

Trinidad e Tobago



INTRODUÇÃO

Trinidad e Tobago é um estado formado por ilhas gêmeas, constitui o território mais meridional das Índias Ocidentais e localiza-se em frente a costa norte da Venezuela. As ilhas contam com uma superfície total de 5.128 km², sendo que a ilha de Trinidad tem 4.828 km² e alberga 96% da população, e Tobago abarca 300 km². A capital, Porto de Espanha, localiza-se na costa noroeste de Trinidad, no Golfo de Paria. O clima é

tropical com temporadas bem definidas secas e chuvosas.

De acordo com o censo do ano 2000, a população de Trinidad e Tobago era de 1.262.366 habitantes, que significa um aumento de 4% em relação ao decênio anterior. A população estimada em meados para 2010 foi de 1.317.714 habitantes, com uma distribuição equitativa entre homens e mulheres (1,2). A Figura 1 apresenta a estrutura da população por idade e sexo em 1990 e 2010. Em 2008, 86,8% da popula-

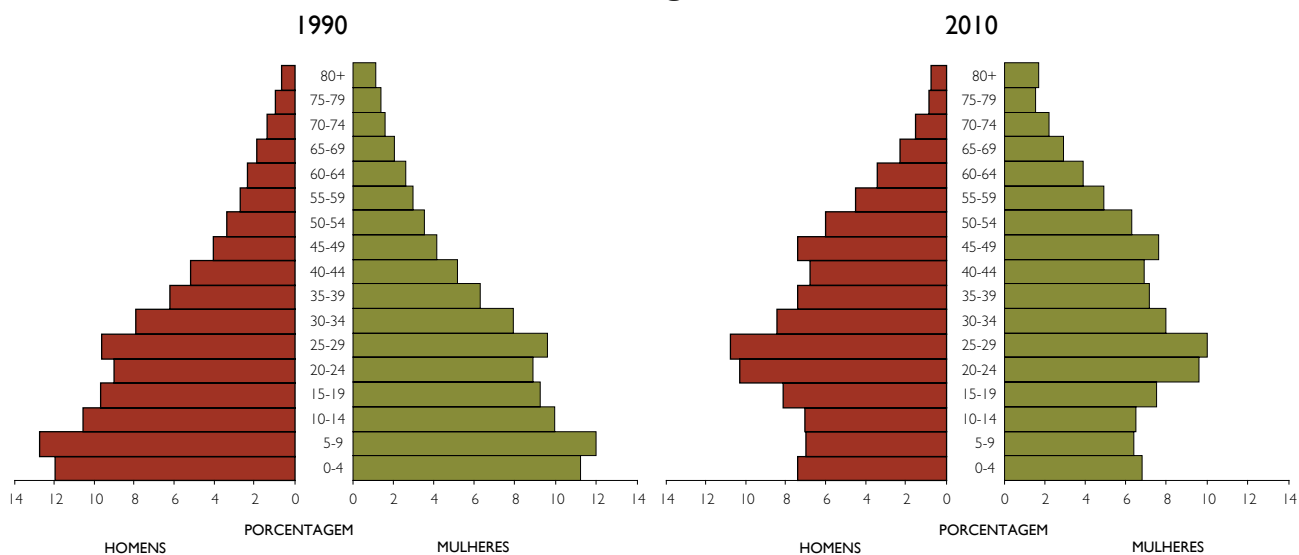
ção vivia nas zonas rurais. No ano 2000, a densidade populacional era de 246 pessoas por km², e estima-se uma densidade de 257 pessoas por km² para 2010. A população de Trinidad e Tobago apresenta diversidade étnica, com 40% descendentes indianos, 37,5% afro-descendentes, 20,5 % mestiços e 2% pertencendo a outros grupos étnicos (chinês, europeu e do Oriente Médio).

O país obteve sua independência do Reino Unido em 1962 e tornou-se uma república democrática dentro da Comunidade Britânica em 1976. O governo opera num sistema parlamentar com um Presidente como chefe de Estado. Em 2010, elegeu-se por primeira vez, uma mulher para o cargo de Primeiro Ministro no país. Quatro dos ministros nomeados em 2010 eram mulheres, em comparação com dez ministros na administração anterior. O poder legislativo reside no Parlamento, composto por uma Câmara de Deputados, cujos membros são eleitos, e um Senado, cujos membros são nomeados. O sistema local de governo é composto por 14 corporações municipais e nove corporações regionais, que são responsáveis, entre outras funções, pelos serviços de saúde pública e

saneamento e planejamento do desenvolvimento. Tobago conta com sua própria estrutura local de governo, administrada pelo Parlamento de Tobago.

Durante o último decênio, o perfil demográfico do país passou por uma transição caracterizada por uma taxa de fertilidade decrescente (de 1,74 em 2006 para 1,72 em 2010), uma redução da população menor de 15 anos de idade e um crescimento (duplicação) da faixa de mais de 60 anos de idade (3). A taxa bruta de nascimentos aumentou de 12,9 em 2006 para 14,37 em 2010 e a taxa bruta de mortalidade caiu de 10,57 em 2006 para 8,21 em 2010. Com a modificação da estrutura etária da população, reduz-se a capacidade de força de trabalho que mantém a população senescente e inativa, o que resulta na necessidade de maior investimento público destinado ao apoio aos idosos. Várias medidas foram tomadas para responder aos problemas dos idosos, entre elas, a formulação de uma Política Nacional Sobre o Envelhecimento e o estabelecimento de um Departamento de Envelhecimento no Ministério de Desenvolvimento Social (4). No ano 2000, a expectativa de vida geral foi 68,9 anos (72,8 anos em mulheres e 65,2 anos nos homens) e em 2009,

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



A população aumentou 10,3% entre 1990 e 2010. Em 1990, a estrutura da população apresentava uma forma piramidal, na qual um terço da população era de menores de 15 anos. Em 2010, essa forma desloca-se para as idades maiores de 25 anos, com redução para as faixas etárias menores de 25 anos, relacionado com a queda de fertilidade e mortalidade nos anos intervenientes.

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

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

aumentou para 70,3 anos (74,5 anos nas mulheres e 66,2 anos nos homens) (5).

O país atravessa também uma transição epidemiológica, com redução das doenças transmissíveis e aumento das doenças crônicas não transmissíveis. No entanto, houve mudanças positivas em alguns dos indicadores de saúde, especialmente, a redução da mortalidade em recém-nascidos e crianças e a queda na incidência de doenças transmissíveis.

Trinidad e Tobago manteve um alto Índice de Desenvolvimento Humano – IDH (0,758) e, no Relatório sobre Desenvolvimento Humano de 2010, ocupou a 59ª posição entre os 169 países do mundo (6).

DETERMINANTES E DESIGUALDADES EM SAÚDE

Trinidad e Tobago manteve o contexto econômico razoavelmente estável, mas o país viu-se afetado pela crise econômica mundial. Entre os anos 2000 e 2007, houve um crescimento econômico considerável (um pouco acima de 8%), seguido de contrações em 2007 e 2008, um crescimento de -3,5% em 2009 e um crescimento apenas superior a 2% em 2010 (7,8). As prolongadas altas inflacionárias atingiram um máximo de 7,9% em 2007, mas em agosto de 2010 essa taxa havia caído para 4,1% (9).

