



Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Mestrado e Doutorado Acadêmico



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM SAUDE COLETIVA - PPGSC
DEPARTAMENTO DE SAUDE

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE PÚBLICA MATERNO-
INFANTIL: o caso do Haiti**

MISCHMANNA BAZELAIS

FEIRA DE SANTANA, BA.
2023

MISCHMANNA BAZELAIS

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE PÚBLICA MATERNO-
INFANTIL: o caso do Haiti**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana, na linha de pesquisa Políticas, Planejamento, Avaliação de Sistemas, Serviços e Programas de Saúde para fins de obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Torres Peixoto

FEIRA DE SANTANA, BA.
2023

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

B348p Bazelais, Mischmanna
Planejamento de saúde pública materno-infantil: o caso do Haiti
/ Mischmanna Bazelais. –,2023.
164f.: il.

Orientador: Marcelo Torres Peixoto
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2023.

I. Planejamento em Saúde materno-infantil - Haiti. 2. Mortalidade infantil. 3. Sistema de Saúde. 4. Postulado de Coerência de Mario Testa I. Peixoto, Marcelo Torres, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 614:616-089

Tatiane Souza Santos - Bibliotecária CRB5/1634

MISCHMANNA BAZELAIS

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE PÚBLICA MATERNO-
INFANTIL: o caso do Haiti**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana, na linha de pesquisa Políticas, Planejamento, Avaliação de Sistemas, Serviços e Programas de Saúde para fins de obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, BA, Brasil, 26 de junho de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo Torres Peixoto - Orientador
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Profª Drª. Gisélia Santana Souza
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Profª Drª. Thais Regis Aranha Rossi
Universidade do Estado da Bahia (UNEB)

Suplente

Prof. Dr. Marcel Lautenschlager Arriaga
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

*Dedico o resultado desse trabalho aos que me deram a vida:
Pai, **Joseph Prucien Bazelaïs** (in memoriam) e Mãe, **Victoire
Jussaint** depois de Deus.*

Mensagem

Salmos 37:4 *Deleita-te também no Senhor, e Ele te concederá o que deseja o teu coração.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Jesus, meu Deus Fiel-Pai, Filho e Espírito Santo.

De forma especial agradeço também à minha família, que mesmo distantes me incentivam e me encorajam.

Ao orientador, prof. **Dr. Marcelo Torres Peixoto** pela sua parcimônia um agradecimento especial por acreditar em minha capacidade e aos amigos que obtive durante o período de formação.

Agradeço à professora **Dr^a Evanilda Souza de Santana Carvalho** e ao professor **Dr. Carlos Alberto Lima da Silva** pelo apoio.

Agradeço à profa. **Dr^a Thereza Coelho** que me ajudou no início deste trabalho.

Agradeço aos colegas de curso pela troca de experiências, em especial às amigas **Zannety** e **Edna** pelo incentivo, orientações e partilha de conhecimentos.

Agradeço a todos aqueles que contribuíram para a conclusão deste trabalho no ambiente acadêmico, à Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) em todos os seus setores, de forma especial agradeço aos gestores do curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), do período em que o curso foi realizado, bem como aos funcionários da secretaria **Sr. Jorge** e **Sra. Goreth**.

Agradeço à Assessoria Especial de Relações Institucionais (AERI) da UEFS pelo suporte desde a nossa chegada à Feira de Santana (Bahia-Brasil).

Agradeço ao Programa Bolsas Brasil – PAEC OEA - GCUB, que amparado pelo Acordo de Cooperação entre a Organização dos Estados Americanos (OEA) e o Grupo de Cooperação Internacional de Universidades Brasileiras (GCUB), me deu oportunidade de participar da seleção do Mestrado.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento e apoio enquanto pesquisadora e pós-graduanda, e pelo apoio através do fomento à pesquisa no Brasil.

Agradeço à Igreja Batista Ebenezer do bairro Feira 6 em Feira de Santana/BA pelos momentos de oração e fortalecimento espiritual.

Agradeço a todas as pessoas brasileiras, baianas e feirenses que de um jeito direto ou indireto colaboraram com minha permanência neste curso.

RESUMO

Esta dissertação tem por objetivo geral analisar a coerência dos documentos que estabelecem o planejamento em saúde materno-infantil no Haiti, segundo o arcabouço teórico do Postulado de Coerência de Mario Testa. Estudo de caso onde coleta de dados aconteceu através dos documentos que regem juridicamente e orientam à atenção do Sistema Nacional de Saúde do Haiti: Constituição Nacional de 1987, Plano Estratégico Nacional de Reforma do Setor Saúde do Haiti 2005-2010, Plano Diretor de Saúde do Haiti 2012-2022 e Relatórios Estatísticos anuais 2012-2021. A análise dos dados foi fundamentada pelo Postulado de Coerência de Mário Testa. Os resultados num primeiro momento, discute as características do Sistema de Saúde do Haiti e, num segundo momento, traz um artigo sobre o Planejamento Público em Saúde Materno-infantil no Haiti que analisa a coerência entre os documentos governamentais segundo postulado de Mário Testa. A pesquisa mostra que existe coerência entre os documentos que estabelecem as políticas do planejamento em saúde materno-infantil no Haiti e o modelo de planejamento adotado tem elementos participativos. É possível de acordo com o Postulado de Coerência de Mario Testa, observar que os propósitos estão bem estabelecidos pelo governo, o método tem suas diretrizes descritas e a organização também apresenta elementos favoráveis a saúde materno-infantil, entretanto a evolução dos indicadores de morbi-mortalidade materno-infantil no Haiti, sinalizam que a oferta de serviços ainda é insuficiente para responder às necessidades do país. As contribuições desta pesquisa podem contribuir para a relexão sobre os planos de intervenção das políticas públicas de saúde do Haiti, particularmente no âmbito da saúde materno-infantil e, dessa forma, trazer elementos científicos para o debate público sobre a morbi-mortalidade materno-infantil, podendo apontar caminhos a serem construídos para diminuir as iniquidades na luta pela garantia do direito a saúde para a população haitiana.

Palavras-chaves: Sistema de Saúde, Planejamento em Saúde, Saúde materno-infantil, Mortalidade materno-infantil.

ABSTRACT

This dissertation has the general objective of analyzing the coherence of the documents that establish planning in maternal and child health in Haiti, according to the theoretical framework of the Postulate of Coherence by Mario Testa. Case study where data collection took place through the documents that legally govern and guide the attention of the National Health System of Haiti: National Constitution of 1987, National Strategic Plan for Reform of the Health Sector of Haiti 2005-2010, Master Plan of Health of Haiti 2012-2022 and Annual Statistical Reports 2012-2021. Data analysis was based on Mário Testa's Postulate of Coherence. The results, at first, discuss the characteristics of the Health System in Haiti and, in a second moment, bring an article on Public Planning in Maternal and Child Health in Haiti that analyzes the coherence between government documents according to Mário Testa's postulate. The research shows that there is coherence between the documents that establish planning policies in maternal and child health in Haiti and the adopted planning model has participatory elements. It is possible, according to Mario Testa's Postulate of Coherence, to observe that the purposes are well established by the government, the method has its guidelines described and the organization also presents elements favorable to maternal and child health, however the evolution of morbidity indicators maternal and child mortality in Haiti, indicate that the provision of services is still insufficient to respond to the needs of the country. The contributions of this research can contribute to reflection on the intervention plans of public health policies in Haiti, particularly in the field of maternal and child health and, in this way, bring scientific elements to the public debate on maternal and child morbidity and mortality, being able to point out ways to be built to reduce inequities in the struggle to guarantee the right to health for the Haitian population.

Keywords: Health System, Health Planning, Maternal and Child Health, Maternal and Child Mortality.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDI	Gestão integrada de doenças infantis
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
ANC4	Antenatal Consultations
APS	Atenção Primária à Saúde
ARV	Antirretrovirais
BCG	Bacilo Calmette – Guérin
CAL	Centros de Saúde com Leitos
CAREP	Care for Suspected Acute Respiratory infection
CCC	Centro de Consenso de Copenhagen
CENDES	Centro Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CNN	Cable News Network
CPPS	Centro Panamericano de Planejamento de Saúde
CSL	Centros de Saúde sem Leitos
DFPSm	Satisfied Demand for Family Planning
DHS	Demographic and Health Surveys

DPT3	Difteria, tétano e coqueluche (tríplice)
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EDS	Enquete Demográfico e de Saúde
EMMUS	Enquete de Morbidade e Mortalidade e Utilização dos Serviços
EPSSS	Évaluation des Prestations des Services de Soins de Santé
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESP	Escuta e Solidariedade Protestante
HCR	Hospitais Comunitários de Referência
ICEH	International Center for Equity in Health
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IRA	Insuficiência Respiratória Aguda
MICS	Enquetes de Cluster de Indicadores Múltiplos
MS	Ministério da Saúde
MSPP	Ministério da Saúde Pública e População
NV	Nascidos vivos
OAS	Organization of American States
OBGYN	Obstetrícia e Ginecologia
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis
OEV	Crianças Órfãs e Vulneráveis
Ofatma	Caixa de Seguro de Acidentes de Trabalho, Doenças e Maternidade
OMS	Organização Mundial da Saúde

ONG	Organização não governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
OSC	Organização da Sociedade Civil
PASW	Predictive Analytics Software for Windows
PCIME	Atenção Integrada de Doenças da Infância
PDS	Plano Diretor de Saúde
PENRSS	Plano Estratégico Nacional de Reforma do Setor Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PEV	Programa Ampliado de Vacinação
PIB	Produto Interno Bruto
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPGE	Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
PTME	Prevenção da transmissão de mãe para filho
RAA	Reumatismo Articular Agudo
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RN	Recém-nascido
RR	Rubéola e sarampo
SBA	Skilled Birth Attendance
SOG	Cuidados Obstétricos Gratuitos
SOU	Cuidados Obstétricos de Urgência
SRO	Sais de Reidratação Oral

SSH	Sistema de Saúde Haitiano
SSPE	Serviços de Saúde da Primeira Escala
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UAS	Unidades Distritais de Saúde
UCS	Unidades Comunais de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UHC	Universal Health Coverage
UHS	Universal Health Systems
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Postulado de coerência em diversos países latino-americanos	64
Figura 2. Postulado de Coerência de Mário Testa.	75
Figura 3. Contextualização da criação do Sistema de Saúde do Haiti a partir da Constituição	77
Figura 4. Sistema de Saúde do Haiti, 2020	78
Figura 5. Modelo de Cuidados de saúde atual por nível de resolução no Haiti	79
Figura 6. Níveis do Sistema de Saúde do Haiti	81
Figura 7. Evolução da Magnitude característica da atividade econômica nacional de 2014 a 2019	89
Figura 8. Estrutura atual do financiamento do Sistema de Saúde do Haiti	90

LISTA DE FIGURAS DO ARTIGO

Figura 1: Nuvem de palavras da codificação da Constituição – Feira de Santana – Bahia – Brasil, 2023.	96
Figura 2: Nuvem de palavras da codificação do Plano Diretor – Feira de Santana – Bahia – Brasil, 2023.	97
Figura 3: Nuvem de palavras da codificação do Plano Estratégico – Feira de Santana – Bahia – Brasil, 2023.	97
Figura 4: Códigos de Análise dos documentos conforme Postulado de Coerência - 2023	98

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição das instituições sanitárias por categoria, 2021

83

LISTA DE GRÁFICOS DO ARTIGO

Gráfico 1. Série histórica de mortalidade materna institucional no Haiti 2012-2021.	110
Gráfico 2. Série histórica da Taxa de cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano por tipo de vacina (RR e BCG) no Haiti 2012-2021.	111
Gráfico 3. Índice de visitas pós-natais domiciliares por período de realização, por departamento no Haiti %.	112
Gráfico 4. Série histórica do total de consultas clínicas de pré-natal no terceiro trimestre no Haiti 2012-2021.	113
Gráfico 5. Série histórica da ocorrência de partos institucionais no Haiti 2012-2021.	114

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Busca de dados para construção de Estado da arte sobre o objeto – 2023.	30
Quadro 2. Síntese do Estado da Arte sobre o objeto – 2023.	30
Quadro 3. Distribuição da população por sexo e departamento no ano de 2021- Haiti.	69
Quadro 4. Distribuição dos profissionais de saúde por departamento no ano de 2021- Haiti	69
Quadro 5. Documentos das políticas de saúde do Haiti -2022	71
Quadro 6. Formulário para coleta de dados dos documentos segundo Postulado de Coerência de Mario Testa – 2022/2023 – Feira de Santana – BA- Brasil	72
Quadro 7. Distribuição das instituições sanitárias por departamentos, 2011.	82

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	20
2.	OBJETIVOS	25
3.	ESTADO DA ARTE SOBRE SAÚDE PÚBLICA MATERNO-INFANTIL NO HAITI	26
4.	REFERENCIAL TEÓRICO	49
4.1	Sistema Nacional de Saúde: concepções teóricas	49
4.2	Planejamento em Saúde	55
4.2.1	Conceito e histórico do planejamento em saúde na América Latina	56
4.2.2	Planejamento em saúde: normativo e estratégico	57
4.2.3	Postulado de coerência de Mário Testa	61
4.3	Saúde Materno-infantil no Haiti	65
5	METODOLOGIA	68
5.1	Tipo de Estudo	68
5.2	Campo do Estudo	68
5.3	Coleta de Dados	70
5.4	Análise de Dados	73
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	76
6.1	Sistema de Saúde do Haiti	76
6.2	Artigo: Planejamento em Saúde Materno-infantil no Haiti: análise de coerência dos documentos governamentais segundo postulado de Mario Testa	90
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
	REFERÊNCIAS	120
	APENDICES	130

1. INTRODUÇÃO

O Haiti é uma República, indivisível, soberana, independente, cooperativa, livre, democrática e Social. O Artigo 19 da Constituição Haitiana de 1987 estipula que "o Estado tem a obrigação imperativa de garantir o direito à vida, à saúde, ao respeito pela pessoa humana, a todos os cidadãos sem distinção, de acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos". Além disso, no Artigo 23, tem-se que "o Estado tem a obrigação de fornecer a todos os cidadãos de todas as autarquias locais os meios adequados para garantir a proteção, manutenção e restabelecimento da sua saúde através da criação de hospitais, centros de saúde e dispensários" (HAITI, 1987).

As políticas de saúde possuem características específicas em cada país, pois os contextos são diferenciados, as culturas, as formas de gestão dos sistemas. Sistemas de saúde são estruturas que fornecem às pessoas condições de enfrentar os riscos inerentes à sociedade, como adoecer e precisar de assistência, visto que pela própria condição social elas não conseguiriam. Os sistemas têm a finalidade de oferecer bens e serviços para os indivíduos preservarem sua saúde ou recuperarem-na em caso de doenças (GIOVANELLA et al., 2015).

O Sistema de Saúde Haitiano (SSH) é composto por um setor público e um setor privado. O primeiro é composto pelo Ministério da Saúde Pública e População (MSPP) e pela Caixa de Seguro de Acidentes de Trabalho, Doenças e Maternidade (Ofatma). O setor privado inclui seguros e prestadores de serviços de saúde privados. Estes últimos compreendem provedores que oferecem serviços com fins lucrativos e Organizações da Sociedade Civil (OSC), que oferecem serviços de saúde sem fins lucrativos. O MSPP oferece serviços básicos à população não assalariada (95% da população total), enquanto o Ofatma oferece seguro contra acidentes de trabalho, doenças e maternidade para trabalhadores do setor formal privado e público (FENE; GOMEZ-DANTES ; LACHAUD, 2020).

O Ministério da Saúde Pública e População é o principal responsável pelo planejamento e implementação da Política Nacional de Saúde (PNS) e do Plano Diretor de Saúde (PDS) sob a autoridade do Governo, dada a natureza multisetorial dos problemas de saúde. O PDS é um instrumento de referência para operadores, parceiros e responsáveis envolvidos no setor saúde implementarem a PNS, resultante do período de 2012-2022.

Nesse sentido, percebe-se que o MSPP constrói suas ações envolvendo os atores sociais de diferentes contextos. Jesus e Assis (2011) discutem que o planejamento deve possuir essência instrumental, mas precisa valorizar a subjetividade das pessoas envolvidas na operacionalização das ações e estratégias, em uma construção histórica, mantendo a perspectiva crítica e promovendo comunicação entre os pares.

A gestão de saúde pública no Haiti apresenta inúmeros desafios principalmente no tocante à percepção das necessidades da população e os serviços oferecidos pelo Estado. Nas últimas décadas, as epidemias globais tiveram impacto significativo no Haiti, como também os desastres naturais de grandes proporções, a exemplo do terremoto de 2010, que ainda impõe dependência à países expoentes no cenário internacional. Tudo isso tem impacto na qualidade dos serviços na área de saúde e na garantia do direito à saúde. Nota-se que a população haitiana que constitui um total de 11.887.456 habitantes (MSPP, 2021), ainda enfrenta a escassez e a dificuldade de acesso ao sistema de saúde.

Além disso, de acordo com o Plano Diretor de Saúde, há poucos dispensários (ambulatorios) e hospitais construídos, ausência de centros de saúde bem equipados no nível municipal, falta de profissionais qualificados, ou mesmo farmácias ao alcance dos camponeses. A maioria das áreas é apoiada principalmente por microprojetos entre o Estado haitiano e outras organizações estrangeiras e agentes locais que intervêm com poucos meios com a população (MSPP, 2012).

Nesse contexto, embora existam ações de saúde voltadas para a maternidade e puerpério, a mortalidade materno-infantil continua sendo um grande problema e um desafio a ser vencido para as autoridades de saúde que não cumprem plenamente suas responsabilidades na prestação de serviços à população. Morte materna é definida "como a morte de uma mulher, ocorrida durante a gestação, parto ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, por qualquer causa relacionada com a gravidez, não incluídas causas acidentais ou incidentais" (BRASIL, 2020, p. 2) e a mortalidade infantil definida pelo número de mortes em menores de 01 ano para cada mil nascidos vivos (FRIAS et al., 2011). Assim, a extrema pobreza do país se reflete nos indicadores sociais e a qualidade do sistema de saúde se reflete em seus índices básicos de saúde, é possível perceber as diferenças nos indicadores, comparando os números apresentados pelos países. O fortalecimento das atividades em prol da saúde materno-

infantil, o monitoramento do estado nutricional básico da mulher e da criança e o aumento a resiliência do setor da saúde são urgentes.

