a aliviar as desigualdades. A ampliação dos serviços para tratamento de câncer é um caso emblemático. No passado, os serviços secundários e terciários de câncer não estavam disponíveis no país, e os pacientes procuravam sobretudo os serviços na Holanda (com pagamentos particulares ou seguros privados) ou na Colômbia (sob um acordo especial entre os dois Governos). Em 2011, com uma nova instalação que presta cuidados paliativos e terapêuticos para casos de câncer, o país começou a fortalecer a detecção precoce do câncer na atenção primária e ampliar a proporção de casos com acesso a tratamentos/cuidados paliativos. A disponibilidade e a relevância destes serviços ajudará a melhorar a equidade na saúde, respeitar a dignidade humana e melhorar a qualidade de vida.

### GASTOS E FINANCIAMENTO E EM SAÚDE

A distribuição dos gastos com saúde em 2006 foi de 42,6% pagos pelo setor público, 53,8% pelo setor privado e 3,6% por ONGs, totalizando US\$ 163,5 milhões, ou 8,5% do PIB. De acordo com as contas nacionais de saúde, os gastos com saúde *per capita* aumentaram dramaticamente de US\$ 180 em 2000 para US\$ 324 em 2006 (37). Os gastos com saúde em 2006 concentraram-se na assistência curativa, enquanto o nível de cuidados primários recebeu as mais baixas dotações: hospitais (35,0%), seguidos por clínicos gerais privados (12,6%), produtos farmacêuticos (11,5%), médicos especialistas (9,2%), serviços de laboratório (4,8%), dentistas (3,9%) e Serviços Regionais de Saúde, que atendem os pobres e quase pobres na Região costeira (3,3%) (19).



As principais fontes de financiamento para o setor da saúde são do Ministério das Finanças (37,5%), seguidas por empresas privadas (34,1%) e pelos gastos diretos de cada família (20,0%) (54). Os 8,4% restantes provêm de uma combinação de outras fontes. A significativa contribuição do setor privado da atenção levanta preocupações sobre o aumento nas despesas diretas das famílias com saúde. O Governo está desenvolvendo um novo regime de seguro saúde para minimizar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde (55). O Ministério das Finanças arrecada impostos, aloca recursos para o Ministério da Saúde e gerencia as contribuições para a Fundação Estatal de Saúde.

### SERVIÇOS DE SAÚDE

Os principais desafios na oferta de serviços incluem a cobertura das áreas escassamente povoadas no interior do país e a fragmentação do sistema de saúde têm um impacto na equidade em saúde, incluindo o acesso equitativo à atenção e às ações coletivas de prevenção de doenças. Há três subsistemas de prestação de cuidados diretos: A Missão Médica, os Serviços de Saúde Regionais e o Ministério da Saúde (Departamento de Saúde Pública). Esses subsistemas têm diferentes fontes de financiamento e inclusão, bem como de abordagens diferentes de prestação de serviços de saúde. Cada subsistema é especializado em diferentes segmentos da população, dependendo da localização geográfica, emprego, nível de renda, capacidade de pagamento e status social. A Missão Médica (MZ) financiada pelo Governo é responsável pela prestação de serviços de atenção primária, principalmente para os moradores que vivem nos principais ambientes tradicionais ribeirinhos do interior rural. Os Serviços Regionais de Saúde (RGD) são uma fundação estatal que dirige instalações públicas de atenção primária composta por médicos gerais e profissionais de saúde nas áreas costeiras. Os usuários desses serviços são os inscritos pobres e quase pobres, bem como os inscritos na Fundação Estatal de Saúde. Finalmente, muitas grandes empresas, públicas e privadas operam clínicas de saúde privadas para seus empregados. O financiamento e a gama de serviços prestados por essas clínicas variam consideravelmente entre as empresas.