A economia continua dependendo, em grande medida, do setor da energia (petróleo e gás natural), mas existem iniciativas de diversificação da economia, aumentando a participação de outros setores importantes como a agricultura, a indústria e o turismo. Em 2007, calculou-se que o setor dos serviços empregava 62,9% da mão de obra; a construção e o setor de serviços públicos ocupavam 20,4%; o setor da indústria e da mineração empregava 12,8%; e o setor agrícola 3,8% (8). Durante o período em análise, o petróleo e o gás contribuíram com 40% ao Produto Interno Bruto (PIB), o qual representou 80% das exportações do país e 5% do emprego (6). O PIB *per capita* diminuiu de US\$ 22.000 em 2008 para US\$ 21.200 em 2009¹. A taxa de desemprego em 2009 foi 5,3%, sendo 4,6% dos homens e 6,3% das mulheres (9).

Embora Trinidad e Tobago conserve uma economia relativamente estável, existem bolsões de po-

breza. A Pesquisa sobre as Condições de Vida de 2005 revelou que 16,7% da população eram pobres e 1,2% indigentes (10). Essa pesquisa evidenciou que as famílias mais pobres tinham a tendência de estarem chefiadas por mulheres. As mulheres pobres eram mais propensas a terem mais filhos e de terem sido mães em faixas etárias mais jovens que as mulheres com rendas maiores. Em geral, as conquistas na educação em Trinidad e Tobago refletem a situação socioeconômica (o baixo nível de instrução mais baixo equivale à condição socioeconômica mais baixa).

O Governo fornece educação gratuita no nível primário, secundário e terciário. O acesso e as matrículas têm sido altos, em níveis acima de 97% na escola primária e acima de 75% na educação secundária. Em 2009, a relação de mulheres para homens na educação primária foi 0,95 e, no nível secundário, foi de 1,06 (9,11). Em nível universitário, o número de mulheres ultrapassa o de homens. O índice de alfabetização dos adultos em 2009 foi de 99% (11,12).

No Índice de Desenvolvimento por gênero de 2011, Trinidad e Tobago ocupou a 53ª posição entre 146 países, com um Índice de Desigualdade de Gêneros de 0,331. Em 2008, o país ocupou o 48º lugar, com um índice de 0,47 (6). Esse índice reflete as desvantagens sofridas pelas mulheres em três esferas, sendo elas saúde reprodutiva, o empoderamento e o mercado de trabalho, e evidencia as diferenças que existem entre os homens e as mulheres em relação à distribuição de conquistas. Estas iniquidades persistem apesar da maior participação feminina no governo e o maior progresso educacional no país. Os homens participam em menor medida do que as mulheres, no sistema de educação e representam a maior parte dos comportamentos de alto risco (por exemplo, atividade sexual precoce e consumo de drogas e álcool) e são mais propensos a serem vítimas da violência e de acidentes (13).

Conforme a Pesquisa de Condições de Vida de 2005, 78% das famílias viviam em domicílios próprios e 14% em domicílios alugados (10). No ano 2009, 92% dos lares contavam com eletricidade (94% na zona urbana e 87% na zona rural); 55% tinham telefone fixo (59% na zona urbana e 45% na zona rural); 97% utilizavam aquecedores elétricos ou a gás (98% na zona urbana e 96% na zona rural); 84% possuíam refrigeradores (87% na zona urbana e 76% na zona rural); e

1 A taxa de câmbio no primeiro semestre de 2011 foi 6,4 dólares de Trinidad e Tobago por US\$ 1.

87% tinham televisores (89% na zona urbana e 81% na zona rural).

MEIO AMBIENTE E SEGURANÇA HUMANA

Trinidad e Tobago é parte de vários convênios internacionais sobre o meio ambiente entre os quais: o Convênio sobre a Diversidade Biológica, a Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas (incluído o Protocolo de Kyoto), a Convenção das Nações Unidas sobre o Direito do Mar, a Convenção sobre Pesca e Conservação dos Recursos do Alto Mar, o Protocolo de Montreal sobre Substâncias que Destroem a Camada de Ozônio e a Convenção Internacional para a Prevenção da Poluição por Navios.

ACESSO À ÁGUA POTÁVEL E SANEAMENTO

Em 2006, calculou-se que 96,4% da população dispunham de acesso a um melhor abastecimento de água, sendo que 75,4% possuía água encanada em sua residência, 7,1% recebia água encanada em seu quintal, 5,9% tinha acesso a água mediante um fontanário comunitário e 1,9% dependia da entrega de água por caminhões-pipa. O abastecimento de água encanada é pouco confiável na maioria das zonas, razão pela qual mais de 50% dos lares conta com suas próprias caixas d'água. Os serviços de saneamento melhorados estão ao alcance de 98,7% da população (6).

RESÍDUOS SÓLIDOS E OUTRAS QUESTÕES AMBIENTAIS

Os serviços de saúde ambiental são prestados pela inspetoria de saúde pública dos Ministérios de Saúde e de Governo Local. Atualmente, existem dois órgãos governamentais encarregados de melhorar e zelar pelo meio ambiente: a Autoridade de Gestão do Meio Ambiente (14) e a Empresa Limitada de Gestão de Resíduos Sólidos (15).

As preocupações ambientais atuais incluem a poluição da água causada pelos produtos químicos agrícolas, dejetos industriais e perigosos e as águas residuais não tratadas; a poluição das praias por hidrocarbonetos; o desmatamento; e a erosão dos solos. A poluição e a destruição das bacias hidrográficas

contribuíram para a escassa confiabilidade do serviço de água. A rápida industrialização e urbanização, além das mudanças das características e dos níveis do consumo pessoal e doméstico, geraram um aumento considerável da quantidade de resíduos sólidos. De especial interesse para o setor da saúde é a ausência de uma política ou um programa nacional de gestão dos resíduos sólidos que responda ao crescente volume de dejetos, incluídos os dejetos biomédicos e outros dejetos perigosos. O país produz altos níveis de gases de efeito estufa devido à indústria de energia, mas não está clara a repercussão que esse fenômeno tem em escala nacional e não existem dados ou estudos que analisem os possíveis efeitos na saúde.

AMBIENTE DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES

Em 2004, promulgou-se a Lei sobre Segurança e Saúde Ocupacional, seguida, em 2007, pelo estabelecimento da Autoridade e Agência de Segurança e Saúde Ocupacional (OSH). A Autoridade OSH é responsável pela formulação de políticas e a Agência OSH se ocupa da introdução e a execução das políticas, com maior ênfase no cumprimento do que nas sanções ou na repressão. É crucial melhorar o sistema de vigilância da saúde dos trabalhadores para reduzir as mortes e as lesões no local de trabalho.

SEGURANÇA NO TRÂNSITO

Existem muitas estratégias que respondem às preocupações em matéria de segurança no trânsito do país. A legislação nacional contempla os limites de velocidade, a direção em estado de embriaguez (a partir de 2009), o uso de equipamentos de proteção pessoal e a utilização dos telefones celulares (a partir de 2010).

O número de mortes causadas pelo trânsito diminuiu no final dos anos 1990, mas tem aumentado de forma constante desde então. Informaram-se 214 mortes por acidentes de trânsito em 2007 (77% em homens e 23% em mulheres) e 2.718 lesões não fatais causadas por acidentes de trânsito. As mortes discriminadas por categoria de usuário das vias de trânsito foram: pedestres, 32%; motoristas de veículos de quatro rodas, 34%; passageiros em veículos de quatro rodas, 28%; ciclistas, 4%; e motociclistas, 2% (16).