De acordo com o relatório estatístico de 2020, no continente americano, o Haiti é um dos países com alto índice de mortalidade materna 529 por 100.000 nascidos vivos no período de 7 anos anterior a Enquete de Morbidade e Mortalidade e Utilização dos Serviços (EMMUS-VI - 2016-2017) e a mortalidade infantil, também alta, é de 59 óbitos por 1.000 nascidos vivos no período de 5 anos anterior ao mesmo inquerito epidemiológico (MSPP, 2020).

Dados do relatório estatístico de ano de 2021, mostram uma razão de mortalidade materna hospitalar de 168,2 por 100.000 partos de acordo com a EMMUS - VI, a taxa mais alta da região. Entre os anos de 2015 a 2021, na população haitiana, não houve mudanças significativas na situação geral de saúde, incluindo as taxas de mortalidade maternal e infantil que continuam elevadas (MSPP, 2021).

Esses dados revelam a necessidade de ações estratégicas para a redução da mortalidade materna e infantil no Haiti e, para implementar estas ações é muito importante o planejamento. Para Ferreira, Silva, Miyashiro (2017), o ato de planejar envolve intervenções contexto continuamente, agregando métodos e instrumentos para programar as ações, para decidir sobre os processos de trabalho, demonstrando assim o modelo de gestão assumido.

O planejamento das ações de saúde é definido em documentos oficiais dos órgãos responsáveis pelas políticas no governo. O planejamento, para Mário Testa, é uma prática social e como tal uma prática histórica (GIOVANELLA, 1990). Isso significa que as categorias utilizadas no planejamento precisam ser contextualizadas a partir da realidade social na qual se quer atuar. Segundo Testa, a transposição sem a devida recontextualização das categorias do planejamento normativo, utilizadas nos países socialistas, para sociedades capitalistas sub-desenvolvidas e dependentes tirou eficácia desse método de planejamento e provocou o fracasso das primeiras propostas para o planejamento de saúde na América Latina (GIOVANELLA, 1989).

O postulado de coerência de Mário Testa de 1992, trata da coerência que deve existir entre os propósitos construídos por um governo ou programa, métodos para implementação e as organizações responsáveis pelas ações de operacionalização. Em Ciências Sociais essa relação de coerência vem pela determinação - força positiva que impõe limites ao fenômeno e o condicionamento - força negativa que não permite que o fenômeno ocorra fora daqueles limites estabelecidos (LINS; CECÍLIO, 1998).

Diante do exposto, surge a seguinte questão de pesquisa: Existe coerência entre os documentos que norteiam as políticas e o planejamento das ações de saúde materno-infantil no Haiti?

Este estudo possui relevância, porque a efetividade das ações de saúde está relacionada à coerência entre as políticas públicas em saúde e o planejamento. Um dos elementos pode contribuir para os altos indicadores de mortalidade materno-infantil no Haiti, é reflexo de falhas no processo de planejamento e gestão, identificar as incoerências deste processo, mesmo que em um estudo documental, pode permitir sugerir novas estratégias para o planejamento, o acompanhamento e avaliação das políticas públicas voltadas para as mulheres e crianças haitianas.

A pesquisa se justifica ainda pelos dados da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), que mostram como são altos os índices de mortalidade materna, pois no mundo, aproximadamente 830 mulheres morrem diariamente por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto e geralmente são mortes que poderiam ser evitadas, mas que ocorrem principalmente em locais com poucos recursos (OPAS, 2022,). Estima-se que hemorragias, eclampsia, aborto e septicemia são as principais causas de mortalidade materna no Haiti e isso possui relação com a fragilidade do sistema de saúde e dificuldades financeiras para o acesso, pois existe o pagamento direto por serviços de assistência obstétrica, exceto o SOG - Cuidados Obstétricos Gratuitos (OPAS, 2012).

A escolha desse tema aconteceu, por ser profissional de saúde, enfermeira e já ter atuado em centros de saúde e hospitais, vivenciando muitas experiências difíceis de atendimento a crianças e mulheres com problemas de saúde e que morriam por situações que poderiam ser evitadas, se houvesse a equidade de direitos na população do Haiti. As mortes maternas e infantis aconteceram muitas vezes por barreiras financeiras e geográficas no acesso aos serviços de saúde, o que me deixou inquieta e indignada, buscando entender melhor a forma de planejamento e implementação das políticas de saúde direcionadas a mulheres e crianças, como as decisões eram tomadas diante das necessidades das pessoas, e o porquê da falta de recursos para o sistema de saúde do país nos mais diversos níveis.

Espera-se que este estudo possa contribuir com as políticas públicas de atenção à saúde da mulher e da criança, incentivando reflexões a respeito dos documentos principais que regulamentam a saúde do Haiti, respaldando o planejamento e gestão das políticas de saúde e

plano diretor para os anos futuros. Por fim, pretendo divulgar os resultados nos setores de saúde, governo para juntos pensarmos soluções para este problema.

2. OBJETIVOS

Geral

Analisar a coerência dos documentos que estabelecem o planejamento em saúde materno-infantil no Haiti, segundo o arcabouço teórico do Postulado de Coerência de Mario Testa.

Específicos

- Compreender os propósitos, a organização e os métodos utilizados para o planejamento do cuidado Materno-infantil no Sistema da Saúde do Haiti;
- Analisar a evolução dos indicadores da saúde Materno-infantil 2012-2021.

3. ESTADO DA ARTE SOBRE SAÚDE PÚBLICA MATERNO-INFANTIL NO HAITI

A Saúde Pública Materno-infantil no Haiti é um tema que ainda precisa de aprofundamento científico, visto que são poucos os estudos encontrados em bases de dados no Brasil e no mundo.

Para a construção do estado da arte sobre a Saúde pública materno-infantil no Haiti, foi determinado o período de 2018-2023, as seguintes bases eletrônicas foram pesquisadas: Pubmed, Scielo, Cochrane, Lilacs e Google Acadêmico; a escolha pelos últimos cinco anos se deu porque a estratégia de busca definida encontrou uma quantidade grande artigos com a temática em geral, porém, poucos se referiam ao Haiti; então haveria um gasto maior de tempo para a seleção do objeto de estudo, quando na verdade reduzindo aos anos de 2018 a 2023, foi mais objetiva a busca e o achado sobre o país estudado. Como estratégia de busca foi utilizada a seguinte combinação com os termos correspondentes em espanhol, inglês e em francês: “planejamento em saúde” OR “saúde materno-infantil” OR “mortalidade materno-infantil” AND “Haiti”.

O quadro 1 apresenta as bases de dados pesquisadas, a quantidade de artigos encontrados e os selecionados, com seus títulos.

Quadro 1. Busca de dados para construção de Estado da arte sobre o objeto – 2023.

Base de dados	Quantidade encontrada	Artigos (títulos)
Pubmed	32 encontrados 09 selecionados	1. Bouilly R, Gatica-Domínguez G, Mesenburg M, Cáceres Ureña FI, Leventhal DGP, Barros AJD, Victora CG, Wehrmeister FC. Maternal and child health inequalities among migrants: the case of Haiti and the Dominican Republic. Rev Panam Salud Publica. 2020 Nov 20;44:e144. doi: 10.26633/RPSP.2020.144. eCollection 2020. PMID: 33245298 Free PMC article. 2. Ahmed T, Robertson T, Vergeer P, Hansen PM, Peters MA, Ofosu AA, Mwansambo C, Nzelu C, Wesseh CS, Smart F, Alfred JP, Diabate M, Baye M, Yansane ML, Wendrad N, Mohamud NA, Mbaka P, Yuma S, Ndiaye Y, Sadat H, Uddin H, Kiarie H, Tsihory R, Mwinnyaa G, de Dieu Rusatira J, Amor Fernandez P, Muhoza P, Baral P, Drouard S, Hashemi T, Friedman J, Shapira G. Healthcare utilization and maternal and child mortality during the COVID-19 pandemic in 18 low- and middle-income countries: An interrupted time-series analysis with mathematical modeling of administrative data. PLoS Med. 2022 Aug 30;19(8):e1004070. doi: 10.1371/journal.pmed.1004070. eCollection 2022 Aug. PMID: 36040910 Free PMC article.

		3. Chakraborty NM, Sprockett A. Use of family planning and child health services in the private sector: an equity analysis of 12 DHS surveys. Int J Equity Health. 2018 Apr 24;17(1):50. doi: 10.1186/s12939-018-0763-7. PMID: 29690902 Free PMC article. 4. Ramadan M, Gutierrez JC, Feil C, Bolongaita S, Bernal O, Villar Uribe M. Capacity and quality of maternal and child health services delivery at the subnational primary healthcare level in relation to intermediate health outputs: a cross-sectional study of low-income and middle-income countries. BMJ Open. 2023 Jan 31;13(1):e065223. doi: 10.1136/bmjopen-2022-065223. PMID: 36720573 Free PMC article. 5. Kemp CG, Sorensen R, Puttkammer N, Grand'Pierre R, Honoré JG, Lipira L, Adolph C. Health facility readiness and facility-based birth in Haiti: a maximum likelihood approach to linking household and facility data. J Glob Health Rep. 2018;2:e2018023. doi: 10.29392/joghr.2.e2018023. Epub 2018 Sep 8. PMID: 31406933 Free PMC article. 6. Sripad P, Casseus A, Kennedy S, Isaac B, Vissieres K, Warren CE, Ternier R. "Eternally restarting" or "a branch line of continuity"? Exploring consequences of external shocks on community health systems in Haiti. J Glob Health. 2021 Mar 10;11:07004. doi: 10.7189/jogh.11.07004. PMID: 33763218 Free PMC article. 7. Macarayan EK, Gage AD, Doubova SV, Guanais F, Lemango ET, Ndiaye Y, Waiswa P, Kruk ME. Assessment of quality of primary care with facility surveys: a descriptive analysis in ten low-income and middle-income countries. Lancet Glob Health. 2018 Nov;6(11):e1176-e1185. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30440-6. PMID: 30322648 Free PMC article. 8. Mukherjee JS, Mugunga JC, Shah A, Leta A, Birru E, Oswald C, Jerome G, Almazor CP, Satti H, Yates R, Atun R, Rhatigan J, Gottlieb G, Farmer PE. A practical approach to universal health coverage. Lancet Glob Health. 2019 Apr;7(4):e410-e411. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30035-X. PMID: 30879502 No abstract available. 9. Karyadi E, Reddy JC, Dearden KA, Purwanti T, Mardewi, Asri E, Roquero LB, Juguan JA, Sapitula-Evidente A, Anand B, Warvadekar K, Bhardwaj A, Alam MK, Das S, Nair GK, Srivastava A, Raut MK. Antenatal care is associated with adherence to iron supplementation among pregnant women in selected low-middle-income-countries of Asia, Africa, and Latin America & the Caribbean regions: Insights from Demographic and Health Surveys. Matern Child Nutr. 2023 Jan 27:e13477. doi: 10.1111/mcn.13477. Online ahead of print. PMID: 36705031
Scielo	00	-----
Cochrane	00	-----

Lilacs	00	-----
Google acadêmico	240 encontrados 14 selecionados	1. Calle-Munzón, J. S. ., Mesa-Cano, I. C. ., Ramírez-Coronel, A. A. ., & Moyano-Brito, E. G. . (2021). Factores de riesgo de mortalidad neonatal: revisión sistemática. Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E Investigación, 5(40), 312–329. https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol5iss40.2021pp312-329 2. Castro A, Samuel Z. Challenges posed by the COVID-19 pandemic in the health of women, children, and adolescents in Latin America and the Caribbean. United Nations Development Program (UNDP). UNDP Latin America and the Caribbean #COVID19 Policy documents series, 2020. Available to: https://pancap.org/pc/pcc/media/pancap_document/undp-rblac-CD19-PDS-Number19-UNICEF-Salud-EN.pdf 3. Ribeiro AB. Grupos de educação em saúde e morbimortalidade da maternidade: uma revisão integrativa. 2020. 99f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG. Disponível em: https://bdtd.unifal-mg.edu.br:8443/handle/tede/1702 4. Gomes ACR. Barreiras para o acesso aos serviços de aborto legal na América Latina e Caribe: uma revisão sistemática qualitativa. 2021. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-09092021-095404/. 5. Batista DRR, Gugelmin SA, Muraro AP. Acompanhamento pré-natal de mulheres brasileiras e haitianas em Mato Grosso. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 18 (2) Apr-Jun 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1806-93042018000200005 6. Meira CAR, Buccini GS, Azeredo CM, Conde WL, Rinaldi AEM. Barriers to meeting the Global Nutrition Target 2025 for Exclusive Breastfeeding: an analysis of three decades (1990, 2000, 2010) in six Latin American and Caribbean countries. 2021. Research Square. Available to: https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-779094/v. 7. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. J Pediatr (Rio J). 2013;89(2):131–136. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.03.005 8. Ca AB, Dabo C, Maciel NS, Monte AS, Sousa LB, Chaves AFL, Costa CC. Lacunas da assistência pré-natal que influenciam na mortalidade materna: uma revisão integrativa. Rev. Enferm. Atual In Derme [Internet]. 2022; 96(38):e-021257. Disponível em: https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1372 9. Geller J, Starrs M, Bartholomew A, Kaliszak S, Kessenich J. The Health of Haitian Schoolchildren: Longitudinal Effect of Annual Visits on Growth. Journal of Refugee & Global Health. 2021. (4)1,

		Artigo 2.DOI: https://doi.org/10.55504/2473-0327.1070 10. Alvarez AMR, Jauregui B. Avanços rumo a um enfoque amplo de imunização materna e neonatal nas Américas. Rev Panam Salud Publica. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.159 11. Santos MN. Prevalência do aleitamento materno exclusivo e sua associação com trabalho materno em países da América Latina. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2020. DOI http://doi.org/10.14393/ufu.di.2020.3615. 12. Moi-meme PJ. Os planos nacionais de saúde do brasil e do haiti: análise com base nas funções essenciais de saúde pública. 2017. 163f. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/165489 13. Baptiste CJ. Família e fecundidade no haiti: uma análise comparativa entre 1994-95 e 2016-17. 146f. 2019. Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/1094801 14. Meneghel SN, Schramm JMA, Ferla AA, Cecim RB. Formação em epidemiologia e vigilância da saúde: cooperação tripartite Brasil-Cuba-Haiti. Hist. cienc. Saude - Manguinhos 23 (2); 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000200009
--	--	---

Com a utilização dos descritores foram selecionados 23 artigos. Alguns dos artigos selecionados apontam que as mulheres e crianças no Haiti adoecem e morrem por muitas situações que poderiam ser evitadas.

O estado da arte identificou os seguintes temas principais sobre a saúde pública materno-infantil no Haiti: a assistência pré-natal, o aleitamento materno, cobertura e as desigualdades nas intervenções de saúde materno-infantil entre haitianos (QUADRO 2).

Quadro 2. Síntese do Estado da Arte sobre o objeto – 2023.

Título	Objetivo	Método	Resultados principais sobre o objeto
1. Bouilly R, Gatica-Domínguez G, Mesenburg M, Cáceres Ureña FI, Leventhal DGP, Barros AJD, Victora CG, Wehrmeister FC. Maternal and child health inequalities among migrants: the case of Haiti and the Dominican Republic. Rev Panam Salud Publica. 2020 Nov 20;44:e144. doi: 10.26633/RPSP.2020.144. eCollection 2020. PMID: 33245298 Free PMC article.	Avaliar a cobertura e as desigualdades nas intervenções de saúde materno-infantil entre haitianos, migrantes haitianos na República Dominicana e dominicanos.	Estudo transversal	Os haitianos apresentaram a menor cobertura para demanda de planejamento familiar (44,2%), atendimento pré-natal (65,3%), assistência qualificada ao parto (39,5%); enquanto os migrantes haitianos tiveram a menor cobertura em DPT3 (44,1%) e sais de reidratação oral para diarreia (38%).
2. Ahmed T, Robertson T, Vergeer P, Hansen PM, Peters MA, Ofosu AA, Mwansambo C, Nzelu C, Wesseh CS, Smart F, Alfred JP, Diabate M, Baye M, Yansane ML, Wendrad N, Mohamud NA, Mbaka P, Yuma S, Ndiaye Y, Sadat H, Uddin H, Kiarie H, Tsihory R, Mwinnyaa G, de Dieu Rusatira J, Amor Fernandez P, Muhoza P, Baral P, Drouard S, Hashemi T, Friedman J, Shapira G. Healthcare utilization and maternal and child mortality during the COVID-19 pandemic in 18 low- and middle-income countries: An interrupted time-series analysis with	Estima as reduções na utilização de serviços essenciais de saúde em países de baixa e média renda e projeta a mortalidade indireta causada pela pandemia	Projeto de série temporal interrompida	Nos 18 países, estimamos um declínio médio no volume de OPD de 13,1% e declínios médios de 2,6% a 4,6% para serviços maternos e infantis. Projetamos que as reduções na utilização de serviços essenciais de saúde entre março de 2020 e junho de 2021 foram associadas a 113.962 mortes em excesso (110.686 crianças menores de 5 anos e 3.276 mães), representando aumentos de 3,6% e 1,5% na mortalidade infantil e materna, respectivamente. O maior declínio em consultas ambulatoriais de 40% é estimado para Bangladesh, seguido por 25% no Haiti e no Quênia. Estima-se que Haiti, Quênia, Nigéria, Serra Leoa e Uganda