A capacidade instalada atual no país abrange 56 clínicas de atenção primária e postos de saúde ope-

rados pela Missão Médica, 43 centros de Serviços Regionais de Saúde, 146 clínicas privadas, 5 hospitais (2 privados e 3 públicos), um hospital psiquiátrico, 40 unidades odontológicas, incluindo 26 vinculadas aos Serviços Regionais de Saúde, 3 laboratórios médicos privados e laboratórios em cada hospital. Quatro hospitais estão localizados na capital Paramaribo e um em Nickerie. O hospital psiquiátrico opera em Paramaribo.

O acesso ao atendimento especializado para aqueles que vivem no interior permanece limitado, e os moradores do interior que necessitam destes serviços têm viajado para Paramaribo. O atendimento de emergência é de especial preocupação, sobretudo em casos de cuidados obstétricos de emergência e assistência neonatal especializada. O atendimento de emergência em saúde para pessoas em aldeias remotas implica transporte aéreo caro para Paramaribo, que não está disponível à noite.

A Secretaria de Saúde Pública vinculada ao Ministério da Saúde é responsável pelo desenvolvimento de programas de prevenção e controle de doenças, que são executados através da rede descentralizada de serviços dos Serviços Regionais de Saúde e Missão Médica e, em certa medida, diretamente pelo Departamento de Saúde Pública. A qualidade da água em hospitais e lares para idosos é monitorada pelo Departamento de Saúde Pública.

Todos os hospitais têm laboratórios, que, junto com os três laboratórios privados, realizam análises clínicas. O novo Laboratório de Saúde Pública, que abriu em 2010 está em conformidade com as normas internacionais de qualidade e riscos biológicos (nível II+) com capacidade tecnológica melhorada.

O Ministério da Saúde, a Inspeção Farmacêutica e a Agência de Saúde Pública são responsáveis pelos seguintes: políticas farmacêuticas, normalização, inspeção e monitoramento e desenvolvimento de programas. Noventa por cento de todos os medicamentos são importados e 10% são fabricados localmente. Todos os medicamentos devem ser aprovados pelo Comitê Governamental de Registro de Medicamentos, cabendo à Inspeção Farmacêutica supervisionar e fiscalizar a indústria farmacêutica e as farmácias. Existem três fabricantes de produtos farmacêuticos no Suriname e 26 importadores farmacêuticos credenciados, o maior deles sendo a Empresa de Abastecimento de

Medicamentos de Suriname (BGVS) estatal. O valor dos medicamentos importados pela BGVS foi estimado em US\$ 5 milhões em 2007 (56). Medicamentos que constam da Lista de Medicamentos Essenciais são fornecidos para pacientes em regime de participação fixa.

## GESTÃO DE CONHECIMENTO, TECNOLOGIA, INFORMAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

### PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE

A legislação de saúde atual não identifica tecnologias de informação e comunicação como funções nem prioridades do Ministério da Saúde. Sem um mandato claro nessa área, permanecerão os desafios na padronização dos sistemas de informação de diferentes prestadores de serviços e no uso funcional de registros médicos eletrônicos. Os sistemas de informação devem ser capazes de passar de uma gestão da informação sobre programas verticais de doenças e dados sobre a carga da saúde para uma gestão que colete e dissemine informações sobre abordagens de oferta de saúde integral, prevenção de doenças e saúde da população. Isso ajudará a vincular considerações sobre saúde e meio ambiente, e melhor compreensão dos fatores determinantes subjacentes da saúde e da equidade na saúde.

### RECURSOS HUMANOS

Existe ainda escassez de trabalhadores em muitas categorias profissionais da saúde e desafios em relação à combinação de especialistas. A distribuição dos recursos humanos entre as áreas urbanas e rurais é muito desigual: na zona costeira, existem 64 médicos de clínica geral trabalhando para os Serviços Regionais de Saúde em 43 clínicas de atenção primária, enquanto 191 médicos clínicos gerais trabalham em 146 clínicas privadas, localizadas principalmente em Paramaribo e Wanica. No interior rural, há 6 clínicos gerais trabalhando para a Missão Médica e supervisionando 56 postos e centros de saúde. Os hospitais empregam 140 médicos especialistas. Havia 895 enfermeiras registradas, 112 técnicos de enfermagem e 542 assistentes de enfermagem. A maioria das enfermeiras registradas (cerca de 82%) trabalha em instalações de aten-