VIOLÊNCIA

A violência em todas as esferas, criminal e doméstica, constitui um problema social crescente. A criminalidade teve um impacto notável na mortalidade, na morbidade e nas internações. Houve alta de 5% na notificação de crimes graves entre 2006 (19.565) e 2008 (20.566). Houve um aumento de 47% dos assassinatos e 35% do latrocínio, durante esse mesmo período. Os ferimentos e as agressões mantiveram um alto nível constante (24% de todos os crimes) e causaram um aumento das internações hospitalares e das intervenções cirúrgicas, além de originarem longas internações. A única redução observada na criminalidade grave foi a falsificação e os crimes contra a moeda (17).

O número de casos de violência doméstica notificados ao serviço nacional de atendimento telefônico de emergência para esse tipo de violência flutuou ao longo tempo, mas entre 2006 e 2008, observaram-se aumentos constantes em todas as faixas etárias e em ambos os gêneros. O número total de casos de violência doméstica notificado em 2006 foi de 1.949, e de 2.565 em 2008 (18).

DESASTRES NATURAIS

Os riscos de desastres naturais em Trinidad e Tobago consistem principalmente, em inundações, terremotos e furacões. Durante 2006 e 2010, registraram-se grandes terremotos com intensidades de 5,0 a 5,8, os quais causaram danos menores às propriedades, sem óbitos ou feridos. A atividade de furacões na Região não teve consequências importantes nas ilhas durante o período analisado. As mudanças climáticas ensejaram mais fenômenos meteorológicos adversos, resultando em inundações mais frequentes em todo o país.

SEGURANÇA ALIMENTAR

O Comitê da Segurança Alimentar, supervisionado em conjunto pelos Ministérios da Saúde e da Agricultura, é responsável por zelar pela segurança dos alimentos no país e reconhece sua importância para os cidadãos e os turistas. O Ministério da Saúde e o Governo Local organizam programas de capacitação dos trabalhadores do setor de alimentos e de concessão de licenças aos estabelecimentos alimentares, incluindo

questões que vertem sobre a abordagem de Análise de Riscos e Pontos Críticos de Controle com relação à segurança dos alimentos.

Em nível regional, a Comunidade do Caribe (CARICOM) atribuiu à Agência Caribenha para a Saúde Agrícola e a Segurança Alimentar (CAHFSA) a coordenação, execução e vigilância dos programas nacionais.

CONDIÇÕES E TENDÊNCIAS EM SAÚDE

Trinidad e Tobago priorizou e conseguiu progressos consideráveis na melhoria da saúde de sua população. Os principais desafios enfrentados por determinados grupos da população e as principais causas de mortalidade e morbidade são descritos a seguir.

Saúde materna e reprodutiva

Embora mais de 95% das mulheres procurem os consultórios pré-natais, pelo menos, uma vez durante sua gravidez e recebam atendimento de profissionais capacitados para o parto, ainda existem mortes preveníveis devido à pré-eclâmpsia, diabetes, trabalho de parto prematuro e infecções. A taxa de mortalidade materna provisória em 2009 foi 16,1 por 100.000 nascidos vivos (Tabela 1) (19), uma redução significativa em relação aos anos anteriores.

A exatidão do cálculo das taxas de mortalidade materna constitui uma fonte de preocupação e reconheceu-se que as variações observadas dependem das metodologias aplicadas. Programou-se iniciar um estudo nacional sobre a mortalidade materna em 2011.

TABELA 1. Taxas de mortalidade materna em Trinidad e Tobago de 2005 a 2009

Ano	Mortes maternas ^a	Nascidos vivos	Índice ^b
2005	6	17.264	34,8
2006	12	18.090	66,3
2007	6	18.889	29,4
2008	6	20.685	29,0
2009	3	18.676	16,1

^a Mortes maternas devido às complicações da gravidez e parto.

^b Mortes maternas por 100.000 nascidos vivos.

Fonte: Referência (19).

Atualmente, busca-se normalizar as estratégias utilizadas na determinação dessas e outras taxas.

Os serviços de planejamento familiar são oferecidos em todo o país através dos serviços públicos de atenção à saúde, a Associação de Planejamento Familiar (uma organização não governamental local afiliada à Federação Internacional de Planejamento Familiar) e médicos particulares. Os programas de planejamento familiar do Ministério da Saúde são executados no marco dos programas de saúde materno-infantil nos centros de saúde, nas salas ambulatoriais pós-parto e clínicas hospitalares. A taxa de gravidez nas adolescentes diminuiu de 15% no ano 2000 para 11% em 2005.

Crianças (menores de cinco anos de idade)

As doenças infecciosas e as infecções respiratórias agudas são as principais causas da morbidade nas crianças menores de um ano. As taxas de mortalidade nos menores de cinco anos apresentaram uma diminuição relativa no período 2005-2009, com uma taxa de 13,2 por 1.000 nascidos vivos em 2009 (ver Tabela 2). Do mesmo modo que ocorreu com as taxas de mortalidade materna, foi tema de preocupação a consistência das metodologias utilizadas no cálculo dos índices de mortalidade infantil.

Os natimortos representaram 19% das mortes nos menores de cinco anos em 2009, e 19% de todos os nascimentos registraram baixo peso ao nascer nesse ano. Conforme os dados do UNICEF de 2011, menos de 20% de lactantes recebem, pelo menos, seis meses de aleitamento materno exclusivo, apesar de uma taxa de início precoce do aleitamento materno de 41%.

Ano	Mortes nas crianças	Nascidos vivos	Taxa a
2005	266	17.264	15,4
2006	237	18.090	13,1
2007	221	18.889	11,9
2008	243	19.850	12,2
2009	247	18.676	13,2

^a Número de mortes de crianças menores de um ano de idade em um dado ano, por 1.000 nascidos vivos nesse ano
Fonte: Referência (19).

Isso indica que a prática não é mantida em casa após a alta hospitalar. Existe uma política nacional sobre aleitamento materno que se deveria aplicar em todos os estabelecimentos públicos, mas não está atingindo o efeito desejado. Dados da UNICEF indicam também que mais de 40% de lactantes inicia os alimentos sólidos, semissólidos ou líquidos entre os seis e os oito meses de idade (12).

Crianças e adolescentes (5-17 anos de idade)

A taxa de mortalidade das crianças menores de cinco anos de idade excedeu sistematicamente 30 mortes por 1000 nascidos vivos durante os últimos dois decênios (de 1990 a 2009). Do mesmo modo que nos lactantes, as principais causas de morbidade das crianças menores de cinco anos de idade são as doenças infecciosas e as infecções respiratórias agudas. Pelo contrário, nas crianças de cinco a 14 anos de idade, as lesões são a principal causa de morbidade.

O país conta com um excelente Programa Ampliado de Imunização associado ao ingresso na escola de ensino primário gratuito e, a partir do nascimento, existe um programa de vacinação ampliado e gratuito, organizado pelo Ministério da Saúde. Em 2009, as taxas de cobertura de vacinação nas crianças de um ano de idade foram: 90% contra a poliomielite; 94% contra difteria, coqueluche e tétano; e entre 88%-90% contra sarampo, caxumba e rubéola.

Em 2009, quase 6% das crianças menores de cinco anos de idade estavam com baixo peso. Houve também uma tendência ao sobrepeso nas crianças. O estudo transversal do Instituto de Educação, Pesquisa e Prevenção do Diabetes sobre crianças em idade escolar de 2009 (20, 21) estima 10 de 100.000 crianças na faixa etária 5-17 anos sofrem de diabetes tipo 2, e 19 por 100.000 crianças são pré-diabéticas. Dada à escassez de publicações nesse campo, seriam muito oportunas novas pesquisas sobre o tema.