mathematical modeling of administrative data. PLoS Med. 2022 Aug 30;19(8):e1004070. doi: 10.1371/journal.pmed.1004070. eCollection 2022 Aug. PMID: 36040910 Free PMC article.			também tenham aumentos de mortalidade infantil de 5% ou mais.
3. Chakraborty NM, Sprockett A. Use of family planning and child health services in the private sector: an equity analysis of 12 DHS surveys. Int J Equity Health. 2018 Apr 24;17(1):50. doi: 10.1186/s12939-018-0763-7. PMID: 29690902 Free PMC article.	Entender onde indivíduos de diferentes níveis de riqueza procuram atendimento. Entender especificamente onde as pessoas procuram serviços de saúde reprodutiva, materna e infantil.	Análise de dados de pesquisas demográficas e de saúde de Bangladesh, Camboja, RDC, República Dominicana, Gana, Haiti, Quênia, Libéria, Mali, Nigéria, Senegal e Zâmbia. Análises descritivas ponderadas.	A taxa de prevalência de contraceptivos modernos variou de 8,1% a 52,6% entre os países, geralmente aumentando com o aumento da riqueza dentro dos países. Para mulheres relativamente ricas em todos os países, exceto Gana, Libéria, Mali, Senegal e Zâmbia, o setor privado foi a fonte dominante. Em todos os países, as mulheres eram mais propensas a usar o setor público para métodos contraceptivos reversíveis permanentes e de longa duração. As taxas gerais de prevalência de diarreia e febre/IRA foram semelhantes e geralmente não associadas à riqueza. A maioria das crianças doentes no Haiti não procurou tratamento para diarreia ou febre/IRA, enquanto mais de 40% das crianças com tosse ou febre não procuraram tratamento na RDC, Haiti, Mali e Senegal. De todas as crianças que procuraram atendimento para diarreia, mais da metade procurou o setor público e pouco mais de 30% procurou

			o setor privado.
4. Ramadan M, Gutierrez JC, Feil C, Bolongaita S, Bernal O, Villar Uribe M. Capacity and quality of maternal and child health services delivery at the subnational primary healthcare level in relation to intermediate health outputs: a cross-sectional study of low-income and middle-income countries. BMJ Open. 2023 Jan 31;13(1):e065223. doi: 10.1136/bmjopen-2022-065223. PMID: 36720573 Free PMC article.	Examinar a capacidade e a qualidade dos serviços de saúde materno-infantil (SMI) no nível subnacional de atenção primária (APS) em 12 países de baixa e média renda (LMICs) e sua associação com resultados intermediários de saúde, como cobertura e acesso aos cuidados.	Estudo transversal observacional usando dados subnacionais combinados de pesquisas de avaliação de prestação de serviços e pesquisas demográficas de saúde de 2007 a 2019.	No geral, o desempenho da APS de moderado a ruim foi observado nos 12 países. De acordo com nossos achados, pesquisas anteriores no Haiti constataram que tanto a qualidade da infraestrutura quanto a qualidade dos serviços prestados estavam associadas ao aumento do uso de serviços de atenção primária, incluindo cuidados pré-natais e vacinação.
5. Kemp CG, Sorensen R, Puttkammer N, Grand'Pierre R, Honoré JG, Lipira L, Adolph C. Health facility readiness and facility-based birth in Haiti: a maximum likelihood approach to linking household and facility data. J Glob Health Rep. 2018;2:e2018023. doi: 10.29392/joghr.2.e2018023. Epub 2018 Sep 8. PMID: 31406933 Free PMC article.	Caracterizar a prontidão para o parto nas instalações e vinculá-la a partos próximos.	Estudo transversal	Instalações rurais estavam menos prontas do que instalações urbanas para fornecer serviços de entrega. As mulheres que deram à luz em unidades de saúde eram mais jovens, mais educadas, mais ricas, menos propensas a viver em áreas rurais e tinham menos filhos anteriores. Nosso modelo estimou que as instalações rurais espalham sua prontidão em áreas maiores do que as instalações urbanas. A prontidão em nível de cluster foi fortemente associada ao nascimento baseado em instalações, assim como o status socioeconômico.
6. Sripad P, Casseus A, Kennedy S, Isaac B, Vissieres K, Warren CE, Ternier R. "Eternally restarting" or "a branch line of continuity"?	Explorar como os choques contextuais influenciam a funcionalidade e resiliência do	Estudo de abordagem qualitativa indutiva e dedutiva, com revisão	Vários choques – transições políticas, desastres naturais e surtos de doenças – descrevem o cenário humanitário complexo prolongado do Haiti e

Exploring consequences of external shocks on community health systems in Haiti. J Glob Health. 2021 Mar 10;11:07004. doi: 10.7189/jogh.11.07004. PMID: 33763218 Free PMC article.	sistemas comunitários de saúde no Haiti.	documental e entrevistas.	revelam influências distintas na funcionalidade CHS (desafios e facilitadores), resiliência e fatores mediadores (por exemplo, política, financiamento, governança, sistemas paralelos). Consequências de distúrbios civis e bloqueios (transições políticas), deslocamento interno e danos à infraestrutura (desastres naturais) e esgotamento dos meios de subsistência e insegurança alimentar (desastres naturais e surtos de doenças) afetam o funcionamento do CHS.
7. Macarayan EK, Gage AD, Doubova SV, Guanais F, Lemango ET, Ndiaye Y, Waiswa P, Kruk ME. Assessment of quality of primary care with facility surveys: a descriptive analysis in ten low-income and middle-income countries. Lancet Glob Health. 2018 Nov;6(11):e1176-e1185. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30440-6. PMID: 30322648 Free PMC article.	Avaliar se as pesquisas de instalações existentes capturam aspectos relevantes do desempenho da atenção primária e resumir a qualidade da atenção primária em dez países de baixa e média renda.	Estudo com pesquisas de Avaliação de Prestação de Serviços. Cálculo de escores de qualidade compostos e de domínio para unidades de atenção primária de primeiro nível em dez países com dados de avaliação de instalações disponíveis.	Houve lacunas na medição de resultados importantes, como experiência do usuário, resultados de saúde e confiança, e processos como ação oportuna, escolha do provedor, acessibilidade, facilidade de uso, dignidade, privacidade, não discriminação, autonomia e confidencialidade. Nenhuma informação sobre competência de cuidado estava disponível fora da saúde materno-infantil. No geral, as pontuações para a qualidade da atenção primária foram baixas.
8. Mukherjee JS, Mugunga JC, Shah A, Leta A, Birru E, Oswald C, Jerome G, Almazor CP, Satti H, Yates R, Atun R, Rhatigan J, Gottlieb G, Farmer PE. A practical approach to universal health coverage. Lancet Glob Health. 2019 Apr;7(4):e410-e411. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30035-X. PMID: 30879502 No	Não descreve objetivo.	Ensaio	Muitos países permanecem empobrecidos devido a fatores estruturais e ainda não podem se dar ao luxo de prestar cuidados de qualidade a todos os afetados por suas cargas de doenças desproporcionalmente grandes. Parceiros na saúde previsões, juntamente com os líderes locais de saúde no

abstract available.			Lesoto, Haiti, Libéria e Malawi têm sido instrumentos na obtenção de recursos adicionais para suas instalações e distritos. Estabelecimento de metas de cobertura transparentes tem ajudado os conselhos comunitários de saúde, autoridades e funcionários locais para avaliar e apoiar centros de saúde.
9. Karyadi E, Reddy JC, Dearden KA, Purwanti T, Mardewi, Asri E, Roquero LB, Juguan JA, Sapitula-Evidente A, Anand B, Warvadekar K, Bhardwaj A, Alam MK, Das S, Nair GK, Srivastava A, Raut MK. Antenatal care is associated with adherence to iron supplementation among pregnant women in selected low-middle-income-countries of Asia, Africa, and Latin America & the Caribbean regions: Insights from Demographic and Health Surveys. Matern Child Nutr. 2023 Jan 27:e13477. doi: 10.1111/mcn.13477. Online ahead of print. PMID: 36705031	Identificar se a procura de cuidados pré-natais foi associada com a absorção de suplementação de ferro entre mulheres grávidas, ajustando para uma série de covariáveis.	Estudo transversal	Receber pelo menos quatro consultas pré-natais foi significativamente associado ao consumo de 90 ou mais suplementos contendo ferro em 12 países de baixa e média renda em três regiões após o ajuste para diferentes características familiares e respondents.
10. Calle-Munzón, J. S. ., Mesa-Cano, I. C. ., Ramírez-Coronel, A. A. ., & Moyano-Brito, E. G. . (2021). Factores de riesgo de mortalidad neonatal: revisión sistemática. Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E Investigación , 5(40), 312–329.	Examinar estudos empíricos sobre a frequência, causas e fatores associados à mortalidade neonatal.	Revisão sistemática	Após a análise dos dados, fica evidente que a morte neonatal continua sendo um problema de natureza grave e que apesar de sua redução fazer parte dos objetivos do milênio, essas diretrizes ainda não são cumpridas, afetando uma parcela significativa da população

https://doi.org/10.29018/isn.2588-1000vol5iss40.2021pp312-329			população, o que gera sofrimento sob diversos pontos de vista, primeiramente para a família de forma direta, sendo um impacto físico e psicológico para a gestante, lembrando também que ela pode morrer no processo. Como foi documentado ao longo desta revisão, a mortalidade neonatal dos registros avaliados teve uma média de 19,54%.É importante notar que, adicionalmente, as taxas de mortalidade puderam ser documentadas para diferentes populações, o que gera uma variação importante, sendo mais afetada no Nos países em desenvolvimento, nessa mesma ordem de ideias, os relatos das causas diretas de morte neonatal foram diferentes, sendo as mais frequentes: baixo peso ao nascer, infecções durante a gravidez, retardo do crescimento intrauterino, asfixia neonatal e anomalias congênitas.
11. Castro A, Samuel Z. Challenges posed by the COVID-19 pandemic in the health of women, children, and adolescents in Latin America and the Caribbean. United Nations Development Program (UNDP). UNDP Latin America and the Caribbean #COVID19 Policy documents series, 2020. Available to: https://pancap.org/pc/pcc/media/pancap_document/undp-rblac-CD19-PDS-Number19-UNICEF-Salud-EN.pdf 12.	Apresenta estimativas dos efeitos da redução da cobertura dos serviços de saúde no alcance ou manutenção das metas do Objetivo 3 da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável – reduzir a mortalidade materna, neonatal e de menores de 5 anos e garantir o acesso universal a serviços de saúde sexual e	Relatório	Check-ups pré-natais, cuidados obstétricos, cuidados pós-natais, cuidados essenciais ao recém-nascido, imunização, exames de bem-estar para crianças, atendimento clínico para vítimas de violência de gênero, saúde sexual e reprodutiva (incluindo contracepção), tratamento para doenças infecciosas e crônicas e programas de nutrição foram suspensos ou limitados em maior ou menor grau em muitos países. Os programas de vacinação foram parcialmente

	reprodutiva		suspensos no Haiti. Em relação ao aumento estimado da mortalidade maternal com a redução dos serviços, Os 13 países que não cumpriram a meta antes da pandemia (Jamaica, Colômbia, Peru, Guatemala, República Dominicana, Nicarágua, Suriname, Paraguai, Venezuela, Santa Lúcia, Bolívia, Guiana e Haiti) teriam um aumento alarmante que os distanciaria das realizações alcançadas nos últimos 10 ou 20 anos. As internações no Haiti para tratar a desnutrição aguda em crianças diminuíram 73% desde o início da pandemia, de acordo com Dados da UNICEF. A cobertura vicinal no Haiti diminuiu de 67% para 51%. Em junho, foram detectados surtos de doenças imunopreveníveis na Argentina, Brasil, Guatemala, Haiti, México, e Venezuela.
12. Ribeiro AB. Grupos de educação em saúde e morbimortalidade maternal: uma revisão integrativa. 2020. 99f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG. Disponível em: https://bdtd.unifal-mg.edu.br:8443/handle/ede/1702	Buscar e analisar as evidências científicas disponíveis sobre a relação dos grupos de educação em saúde realizados com gestantes de risco habitual com a morbimortalidade maternal.	Revisão integrativa	Altas taxas de analfabetismo entre as mulheres era uma barreira para a realização das tarefas de autocuidado. A falta de espaço suficiente e a alta temperatura ambiente pareciam influenciar o conforto das mulheres. Os consultores nativos fornecem informações únicas que mantêm pesquisadores estrangeiros cientes das questões às quais eles não teriam acesso. A tradução

			fez com que o grupo se sentisse desconectado, o que prejudicou o relacionamento. Assim, as associações percebidas com a figura de pessoas estrangeiras podem se tornar facilitadoras ou prejudicadoras das interações interpessoais.
13. Gomes ACR. Barreiras para o acesso aos serviços de aborto legal na América Latina e Caribe: uma revisão sistemática qualitativa. 2021. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-09092021-095404/.	Sintetizar evidências qualitativas acerca das barreiras enfrentadas por mulheres para acessar os serviços de aborto legal em países da América Latina e Caribe.	Revisão sistemática qualitativa	O Haiti proíbe o acesso ao aborto em qualquer circunstância. Observou-se que barreiras para o acesso aos serviços de aborto legal são mediadas principalmente por fatores sociais e culturais, como a influência do stigma e da religião na maneira que as pessoas lidam com a interrupção da gestação.
14. Batista DRR, Gugelmin SA, Muraro AP. Acompanhamento pré-natal de mulheres brasileiras e haitianas em Mato Grosso. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 18 (2) Apr-Jun 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1806-93042018000200005	Analisar o acompanhamento pré-natal realizado pelas gestantes e brasileiras residentes no estado de Mato Grosso.	Estudo transversal de base secundária, com análise de registros de nascimento do SINASC.	Na análise de dados foram comparadas as características dos nascidos vivos de mães brasileiras e haitianas, perfazendo um total de 164.974 nascimentos avaliados. As mães haitianas apresentaram faixa etária mais elevada no período do parto, contudo com menor escolaridade quando comparadas as mães brasileiras. A história reprodutiva das mulheres haitianas (número de gestação, número de nascidos vivos e filhos mortos) não diferiu das mulheres brasileiras. Quanto ao pré-natal e parto, quando comparadas às mães brasileiras, houve menor proporção de mães haitianas com pelo menos seis consultas pré-natal, maior

			proporção de partos vaginais e também maior prevalência de nascidos vivos com baixo peso ao nascer. Todos os partos de mulheres haitianas avaliados ocorreram em ambiente hospitalar (dados não apresentados em tabela). Ao analisar a distribuição do baixo peso ao nascer, em geral, observou-se maior a prevalência entre mães de maior faixa etária, menor escolaridade, primeira gestação, com menos de 6 consultas pré-natais e Apgar no primeiro minuto até 7.
15. Meira CAR, Buccini GS, Azeredo CM, Conde WL, Rinaldi AEM. Barriers to meeting the Global Nutrition Target 2025 for Exclusive Breastfeeding: an analysis of three decades (1990, 2000, 2010) in six Latin American and Caribbean countries. 2021. Research Square. Available to: https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-779094/v	Analisar a evolução da introdução precoce de alimentos oferecidos a lactentes menores de seis meses nos países da América Latina e Caribe nas últimas três décadas (1990, 2000, 2010)	Estudo de série temporal.	Em resumo, em relação ao Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, apenas no Haiti ele não foi implementado. O Relatório Mais Recente do EBF ocorreu entre 2014 e 2018, e a Avaliação Mais Recente do Programa de Amamentação do WBTi ocorreu entre 2015 e 2017, exceto para o Haiti, que não realizou nenhuma avaliação da ferramenta. Em nível de país, observamos uma redução significativa da água no Haiti (-1,9 pontos percentuais) e uma redução menos pronunciada na Bolívia, Colômbia e Peru. Em todos os países, exceto na República Dominicana, observamos uma redução significativa em líquidos e leite. Houve um aumento no consumo de fórmula em 50% dos países e redução de semi-sólidos/sólidos em quatro dos seis países.