ção secundária localizados nos dois principais centros urbanos, e o restante atua (18%) na atenção primária, no ensino, em casas de repouso e na saúde pública. A Missão Médica emprega 1,4% dos enfermeiros em seu programa de cuidados primários no interior. Historicamente, a Missão Médica criou uma categoria alternativa de trabalhador da saúde, chamada de assistente de saúde, que, após um programa de formação de quatro anos, executa algumas tarefas normalmente realizadas por enfermeiras e médicos. Ao todo, 84 assistentes de saúde são empregados nas 56 instalações de saúde da Missão Médica no interior.

A perda de mão de obra qualificada devido à emigração tem sido significativa, especialmente para os setores de saúde e educação. O Reino dos Países Baixos continua a ser o destino preferido. Outro desafio é a distribuição dos recursos humanos. A grande maioria dos médicos especialistas está localizada na cidade de Paramaribo, e os médicos generalistas e enfermeiros são escassos nas zonas rurais e do interior do país. Um acordo de 2007 com Cuba instituiu a Brigada Médica Cubana no Suriname. A Brigada atua com a Missão Médica e os Serviços Regionais de Saúde e tem incluído profissionais de saúde, tais como especialistas de medicina interna, enfermeiros, clínicos gerais, especialistas em anestesiologia, pediatria, farmacologia e epidemiologia; enfermeiros especializados em diálise extracorpórea e um técnico em Medicina Eletrônica.

Suriname não só enfrenta falta de pessoal em várias categorias de profissionais de saúde. Os legisladores destacaram que há escassez de especialistas qualificados na área jurídica no Suriname, o que caracteriza um desafio urgente. Eles não são apenas necessários na Assembleia Nacional para ajudar os seus membros, mas também em nível ministerial, inclusive no Ministério da Saúde.

### CAPACITAÇÃO DO PESSOAL EM SAÚDE

A maioria dos médicos clínicos gerais recebe capacitação na Universidade de Anton de Kom, em Paramaribo, que admite 30 estudantes de medicina por ano. São graduados, em média, 20 médicos por ano, a maioria dos quais escolhem carreiras na medicina clínica.

As enfermeiras e os auxiliares de enfermagem registrados são treinados no Instituto Central de Formação de Enfermeiros e Profissões Afins (Fundação

COVAB). Dois hospitais têm cursos internos de formação para enfermeiros. As parteiras são capacitadas na escola de parteiras do Ministério da Saúde. Atualmente, o Bacharelado em Enfermagem é oferecido com especializações em gestão hospitalar, pediatria e saúde pública.

O Instituto de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade de Anton de Kom começou um programa de Mestrado em Saúde Pública em 2007. Um novo Mestrado em Saúde Pública na modalidade de educação à distância começou em 2010, num esforço de colaboração entre a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Anton de Kom e a Escola de Saúde Pública e Medicina Tropical da Universidade Tulane dos EUA. O acordo entre essas duas universidades abrange a cooperação em áreas como o intercâmbio de docentes para pesquisa, palestras e seminários; o intercâmbio de cientistas e estudantes de pós-graduação para realização de estudos e pesquisas, e a capacitação de cientistas e profissionais de saúde pública em pesquisa básica e aplicada, bem como a realização atividades de pesquisa conjunta e intercâmbio de informações, tais como materiais de biblioteca e publicações de pesquisa.

## SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

As agências de desenvolvimento com foco em saúde incluem a Comunidade do Caribe (CARICOM), o Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), bem como os governos do Brasil, França, Holanda e dos Estados Unidos, entre outros.

Durante o período 2005-2012, pouco mais de US\$ 18 milhões para cinco doações foram recebidos do Fundo Global, especificamente para HIV/Aids (US\$ 9.110.099 para duas bolsas com duração de cinco e sete anos), malária (US\$ 7.233.404 para duas bolsas com duração de cinco e dois anos) e tuberculose (US\$ 2.055.216 para a concessão de uma bolsa com duração de dois anos) (57).