A principal causa de morbidade nos adolescentes são as lesões. Os dados da Pesquisa Global sobre a Saúde dos Escolares (GSHS), aplicada em 2.969 estudantes de escola secundária (entre 13 e 15 anos de idade) em 32 escolas em 2007, evidenciaram que a violência e os traumatismos involuntários são frequentes nos estudantes da escola secundária. A pesquisa também indicou que os estudantes iniciavam precocemente a

atividade sexual, próximos à puberdade, e que os estudantes mantinham uma vida sexual mais ativa do que as estudantes (13). Associado a estes comportamentos são o maior risco de contrair HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis e de gravidez não planejada das adolescentes.

Adultos (entre os 18 e os 60 anos de idade)

As lesões são a principal causa da morbidade dos jovens adultos (entre os 18 e os 40 anos de idade) e nos adultos (entre os 41 e os 60 anos) a cardiopatia representa a principal causa. Nos jovens adultos, continua-se observando um aumento da incidência de infecção pelo HIV, com uma taxa mais alta nas mulheres.

Idosos (maiores de 60 anos)

Em 2010, 12% da população era maior de 60 anos. As principais causas de morbidade nessa faixa etária são as doenças crônicas não transmissíveis. Os estudos realizados durante os dois últimos decênios indicam que os principais problemas de saúde dos idosos são a artrite, os transtornos visuais, a hipertensão, a diabetes e a cardiopatia (22,23). Um aspecto que merece atenção é a solidão, que se manifesta com baixos níveis de interação, embora apenas 16% dos idosos vivam sozinhos, além da necessidade de programas de atenção primária que promovam sua saúde e seu bem-estar.

A família

Conforme a última Pesquisa das Condições de Vida realizada em 2005, o tamanho médio dos lares é de

3,7 pessoas e em 30% dos lares o chefe da família é uma mulher; mais da metade dos lares encabeçados por mulheres eram famílias monoparentais.

Trabalhadores

Dados sobre lesões e mortes ocupacionais não foram coletados sistematicamente.

MORTALIDADE

As cinco principais causas de morte em ambos os sexos durante o período 1997-2007, foram doenças cardiovasculares, neoplasias malignas, diabetes, doenças cerebrovasculares e causas externas de lesões.

O Ministério da Saúde indica que 60% de todas as mortes se devem a doenças crônicas não transmissíveis (24). Estas doenças ensejam grande sofrimento, pois causam disfunção e reduzem a qualidade de vida por muito tempo. As mortes por causas externas têm uma prevalência significativamente maior nos jovens homens e contribuem de maneira notável para morbidade e internações. As principais causas de morte por gênero são listadas no Tabela 3.

MORBIDADE

As cinco principais condições de saúde que causam morbidade exigindo atendimento nos hospitais e outras instituições de saúde são, por ordem de frequência, causas externas de lesões e intoxicações, transtornos do sistema geniturinário, cardiopatias, causas mal definidas ou desconhecidas e doenças do sistema digestivo.

TABELA 3. Principais causas de morte em todas as idades, conforme o sexo, em Trinidad e Tobago, 2006

Homens			Mulheres		
Ordem	Causa de morte	Nº	Ordem	Causa de morte	Nº
1	Doenças cardíacas	1.202	1	Doenças cardíacas	1.062
2	Acidentes e lesões	767	2	Diabetes mellitus	762
3	Câncer	710	3	Câncer	607
4	Diabetes mellitus	615	4	Acidente vascular cerebral	413
5	Acidente vascular cerebral	429	5	Acidentes e lesões	129

Fonte: Referência (19).

Doenças transmissíveis

Doenças transmitidas por vetores

A dengue tem sido endêmica em Trinidad e Tobago desde os anos 1980, e seus quatro sorotipos circulam na população. Sua incidência flutua de ano a ano e se tornou cíclica, com surtos confirmados em 2002, 2005 e 2008. O número de casos suspeitos foi de 477 casos em 2006, 885 em 2007, 3.617 em 2008, 2.313 em 2009 e 4.735 em 2010. Em 2009, o Ministério da Saúde iniciou uma estratégia de gestão integrada com a finalidade de tratar a doença. Com o objeto de reduzir a população de mosquitos, a Divisão de Controle de Insetos Vetores do Ministério utiliza, de forma conjunta, a redução das fontes, os inseticidas e a educação do público.

Trinidad e Tobago foi declarada livre de malária em 1965, mas até 2004 notificaram-se casos residuais (na sua maioria importados). Não houve casos de malária entre 2004 e 2008 e um caso importado foi notificado em 2010.

A vacina antiamarilica foi introduzida no calendário de vacinação em 1979 e não se notificou nenhum caso de febre amarela em humanos. A febre amarela epizootica foi detectada nos macacos em 2008 e 2009.

Doenças imunopreveníveis

Trinidad e Tobago conta com um programa de vacinação bem organizado e eficaz, com taxas da cobertura que excedem 90%. Não houve nenhum caso de poliomielite ou sarampo no período em análise, mas foram registrados 13 casos de caxumba em 2006. Houve um número significativo de casos e surtos de catapora, cuja vacina não está incluída no calendário nacional de vacinação. Entre 2006 e 2008, a cobertura da vacinação contra o sarampo aumentou de 89% para 94%, da vacina tríplice DPT diminuiu de 92% para 90% e da antipoliomielítica teve um leve aumento de 89% para 90%.

Zoonoses

Ocorreu um aumento do número de casos notificados de leptospirose de 30 em 2005 para 124 em 2008. Esse fato é motivo de preocupação, haja vista o gran-

de número de lares que utiliza água armazenada e a necessidade atual de maiores medidas de controle de roedores.

HIV/Aids e as doenças sexualmente transmissíveis

A epidemia de HIV/Aids é generalizada no país e ficou entre as primeiras dez causas de morte entre 1997 e 2007. A taxa nacional de soroprevalência do HIV foi calculada em 1,5% para 2008-2009. Os registros desde o começo da epidemia em 1983 até dezembro de 2008 indicam um total acumulado de 20.176 casos de infecção pelo HIV no país. Durante o mesmo período de 25 anos apresentaram-se 6.042 casos de Aids e 3.717 mortes relacionadas à doença. A proporção entre homens e mulheres em relação à infecção pelo HIV é de 1,1:1, mas parece existir um aumento significativo de novos casos nas mulheres. Em 2006, registraram-se 80 casos de Aids em homens e 57 casos em mulheres; em 2008, houve 71 casos de Aids nos homens e 33 casos nas mulheres. Em 2008, o maior aumento de casos notificados de infecção pelo HIV ocorreu na faixa etária de 20-49 anos de idade, seguida pelos adolescentes (15-19 anos).

O Programa Nacional de Prevenção e Controle do HIV/Aids conseguiu progressos na gestão da epidemia. Esse é um programa pluridimensional, que inclui iniciativas de empoderamento da juventude, orientação e exames diagnósticos voluntários, prevenção da transmissão vertical HIV e fornecimento gratuito do tratamento antirretroviral.

Em 2007, notificaram-se 258 casos recém-diagnosticados de sífilis, 194 casos em 2008, e 131 em 2009. Os novos casos de gonorreia aumentaram de 370 em 2007 para 578 em 2008 e 605 em 2009. A tricomoníase diminuiu de 83 casos em 2007 para 46 em 2008, mas aumentou para 121 casos em 2009.