			Embora todos os países do nosso estudo, exceto o Haiti, adotem todos os componentes do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (Código), não se identificou dados públicos sobre fiscalização e monitoramento na literatura. No período da década de 1990 a 2010 observamos um aumento das médias de prevalência de AME, principalmente nos três primeiros meses de vida do lactente.
16. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. J Pediatr (Rio J). 2013;89(2):131–136. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.03.005	Analisar a correlação entre o percentual de amamentação na primeira hora de vida e as taxas de mortalidade neonatal.	Estudo ecológico	Foi encontrada uma correlação relativamente fraca e negativa, mas estatisticamente significativa entre o percentual de aleitamento materno na primeira hora de vida e as taxas de mortalidade neonatal nos 67 países estudados. O efeito protetor do aleitamento materno na primeira hora de vida sobre as taxas de mortalidade neonatal entre países encontrado nesse estudo foi semelhante, em magnitude e efeito, ao de estudos observacionais. Porém, por se tratar de um estudo ecológico, não foi possível afirmar uma relação causal entre os fatores estudados. A amamentação na primeira hora de vida é potencialmente benéfica para todas as crianças em todos os países, porém, seus benefícios na redução da mortalidade neonatal

			parecem ser maiores entre os países com maiores taxas de mortalidade neonatal: o que pode ser explicado pelo fato de esses países, possivelmente, terem piores condições de assistência ao parto e nascimento.
17. Ca AB, Dabo C, Maciel NS, Monte AS, Sousa LB, Chaves AFL, Costa CC. Lacunas da assistência pré-natal que influenciam na mortalidade materna: uma revisão integrative. Rev. Enferm. Atual In Derme [Internet]. 2022; 96(38):e-021257. Disponível em: https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1372	Identificar os aspectos sociodemográficos e as principais lacunas da assistência pré-natal que podem influenciar na saúde materna.	Revisão integrativa	Estudos realizados na Gambia, Quênia e Haiti apontam que a demora na procura dos cuidados pré-natais se deve a baixa escolaridade materna e condições socioeconômicas das mulheres. A escolaridade materna pode ser considerada como um marcador obstétrico de risco, tanto para a gestante quanto para o recém-nascido. Nos países em que a mortalidade materna persiste elevada como no caso do Malawi, Nigéria, Índia, Haiti e Quênia é possível comprovar as causas que levam os altos índices das mortes maternas de acordo com as pesquisas realizadas, cursando com a ausência de medicamentos como suplementos de ácido fólico, sulfato ferroso, exames de urina e materiais para aferição da pressão arterial, baixo nível da educação das gestantes quanto dos profissionais sobre os cuidados pré-natais e assim como as influências culturais que na maioria das vezes impedem as mulheres de procurarem os serviços de saúde
18. Geller J, Starrs M, Bartholomew A, Kaliszak S, Kessenich J. The Health of Haitian Schoolchildren:	Coletar dados de prevalência de linha de base, examinar o impacto longitudinal de	Revisão retrospectiva longitudinal observacional	Esses resultados destacam a carga significativa de subdesenvolvimento nesta população e o potencial de melhoria com intervenções

Longitudinal Effect of Annual Visits on Growth. Journal of Refugee & Global Health. 2021. (4)1, Artigo 2.DOI: https://doi.org/10.55504/2473-0327.1070	intervenções longitudinais e discutir futuras áreas de investigação e programação.		precoces visando a saúde geral e nutrição. As visitas corresponderam a melhorias na crescimento, especialmente para as crianças menores. Investigações futuras devem visar resultados de tratamentos específicos, avaliando como a programação pode melhorar os resultados de crescimento.
19. Alvarez AMR, Jauregui B. Avanços rumo a um enfoque amplo de imunização materna e neonatal nas Américas. Rev Panam Salud Publica. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.159	Descrever a situação do MNI nas Américas, identificando lacunas de evidências e obstáculos para sua implementação ideal e discutindo oportunidades de melhorias e o futuro isso é crucial, plataforma de saúde pública de alto impacto.	Estudo descritivo	Vacina antitetânica. Com exceção do Haiti, todos países e territórios das Américas atingiram a meta de eliminação do tétano neonatal (NNT). Haiti avançou substancialmente em direção à eliminação de NNT e está aumentando suas atividades de vacinação para alcançar esta meta. Além de vacinar as gestantes durante atividades de vacinação de rotina, em 2013, 2014 e 2015 três rodadas de campanhas de vacinação Td foram realizadas nas 140 comunas do país para imunizar todas mulheres em idade reprodutiva, independentemente da situação vacinal anterior, (comunicação pessoal com gerente de EPI). O Haiti também integrou a vigilância NNT em paralisia flácida aguda, vigilância baseada em casos de sarampo/rubéola, difteria e coqueluche em 2013.
20. Santos MN. Prevalência do aleitamento materno exclusivo e sua associação com trabalho materno em países da América Latina. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) -	Analisar a prevalência do AME e sua associação com trabalho materno na América Latina.	Estudo transversal	A prevalência de AME foi de 39,7% no Haiti. O percentual de mulheres que declarou trabalhar no momento da entrevista foi de 21,3% no Haiti.

Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2020. DOI http://doi.org/10.14393/ufu.di.2020.3615.			Dentre as mulheres que declararam trabalhar, o percentual de mulheres em trabalho formal foi de 83,3% no Haiti. O trabalho materno se associou negativamente com AME no Haiti (RP=0,68;IC95%=0,51;0,90). Esses três países possuíam o menor tempo de licença maternidade, sendo que na Guatemala e em Honduras, 2/3 do subsídio era de responsabilidade da seguridade social e 1/3 do empregador. No Haiti, 100% do subsídio era de responsabilidade do empregador.
21. Moi-meme PJ. Os planos nacionais de saúde do Brasil e do Haiti: análise com base nas funções essenciais de saúde pública. 2017. 163f. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.	Analisar de forma comparativa os planos nacionais de saúde do Haiti e do Brasil considerando o referencial das Funções Essenciais de Saúde Pública.	Estudo documental	Os dois planos têm estruturas diferentes: o do Haiti abrange mais anos e maior quantidade de páginas. As doze FESP consideradas para análise foram identificadas nos dois planos. Houve diferença substancial na forma de sua abordagem. Haiti aposta muito na implementação de um Sistema de Informação Sanitária para reforçar as duas funções que abordam o tema de análise da situação de saúde e a vigilância em saúde. O Brasil demonstra um interesse especial em melhorar a Atenção Básica a Saúde, através de equipe multidisciplinar, aprimorando o processo de trabalho e diminuindo as inequidades que existem na atenção ao cidadão, ações que abarcam várias FESP. No PDS em alguns momentos não foi possível

			identificar os indicadores e algumas metas um pouco fora de alcance. O Plano Nacional de Saúde por ser um documento de abrangência nacional pautou algumas ações que não cabem dentro da esfera de responsabilidade do Governo Federal.
22. Baptiste CJ. Família e fecundidade no haiti: uma análise comparativa entre 1994-95 e 2016-17. 146f. 2019. Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/1094801	Analisar as mudanças na fecundidade no Haiti entre 1994-95 e 2016-17	Demographic Health Survey (DHS)	Nos dois períodos estudados, 1994-95 e 2016-17, a infertilidade pós-parto foi o fator que teve o maior impacto sobre a fecundidade haitiana. Em 1994-95, o segundo fator que mais influenciou o nível da fecundidade foi a prevalência de uniões, que naquele momento era mais elevada do que na atualidade. Já em 2016-17, o uso de contracepção foi o segundo elemento que teve maior influência sobre o nível da fecundidade das mulheres haitianas.
23. Meneghel SN, Schramm JMA, Ferla AA, Cecim RB. Formação em epidemiologia e vigilância da saúde: cooperação tripartite Brasil-Cuba-Haiti. Hist. cienc. Saude - Manguinhos 23 (2); 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000200009	Apresenta a experiência de formação em epidemiologia, vigilâncias da saúde e análise da situação de saúde no âmbito de uma cooperação internacional, envolvendo Brasil, Cuba e Haiti.	Relato de experiência	O curso compreendeu nove eixos e 320 horas de atividades presenciais, incluindo quatro investigações de campo organizadas e desenvolvidas pelos alunos-trabalhadores sobre os temas: história das epidemias e saúde pública no Haiti, equidade de gênero nos serviços de saúde, investigação de subnotificação de óbitos e vigilância epidemiológica do tétano. Na formação em epidemiologia, o fato de terem participado de todas as etapas das pesquisas de campo permitiu que se sentissem não mais apenas “coletadores”, mas

			“pesquisadores”, repercutindo em um aprender a fazer e se sentir capaz de fazer. Ressaltamos também o clima de cordialidade, amizade, genuíno interesse e respeito que permeou o itinerário realizado no país. Nenhum tema, metodologia ou atividade foi proposto sem apresentação, pactuação e aprovação.
--	--	--	--

Uma ação que previne a morbidade e mortalidade materno-infantil é a realização de acompanhamento pré-natal e adesão às orientações/condutas sugeridas pelos profissionais de saúde.

Estudo realizado por Elvina Karyardi et al. (2023) buscou identificar se, a procura por atendimento pré-natal (quatro ou mais consultas pré-natais), foi associada à absorção de suplementação de ferro entre mulheres grávidas, ou seja, tomar pelo menos 90 comprimidos contendo ferro, xarope ou comprimidos de ferro e ácido fólico, de acordo com a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), ajustando para uma série de covariáveis. Como método, os autores usaram dados de pesquisas transversais recentes de Enquete Demografia e Saúde (DHS) de 12 países na Ásia, África e América Latina e Caribe dos quais, oito países na faixa inferior a média de acordo com a classificação de economias do Banco Mundial e quatro países de baixa renda (Etiópia, Haiti, Senegal e Tanzânia). Os dados de nível individual de 273.144 mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) foram analisados a partir de DHS de vários países. Análises de regressão logística múltipla foram conduzidas usando o Predictive Analytics Software for Windows (PASW), versão 18.0.

Os resultados apontaram que o fato de receber pelo menos quatro consultas pré-natais foi significativamente associado ao consumo de 90 ou mais suplementos contendo ferro em 12 países de baixa e média renda em três regiões após o ajuste para diferentes características familiares e respondentes, enquanto a exposição à mídia de massa foi considerada um fator significativo preditor na Índia e na Indonésia. O cuidado pré-natal parece ser o preditor mais importante da adesão à ingestão de ferro nos países selecionados nas regiões da África, Ásia,

América Latina e Caribe. Entre aqueles que fizeram pelo menos quatro consultas pré-natais, a probabilidade de adesão ao ferro variou de 1,95 vezes na Tanzânia a 9,58 vezes na Nigéria na região da África, variou de 2,7 vezes na Índia a 9,15 vezes na Indonésia na Ásia região e 2,75 vezes em Honduras para 4,86 vezes no Haiti (KARYARDI et al., 2023).

O Haiti possui uma das taxas de mortalidade materna mais altas do mundo. Estudo que objetivou caracterizar a preparação dos estabelecimentos de saúde para o parto institucional no Haiti e a vinculação com mulheres que moram próximo à unidade, revelou que o país tem serviços obstétricos abrangentes que poderiam evitar mortes maternas, mas a maioria dos nascimentos no país ocorrem fora das unidades de saúde. Acredita-se que os fatores do lado da demanda, como o status socioeconômico da mãe, afetem seu acesso ou escolha de dar à luz em uma unidade de saúde. No entanto, as análises do papel dos fatores do lado da oferta, como a preparação das unidades de saúde, têm sido restritos por dados limitados e desafios metodológicos (KEMP et al., 2018).

Os autores utilizaram os dados de nascimento do EDS (Enquete Demográfico e de Saúde) de 2012 do Haiti e dados de estabelecimento do ESP (Escuta e Solidariedade Protestantes) de 2013 do Haiti, analisando 389 estabelecimentos e 1.991 nascimentos. Os estabelecimentos rurais estavam menos prontos do que os estabelecimentos urbanos a fornecer serviços de parto. As mulheres que dão à luz em unidades de saúde são mais jovens, mais educadas, mais ricas, menos suscetíveis a viver em áreas rurais e tiveram menos filhos. Os autores concluem que os gestores das políticas do sistema de saúde no Haiti poderiam apoiar as ações direcionadas à melhoria das instalações de saúde, para que elas pudessem estar disponíveis para receber as mulheres no parto, sem dificuldades de acesso; assim, aumentariam as taxas de nascimento em unidades de saúde com mais segurança. Essas ações deveriam estar associadas a outras políticas para melhorar a educação das mulheres, diminuir os níveis de pobreza e desigualdades sociais (KEMP et al., 2018).

Entre os artigos, foi possível observar também que o aleitamento materno na América Latina incluindo o Haiti, tem influência do trabalho da mulher. A dissertação de mestrado de Santos (2020) teve como objetivo analisar a prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e sua associação com trabalho materno na América Latina. A autora desenvolveu um estudo transversal, realizado com dados das Pesquisas de Demografia e Saúde na Bolívia (2008), Brasil (2006), Colômbia (2010), Guatemala (2015), Haiti (2017), Honduras (2011), Peru (2011) e

República Dominicana (2007). A amostra foi composta por crianças vivas menores de seis meses e suas respectivas mães.

Os resultados apontaram que a prevalência de AME foi de 58,0% na Bolívia, 41,1% no Brasil, 39,2% na Colômbia, 50,8% na Guatemala, 39,7% no Haiti, 31,1% em Honduras, 68,1% no Peru e 7,6% na República Dominicana. O percentual de mulheres que declarou trabalhar no momento da entrevista foi de 46,1% na Bolívia, 24,1% no Brasil, 28% na Colômbia, 19,5% na Guatemala, 21,3% no Haiti, 23,3% em Honduras, 35,4% no Peru e 19,1% na República Dominicana. Dentre as mulheres que declararam trabalhar, o percentual de mulheres em trabalho formal foi de 43,9% na Bolívia, 87,4% na Colômbia, 60,5% na Guatemala, 83,3% no Haiti, 72,2% em Honduras, 56,8% no Peru e 64,7% na República Dominicana. A licença maternidade variou de 12 a 18 semanas nesses países. O trabalho materno se associou negativamente com AME na Guatemala (RP=0,80; IC95%=0,64;0,98), Haiti (RP=0,68; IC95%=0,51;0,90) e Honduras (RP=0,65; IC95%= 0,46;0,91). Os autores concluem que a prevalência de AME foi inferior para mulheres que estavam trabalhando em três países da América Latina, que também apresentaram menores durações da licença maternidade (SANTOS, 2020).

Bouilly (2019) em sua dissertação do curso de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), desenvolveu um estudo com objetivo de comparar indicadores de saúde materno-infantil em haitianas (imigrantes na República Dominicana ou residentes no país) e dominicanas. Foram comparados nove indicadores de cobertura: demanda satisfeita por planejamento familiar (DFPSm), número de consultas pré-natais (ANC4), atendimento ao parto por profissional qualificado (SBA), vacinação de crianças (Bacilo Bacilo Calmette - Guérin - BCG, sarampo e Difteria, Pertussis e Tétano -DPT), uso de soro de reidratação oral para diarreia (SRO), busca por cuidado em caso de suspeita de infecção respiratória aguda (CAREP) e um índice composto de cobertura 1. Como método da coleta de dados, utilizando dados de inquéritos padronizados de Enquetes Demográficas e de Saúde (DHS) e Enquetes de Cluster de Indicadores Múltiplos (MICS) realizados em países de baixa e média renda. As análises foram desenvolvidas no Centro Internacional de Equidade em Saúde (International Center for Equity in Health – ICEH) (BOUILLY, 2019).

Os resultados deste estudo sugerem que as coberturas foram menores para DFPSm, ANC4, SBA, CAREP, CCI e maior para SRO entre as residentes haitianas enquanto as

imigrantes haitianas tiveram menor cobertura na DPT, SRO e maior busca por cuidado para infecção respiratória. Em caso das desigualdades, as haitianas apresentam maiores desigualdades por nível de riqueza e local de residência, enquanto as dominicanas apresentam menores, com padrão geralmente pró-rico e pró-urbano. A maior cobertura de intervenções de saúde materna e infantil encontrada nas imigrantes haitianas do que as residentes haitianas, expressam uma maior disponibilidade de serviços à saúde para estas, em seu novo país de residência.

Outro estudo Bouilly (2021) objetivou avaliar a cobertura e as desigualdades nas intervenções de saúde materno-infantil entre haitianos, migrantes haitianos na República Dominicana e dominicanos. O método foi um estudo transversal com dados de pesquisas de representatividade nacional realizadas no Haiti em 2012 e na República Dominicana em 2014. Os resultados apontam que os haitianos apresentaram a menor cobertura para demanda de planejamento familiar satisfeito com métodos modernos (44,2%), atendimento pré-natal (65,3%), assistência qualificada ao parto (39,5%) e busca por suspeita de pneumonia (37,9%) e a mais alta para sais de reidratação oral para diarreia (52,9%), enquanto os migrantes haitianos tiveram a menor cobertura em DPT (44,1%) e sais de reidratação oral para diarreia (38%) e a maior em busca de atendimento por suspeita de pneumonia (80,7%). Os autores concluem que os migrantes haitianos apresentaram cobertura superior à dos haitianos, mas inferior à dos dominicanos. Ambos os países devem planejar ações e políticas para aumentar a cobertura e abordar as desigualdades nas intervenções de saúde materna (BOUILLY, 2021).

Na pandemia pela COVID-19, as situações de desigualdades no acesso à saúde ficaram evidenciadas. Estudo de Ahmed et al. (2022) concluiu que houve um declínio na utilização dos serviços de saúde no período da pandemia em países de baixa e média renda, aumentando a mortalidade materno-infantil em 18 países, incluindo o Haiti.

Vale destacar que existem fatores externos ao país que influenciam a situação de saúde. Estudo de Sripad et al. (2021) analisa que as transições políticas, desastres naturais e surtos de doenças tornam o contexto social e de saúde do Haiti mais complexo, mostrando a importância da integração entre os sistemas de saúde, os profissionais, as políticas, as ações do governo, os auxílios de programas humanitários etc.

Conclui-se que a saúde pública materno-infantil no Haiti ainda necessita de investimentos para diminuir as desigualdades no acesso e melhorar os indicadores. Alguns temas também importantes ainda são pouco trabalhados como a saúde reprodutiva e prevenção do

cancer de mama e colo de útero, a assistência para doenças cardiovasculares femininas, a abordagem sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, a desnutrição infantil, as complicações obstétricas e capacitação dos profissionais para o acompanhamento pré-natal, do parto e pós-parto.

Sobre lacunas de conhecimento alguns aspectos podem ser esclarecidos em novos estudos, como quais são as necessidades de saúde das mulheres haitianas, como acontece o cuidado às mulheres e crianças nos serviços de saúde, e como mulheres e profissionais experenciam os atendimentos de saúde no país.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Sistema Nacional de Saúde: concepções teóricas

Um sistema de saúde é a soma de todas as organizações, instituições e recursos cujo principal objetivo é melhorar a saúde. Um sistema de saúde precisa de recursos humanos, financiamento, informações, suprimentos, transporte e comunicações, além de assessoria e orientação geral. Também deve oferecer um bom tratamento e serviços que atendam às necessidades da população e sejam financeiramente equitativos (OMS, 2005).

Para Giovanella (2012, p.89), Sistema de Saúde é “o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma determinada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade”.

Ainda é possível conceituar um Sistema de Serviços de Saúde, como um conjunto de instituições envolvidas direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde a uma dada população em um território específico: país, estado, município. A análise de um sistema de saúde pode ser feita distinguindo-se seus componentes, quais sejam, sua infraestrutura: recursos físicos, humanos e materiais; a forma de organização: unidades de saúde, redes de atenção; o financiamento: fontes, volume e forma de distribuição e utilização dos recursos financeiros; a gestão: pública, privada ou “mista”, centralizada ou descentralizada, autoritária/democrática, tecnocrática/participativa; e, o perfil de prestação de serviços à população: relação oferta/demanda/necessidades de saúde (TEIXEIRA, 2010).

Os sistemas de saúde são a política de saúde em ação e resultam de uma correlação de forças entre Estado e sociedade [...] um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais que se concretizam em organizações, regras e serviços responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde de uma dada população (OLIVEIRA, 2020, p.34).