O Governo da França tem demonstrado grande interesse na atenção à saúde do país, especialmente devido ao movimento transfronteiriço de Suriname à procura de cuidados de saúde na vizinha Guiana Francesa, um departamento ultramarino da França. A

Agência Francesa de Desenvolvimento destinou um total de € 16,1 milhões para o período 2009-2014 a fim fortalecer os serviços de saúde do Suriname, reduzindo assim a pressão sobre o sistema de saúde da Guiana Francesa. A maior parte desta ajuda dos doadores é um empréstimo com condições favoráveis de € 15 milhões para a compra de equipamentos médicos, para centros de reabilitação e postos de saúde no interior, para a construção de um hospital em Albina e outros serviços de saúde no interior. Os restantes € 1,1 milhões apoiarão e ampliarão o intercâmbio e a cooperação entre países.

Agências vinculadas ao Ministério Holandês das Relações Exteriores também têm sido muito ativas no Suriname, prestando cooperação técnica através de programas de germinação. Estes programas oferecem financiamento para projetos que envolvem especialistas do Suriname e dos Países Baixos. A germinação financia parcialmente o Estudo de Gestão de Risco Cardiovascular, um estudo de implementação de múltiplas intervenções para prevenção e manejo de doenças crônicas. Nenhum projeto de germinação tem sido a partir de 2010 e muitos projetos estão em fase de conclusão. É possível que futuros projetos sejam iniciados. Há também iniciativas privadas que desenvolveram parcerias com grupos e organizações locais que promovem as relações de apoio entre fronteiras.

Oportunidades econômicas, especialmente relacionadas à mineração, aumentaram o movimento de pessoas entre Brasil e Suriname, aumentando as preocupações relativas à migração, degradação ambiental e riscos de saúde ocupacional relacionados à mineração. Consequentemente, a abordagem do Consulado brasileiro em relação à saúde está focada em fornecer materiais para reduzir o impacto do HIV/Aids, articulando especialistas em malária para desenvolver projetos de saúde, reduzindo a transmissão vertical de sífilis, e mitigando a propagação da doença de Chagas.

As agências dos Estados Unidos da América envolvidas no setor de saúde do Suriname são o Departamento de Defesa, o Corpo da Paz e o Departamento de Estado.

Três agências do Sistema Interamericano estão presentes no Suriname: a Organização dos Estados Americanos (OEA), o Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). O BID



## QUADRO: As mudanças no interior do Suriname

O interior do Suriname abriga comunidades tribais indígenas e a população descendente de quilombolas (Maroon). Historicamente, a Região tem sido isolada, acessível apenas por via aérea ou fluvial. Mas agora, com os preços do ouro se aproximando de patamares recorde e a presença de tecnologias de extração de ouro do século XXI, a Região do interior do país está se tornando um ímã de emprego. Além de Maroons, que reivindicam direitos tradicionais à terra, muitos trabalhadores sem documentos válidos no país, principalmente provenientes do Brasil, migram para a Região em busca de emprego e renda.

Enquanto os homens deixam suas aldeias para procurar emprego na mineração de ouro e de empresas madeireiras no interior, o tecido social da Região está mudando drasticamente. As mulheres são deixadas sozinhas em suas comunidades para cuidarem de seus filhos e suas terras, com poucas opções de renda que não sejam a agricultura de subsistência. As crianças, deixadas para trás, perdem o senso de estrutura familiar e valores tradicionais. E, à medida que aumenta a mobilidade dos homens com maiores oportunidades de emprego, assim como a aceitação de múltiplos parceiros sexuais, há um aumento na incidência de HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis. As "indústrias" que se beneficiam da mineração de ouro, incluindo as profissionais do sexo, estão presentes ao redor das minas, e as condições de saúde dos trabalhadores do sexo e dos mineiros são pobres, e a proteção social é inexistente.

Além de seu papel na erosão da estrutura cultural e social da Região, a mineração não regulamentada e não industrial de ouro está prejudicando o meio ambiente, poluindo a bacia hidrográfica da Região e causando o desmatamento. Sem regulamentos para reclamações oficiais, as minas abandonadas continuam a danificar o meio ambiente.