Tuberculose

A incidência de tuberculose aumentou entre 1997 e 2007 e foi estimada em 24,1 por 100.000 habitantes em 2008. A comorbidade com infecção pelo HIV/Aids aumentou e todas as pessoas com tuberculose são testadas para diagnóstico do HIV. A resistência a múltiplos medicamentos tem sido rara. O tratamento da tuberculose mediante o Tratamento Diretamente

Observado de Curta Duração (DOTS) não é plenamente aplicado no país, mas o Ministério da Saúde estabeleceu duas zonas piloto para introdução da estratégia. Estão sendo envidados esforços para fortalecer a gestão do programa de TB, com um plano nacional estratégico elaborado para o período 2006-2009 e um mecanismo nacional de coordenação interinstitucional estabelecido em 2008.

Doenças emergentes

Não houve casos notificados de síndrome respiratória aguda grave (SARS) ou de gripe aviária no país. Fortaleceram-se os sistemas de vigilância com a finalidade de apoiar a detecção precoce das doenças emergentes. Estes sistemas foram testados quando o país acolheu duas conferências internacionais importantes em 2009 (a Cúpula das Américas e a reunião dos Chefes de Governo da Comunidade Britânica), no pico da pandemia de H1N1. Em 2009, apresentaram-se 817 casos suspeitos de H1N1; 270 casos foram confirmados em laboratório e houve seis mortes.

Trinidad e Tobago está trabalhando para o pleno cumprimento das condições do Regulamento Sanitário Internacional de 2005, que exige dos países a prevenção e o controle da propagação internacional de doenças. Foi realizada uma avaliação sobre a preparação do país para a execução do Regulamento. No final de 2010, o país se encontrava no nível 1 ou 2 na maioria das esferas (exceto na esfera radionuclear).²

Doenças crônicas não transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis, em conjunto, constituem a primeira causa de morte e contribuem de maneira significativa para uma morbidade e gastos com saúde importantes. Em 2006, celebrou-se um simpósio nacional seguido pela cúpula da CARICOM de 2007, em que os Chefes de Governo expressaram seu compromisso para com a diminuição da carga de doenças crônicas não transmissíveis no Caribe mediante estratégias integrais e integradas de prevenção e controle. Em 2008, conformou-se um comitê técnico

consultivo e multissetorial com a finalidade de assessorar em questões relacionadas à prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis na Região (25, 26).

O Programa de Assistência a Doenças Crônicas fornece aos cidadãos medicamentos gratuitos e outros produtos farmacêuticos destinados ao tratamento das afecções crônicas. Iniciaram-se localmente vários estudos visando abordar a detecção precoce, e espera-se que estes serão incorporados aos programas integrais de atenção primária à saúde.

Doenças cardiovasculares

As doenças cardíacas ocupam o primeiro lugar nas causas de morte em Trinidad e Tobago, correspondendo a 25% de todas as mortes anuais. As altas taxas de prevalência de diabetes e hipertensão (quase 12% das mortes para cada) são fatores coadjuvantes, junto com sobrepeso/obesidade e a falta de exercício regular. As doenças cardíacas, câncer, diabetes e doenças vasculares cerebrais respondem por 60% de todas as mortes.

Neoplasias malignas

O Tabela 4 apresenta os principais tipos de câncer notificados na população entre 1997 e 2006. Dados do Registro Nacional do Câncer (27) indicam que o local mais frequente do câncer nos homens é o da próstata; nas mulheres, os locais mais frequentes são mama, colo uterino, ovários e útero. O Programa Nacional de Oncologia (NOP) constitui um componente primordial no compromisso do Governo de enfrentar esse desafio de saúde pública.

Doenças nutricionais

A desnutrição e as deficiências de micronutrientes não são comuns. Antigamente, a carência grave de micronutrientes foi a anemia ferropriva, que foi enfrentada com a estratégia de controle da anemia do Ministério da Saúde, com respaldo do Instituto de Alimentação e Nutrição do Caribe (28). A doença nutricional mais preocupante na população é a obesidade. Várias pesquisas evidenciaram uma tendência crescente da obesidade nas crianças que frequentam a escola primária e secundária. Todos os programas do Ministério destinados a

2 O nível 1 significa que o país conta com "dados e processos" que lhe permitem manter as capacidades básicas exigidas pelo Regulamento Sanitário Internacional. O nível 2 significa que existe uma "forte" capacidade técnica e um alto nível de desempenho com produtos e resultados de saúde pública definidos.

TABELA 4. Número e percentual de casos de câncer, conforme a localização ou tipo, em Trinidad e Tobago, 1997-2006

Localização ou tipo de neoplasia maligna	Nº de casos a	Percentual de casos
Próstata	2.573	20,4
Mama	1.348	10,7
Cólon e reto	1.235	9,8
Brônquios e pulmão	1.007	8,0
Leucemia	688	5,4
Colo uterino	681	5,4
Estômago	626	5,0
Pâncreas	530	4,2
Útero	479	3,8
Ovário	417	3,3
Outros e desconhecidos	3.059	24,2
Total	12.643	100,0

Fonte: Referência (27)

^a Os valores representam o número real de casos notificados ao Registro até janeiro de 2011. O banco de dados é atualizado sistematicamente e o número de casos registrados em um ano determinado continuará aumentando.

responder às doenças crônicas não transmissíveis abordam a questão da obesidade e da redução de peso.

Acidentes e violência

Acidentes e lesões figuram entre as cinco principais causas de morte, desde os anos 1990. Essa categoria inclui acidentes automobilísticos, violência, intoxicações e suicídios. Além de contribuir para as mortes, os acidentes e as lesões (incluídas as intoxicações) contribuíram sistematicamente para as internações e apareciam como a primeira causa nas altas hospitalares em 2006 e 2007.

Desastres naturais

As inundações, os furacões e os terremotos são os principais perigos naturais que estabelecem um risco em Trinidad e Tobago. Além disso, o setor de energia e outras indústrias representam um risco aumentado de desastres industriais. O Departamento de Preparação e Gestão de Desastres (29) está adotando uma postura mais integral e proativa, que comporta atividades de preparação, pre-

venção e mitigação, além de iniciativas de recuperação e reabilitação após os desastres. O Ministério da Saúde colocou criou uma Unidade de Serviços de Emergência e de Preparação Desastres e completou a avaliação da segurança de quatro hospitais principais no marco da Iniciativa Hospitais Seguros (SHI).

Transtornos mentais

Além dos serviços de internação em um estabelecimento psiquiátrico central e o atendimento de casos agudos noutros hospitais principais, os serviços comunitários de saúde mental são oferecidos por meio das Autoridades Regionais de Saúde (RHAs). Os transtornos mentais representam quase 5% das altas dos hospitais públicos. Embora os dados sobre transtornos mentais não sejam exaustivos, os principais problemas de saúde mental no país foram identificados: esquizofrenia, transtornos de humor/afetivos (por exemplo, a depressão), transtornos mentais e comportamentais (por exemplo, suicídios) e o abuso de substâncias psicoativas. Notificaram-se altas taxas de depressão em estudos sobre adolescentes e algumas comunidades (30, 31). O estudo da Pesquisa Global de Saúde dos Escolares de 2007 mostrou que as meninas eram mais propensas que os meninos a serem afetadas por problemas de saúde mental, sendo que 21,5% das meninas e 14,1% dos meninos informaram ter considerado seriamente a possibilidade de se suicidar nos 12 meses anteriores à pesquisa.

Quando o Instrumento de Avaliação dos Sistemas de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (WHO-AIMS) foi aplicado em 2008 em Trinidad e Tobago, foi notificado que a proporção de leitos hospitalares psiquiátricos era alta, em comparação com a baixa taxa de unidades comunitárias de internação. Até o momento, a Autoridade Sanitária Regional de Tobago é a única que está trabalhando na elaboração de um serviço integral de saúde mental que se integre nos serviços de atenção primária à saúde (31).