Os sistemas nacionais de saúde devem melhorar a qualidade de saúde das populações conforme estabelecido, por exemplo, nos documentos internacionais: Declaração de Metas para o Desenvolvimento do Milênio de 2000 da Organização das Nações Unidas (ONU); Relatório

Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2008 e a Resolução da Assembléia Mundial da Saúde da OMS em 2009. Inserida no Sistema de Saúde destaca-se a Atenção Primária à Saúde (APS) que contribui em seu funcionamento geral e desempenho (KRINGOS *et. al.*, 2013).

A APS, para o Ministério da Saúde (MS) brasileiro consiste no primeiro nível de atenção à saúde e envolve ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação de forma individual e coletiva, visando uma abordagem integral que traga impacto positivo no contexto de vida das pessoas. É considerada o elo entre os serviços da Rede de Atenção, porta de entrada do sistema de saúde e pela APS é possível a organização do acesso aos serviços de baixa a alta complexidade de acordo com a demanda dos usuários (BRASIL, 2022).

Existem estratégias para operacionalização da na APS no Brasil, com destaque para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que possui Unidades de Saúde da Família (USF) nas comunidades com atendimento multidisciplinar por meio de consultas, exames, vacinas e outros procedimentos (BRASIL, 2022).

A APS vem sendo promovida também em várias instâncias internacionais. A mais relevante foi a Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma Ata na antiga União Soviética, em 1978, sob a liderança da OMS e com auspício do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Considerou-se a APS como a função principal e núcleo fundamental dos sistemas nacionais de saúde, inseparável do desenvolvimento econômico e social, espaço privilegiado para a abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e para promover a participação social, procurando diminuir as desigualdades sociais (OMS, 1978). Nesse sentido, a APS foi considerada a estratégia mais apropriada para atingir a meta “Saúde para Todos no ano 2000”, que esteve baseada na consolidação de sistemas nacionais de saúde mediante programas universais que incluíssem a promoção e prevenção (OMS, 1981).

A declaração final da conferência de Alma-Ata foi o marco fundamental para o desenvolvimento de Sistemas Nacionais de Saúde em diversos países. Este documento salienta que a saúde é um direito humano fundamental, sendo responsabilidade dos governos promover o desenvolvimento de ações sanitárias e sociais voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população. A implantação de um Sistema Nacional de Saúde embasado na APS, fundamentada na integralidade e tendo como características o enfrentamento dos determinantes sociais em

saúde, a acessibilidade e cobertura universais com base nas necessidades de saúde da população, a participação social, adoção de ações intersetoriais, utilização de tecnologias apropriadas e uso eficiente dos recursos, foi considerada a principal estratégia para garantir o direito à saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Mais recentemente, a Declaração de Astana destaca a importância da APS para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) e para a consecução da cobertura universal (OMS, 2018).

As vantagens da APS têm sido amplamente documentadas na literatura internacional. Barbara Starfield (2002) apontou que, ao final dos anos 80, sistemas orientados fortemente à APS conseguiam diminuir as desigualdades sociais em saúde, possuíam melhores indicadores sanitários, com um custo mais baixo *per capita*, e com ótimos níveis de satisfação das pessoas. Posteriormente, essa conclusão foi respaldada com maiores evidências, inclusive para os países de renda média e baixa (STARFIELD, 2002). No trabalho de Rohde *et al.* (2008) foram analisados os 30 países com maiores progressos após Alma Ata, dos quais 14 conseguiram uma APS integral, sendo as nações com melhores logros sanitários e governança da saúde.

As experiências de alguns países na região das Américas também mostram os benefícios de políticas orientadas pela APS (ALMEIDA *et al.*, 2018). No Brasil, vários estudos reportam resultados positivos da ESF na queda da mortalidade infantil e na redução das hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária, entre outros (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009; DOURADO *et al.*, 2011; HONE *et al.*, 2017; ROSSELA; AQUINO; BARRETO, 2010). No Canadá, observou-se que nas regiões com maior número de médicos de APS as crianças tinham menor utilização desnecessária das salas de emergências; outro exemplo está representado por Cuba, que consegue indicadores de saúde próprios dos países desenvolvidos (ALMAGUER *et al.*, 2005; GUTTMANN *et al.*, 2010).

A APS no Haiti é nomeada como Nível Primário do Sistema Nacional de Saúde ou Serviços de Saúde da Primeira Escala (SSPE), representando também a primeira forma de acesso ao serviço pelas pessoas ao sistema público universal.

A construção de sistemas públicos universais de saúde é centrada na busca por melhores condições de saúde e vida das populações. Essa construção, como processo histórico, está condicionada por lutas políticas, por movimentos sociais fortalecidos e sustentados em valores de solidariedade e justiça social. Em alguns países, busca-se a ampliação da cobertura do

sistema público com a construção de sistemas únicos de saúde e em outros por seguros diversificados, produzindo novas segmentações com distintas repercussões sobre o direito à saúde.

É relevante entender as diferenças entre cobertura universal e o sistema universal. A concepção de cobertura universal no contexto internacional refere-se para países em desenvolvimento - Universal Health Coverage (UHC), com a cobertura por serviços básicos, ou por cobertura de seguros de saúde, públicos ou privados. Já Universal Health Systems (UHS) consiste no Sistema universal de saúde:

é financiado por fundos públicos a partir da receita de impostos gerais e contribuições sociais, o que proporciona maior solidariedade, redistribuição e equidade. O grau de redistribuição depende da progressividade da carga tributária, isto é, maior proporção de tributação sobre rendas e propriedade do que sobre consumo. O modelo UHS objetiva que todas as pessoas tenham as suas necessidades atendidas sem restrições para o acesso. Consagra a garantia do acesso universal como condição de cidadania. (GIOVANELLA *et al.*, 2018, p.1766).

Nos últimos anos, acirrou-se o debate internacional sobre diferentes concepções de universalidade em saúde, polarizado nas propostas UHS versus UHC (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

O termo “cobertura” classicamente expressa o alcance de uma medida sanitária como, por exemplo, a proporção de gestantes que fizeram pré-natal. Há uma associação com o cumprimento da prestação, com seu acesso e uso. Outra utilização do termo corresponde a uma possibilidade de obter a prestação. Essa possibilidade pode ou não se realizar, seja pela abstenção do direito de usar, seja pela incapacidade de se obter a prestação desejada. No caso dos cuidados de saúde, ao se dizer que uma determinada unidade “cobre” um determinado número de indivíduos não significa que aquele número de indivíduos esteja utilizando os serviços da unidade ou será capaz de usá-los quando necessitar. Cobertura, portanto, difere de acesso e utilização. Quando se fala de cobertura universal sem qualificação comete-se um grande equívoco, pois pode-se admitir que a “cobertura” contributiva a um seguro social ou privado sempre corresponderá a oportunidades de acesso e uso, o que não é verdadeiro. Se aceitarmos “cobertura” como “acesso e uso oportuno a serviços efetivos e de qualidade quando necessários”, o problema desaparecerá. Cobertura deve significar acesso e uso, e não apenas *entitlement*, que deve se dar sem barreiras (NORONHA, 2013, p.848).

Na América Latina, permanecem disputas entre propostas para alcançar a universalidade em saúde, que envolvem diferentes concepções sobre direito à saúde e papel do Estado na proteção social. O Brasil é um país capitalista que adotou um modelo de sistema público universal desde 1988. Embora a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) tenha sofrido constrangimentos e contradições, o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e a expansão de serviços públicos trouxeram avanços importantes. Outros países latino-americanos

seguiram caminhos distintos de reformas na saúde, alguns com incorporação de princípios condizentes com a proposta de cobertura universal, sob formas variadas. Cobertura universal de saúde é um termo ambíguo que tem levado a diferentes interpretações e abordagens por parte das autoridades sanitárias nacionais, organizações governamentais e não governamentais, especialmente nos países em desenvolvimento. As implicações dessa ambiguidade e da assunção dos princípios da cobertura universal para o direito à saúde vêm sendo analisadas na literatura (GIOVANELLA et al., 2018).

Ainda para estes autores, nos sistemas universais não há limitação na oferta dos serviços, pois essa acontece de acordo com as necessidades da população. A integralidade da atenção é um de seus princípios e assim, cada um deve receber atenção conforme suas necessidades, não por mérito ou renda. Nos sistemas universais, a garantia de cuidado integral (individual e coletivo), ações coletivas de prevenção e promoção, bem como exige a coordenação entre serviços, organizados em rede, integrados e territorializados, orientados pela APS, com predomínio da administração e prestação públicas, resultando em melhor qualidade, menores custos e maior eficiência. O enfoque populacional exige promover políticas transversais intersetoriais para enfrentar os determinantes sociais da saúde.

Em relação ao sistema de saúde do Haiti, a política de saúde proposta pelo MSPP está baseada nos valores de equidade, solidariedade e justiça social. O respeito a esses significa o estabelecimento progressivo de oferta e acesso aos serviços de saúde que, ainda hoje, continua sendo um ideal. O Haiti é o país mais pobre das Américas com gritante desigualdade entre os cidadãos. 75% da população haitiana vive com menos de US\$ 2,5 por dia. Metade da população não tem acesso ao sistema formal de saúde por causa da barreira financeira criada pelo pagamento direto no ponto de prestação, a barreira geográfica e outras barreiras, ou seja, relacionadas à falta de educação, cultural, etc. (ALFRED, 2012).

Quando se fala em sistema formal de saúde, é possível perceber que no Haiti existe um atendimento em rede. Os componentes de um Sistema ou uma Rede de serviços de saúde são: “(a) população, (b) a infraestrutura (recursos materiais e humanos, tecnologias e conhecimentos), (c) organização dos serviços de saúde, (d) prestação de serviços ou modelo de atenção, (e) financiamento e (f) gestão ou governança e regulação” (SOUZA; BAHIA, 2014, p. 54).

Quando se fala em Sistema Nacional de Saúde é interessante discutir as Redes de Atenção à Saúde. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações poliárquicas de

conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS e prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2011).

Segundo Mendes (2011, p. 85) “As RAS constituem-se de três elementos fundamentais: uma população e as regiões de saúde, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde”. Os objetivos das RAS são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN; HAM, 2009).

Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas RAS não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, a APS e sistemas de apoio, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas, a APS e seus sistemas de apoio e logístico, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os componentes das RAS são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos dessas redes; apenas se diferenciam pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam (BRASIL, 2015).

A Rede de Atenção à Saúde no Haiti abrange serviços de saúde em níveis, sendo que os cuidados básicos correspondem a atenção primária em centros de saúde e ambulatórios, mas também inclui atendimentos em hospitais especializados e clínicas em caráter de urgência e emergência ou de procedimentos eletivos. Percebe-se que existem serviços oferecidos por instituições públicas, governamentais ou não e também por setores privados que possuem relação com o governo, como parte das políticas públicas de saúde.

Pelo exposto, é importante conceituar o que seriam políticas públicas, apesar de alguns autores considerarem que não existe um conceito definido. Para Agum, Riscado e Menezes (2015) uma política precisa passar por processos sociais e etapas para ser implementada, visto que a discussão direciona as práticas políticas.

Pode-se resumir política pública como o campo do conhecimento que busca ao mesmo tempo “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças nos rumos ou cursos dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações para produção de resultados ou mudanças no mundo real (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015, p.16).

Por outro lado, as políticas de saúde são aquelas organizadas em ações setoriais, de acordo com as normas do país, que buscam melhorar a qualidade de vida da população e diminuir as desigualdades sociais que determinam problemas de saúde) (FLEURY; OUVENERY, 2012).

Portanto, para que as políticas de saúde sejam implantadas, é necessário um planejamento estruturado que considere necessidades individuais, coletivas, contextos sociais, econômicos, políticas, culturais ou seja a realidade na qual as ações de saúde serão realizadas.

4.2 Planejamento em Saúde

Este tópico apresenta aspectos sobre o planejamento em saúde desde históricos, conceituais até a abordagem do postulado de Mário Testa.

Planejar consiste em mobilizar recursos, estabelecer metas e prioridades, traçar objetivos em conjunto com os envolvidos nas ações a serem desenvolvidas, de forma que o planejamento guie os processos do Sistema de Saúde em suas diversas instâncias. Para que o planejamento aconteça, é necessário definir instrumentos para: melhor utilização dos recursos do orçamento financeiro; para ampliar a qualidade das ações formuladas e para que as metas sejam coerentes com a realidade; para análise de limites e potencialidades; para integração e sistematização dos processos, diminuindo as chances de repetição de ações, bem como de distorções dos indicadores e falhas no alcance das metas (DISTRITO FEDERAL, 2023).

Nos setores públicos e privado, planejamento é uma palavra comum e muito utilizada no contexto diário das políticas e administração. Segundo Teixeira (2010, p.17), “por planejamento entende-se um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas.”

Na América Latina, o planejamento em saúde é proveniente de outra concepção descrita a seguir.

4.2.1 Conceito e histórico do planejamento em saúde na América Latina

A concepção de Planejamento em Saúde na América Latina, sofreu influência da teoria desenvolvimentista da Comissão Econômica para América Latina (CEPAL) e surgiu na década de 1960. A CEPAL, enquanto organismo internacional, iniciou em 1950 uma política que tinha por objetivo superar o uso de termos de troca por desenvolvimento entre países centrais e periféricos, por meio de substituição de importações para os países da área (RIVERA, 2009).

A conceitualização dominante era a do Estado como lugar de concentração de poder e esfera de racionalidade com coerência interna e capacidade de gerir toda a sua gestão. Essas ideias se mostraram falsas, mas foram e são funcionais à ideia de planejamento como técnica de solução de problemas sociais (SPINELLI, 2016).

Ainda nesse contexto, para Rivera (2009), a racionalização política substitutiva a ser operada pelo Estado ganhou um elemento novo, o planejamento. Aparece ainda o conceito de desenvolvimento atribuído à expansão do crescimento econômico e modificado em 1960, quando ao crescimento associa-se implementação de políticas sociais. “Desse modo, o desenvolvimento integrado é o cenário discursivo em que aparece o Planejamento de Saúde, representado por um esforço metodológico desenvolvido pelo Centro Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (CENDES), órgão criado na Venezuela (junto à Universidade Central) e apoiado pela Organização Panamericana da Saúde - OPAS” (RIVERA, 2009, s.p.)

O objetivo do desenvolvimento econômico abusou do planejamento como técnica. Seu principal erro foi reduzir o social a uma abordagem administrativa dos problemas, entendendo-o como administração das coisas e subestimando o governo das pessoas. Os problemas foram concebidos como reprodução e crescimento, mas a mudança não foi considerada um problema. Isso levou, em primeiro lugar, à abordagem estrutural-funcionalista e, posteriormente, à teoria geral dos sistemas, que tendia a reificar o social (SPINELLI, 2016).

A partir da década de 60, os organismos internacionais de pesquisa e ensino empenharam esforços e formularam enfoques incluindo o planejamento como fenômeno político que colaborava com as políticas. O primeiro marco dessa evolução está representado pelo

documento ‘Formulação de Políticas de Saúde’ (1975) do Centro Panamericano de Planejamento de Saúde (CPPS). O CPPS conceitua que o Planejamento é um processo que mobiliza vários atores e que precisa ser analisado em sua viabilidade política e estratégica, mesmo dominado pelo estado, ou seja, o Planejamento normativo cede o lugar ao Planejamento estratégico (RIVERA, 2009). Estes serão discutidos no próximo subcapítulo.

4.2.2 Planejamento em saúde: normativo e estratégico

Na área da saúde o planejamento se torna importante quando os processos de trabalho, promoção, recuperação e reabilitação começam a apresentar uma complexificação crescente devido às mudanças no perfil social e epidemiológico da população. Surgem daí os interesses entre organismos de cooperação internacional de se produzir metodologias de planejamento que fossem capazes de subsidiar a administração pública dos serviços e sistemas de saúde (TEIXEIRA, 2010).

Nesse cenário e início dos anos 60, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) patrocina a elaboração do método do Centro de Estudos do Desenvolvimento (CENDES)-OPS. O método tem sua importância no que diz respeito a dar início ao desenvolvimento de metodologias de planejamento em saúde na América Latina, tomando como marco de seu desenvolvimento as necessidades do setor saúde (TEIXEIRA, 2010).

No entanto, o método CENDES-OPS é elaborado seguindo um rígido princípio com base no planejamento econômico normativo, para a saúde. O resultado é a elaboração de um método de planejamento em saúde onde “a realidade deve funcionar enquanto norma e cujo objetivo é otimizar os ganhos econômicos obtidos com saúde e/ou diminuir os custos da atenção, sendo a escolha de prioridades feita a partir da relação custo/benefício” (MENDES, 2013).

Este, no entanto, é um método de característica economicista, (e também conhecido como normativo) no qual o planejador, dotado de conhecimentos técnicos, por muitas vezes neutros, faz o plano, traça as prioridades e determina os caminhos de acordo com os critérios de custo e benefício (MENDES, 2013).

A grande insatisfação com o método de planejamento normativo na América Latina começou a gerar algumas críticas que logo foram incorporadas ao *hall* das dificuldades que deveriam ser superadas. Uma destas grandes insatisfações era com a crítica às relações de poder

que eram estabelecidas no modelo normativo, que desconsiderava os diversos atores sociais que atuam no processo político do setor saúde (TESTA, 1989; 1992).

Jesus e Assis (2011) discutem que diante das críticas sobre a forma de planejamento na década de 80, três vertentes principais sobre o Planejamento Estratégico aplicado à Saúde foram estabelecidas: 1) o Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus (economista chileno) – apresenta o papel dos atores sociais, suas relações, a identificação de problemas e sua tipificação e estuda momentos de planejamento – explicativo, normativo, estratégico e o tático-operacional; 2) o Pensamento Estratégico de Mário Testa (sanitarista argentino) – discute poder enquanto relação de dominação e ideologia transformadora de uma sociedade, subcategorizado em poder técnico, político e administrativo, como a lógica e estratégia da programação no setor de saúde são determinadas pelos recursos e circunstâncias conjunturais, temporais e sociais; 3) o Enfoque Estratégico da Planificação em Saúde, desenvolvido na Escola de Medellín – Colômbia – discute o planejamento em saúde por meio das necessidades sociais, condições de vida, avaliando critérios de acessibilidade geográfica aos serviços de saúde e de resolubilidade das ações.