As mudanças climáticas também ameaçam o interior. A maioria dos assentamentos no interior foi feita ao longo de córregos e rios onde as comunidades obtêm sua água. As mudanças de padrões chuvosos aumentaram as inundações ao longo destes cursos de água, colocando mais em perigo a segurança alimentar, a qualidade da água e o saneamento. Mas há também sinais de esperança para o futuro das comunidades do interior. As novas tecnologias da informação abriram oportunidades para melhorar a saúde e o ambiente, proporcionando aos profissionais de saúde melhores ferramentas para a tomada de decisão e implementando de abordagens sistêmicas para a prestação de serviços de saúde.

tem sido muito ativo no setor da saúde, assinando um contrato de empréstimo de US\$ 5 milhões com o Governo do Suriname, em 2004, para implementar a reforma do setor da saúde e para fortalecer a infraestrutura e a formação de recursos humanos na área de saúde. Estes fundos terminaram em 2010. As negociações para um novo empréstimo estão em andamento, embora seja incerto se um novo empréstimo do IDG para cuidados de saúde primários seja concedido. Atualmente, estão ocorrendo discussões sobre uma transferência condicional de dinheiro.

Quatro agências da ONU estão presentes no Suriname: OPAS/OMS, UNICEF, UNFPA e PNUD. A OPAS/OMS é a única agência com representação completa e tem a maior presença no país.

Membros do Suriname em CARICOM ampliaram as possibilidades de intercâmbio de conhecimentos e aumentaram as oportunidades de ajuda ao desenvolvimento para o Suriname. Além disso, o fato de o Suriname ser membro da União de Nações Sul-

-Americanas e signatário do tratado da Organização de Cooperação Amazônica tem oferecido ao país uma oportunidade de ampliar a cooperação com outros países da América do Sul, particularmente em áreas que têm uma natureza transfronteiriça.

## SÍNTESE E PERSPECTIVAS

Do ponto de vista histórico e cultural, o Suriname é considerado como parte do Caribe. O país compartilha muitos problemas de saúde com outros países e territórios do Caribe. Geograficamente, no entanto, o Suriname tem fortes ligações com países vizinhos como Brasil, Guiana e Guiana Francesa. O Suriname e os países vizinhos que fazem parte do Escudo das Guianas compartilham preocupações fundamentais, tais como o impacto da migração e da vulnerabilidade dos grupos especiais da população com culturas e línguas distintas, tais como as comunidades que vivem no interior rural.

A participação no CARICOM tem aumentado as oportunidades do país para obter ajuda ao seu desenvolvimento e ampliar as possibilidades de intercâmbio de conhecimentos com os países participantes. O Suriname participa das reuniões de saúde da CARICOM e usa frequentemente a Cooperação do Caribe em Saúde (CCH III) como marco orientador. O país é também membro da União de Nações Sul-Americanas (UNASUL), uma união intergovernamental. O componente de saúde da UNASUL oferece uma oportunidade para os países membros para integrar as intervenções de saúde. O Suriname também é membro do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA), um instrumento jurídico que reconhece a natureza transfronteiriça da Amazônia. O OTCA reafirma a soberania dos países amazônicos, incentiva, institucionaliza e atua como guia da cooperação regional entre eles para maior investigação científica e tecnológica, intercâmbio de informações, utilização dos recursos naturais, preservação do patrimônio cultural, saúde e outros relacionados com as questões fronteiriças.

O país tem avançado significativamente na luta contra as doenças transmissíveis, com muitas doenças estando perto ou em vias de eliminação. Por exemplo, a OPAS reconheceu Suriname como “Campeão de Controle da Malária” em 2010.

As doenças transmissíveis persistem, embora exista uma crescente carga de doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco relacionados. Houve melhorias no sentido de alcançar as metas dos ODMs, embora o progresso tenha sido limitado e um trabalho significativo seja necessário para que o país alcance todos os ODMs.