Outros problemas de saúde

Saúde bucal

O Ministério da Saúde conta com um programa vertical de atenção à saúde bucal dirigido às crianças até

os 18 anos de idade e de atendimento de emergência e cuidados paliativos dirigidos à população adulta. A maioria da atenção à saúde bucal da população é financiada por fontes privadas, por seguros privados e pagamentos diretos dos usuários e, em consequência, as pessoas sem recursos têm um acesso limitado a esse tipo de serviços. A falta de dados sobre a saúde bucal da população dificulta o planejamento estratégico de melhoras nesse campo. Contudo, em 2010, elaboraram-se uma Política e um Plano Nacional de Saúde Bucal, que estão em via de execução pelo Ministério.

Fatores de risco e de proteção

Tabagismo

Trinidad e Tobago tem a maior população de fumantes no Caribe de língua inglesa (27%) e o tabagismo passivo constitui uma ameaça de saúde pública. A Pesquisa Global de Saúde dos Escolares de 2007 aplicada em 2.969 estudantes (10-18 anos de idade) em 32 escolas secundárias de Trinidad e Tobago revelou que 9,9% dos estudantes (11,2% de meninos e 8,5% de meninas) havia fumado cigarros em um ou mais dias nos últimos 30 dias. Dos estudantes que fumavam, 80,9% haviam experimentado seu primeiro cigarro aos 13 anos de idade ou antes. A taxa de tabagismo na faixa etária de 16-18 anos foi 17,9% (22,5% de meninos e 13,4% de meninas).

Trinidad e Tobago é signatário da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS e adotou várias medidas por ela recomendadas, incluindo o estabelecimento de um Comitê Multissetorial de Prevenção e Controle do Tabaco. A Lei de Controle Integral do Tabaco foi promulgada em ambas as Câmaras do Parlamento em 2009 no intuito de prevenir o consumo de tabaco por parte das crianças, sensibilizando o público sobre os riscos do consumo, protegendo as pessoas da exposição à fumaça do tabaco e regulamentar o uso de tabaco. A Lei de Controle do Tabaco proibindo o consumo de tabaco nos lugares públicos está vigente desde 2009.

Alcoolismo

Os números mais recentes sobre consumo de álcool pela população adulta (maiores de 15 anos de idade)

evidenciaram um aumento do consumo durante o período 2001-2005. As mortes de mulheres por cirrose hepática aumentaram de 3,9 por 100.000 habitantes em 2000 para 7,5 por 100.000 em 2005, e as mortes de homens aumentaram de 12,8 para 19,5 no mesmo período. A Pesquisa Global de Saúde dos Escolares de 2007 informou que 40,9% dos estudantes entrevistados na faixa dos 10-18 anos de idade consumiam álcool. A prevalência do uso de álcool foi mais alta em meninos do que em meninas (42,8% vs. 39,2%) (13).

Drogas ilícitas

O abuso de substâncias ilícitas e lícitas têm repercussões diretas e indiretas na saúde da população, pois se associa a acidentes automobilísticos, violência e estresse (32). A Pesquisa Global de Saúde dos Escolares de 2007 evidenciou a prevalência de uso de drogas durante toda a vida foi 13,6% (consumo informado de maconha ou cocaína, uma ou mais vezes durante a vida, daqueles que responderam à pesquisa). Os meninos afirmaram ter usado drogas ilícitas em sua vida com mais frequência do que as meninas (17,4% vs. 9,7%) (13).

Atividade física

A Pesquisa Global de Saúde dos Escolares de 2007 evidenciou que 74,3% dos estudantes não praticava nenhuma atividade física em seu tempo de lazer. As meninas (81,6%) foram significativamente mais inativas do que os meninos (66,7%) (13).

POLÍTICAS DE SAÚDE, SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

POLÍTICAS DE SAÚDE

O programa inicial de reforma do setor da saúde reconheceu a necessidade de um sistema integrado de gestão da informação em saúde como fundamento de planejamento e tomada de decisão eficazes e baseados em evidências no setor.

A Unidade Nacional de Vigilância no Ministério da Saúde é responsável pela vigilância sanitária. Além de monitorar, notificar, alertar e investigar as tendências e os surtos epidêmicos de doenças, a Unidade se

ocupa da prevenção de doenças e da coordenação das respostas aos surtos (e os possíveis surtos) de doenças transmissíveis na comunidade nacional.

O PAPEL GESTOR DO SISTEMA DE SAÚDE

O Ministério da Saúde supervisiona todo o sistema de saúde em Trinidad e Tobago. Suas principais funções são formulação de políticas, planejamento, estabelecimento de normas, legislação, regulamentação, financiamento e monitoramento e avaliação.

LEGISLAÇÃO NA SAÚDE

A legislação promulgada nos últimos anos compreende a Lei de Controle do Tabaco, a Regulamentação das Autoridades Regionais de Saúde e a Lei Nacional de Ambulâncias e Pessoal Médico.

A Lei de Segurança e Saúde Ocupacional vigora e responde aos assuntos relacionados à vulnerabilidade e saúde dos trabalhadores e o Conselho Nacional de Seguros processa os sinistros relativos a acidentes e óbitos no local de trabalho.

GASTOS E FINANCIAMENTO EM SAÚDE

O Governo de Trinidad e Tobago aumentou seu gasto com saúde durante o período 2006–2010. Conforme dados existentes, o percentual do gasto público com saúde passou de 6,3% em 2006 a 8,1% em 2009. Nesse período, o gasto total do setor público com saúde também aumentou de TT\$ 2,35 bilhões para TT\$ 3,56

bilhões, um aumento geral de 51,0%. O Tabela 5 indica que o gasto exclusivo do Ministério da Saúde foi de TT\$ 3,8 bilhões, o qual representa TT\$ 286 milhões a mais do que o gasto total em saúde de 2009. Além disso, no período 2006–2010, o gasto do Ministério da Saúde aumentou em 80%, de TT\$ 2,1 bilhões em 2006 para TT\$ 3,8 bilhões em 2010.

No período observado, o gasto com saúde do setor público e do setor privado foi igualmente dividido, em quase 50% do gasto total para cada um.

POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

O Ministério da Saúde definiu a necessidade de fortalecer o planejamento para uma gestão eficaz dos recursos humanos do setor. Em 2010, iniciaram-se dois projetos muito importantes nesse campo, a saber: a formulação de um plano estratégico de recursos humanos e o estabelecimento de um Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Vigora uma legislação que regulamenta o exercício dos profissionais de saúde.

SERVIÇOS DE SAÚDE

Existem cinco Autoridades Regionais de Saúde responsáveis pela prestação de serviços de saúde à população. Contudo, o Ministério ainda gerencia vários programas verticais, entre eles, a Divisão de Química, Alimentos e Medicamentos, o Programa de Saúde Pública Veterinária, o Programa de Saúde Bucal e o Serviço Nacional de Transfusões.

TABELA 5. Gasto com saúde do setor público, por ano, em Trinidad e Tobago, 2006-2010

Ano	Gasto com saúde do Ministério da Saúde de Trinidad (US\$)	Gasto com saúde de outros ministérios do governo e do Parlamento de Tobago (US\$)	Gasto total do setor público (US\$)	Gasto do governo com saúde como proporção do gasto geral do governo (%)
2006	341.627.330	35.178.956	376.806.286	6,3
2007	429.265.960	41.906.661	471.172.621	7,5
2008	505.190.089	49.150.173	554.340.363	8,2
2009	512.791.902	55.375.764	568.167.667	8,1
2010	608.990.080	NA	NA	NA

Fonte: Referência (19).