O planejamento estratégico é apenas uma etapa da gestão estratégica, é uma forma concreta de tomada de decisão que contempla o futuro específico que os gestores desejam para sua organização. É o elemento chave do ciclo administrativo (SANCHEZ, 2017).

Nesse sentido, estratégia consiste no modo de lidar ou cooperar com o outro em um jogo social para vencer sua resistência ou obter sua colaboração. Essa dimensão da palavra estratégia tem fortes implicações no funcionamento rotineiro do sistema social, em que organizações e indivíduos lutam por seus objetivos ora complementares, ora conflituosos (SANTOS, 2016).

Em resumo, Sanchez (2017) discute que o planejamento estratégico é um processo que parte da explicação e descrição de uma determinada realidade por diferentes atores sociais e que consegue, por meio de ações de intervenção, transformar a realidade e obter a visão que desejam. O planejamento estratégico é desenvolvido em qualquer sistema organizacional ou instituição (seja acadêmica, de saúde, entre outras). Assim, Solimano e González, na Escola de Saúde Pública da Universidade do Chile, fundada em 1942, basearam seu planejamento em 3 eixos: gerar um trabalho acadêmico de excelência, fortalecer a relação com o meio ambiente e estabelecer uma organização moderna no serviço do trabalho acadêmico.

Na América Latina, o planejamento estratégico é representado principalmente por Carlos Matus (1968, 1978, 1983), cuja obra merece um exame cuidadoso. Em um livro recente —*Situation Planning*— Matus faz uma crítica contundente ao planejamento normativo, especificando uma análise e uma controvérsia que vem desenvolvendo há muitos anos desde a cátedra e a ação na CEPAL, no governo socialista de Salvador Allende, nas prisões de Pinochet e em seu refúgio venezuelano (TESTA, 2020).

A concepção situacional do planejamento, segundo Matus (1993), reconhece a existência de múltiplos atores, sugerindo a adoção de uma visão policêntrica, que supõe a combinação de ações estratégicas e comunicativas entre os atores, visando à construção de consensos acerca dos problemas a enfrentar, dos objetivos a alcançar e das alternativas de ação a desenvolver para alcançá-los (TEIXEIRA, 2010).

O planejamento é situacional porque trata uma situação que se caracteriza por rápidas mutações. Ele permite a elaboração de planos dentro deste contexto de volatilidade em que se insere a realidade social. Ao conceber um plano com essas características, Matus estava preocupado em desenvolver uma metodologia capaz de lidar com a realidade dinâmica, complexa e cheia de surpresas. As considerações de Matus sobre o conceito de planejamento têm grandes implicações sobre a forma atribuída ao método PES. O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é uma metodologia que surge como resultado da experiência de um dos maiores entusiastas do Planejamento Público Moderno: Carlos Matus (SANTOS, 2016).

No PES é considerada a interação entre os vários atores situados numa realidade social e o poder exercido por eles. Desse modo, o ator que planeja e a realidade que deve sofrer intervenção estão entrelaçados. Os problemas podem ser explicados de diversas formas, pois muitas explicações serão possíveis devido aos distintos graus de governabilidade existentes. O que pode ser problema para um, pode não ser para outro, sendo possível obter diversos recortes situacionais a partir de uma única situação problema. Esse planejamento é encoberto por uma incerteza, sendo descartada a predição, mas necessária a previsão ou análise de probabilidade. Portanto, trabalha-se com cenários e planos abertos (MENDES, 2013).

A proposta conceitual e metodológica de Matus (1993) toma como ponto de partida três conceitos fundamentais: A noção de situação, que serve como ponto de partida para o processo de planejamento e corresponde aos problemas relacionadas a uma determinada realidade e ator social; A noção de problemas (mal-estruturados e bem-estruturados), que se refere aos

desvios de normalidade da situação do ponto de vista dos atores sociais; E por fim, o ator social, que será(ão) àquele(s), ou aquilo que exerce influência política ou social capaz de produzir efeitos ou fatos (TEIXEIRA, 2010).

É muito conhecida a distinção que Matus faz entre o planejamento normativo e estratégico. Na sua versão mais difundida, ela é apresentada através da listagem de um conjunto de pressupostos de cada uma das formas de planejamento. O primeiro desses pressupostos diferenciais fala da relação entre o sujeito que planeja e o objeto do planejamento. Ela evoca a tese, decorrente de uma visão tradicional da ciência, de que o conhecimento científico e objetivo só pode ser alcançado a partir de um sujeito que se distancia do objeto que busca conhecer.

O caso normativo parece referir-se a um modo de se pensar o planejamento que tenta reproduzir o modo de conhecer que a ciência (nesta visão tradicional da ciência) opera, pautada pela neutralidade e objetividade (e, portanto, pela distância entre o conhecimento e as posições ético-políticas de quem planeja), e pela busca da verdade (entendida aqui como a correspondência à realidade). Já no caso estratégico, o modo de cálculo se distingue ativamente daquela ciência, pois ao incluir o sujeito no objeto planejado, nega a premissa que, supostamente, criaria a possibilidade de um conhecimento objetivo (MATTOS, 2010).

Quanto à metodologia de Planejamento Estratégico Situacional proposta por Carlos Matus também está dividido em quatro momentos fundamentais, são eles os momentos Explicativo, Normativo, Estratégico e Tático-Operacional. A proposta de se referir a momentos para compor o processo de planejamento indica a noção de que estas etapas são desenvolvidas simultaneamente e de forma integrada, havendo apenas o predomínio de um momento sobre o outro. Estes momentos dedicam-se a responder algumas perguntas e são classificados da seguinte forma:

- **Momento Explicativo:** Como foi, como é, ou como tende a ser a realidade ? No momento explicativo será identificada qual é a nossa “situação”. A “realidade” Devera ser analisada das diversas perspectivas situacionais, pelas explicações situacionais por problemas e síntese. O primeiro momento que implica a análise da situação inicial, que inclui a identificação, descrição e análise dos problemas e oportunidades de ação do ator em situação.
- **Momento Normativo:** Diz respeito ao como deve ser do plano, para onde devemos ir, quais as metas a atingir e o que deve ser feito ? O segundo momento

que contempla a elaboração da situação-objetivo, construída a partir da decisão acerca do que fazer no tempo político de que dispõe o ator para o enfrentamento dos problemas selecionados.

- **Momento Estratégico:** Se trata de como pode ser o plano. Qual a viabilidade do plano? Consideram-se os desafios apresentados àquela realidade e os obstáculos encontrados. O momento estratégico supõe a definição das operações a serem realizadas, com o desenho dos Módulos Operação-Problema contemplando a análise de viabilidade de cada uma das operações propostas.
- **Momento Tático-operacional:** Trata-se de mediar a ação com a estratégia e a tática. Será o questionado: o que fazer ? O que devo e posso fazer hoje para alcançar meus objetivos, minha Situação Objetivo ? O momento tático-operacional, por sua vez, corresponde à execução das ações sob a gerência, monitoramento e avaliação das operações que compõem o plano (MENDES, 2013).

Em outra perspectiva, Mario Testa, defensor da ideia que o setor saúde é inseparável da totalidade social, propõe um modo de entender os problemas de saúde e os processos de planejamento considerando as distintas relações de poder entre os atores envolvidos no setor.

Seu interesse pelo comportamento dos atores sociais e a ênfase que ele dá à análise das relações de poder e à compreensão das práticas desaúde resulta em um novo modo de pensar que enfatiza a formação de sujeitos sociais para o desenvolvimento de ações políticas em saúde (MENDES, 2013, p.19).

Surge então, do pensamento estratégico de Testa, uma nova proposta de planejamento, o planejamento estratégico, no qual os poderes são divididos e não mais se considera apenas um ator com plenos poderes responsável por todo o planejamento e a partir de então definem-se os diversos espaços de poder que se relacionam com a saúde de acordo com a função que exercem, sejam eles reais, formais, públicos ou privados (MENDES, 2013).

4.2.3 Postulado de coerência de Mário Testa

Antes de aprofundar os aspectos do Postulado, é interessante falar um pouco sobre pensamento estratégico e os poderes, que interfere diretamente no planejamento em saúde.

Partindo da “matriz” original do planejamento estratégico em saúde configurada pela proposta do CPPS, identifica-se na literatura latino-americana outro desdobramento, representado pelo “pensamento estratégico”, formulado por Mário Testa, cuja reflexão toma como ponto de partida a crítica à valorização da análise da problemática do Poder e suas formas de expressão e materialização nas relações entre os diversos atores sociais que atuam no processo político configurado no “setor saúde” (TEIXEIRA, 2010).

Segundo Testa (2020), o Poder conceito de organização engloba dois aspectos: a consolidação institucional, ou burocrática, de uma organização em geral, e o agrupamento de pessoas com interesses comuns, os atores sociais primários. É nas organizações, neste duplo sentido, onde se situa o poder da sociedade.

Tomando como ponto de partida a definição de “política” como “uma proposta de distribuição do poder” e a definição de estratégia como uma “forma de implementação de uma política” (TESTA, 1989, p. 85), elaborou-se uma principal tipologia do poder em saúde, distinguindo-se o poder político, do técnico e administrativo. Cada um deles é uma capacidade de algum indivíduo, grupo social, instituição, que se refere no primeiro caso à informação, no segundo aos recursos e no terceiro aos grupos sociais. O poder técnico é a capacidade de gerar, acessar, gerenciar informações de diferentes características, se define pelo uso de conhecimentos e tecnologias em qualquer dos níveis de funcionamento no setor saúde. O poder administrativo é a capacidade de apropriar e alocar recursos, ele corresponde às atividades e processos que implicam o manejo de recursos. O poder político é a capacidade de mobilizar grupos sociais para exigir ou reivindicar suas necessidades ou interesses, que expressa a defesa dos interesses dos diversos grupos envolvidos no setor (TESTA, 2020).

Outra contribuição de Mario Testa é a formulação do “Postulado da Coerência”, diagrama que possibilita a identificação das relações políticas produzidas relacionando as vertentes Propósito de Governo, os Métodos utilizados na prática de planejamento e a sua Estrutura de Organização (MENDES, 2013).

Os propósitos do governo junto com o papel do Estado formam o vértice político, sendo que, para Testa, os papéis fundamentais que o Estado cumpre na tomada de decisões são: ‘a articulação da classe dominante’, ‘a desarticulação da classe dominada’ e ‘a garantia de reprodução da classe dominada’ (FEDERICO, 2015).

O primeiro papel garante os propósitos do governo de legitimação e crescimento. O segundo papel, orientado à sua autolegitimação (mediante métodos físicos e simbólicos) limita através da configuração institucional burocrática, as possibilidades de conformação de atores sociais. Finalmente, o terceiro papel do Estado tem como propósito guiar as ações para uma mudança estrutural na estrutura de classes para uma maior igualdade entre os diferentes grupos sociais, determinando métodos orientados às políticas sociais universais e integrais e construindo mais democracia na sociedade (TESTA, 1989).

Uma segunda afirmação estabelece uma relação necessária entre propósitos, métodos para alcançá-los e a organização das instituições que se encarregam disso. Essa relação é chamada de postulado da coerência. Daqui deriva a necessidade de estudar estes três aspectos, à luz das condições indicadas. Dadas essas condições, a existência de atores opostos aponta para o exame do poder que cada um deles possui. A ação que ocorre nas instituições acaba orientando a definição da estratégia e, conseqüentemente, especifica o significado do planejamento estratégico para essa forma de ver as coisas (TESTA, 2020).

Estratégia é a forma de implementar uma política. A política, por sua vez, é uma proposta sobre a distribuição do poder, o que finalmente nos remete à categoria central da abordagem do planejamento estratégico. A dinâmica da relação entre essas categorias estabelece as diretrizes para o planejamento necessário nessas condições históricas. Para analisar essa dinâmica, convém partir do postulado da coerência, que diz que os propósitos de uma instituição, os métodos que utiliza e a organização que assume devem ser coerentes (TESTA, 2020).

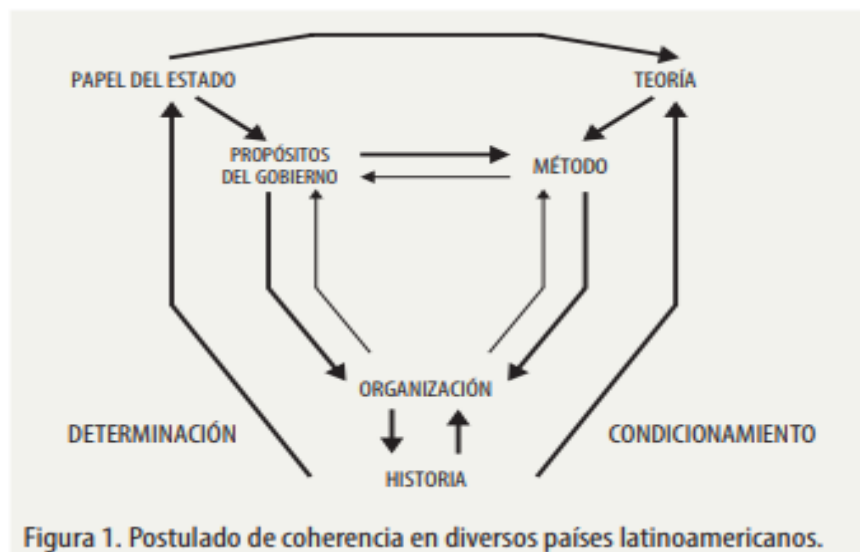
A relação de coerência se expressa, nas ciências sociais, de duas formas: determinação e condicionamento, sendo a primeira, uma força positiva que estabelece limites dentro dos quais um fenômeno deve ocorrer e a segunda, uma força negativa que fixa limites fora dos quais um fenômeno não pode ocorrer.

O postulado afirma que existe uma relação de primeiro nível entre propósitos (Papel do Estado), métodos (Teoria) e organização (História), que pode ser unidirecional ou bidirecional entre quaisquer dois desses componentes, sem dar indicações sobre qual dos modos possíveis da relação se cumpre, entendendo por modo tanto a direção da relação quanto seu caráter (determinação ou condicionamento) ou bidirecionalidade. Como existem inúmeras formas possíveis de relacionamento, um dos problemas é definir as condições em que uma ou outra se

aplica. Um segundo problema é identificar se existem outras instâncias de determinação de cada um dos componentes indicados (TESTA, 2020).

A importância do Postulado está na possibilidade de identificar e estudar os processos de formulação e implementação de políticas (TESTA, 1992) ou até mesmo “ser utilizado como ponto de partida para a definição de modelos de análise de processos políticos específicos, como é o caso da formulação de planos e programas de saúde” (TEIXEIRA, 2010, p.26).

Figura 1. Postulado de coerência em diversos países latino-americanos



Fonte: TESTA, 2020, p. 100.

A ideia de um planejamento como instrumento/atividade de ação de governo para a produção de políticas, procura evidenciar uma tecnologia de gestão de políticas públicas setoriais, capazes de intervir no processo socioeconômico para direcionar o desenvolvimento social e para controlar parte da relação Estado/sociedade (MERHY, 1995).

Nessa perspectiva, gestão na saúde é a função de conduzir e dirigir os sistemas e serviços de saúde. Inclui formular políticas, planejar, financiar e contratar serviços, organizar e estruturar a rede de serviços em seus distintos níveis, dimensionar a oferta, controlar e avaliar as ações. Um dos elementos fundamentais da gestão é a informação. A informação em saúde permite amparar as decisões de gestão ao fornecer conhecimento sobre a realidade sócio sanitária e epidemiológica de uma dada população. Neste cenário, torna-se essencial fazer um paralelo entre as políticas de pesquisa do ministério de saúde. O objetivo é usar esse conhecimento para

propor intervenções e políticas, com base em evidências científicas, que possam melhorar a saúde, o bem-estar e reduzir as desigualdades em saúde (MSPP, 2020).

4.3 Saúde Materno Infantil no Haiti

A atenção à saúde materno-infantil é uma das prioridades dos governos dos diversos países, que consiste em ações e estratégias no sentido de “assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério (pós-parto) e, às crianças, o direito ao infantil e seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis” (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2019, p.12).

Para conhecer a eficiência dos sistemas de saúde de um país, devem ser observados os indicadores de desenvolvimento e qualidade de vida refletidos pelo contexto de saúde materna, neonatal e infantil (UNICEF ANGOLA, 2018).

A mortalidade materno-infantil consiste em um problema de saúde pública global, relacionada com as condições de vida e saúde, eficiência dos serviços de saúde e desempenho dos programas dirigidos a sua redução. Esta é um indicador de saúde importante para analisar a saúde das mulheres e das crianças, o desenvolvimento econômico e as desigualdades sociais em uma população (DIAS et al., 2015).

A mortalidade materna é definida pela OMS, na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), como: Morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais (BRASIL, 2021).

A mortalidade infantil é definida pelo número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Por meio da taxa de mortalidade infantil, se estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil (BRASIL, 2021).

A taxa de mortalidade materna no Haiti ainda está em um nível muito alto. Embora os números sobre mortalidade materna variem muito de acordo com a fonte e estejam longe de ser unânimes, as melhores estimativas para o Haiti mostram nada menos que 2.900 mulheres e meninas morrem a cada ano como resultado de complicações relacionadas à gravidez. Além disso, a cada ano, 58.000 a 87.000 mulheres e meninas haitianas sofrem de deficiências atribuíveis a complicações na gravidez e no parto (MSPP, 2005 - 2010).