## BIBLIOGRAFIA

1. Suriname, General Bureau of Statistics. The Seventh Population and Housing Census 2004. Paramaribo: GBS; 2005.
2. Suriname, Ministry of Health. Causes of death in Suriname, 2008–2009. Paramaribo: Ministry of Health; 2011.
3. Suriname, General Bureau of Statistics. Statistical Yearbook 2009. Paramaribo: GBS; 2010.
4. United Nations Development Programme. Human Development Report 2010. New York; 2010.
5. World Bank. The World Development Report 2010. Washington, DC: World Bank; 2010.
6. HDRO calculations based on data from UNDESA (2011); Barro and Lee (2010); UNESCO Institute for Statistics (2011); World Bank (2011); International Monetary Fund (2011).
7. The World Bank Group. GPD *per capita* (current US\$) [Internet]. Disponível em: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD/countries?page=1> Acessado em 18 de julho de 2012.
8. Suriname, General Bureau of Statistics. Demographic Data 2006–2011. Paramaribo: GBS; 2011.
9. Suriname, Ministry of Planning and Development Cooperation. Millennium Development Goal Progress Report 2009. Paramaribo: Ministry of Planning and Development Cooperation; 2009.
10. United Nations Children’s Fund; Ministry of Social Affairs. OVC Study. New York: UNICEF; Paramaribo: Ministry of Social Affairs; 2010.
11. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Rural Sector Review. Rome: FAO; 2009.
12. United Nations Children’s Fund. Situation assessment and analysis of children’s rights in Suriname. New York: UNICEF; 2010.
13. The United Nations Children’s Fund. Multiple Indicator Cluster Survey 2006. New York: NY: UNICEF; 2009.
14. Pan American Health Organization/World Health Organization. Health Situation in the Americas: Basic Indicators 2010. Washington, DC: PAHO/WHO; 2010.
15. Zuilen LF. 2010 Vision and Solid Waste. Strategic Solid Waste Management Plan for Suriname 2010–2020. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 2009.
16. Suriname, Ministry of Health. Report of the Director of Health 2005–2007. Paramaribo: Ministry of Health; 2007.
17. Breeveld A, Courtar J. Mercury threat in Paramaribo; 2011.