Dentro do marco das Autoridades Regionais de Saúde, os serviços de saúde continuam sendo gratuitos para o público geral. As estratégias utilizadas para melhorar a prestação de serviços de saúde incluem a associação com o setor privado e os acordos com os profissionais e as organizações internacionais.

O país conta com uma ampla rede integrada de estabelecimentos de saúde. Cada Autoridade Regional de Saúde conta, pelo menos, com um hospital e várias policlínicas ou estabelecimentos distritais de saúde (DHF) e centros de saúde. Existe um sistema de encaminhamento entre os diversos níveis. O setor privado da saúde oferece uma variedade de serviços e estabelecimentos que prestam desde a atenção primária até o nível terciário.

Os medicamentos são gratuitos em todos os estabelecimentos de saúde pública. Além disso, a partir de 2005, o Programa de Assistência para as Doenças Crônicas fornece gratuitamente aos cidadãos medicamentos de venda com prescrição e outros produtos farmacêuticos utilizados no tratamento das seguintes afecções crônicas: diabetes, asma, doenças cardíacas, artrite, glaucoma, depressão, hipertensão, hiperplasia prostática benigna, epilepsia, doença de Parkinson e doenças da tireoide. Atualmente, estes medicamentos constituem um total de 47 e se dispensam em mais de 250 farmácias (públicas e privadas) em todo o país. São também fornecidos gratuitamente os insumos de medição de glicemia (medidores de glicose e fitas) aos diabéticos insulino-dependentes.

GESTÃO DE CONHECIMENTO, TECNOLOGIA, INFORMAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

RECURSOS HUMANOS

Durante o período em análise, Trinidad e Tobago continuou a enfrentar uma escassez de profissionais de saúde capacitados. No que se refere à distribuição geral dos trabalhadores no setor da saúde pública em 2009, as principais categorias profissionais foram o pessoal de enfermagem (44,0%), os auxiliares (20,0%), pessoal administrativo (15,0%), pessoal de supervisão de alto nível (12,0%) e médicos (7,0%).

CAPACITAÇÃO DO PESSOAL DE SAÚDE

A capacitação local dos profissionais de saúde realizou-se na Universidade das Índias Ocidentais, a Universidade de Trinidad e Tobago, a Universidade de Ciências, Tecnologia e Artes Aplicadas de Trinidad e Tobago, o Instituto Nacional de Ensino Superior, Pesquisa, Ciências e Tecnologia, a Universidade do Caribe do Sul e a Escola de Enfermagem e a Escola de Capacitação de Auxiliares de Odontologia do Ministério da Saúde. O número anual de estudantes admitidos no programa de farmácia aumentou de 39 em 2005 para 54 em 2008. A Universidade do Caribe do Sul começou um programa de licenciatura em enfermagem durante esse período e duplicou seu número de estudantes admitidos para 50 até 2009. A Universidade de Ciências, Tecnologia e Artes Aplicadas aumentou o número de seus graduandos de 96 em 2005 para 175 em 2008, um aumento de 82%. Apesar da queda dos números de inscritos anuais em seus programas básicos e pós-básicos de enfermagem durante o período de 2006 a 2009, a Escola Enfermagem do Ministério da Saúde ampliou seu programa de formação pós-básica em várias especialidades. A Escola de Educação Avançada de Enfermagem da Universidade das Índias Ocidentais também apresentou uma queda de estudantes inscritos por ano durante esse período, de 72 em 2005 para 12 em 2008. Essa diminuição repercutiu na proporção de enfermeiras distritais, que envelhecem em todo o país, e na reduzida disponibilidade de novas enfermeiras para substituí-las no momento de sua aposentadoria.

MERCADO DE TRABALHO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Em 2009, os recursos humanos em saúde foram insuficientes para satisfazer as necessidades da população. Havia quase 3.000 vagas médicas e paramédicas em aberto em todo o setor de saúde pública, das quais as enfermeiras representaram 80,0% e os médicos 13,0%. Contudo, a análise das categorias específicas de pessoal evidenciou que a proporção de vagas era 39,0% nos farmacêuticos, 52,0% nos técnicos de laboratório e 56,0% nos assistentes sociais da área médica. Prevê-se que a já alta taxa de vagas em aberto aumente ainda mais, haja vista o envelhecimento da população de enfermeiras, os altos níveis de emigração do pessoal

médico e a migração interna do pessoal de saúde do setor público para as instituições médicas e paramédicas privadas. A maioria dos profissionais de saúde estava empregado no setor público; portanto, esse movimento dos profissionais da saúde alterou as operações do Ministério da Saúde e das Autoridades Regionais de Saúde.

SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

O financiamento internacional direcionou-se principalmente, aos programas e projetos de HIV/Aids e ao programa de reforma do setor da saúde. O trabalho da OPAS/OMS no país concentrou-se nos seguintes campos: prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis; promoção de estilos de vida saudáveis, qualidade da atenção e a saúde da família e comunitária; fortalecimento dos sistemas de saúde; prevenção e controle das doenças transmissíveis e vigilância das doenças; tomada de decisões baseada em evidências; e elaboração do sistema de informação em saúde.

Um campo de ajuda ao setor da saúde é o Programa de Voluntários das Nações Unidas, administrado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O PNUD apoiou a criação de um banco de dados nacional sobre informação do desenvolvimento e presta ajuda ao Departamento de Preparação e Gestão para Desastres com o fortalecimento institucional da gestão de desastres.

Outros órgãos multilaterais que respaldam o trabalho no setor da saúde incluem a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização das Nações para a Alimentação e a Agricultura (FAO), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), a Comissão Econômica das Nações Unidas para a América Latina e o Caribe (CEPAL), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Banco Mundial e a União Europeia.

Entre os órgãos bilaterais de desenvolvimento que apoiaram o setor da saúde durante esse período contam-se a Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI), o Serviço Holandês de Cooperação ao Desenvolvimento (SNV) e a Agência Francesa de Desenvolvimento (AFD). O Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Uni-

dos (CDC), a ACDI e a França forneceram financiamento por meio do Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) para programas de HIV/Aids.

O Ministério da Saúde priorizou a coordenação e gestão adequados da colaboração internacional e criou uma Seção de Cooperação Internacional com essa finalidade. A Seção atua como ponto de ligação com os diversos atores (ministérios, governos estrangeiros, ONGs, agências de financiamento, etc.) em temas de política internacional que afetam a gestão do setor da saúde.

SÍNTESE E PERSPECTIVAS

A análise acima mencionada evidencia notáveis progressos no perfil de saúde da população de Trinidad e Tobago, expressados nas tendências favoráveis de muitos indicadores de saúde, principalmente, a mortalidade de recém-nascidos e crianças e doenças transmissíveis. O país passa para uma fase de transição epidemiológica, com uma redução das doenças transmissíveis acompanhada do aumento da morbimortalidade de doenças crônicas não transmissíveis. O país também atravessa também uma transição demográfica, que se caracteriza por taxas de fertilidade decrescentes e um lento crescimento da população.