A importância desta mortalidade explica a prioridade que o MSPP do Haiti atribui ao combate à mortalidade materna, tendo por base nomeadamente os objetivos do milênio de redução do parto mortalidade materna de 2/3 até 2015. A análise dos 216 óbitos maternos registrados em 2000 cuja certidão de óbito pode ser estabelecida, ou seja, 16% do número de óbitos maternos esperados, permite conjecturar sobre a distribuição das principais causas de mortalidade materna no país. Esta distribuição vai na direção da observação feita em outros países em desenvolvimento, a saber, que três quartos das mortes maternas estão ligadas a causas que ocorrem durante o parto e puerpério; e que na vanguarda dessas causas estão: hipertensão/eclâmpsia, hemorragias, anemia, infecções, distocia e complicações do aborto (MSPP, 2005-2010).

A mortalidade materna estimada em 457/100.000 nascidos vivos no início da década de 1990 aumentou para 523 por 100.000 em 1994-1995 (EMMUS II, 1994-1995); em 2005, pela enquete de morbidade, mortalidade e utilização dos serviços realizada no país registrou 630 mortes maternas por 100.000 nascidos-vivos (EMMUS IV, 2005).

A enquete realizada em 2016/2017 apresentou em seu relatório de mortalidade materna, a estimativa relacionada a gestação foi de 646 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos no ano de 2010. No Haiti, as complicações relacionadas à gravidez são a segunda principal causa de morte entre mulheres de 15 a 49 anos, depois da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS (EMMUS-VI, 2016-2017).

Em relação à mortalidade infantil, constitui uma grande preocupação no Haiti; a taxa de mortalidade infantil (81 óbitos por mil nascidos vivos) é 7 vezes superior à taxa bruta de mortalidade, ou seja, uma em cada três óbitos no país é de uma criança (MSPP, 2005).

Para o ano de 2011, a taxa de mortalidade infantil foi estimada em 59 óbitos por 1.000 nascidos vivos, o que significa que aproximadamente uma em cada dezessete crianças

morreu antes de seu primeiro aniversário no Haiti. A mortalidade infantil no Haiti permaneceu no mesmo nível de 2005/2006 (57%) até 2012/2016 (59%) (EMMUS-VI, 2016-2017).

A OMS considera que a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), que é “o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos”, nos países não deve ser superior a 10 mortes para cada mil nascidos vivos (NV). A TMI acima de 50 mortes para cada 1.000 NV é considerada pela OMS como alta e entre 20 e 49, média. Embora esses pontos de corte sejam arbitrários e necessitem revisão periódica, eles apontam metas importantes para o monitoramento do risco do óbito infantil no mundo e devem ser interpretados à luz da qualidade da informação dos sistemas de notificação de mortes e nascimentos (DUARTE, 2007).

A cada ano, cerca de 138.000 crianças com menos de 5 anos morrem no Haiti devido a doenças evitáveis e desnutrição. Encontra-se três causas principais da mortalidade infantil: diarreia, desnutrição e Infecção Sexualmente Transmissível- IST/HIV, Insuficiência Respiratória Aguda (IRA) (principalmente pneumonia) e outras (meningites, septicemias). Devemos destacar também que a AIDS e o tétano neonatal figuram entre as dez principais causas (MSPP, 2005-2010).

Diante do que foi exposto, observa-se que melhorar a saúde materno-infantil do Haiti, por meio da eficiência e eficácia do Sistema Nacional de Saúde e suas políticas, é um aspecto muito importante para a melhoria da qualidade de vida dessa população; as crianças representam o futuro da sociedade e, quando elas morrem precocemente, evidencia-se que os responsáveis (instâncias governamentais) por cuidar da saúde delas e de suas famílias, não conseguiram garantir o acesso a serviços de saúde, de forma a prevenir doenças e a morte. As mulheres tem também seus papéis sociais, principalmente nas famílias, e a morte materna traz traumas e repercussões para os membros e para a sociedade na qual ela está inserida.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Este trabalho é de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso. O objeto da pesquisa é a análise documental do planejamento das políticas públicas de saúde materno-infantil, para que se possa aprofundar aspectos relacionados com as questões do estudo.

A pesquisa do tipo Estudo de Caso foi escolhida porque permitirá que a pesquisadora compreenda, analise e avalie fenômenos, interagindo com o objeto de estudo de forma mais ampla (GOLDENBERG, 2011). O fenômeno a ser estudado possui muitas variáveis e para o conhecimento deste, serão utilizadas diversas fontes de evidência, por isso é um desafio no contexto das ciências sociais (YIN, 2015).

Além disso, o Estudo de Caso possibilita conhecer profundamente um contexto, a realidade, explicando as causas do fenômeno, pois o objeto estudado é complexo e não tem como ser explorado com pesquisas experimentais, nem com levantamento de dados por contato direto com os atores sociais envolvidos na situação pesquisada (GIL, 2008). A ciência tem utilizado os estudos de caso para elaboração de escritos científicos nas Ciências Médicas, História, Biologia, Psicologia, História, Administração, Economia, Antropologia, Sociologia e Ciência Política, Educação (FLYVBJERG, 2011).

5.2 Campo de Estudo

O Haiti é um país caribenho localizado na América Central, na ilha de Hispaniola, território que compartilha com a República Dominicana, a leste. Sua capital é Porto Príncipe, sua área: 27.750 km², sua população é de 11.887.456 habitantes. O Haiti também é o único território francófono independente no Caribe, do qual também é o país mais populoso e mais pobre do continente americano (IHSI, 2015).

A organização do território do Haiti ocorre de uma forma diferente do Brasil. O país está dividido em dez (10) departamentos (Oeste, Sul, Sudeste, Grand-Anse, Nippes, Norte, Noroeste, Nordeste, Centro e Artibonite) ao invés de estados como o Brasil possui (Quadro 2).

Cada departamento é composto de distritos (bairros) em um total de quarenta e dois (42) distritos; cada distrito possui comunas (municípios), sendo cento e quarenta (140) comunas no país. E por fim, cada comuna possui seções, totalizando quinhentos e setenta (570) seções comunais (IHSI, 2015).

Quadro 3. Distribuição da população por sexo e departamento no ano de 2021- Haiti.

Tableau 1
Distribution de la population d'Haïti par sexe et par département
MSPP, Année 2021

Département	Population		Sexe		
	Nombre	%	Masculin (496%)	Féminin (50.4%)	Indice de masculinité
Artibonite	1 881 984	15.8	931 582	950 402	98.0
Centre	812 958	6.8	415 421	397 536	104.5
Grande-Anse	510 172	4.3	266 310	243 862	109.2
Nippes	373 151	3.1	195 904	177 246	110.5
Nord	1 162 594	9.8	570 834	591 761	96.5
Nord-Est	429 192	3.6	215 454	213 738	100.8
Nord-Ouest	793 970	6.7	393 809	400 161	98.4
Ouest	4 390 005	36.9	2 124 762	2 265 243	93.8
Sud	844 267	7.1	436 486	407 781	107.0
Sud-Est	689 163	5.8	343 892	345 270	99.6
TOTAL	11 887 456	100	5 896 178	5 991 278	98.4

Source : Estimations de l'UEP du MSPP à partir des projections de l'IHSI

Fonte: (MSPP, 2021).

Em relação aos profissionais de saúde do Haiti, o Quadro 3 abaixo mostra a distribuição deles por departamento no país. Pode-se observar que existem mais enfermeiros (5.042) e médicos (3.354).

Quadro 4. Distribuição dos profissionais de saúde por departamento no ano de 2021- Haiti

Tableau 56
Distribution du personnel essentiel par département
MSPP, Année 2021

Département	Population	Médecin	Sage femme	Infirmière	Auxiliaire-Infirmière	Total Personnel Médical	Ratio Personnel Médical pour 10 000 habitants
Artibonite	1 881 984	219	11	453	503	1 186	6,30
Centre	812 958	111	6	175	292	584	7,18
Grande-Anse	510 172	60	1	177	101	339	6,64
Nippes	373 151	67	2	95	76	240	6,43
Nord	1 162 594	372	8	655	258	1 293	11,12
Nord-Est	429 192	79	1	163	127	370	8,62
Nord-Ouest	793 970	76	5	194	233	508	6,40
Ouest	4 390 005	2 032	165	2 411	1 155	5 763	13,13
Sud	844 267	214	15	498	304	1 031	12,21
Sud-Est	689 163	124	5	221	111	461	6,69
TOTAL	11 887 456	3 354	219	5 042	3 160	11 775	9,91

Source : Elaboration propre à partir des données de l'Evaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé en Haïti, 2017-2018

Fonte: (MSPP, 2021).

Quanto à rede de serviços de saúde do Haiti, esta é dividida em escalas que possuem unidades de saúde para atenção em primeira escala (cuidados básicos) oferecendo atendimentos multiprofissionais em dispensários (ambulatórios), Centros de Saúde sem Leitos (CSL), Centros de Saúde com Leitos (CAL) e consultórios médicos; também oferecem a atenção em segunda escala em Hospitais Comunitários de Referência (HCR), com especialistas para Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia (ObGyn), que atendem os casos referenciados pelas instituições da primeira escala.

5.3 Coleta de Dados

Trata de um estudo de caso que utilizou a pesquisa documental, definido como:

A técnica documental, pesquisa que se restringe à análise de documentos vale-se de documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor, ou seja, que não foram analisados ou sistematizados. [...] é uma das técnicas decisivas para a pesquisa em ciências sociais e humanas” (HELDER, 2006, p.1-2).

A pesquisa documental se mostra utilitária para aprender sobre os modos de planejamento, gestão, intervenção de um sistema, uma organização, qualquer público em questão. Como parte do nosso projeto de pesquisa, escolhemos a pesquisa documental, como o método mais apropriado que pode nos levar aos alvos com mais facilidade e nos fornecer documentos nos quais os diferentes fatores, índices e organizações de intervenção no nível do país podem ser ilustrados.

A pesquisa documental, bem como outros tipos de pesquisa, propõe-se a produzir novos conhecimentos, criar novas formas de compreender os fenômenos e dar a conhecer a forma como estes têm sido desenvolvidos. O desafio a esta técnica de pesquisa é a capacidade que o pesquisador tem de selecionar, tratar e interpretar a informação, visando compreender a interação com sua fonte. Quando isso acontece, há um incremento de detalhes à pesquisa e os dados coletados tornam-se mais significativos (SA-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, BRASIL 2009).

Os documentos que serão analisados correspondem: Constituição Nacional do Haiti (1987), Plano Estratégico Nacional de Reforma do Setor Saúde do Haiti (2005-2010), Plano Diretor de Saúde do Haiti (2012-2022) e Relatórios Estatísticos anuais (Quadro 4). As informações destes documentos são de domínio público e podem ser encontrados no site do MSPP, o que dispensa avaliação por Comitê de Ética.

Quadro 5. Documentos das Políticas de Saúde do Haiti – 2022.

ORIGEM	DOCUMENTOS ANALISADOS	RESUMO
Ministério da Saúde Pública e População (MSPP)	Plano Diretor de Saúde (PDS) 2012-2022	Instrumento que define as orientações, prioridades e estratégias da política pública de saúde do HAITI.
	Plano Estratégico Nacional de Reforma do Setor Saúde (PENRSS) de 2005-2010	Documento que constitui um quadro coerente e consensual para o desenvolvimento sanitário nacional para a elaboração de planos específicos ao nível central e a análise organizacional do MSPP. Apresenta aos parceiros caminhos para intervenções.
	Relatórios de Estatísticas de 2011 a 2022.	Dados estatísticos sobre a população, problemas e recursos de saúde que permitem a análise do desempenho dos programas e a orientação das intervenções de saúde.
Organization of American States (OAS) - site	A constituição da República do Haiti (1987)	Lei máxima do país, responsável por estabelecer um sistema de governo baseado nas liberdades fundamentais e no respeito aos direitos humanos, paz social, equidade econômica, ação concertada e participação de todos os povos nas principais decisões que afetam a vida da nação haitiana, através de uma descentralização efetiva.

Fonte: Autoria própria, 2022.

Para cada documento serão respondidas as seguintes questões norteadoras, definidas pelo Quadro 5.

Quadro 6. Formulário para coleta de dados dos documentos segundo Postulado de Coerência de Mario Testa

Postulado de Coerência	Principais questões norteadoras
Propósitos do Estado do Haiti em relação a mortalidade materno-infantil	-Os princípios, diretrizes e objetivos da Constituição, do Plano Diretor de Saúde, do Plano Estratégico Nacional de Reforma do Setor Saúde do Haiti são coerentes com a redução da mortalidade materno-infantil? -Os princípios, diretrizes e objetivos da Constituição, do Plano Diretor de Saúde e do Plano Estratégico Nacional de Reforma do Setor Saúde do Haiti são claros quando tratam da mortalidade materno-infantil? - Os dados estatísticos apresentados nos relatórios anuais do país são coerentes com os indicadores de mortalidade materno-infantil necessários?
Organização do Sistema de Saúde do Haiti em relação a mortalidade materno-infantil	-No Plano Diretor de Saúde e no Plano Estratégico Nacional de Reforma do Setor Saúde do Haiti são descritas ações individuais e coletivas para prevenção de doenças das mulheres e crianças e para promoção da saúde? - O Plano Diretor de Saúde e o Plano Estratégico Nacional de Reforma do Setor Saúde do Haiti apresentam ações para a assistência clínica em situações de problemas de saúde materno-infantil? - Existem ações no Plano Diretor de Saúde e no Plano Estratégico Nacional de Reforma do Setor Saúde do Haiti para grupos específicos de mulheres e crianças? - No Plano Diretor de Saúde e no Plano Estratégico Nacional de Reforma do Setor Saúde do Haiti são estabelecidas as responsabilidades dos profissionais de saúde para o cuidado às mulheres e crianças? - Os dados estatísticos nacionais anuais apresentam os indicadores de mortalidade materno-infantil relacionados à assistência e ações do Sistema de Saúde?
Método do Sistema de Saúde do Haiti em relação a mortalidade materno-infantil	- O modelo de atenção à saúde do Haiti apresenta coerência com as ações realizadas para a prevenção/redução da mortalidade materno-infantil? - No Plano Diretor de Saúde e no Plano Estratégico Nacional de Reforma do Setor Saúde do Haiti são discutidos a infraestrutura (recursos materiais, leitos, profissionais especializados, financiamento) necessária para as ações de prevenção/redução da mortalidade materno-infantil? -Existem programas/ações específicos para a prevenção/redução da mortalidade materno-infantil? - Os artigos da Constituição e os dados estatísticos nacionais anuais estão coerentes com o modelo de atenção à saúde no Haiti?

Fonte: Elaborado pela própria autora (2022) adaptado de Rossi e Chaves (2015).

Para avaliação do impacto das ações implementadas para a redução da mortalidade materno-infantil pelas políticas de saúde no Haiti, serão analisados os seguintes indicadores, que podem ser encontrados nos relatórios estatísticos anuais:

- Taxa de Mortalidade Infantil;
- Taxa de Mortalidade Materna;
- Taxa de cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano por tipo de vacina (RR e BCG) por departamento;
- Índice de visitas domiciliares pós-natal efetuadas por período de realização por departamento;
- Consultas de pré-natal ;
- Índice de partos institucionais por departamento.

5.4 Análise dos Dados

Para analisar o artigo, utilizaremos novamente o software MaxQDA para organização dos dados contidas nos documentos. O software permite a seleção de Conteúdo após a codificação dos dados e possui algumas ferramentas para esse processo como: grade/tabela de sumários (permite sintetizar os dados em uma representação gráfica); nuvem de palavras (permite ver a predominância textual); mapa de código e retrato de documento (representação gráfica dos códigos na codificação).

Posteriormente será utilizada a técnica de análise de Conteúdo de Bardin (2006) para observação dos significados textuais nos documentos e para responder o problema de pesquisa a partir dos elementos identificados. Bardin (2006, p. 38) refere que a análise de conteúdo consiste em:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não).

Inicialmente os documentos selecionados para o estudo foram inseridos no software já traduzidos para a língua portuguesa; foi feita a primeira etapa da análise de conteúdo, com a leitura flutuante de cada texto (BARDIN, 2006) no próprio software para identificação dos

trechos que estavam relacionados ao objeto do estudo, demarcando-os para constituição do *corpus*.

Para a segunda etapa, foi realizada a exploração do material, com a identificação de unidades de registro e categorização (BARDIN, 2006) na perspectiva dedutiva, partindo dos elementos do Postulado de Coerência de Mário Testa; o software permite criar as categorias, selecionando os trechos com aplicação de cores diferentes para sinalizar cada categoria.

Para a organização destes dados, foram ativados cada documento individualmente ou em grupo e seus códigos (categorias), para a elaboração das figuras de nuvem de palavras, tabelas de resumos com os elementos do postulado de Mário Testa estabelecidos e os retratos de documentos.

Diante do exposto, percebe-se que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que tem como objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados.

A terceira etapa da análise de conteúdo foi o tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos dados (BARDIN, 2006). A análise das informações aconteceu a partir do que propõe o postulado de coerência de Mário Testa: os propósitos de uma instituição, os métodos que utiliza e a organização que assume que deveriam ser coerentes.

Mário Testa faz contribuições teóricas importantes para o planejamento estratégico sendo três delas principais: o diagnóstico situacional, o poder e o postulado de coerência.