18. Wip DC. Urban mercury pollution in the city of Paramaribo; 2009.
19. National Institute for Environment and Development in Suriname. First national communication under the United Nations Framework Convention on Climate Change [Internet]; 2005. Disponível em: <http://www.nimos.org/pdf/documenten/Klimaatrapport.pdf> Acessado em 18 de julho de 2012.
20. Working Group on the Environment. Working Group Report from the Intersectoral Meeting on NCDs, 16 August 2011.
21. Suriname, General Bureau of Statistics. Consumer price index and inflation rates. Paramaribo: GBS; 2011.
22. United Nations Development Programme. Promoting Resilience and Sustaining Livelihoods of Disaster Affected Communities. Early Recovery Strategic Framework for Suriname: Hazard Mapping and Capacity Assessment. New York: UNDP; 2009.
23. Suriname, Ministry of Agriculture; Poplan Consultancy. Food Security Assessment in Suriname. Paramaribo: Ministry of Agriculture; 2007.
24. Ori R. Maternale Sterfte 2005–2006.
25. Government of Suriname. Suriname Millennium Development Goals Baseline Report. Paramaribo: Government of Suriname; 2004.
26. Paalman M. Support for Implementation of Health Sector Reform. Burden of Disease and NHIS, Part 2; 2008.
27. Suriname, Ministry of Health. Global Schoolbased Student Health Survey. Paramaribo: Ministry of Health; 2009.
28. Pan American Health Organization/World Health Organization. Country Profile on the Aging Population. Washington, DC: PAHO/WHO; 2004.
29. Pan American Health Organization/World Health Organization; Suriname Ministry of Health. Crude mortality calculations based on MOH, mortality in Suriname. Washington, DC: PAHO/WHO; Suriname: Ministry of Health; 2011.
30. Suriname, Ministry of Health. Epidemiology Surveillance Reporting. Paramaribo: Ministry of Health; 2012.
31. Suriname, Ministry of Health. Plan on the Control and Elimination of Malaria 2011 (Draft). Paramaribo: Ministry of Health; 2011.
32. Suriname, Ministry of Health. National Health Information System Reporting Information. Paramaribo: Ministry of Health; 2011.
33. Dermatology Foundation. Information provided upon request; 2011.
34. Draft Report; 2011.
35. Sabajo L. Report; 2009.
36. Suriname, Ministry of Health. HIV Surveillance Report 2004–2008. Paramaribo: Ministry of Health; 2010.
37. Pan American Health Organization/World Health Organization; Suriname Ministry of Health. Verification of interruption of transmission of lymphatic filariasis in Suriname. Washington, DC: PAHO/WHO; Paramaribo: Ministry of Health; 2011.
38. Pan American Health Organization/World Health Organization; Suriname Ministry of Health. Report Schistosomiasis and Soil Transmitted Helminthes School Survey 2009–2010. Washington, DC: PAHO/WHO; Paramaribo: Ministry of Health; 2010.
39. Suriname, Ministry of Health. Suriname Country Report on the UNGASS on HIV/ Aids. Paramaribo: Ministry of Health; 2010.
40. World Health Organization. TB data collection from Suriname. Geneva: WHO; 2010.
41. Pan American Health Organization/World Health Organization. Assessment visit to Suriname's National Tuberculosis Program. Paramaribo, Suriname, 1-5 November 2010.
42. Suriname, Ministry of Health Press Update. Influenza A H1N1 in Suriname. Paramaribo: Ministry of Health; 2009.
43. National Health Information System. Personal Communication: Myocardial Infarction Patients by Ethnicity. Academic Hospital; 2007–2010.
44. Eersel M. Project Registration Diabetes Patients: Preliminary Results. Paramaribo; March–September, 2004.



45. Health Care Organizers and Advisors (HECORA). Final Report: Analysis and recommendations on the statistical data of the Foundation Regional Health Services (RGD) 2000–2004. Paramaribo: HECORA; 2008.
46. Mohan-Algoe M. Statistics Seminar 2. Health and Health Services, Impairment and Disability, Nutrition, Social Security and Welfare Services. UNDP in cooperation with SBF/SBC and the ABS; 2010.
47. Suriname, Ministry of Social Affairs. Senior Citizens in the Districts Paramaribo and Wanica. A Study of their Housing and Living Conditions. Paramaribo: Ministry of Social Affairs; 2006.
48. Suriname, Ministry of Justice and Police. Road Safety-Directional Framework for a Road Safety Program. Paramaribo: Ministry of Justice and Police; 2009.
49. Suriname, Ministry of Health. National Health Information System. Emergency records from academic hospital for external causes and traffic accidents 2003–2008. Paramaribo: Ministry of Health; 2008.
50. World Health Organization. WHO/AIMS Country Report. Suriname. Geneva: WHO; 2007.
51. Executive Office of the National Anti-Drug Council; Organization of American States. National Household Drug Prevalence Survey 2007. Paramaribo: National Anti-Drug Council; Washington, DC: OAS; 2008.
52. Suriname, Ministry of Health. Global Youth Tobacco Survey. Paramaribo: Ministry of Health; 2009.
53. Franklin-Peroune R; Healthy Caribbean Coalition. Air Quality Monitoring Study Shows Harmful Pollution Released in Air by Cigarette Smoking in Suriname; 2012.
54. Suriname, Ministry of Health. National Health Accounts of Suriname 2006. Final Report. Paramaribo: Ministry of Health; 2008.
55. Government of Suriname. General Health Insurance. Paramaribo: Government of Suriname; 2009.
56. Pan American Health Organization/World Health Organization. Suriname Pharmaceutical Country Profile. Washington, DC: PAHO/WHO; 2010.
57. Global Fund. Suriname Grant Portfolio [Internet]; 2011. Disponível em: <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/SUR> Acessado em 18 de julho de 2012.