O sistema de saúde de Trinidad e Tobago enfrenta vários desafios. Por exemplo, mais de 15 anos depois do início das reformas da saúde, o Ministério da Saúde ainda não desempenha plenamente sua função gestora e as Autoridades Regionais de Saúde não foram capazes de prestar os serviços de saúde que a população precisa. Por outro lado, não existe ainda um planejamento dos recursos humanos em saúde para garantir um número adequado de profissionais competentes no futuro. No entanto, realiza-se certo progresso no fortalecimento da capacidade do Ministério para desenvolver seus mandatos de políticas, planejamento e regulamentação.

Os principais desafios do país em matéria de saúde referem-se à alta incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e de seus fatores de risco. Elaboraram-se estratégias regionais e locais para abordar eficazmente a prevenção dessas doenças e promover estilos de vida saudáveis. Contudo, é preciso conseguir coletar e analisar os dados adequados para avaliar o impacto dessas intervenções e estabelecer

estratégias apropriadas e forjar associações dinâmicas para o futuro. O país deve aproveitar seus pontos fortes, minimizando os riscos associados com as doenças transmissíveis emergentes e melhorar a gestão da epidemia de tuberculose e HIV.

Trinidad e Tobago, em colaboração com a OPAS, continuou seu enfrentamento dos seguintes desafios fundamentais de saúde e desenvolvimento: organização e gestão dos sistemas e serviços de saúde; fortalecimento do desempenho do sistema de prestação de assistência médica; prevenção de doenças prioritárias e ajuda às populações afetadas por estas doenças; e melhores determinantes socioeconômicos e ambientais em saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. Trinidad and Tobago, Ministry of Planning and Sustainable Development, Central Statistical Office. Census 2000. Preliminary Report. Port of Spain: Ministry of Planning and Sustainable Development; 2000.
2. Trinidad and Tobago, Ministry of Planning and Sustainable Development, Central Statistical Office. Total Population by Sex, Sex Ratio, and Area. Port of Spain: Ministry of Planning and Sustainable Development; 2000.
3. Caldwell JC, Caldwell BK, Caldwell P, McDonald PF, Schindlmayr T. Demographic Transition Theory. Dordrecht, the Netherlands: Springer; 2006.
4. Rouse J, Ramkissoon V, Ramdoo P. The Dynamics and Consequences of Population Ageing in Trinidad and Tobago: A Call for Responsible Planning and Sustainable Development. Port of Spain: Ministry of Planning and Social Development; 2010.
5. World Health Organization. Global Health Observatory [Internet]. Disponível em: <http://apps.who.int/ghodata/?vid=61690> Acessado em 9 de março de 2012.
6. United Nations Development Program. International Human Development Report 2011. Sustainability and Equity—A Better Future for All. New York: UNDP; 2011.
7. Central Bank of Trinidad and Tobago. Financial Stability Report 2011 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.central-bank.org.tt/content/financial-stability> Acessado em 9 de março de 2012.
8. Central Intelligence Agency. The World Factbook. Economy overview [Internet]. Disponível em: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/td.html> Acessado em 14 de março de 2011.
9. Trinidad and Tobago, Ministry of Planning and Sustainable Development, Central Statistical Office. Key Indicators. Port of Spain: Ministry of Planning and Sustainable Development; 2010.
10. KAIRI Consultants. Analysis of 2005 Survey of Living Conditions. Tunapuna, Trinidad and Tobago: KAIRI Consultants; 2007.
11. United Nations Educational, Scientific and Culture Organization. UIS Statistics in Brief. Education (all levels) profile—Trinidad and Tobago 2011 [Internet]; 2011. Disponível em: http://stats.uis.unesco.org/unesco/TableViewer/document.aspx?ReportId=121&IF_Language=en&BR_Country=7800 Acessado em 9 de março de 2012.
12. The United Nations' Children Fund. At a Glance: Trinidad and Tobago [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.unicef.org/infobycountry/trinidad_tobago_statistics.html Acessado em 9 de março de 2012.
13. Pan American Health Organization. Global School-based Student Health Survey 2007. Trinidad and Tobago Report [Internet]; 2007. Disponível em: http://www.who.int/chp/gshs/2007_GSHS_Trinidad_and_Tobago_Report.pdf Acessado em 9 de março de 2012.
14. Environmental Management Authority [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.ema.co.tt/cms/> Acessado em 9 de março de 2012.
15. Solid Waste Management Company Ltd. [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.swmcol.co.tt/> Acessado em 9 de março de 2012.
16. World Health Organization. 2009 Global Status Report on Road Safety: Time for Action [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.un.org/ar/roadsafety/pdf/roadsafetyreport.pdf> Acessado em 9 de março de 2012.

17. Trinidad and Tobago, Ministry of Planning and Sustainable Development, Central Statistical Office. Total Number of Serious Crimes Reported to the Police (excluding traffic accidents), 1998–2008. Port of Spain: Ministry of Planning and Sustainable Development; 2009.
18. Trinidad and Tobago, Ministry of Gender, Youth and Child Development [Internet]. Disponível em: http://genderaffairs-tt.net/index.php?option=com_content&view=article&id=83&Itemid=96 Acessado em 9 de março de 2012.
19. Trinidad and Tobago, Ministry of Health. Statistical Unit Report. Port of Spain: Ministry of Health; 2010.
20. Diabetes Education Research and Prevention Institute. Diabetic Study results done by DERPI presented at UWI [Internet]; 2011. Disponível em: <http://sta.uwi.edu/news/releases/release.asp?id=752> Acessado em 9 de março de 2012.
21. University of the West Indies. UWI Today. Children now facing adult type diabetes [Internet]; 2011. Disponível em: http://sta.uwi.edu/uwitoday/archive/january_2011/article14.asp Acessado em 9 de março de 2012.
22. Pan American Health Organization. A Profile of the Elderly in Trinidad and Tobago. Washington, DC: PAHO; 1989.
23. Camejo A. 1999 Survey on the Living Conditions of Older Persons [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.caricom.org/jsp/communications/cahfsa_inauguration_main_page.jsp Acessado em 9 de março de 2012.
24. Trinidad and Tobago, Ministry of Health. Health Report Card for Trinidad and Tobago [Internet]; 2011. Port of Spain: Ministry of Health; 2011.
25. Report of Caribbean Commission on Health and Development 2006 [Internet]. Disponível em: http://www.who.int/macrohealth/action/PAHO_Report.pdf Acessado em 9 de março de 2012.
26. Caribbean Community. Caribbean Cooperation in Health Phase III (CCH III). Regional Health Framework 2010–2015. Investing in Health for Sustainable Development. Georgetown, Guyana: CARICOM.
27. Trinidad and Tobago, Ministry of Health, National Cancer Registry [Internet]. Available at: <http://www.health.gov.tt/sitepages/default.aspx?id=160> Acessado em 9 de março de 2012.
28. Caribbean Food and Nutrition Institute. Interim report on the findings of the evaluation of school meal options in Trinidad and Tobago. Georgetown, Guyana: CFNI; 2010.
29. Office of Disaster Preparedness and Management. Policies and Legislation [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.odpm.gov.tt/> Acessado em 9 de março de 2012.
30. Maharaj RG, Cumberbatch K, Lalloo P, Mohammed S, Ramesar A, Rampersad N, et al. Depression among adolescents aged 13–19 years attending secondary schools in Trinidad: prevalence and risk factors. *West Indian Med J* 2008;57(4):352–359.
31. Bolastig EVC. Final Report: Participatory Rapid Appraisal of the Tobago Mental Health System. Washington, DC: Pan American Health Organization/World Health Organization; 2010.
32. Trinidad and Tobago, Ministry of Social Development. National Secondary Schools Survey Report 2006. Port of Spain: Ministry of Social Development; 2006.