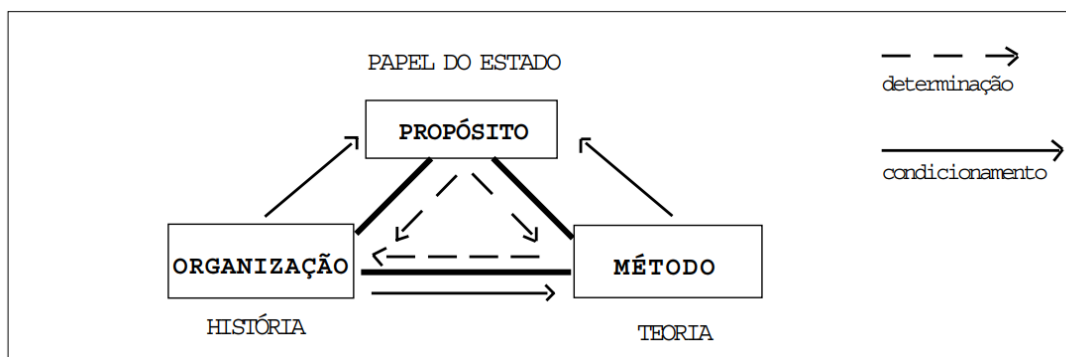
Para Testa, o centro da problemática estratégica é o poder que é ou pode ser exercido, partindo da definição de política como uma proposta de distribuição do poder, e estratégia como uma forma de implementação de uma política. Mário Testa elaborou uma tipologia distinguindo-o em poder administrativo, poder técnico e poder político (UFSC, s.d, s.p)

Sobre o postulado, Testa apresenta quanto a relação de coerência que, existem dois níveis de determinação (linhas interrompidas), e condicionamento (linhas contínuas). Um mais interno, representado pela relação entre proposta, método e organização. Outro mais externo que, além de determinar o primeiro, também apresenta linhas de determinação e condicionamento entre seus componentes: o Papel do Estado, a Teoria e a História (Figura 2).

Para Testa, o papel do Estado determina seus propósitos; a teoria sobre o problema determina o método com o qual se pretende resolvê-lo e a história determina as organizações da sociedade. No nível mais interno, as relações se dão no sentido da determinação dos propósitos

para os métodos; dos propósitos para as organizações e do método sobre a organização. Por outro lado, os métodos condicionariam os propósitos e ambos seriam condicionados pela organização (LINS; CECÍLIO, 1998).

Figura 2. Postulado de Coerência de Mário Testa.



Fonte: Lins e Cecílio, 1998.

Assim, Testa respalda seu pensamento e fundamenta suas ideias sobre planejamento em saúde pela categoria poder; é necessário entender o que é o poder na instituição estudada, como se exerce, como o poder é distribuído, acumulado, quantificado, qualificado, as relações de poder existentes, os impactos dele e como se pode transformar as relações. Ele traz que poder, ideologia e organização são inseparáveis (GIOVANELLA, 1989).

Sobre a organização, Giovanella (1989) discute que Testa destaca dois pontos importantes: a organização como instituição na qual pessoas se agrupam pelos mesmos interesses, pela estrutura e firmeza da organização; e o outro ponto importante é a forma como se organizam as práticas na instituição, as relações estabelecidas internamente e externamente. A organização é determinada pela história e também determina a história, bem como interfere nas relações de poder.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresentará e discutirá os resultados desta pesquisa, abordando no primeiro tópico o Sistema Nacional de Saúde do Haiti com ênfase na Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil e no segundo tópico um artigo elaborado a partir da análise dos dados empíricos coletados dos documentos que compuseram a amostra deste estudo.

Nos apêndices encontram-se as planilhas de análise da coerência sobre o planejamento do cuidado Materno-infantil no Sistema Nacional de Saúde do Haiti, conforme o arcabouço teórico de Mário Testa.

6.1 Sistema Nacional de Saúde do Haiti

Antes de apresentar aspectos sobre o Sistema Nacional de Saúde do Haiti, é necessária uma breve contextualização histórica sobre como surgiu a perspectiva da saúde como direito das pessoas resguardado pela Constituição e expresso nas políticas de saúde.

Desde 1957, o Haiti esteve sob a ditadura no governo, inicialmente com François Duvalier e em sequência com seu filho Jean-Claude Duvalier, na qual existiam privilégios de uma casta dominante de pessoas ricas. A crise da economia e a fome estimularam em 1986, revoltas populares contra o regime de Jean-Claude. Aconteceram massacres de civis por milícias armadas dos Tontons Macoutes, um verdadeiro terror organizado. No mesmo ano de 1986, Jean-Claude Duvalier ainda queria obter poder vitalício como seu pai, por meio de um referendo, mas diante da mobilização social, foi obrigado a se refugiar na França, fugindo com milhões de dólares dos cofres do Estado haitiano, desviados e depositados na Suíça. A partir de então, durante o ano de 1986, historiadores, economistas, sociólogos e juristas, na intenção de evitar novo regime ditatorial no futuro, elaboraram uma nova constituição para resgatar valores democráticos, reinserir um quadro jurídico e os republicanos no poder político.

Lainy e Etienne (2021) escreveram no jornal Le Nouvelliste, que no dia 07 de fevereiro de 1986, através dos movimentos de protestos populares, greves, manifestações de rua, o sistema sócio-político e econômico estabelecido pelos Duvaliers e Duvalieristas foi atingido. Assim, o povo haitiano das diversas classes convergiu suas ideias para a construção de um

regime político que mudasse a realidade e garantisse direitos inalienáveis e imprescritíveis à vida, à liberdade e à busca da felicidade. As preocupações e manifestações foram divulgadas pelas mídias, expressas nos jornais e reforçadas nas ruas. A Constituição de 1987 surgiu nessa conjuntura, como um incentivo para revolução haitiana, ecoando demandas populares, como um instrumento de mobilização do povo para defesa de sua dignidade e de seus direitos fundamentais nas áreas da política, educação, saúde, proteção social, justiça, equidade de gênero e liberdade de expressão.

O Sistema Nacional de Saúde no Haiti foi fortalecido a partir da Constituição de 1987, que apresentava artigos direcionados à obrigação do Estado quanto a garantia do direito à vida e à saúde em acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (Figura 3), bem como a obrigação de garantir a proteção, manutenção e restabelecimento da sua saúde através da criação de hospitais, centros de saúde e dispensários.

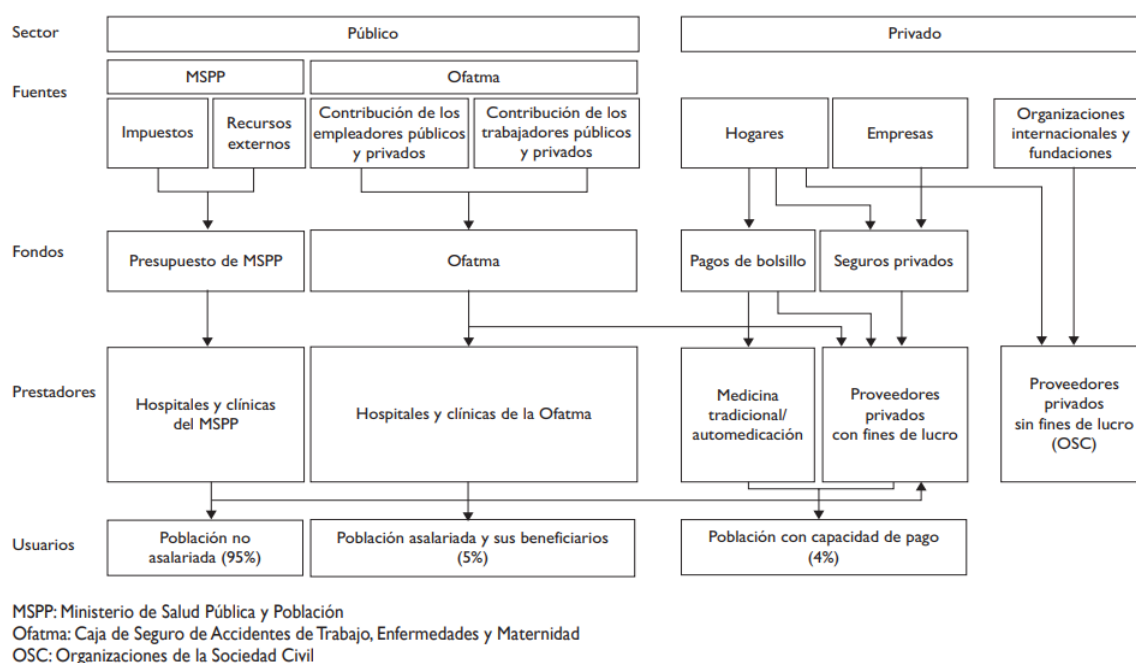
Figura 3. Contextualização da criação do Sistema de saúde do Haiti a partir da Constituição de 1987



Fonte: Autoria própria, 2022.

Partindo da concepção de cobertura como acesso e uso, a Figura 4 demonstra que o MSPP oferece serviços básicos de saúde para 95% da população haitiana não assalariada, por meio de atendimentos médicos, de enfermagem e de outros trabalhadores de saúde em clínicas e hospitais, financiados por impostos gerais. Por outro lado, a Ofatma oferece serviços de saúde, aos trabalhadores do setor formal público e privado, sendo esses 5% da população assalariada e seus beneficiários; os serviços são: atenção ambulatorial (seguros contra acidentes de trabalho, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, planejamento familiar); atenção em urgências; serviços cirúrgicos; atenção odontológica e hospitalização; serviços de diálise. Quando não possui os serviços, contrata os setores privados para ofertá-los aos afiliados. O setor privado por sua vez, conta com 09 instituições de seguro cobrindo cerca de 4% da população com condições para pagar diretamente, administrando fundos de pensão e seguros voluntários. As OSC no Haiti possuem um destaque na prestação de serviços de saúde, em parceria com os Médicos sem Fronteiras, e contam com centros de saúde e hospitais próprios, atendendo a população carente que não é coberta por nenhum seguro de saúde (FENE; GOMEZ-DANTES; LACHAUD, 2020).

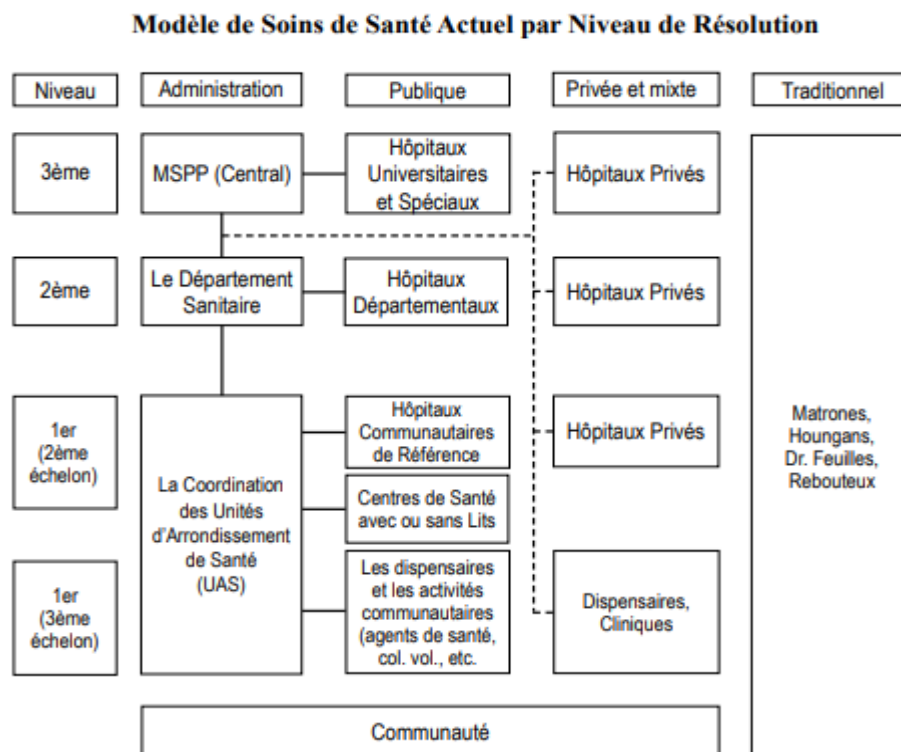
Figura 4. Sistema de Saúde do Haiti, 2020.



Fonte: Fene; Gomez-Dantes; Lachaud, 2020, p.301.

A operacionalização do sistema nacional de saúde haitiano é representada pelas autoridades nacionais de saúde, as autoridades centrais, as direções departamentais, as Unidades Comunais de Saúde (UCS) e as instituições de saúde, todos distribuídos dentro do MSPP (Figura 5). Esta última, com o objetivo de melhorar de forma sustentável o estado de saúde da população, através de uma abordagem global e dinâmica da saúde e da prestação de cuidados de qualidade, a todos os seus níveis, planeja, coordena e implementa todos os meios para proporcionar à população com cuidados preventivos e curativos (MSPP, 2011, p.9).

Figura 5. Modelo de Cuidados de Saúde atual por nível de resolução - Haiti



Fonte: PNS, 2012.

O sistema de saúde haitiano apresenta, em todos os níveis, problemas significativos de funcionalidade, organização, gestão e controle das ações de saúde, resultando em uma oferta assistencial fragmentada, inacessível e de baixa qualidade, fraca capacidade de vigilância da Autoridade Nacional de Saúde, multiplicidade de doadores e programas verticais, ausência de protocolos padronizados para problemas de saúde, faltas frequentes de suprimentos médicos essenciais que contribuem para a baixa qualidade dos cuidados a nível institucional. Além disso,

questões culturais e baixa qualidade dos serviços resultam em utilização limitada do serviço e baixa satisfação do paciente. A cobertura da população não chega aos 60%, e os recursos humanos são insuficientes e têm baixa qualificação (MSPP, 2021).

A evolução para a melhoria do estado de saúde da população haitiana é muito lenta. Os níveis de mortalidade e morbidade por doenças infecciosas transmissíveis e nutricionais são altos. A situação é a mesma para as condições relacionadas ao comportamento sexual. A acessibilidade limitada aos cuidados básicos de saúde, a distribuição desigual dos recursos de saúde, o baixo nível de saneamento básico e um nível muito baixo de educação em saúde contribuem para retardar a evolução para uma baixa rápida da morbidade e da mortalidade (MSPP, 2012).

A acessibilidade aos serviços é amplamente determinada, por um lado, pela capacidade de pagamento do beneficiário e, por outro, pelo tempo de deslocamento para chegar aos centros de saúde. As mulheres da capital têm que viajar menos de meia hora para chegar a um hospital, 19% das mulheres de outras cidades e 54% das mulheres do campo têm um tempo de viagem de uma hora ou mais para alcançar este tipo de estabelecimento; 37% dos pesquisados pela Enquete de Morbidade e Mortalidade e Utilização dos Serviços III (EMMUS III – 2000) citam a distância das instituições como a principal causa de inacessibilidade (IHE, 2018).

O acesso à assistência médica no Haiti, acontece na perspectiva da medicina moderna, mas também da medicina tradicional, que é muito ativa. Esta realidade, no que diz respeito à saúde reprodutiva e mais particularmente à saúde materna, reveste-se de particular importância pelo importante papel desempenhado pelas "matronas tradicionais", num contexto em que quase 60% dos partos ocorrem fora de uma instituição de saúde e sem a participação de pessoal qualificado (MSPP, 2018).

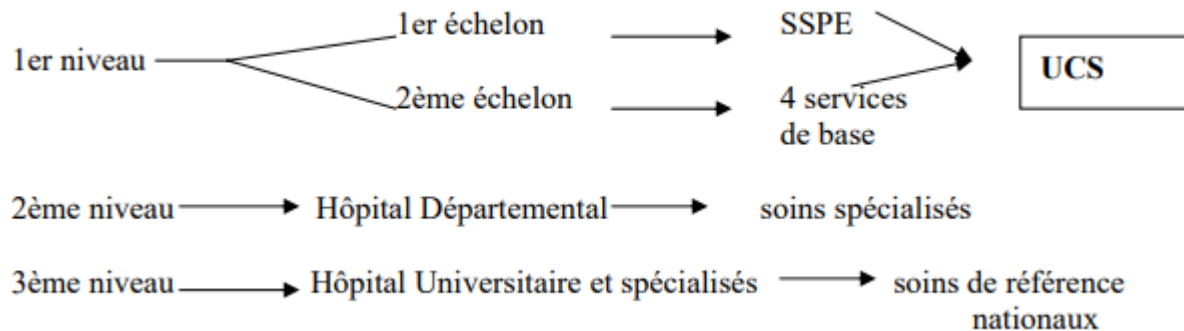
O Haiti, portanto, tem em sua política a determinação de ser um Sistema de Saúde Universal, mesmo que no cotidiano ainda não aconteçam de forma eficaz e completa as ações e estratégias previstas para este modelo.

Os sistemas mais completos e abrangentes na cobertura são os sistemas públicos universais, onde o acesso é irrestrito a toda a população desde ações coletivas até ações de assistência médica em todos os níveis para toda a população. A amplitude da cobertura de

serviços aos cidadãos de um sistema de saúde depende do modelo de proteção social à saúde predominante no país (GIOVANELLA, 2018).

O sistema de saúde haitiano é composto por três níveis (Figura 6):

Figura 6. Níveis do Sistema de Saúde do Haiti



Fonte: MSPP (2006, p.4).

O nível primário, é formado por instituições locais, com as práticas médicas e assistenciais organizadas dentro da Coordenação de UCS. O nível operacional passa a ser a Unidade Distrital de Saúde, que supervisiona os municípios e seções municipais e as instituições prestadoras de serviços. É subdividido em duas escalas:

- Primeira escala: Existem dispensários (ambulatórios), CSL, CAL e consultórios médicos. Essas instituições representam a porta de entrada do sistema de saúde e possibilitam o acesso da população aos SSPE.
- Segunda escala: Essa segunda escala do sistema de saúde haitiano reúne os HCR. O leque de cuidados prestados por essas instituições inclui intervenções mais delicadas que requerem especialistas para os quatro serviços básicos oferecidos: Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, ObGyn, para poder atender os casos encaminhados pelas instituições da primeira escala.

O nível secundário, representa instituições como hospitais departamentais bem como consultórios médicos especializados permitindo o acesso a cuidados médicos especializados. É um nível intermediário, responsável pelo suporte técnico de rotina, ou seja, pela Direções

Departamentais de Saúde; nesse nível se considera o Hospital Departamental como a instituição de referência para o Departamento.

O nível terciário é constituído por hospitais universitários e hospitais especializados. O nível central reforça seu papel de regulação, de elaboração de estratégias de desenvolvimento em saúde, normas e procedimentos, controle e avaliação (MSPP, 2006, p.4).

Percebe-se que o sistema de saúde haitiano busca fortalecer a Atenção Primária à Saúde, como coordenadora do cuidado, estratégia essa que favorece a integralidade das ações a partir de uma rede de atenção (STARFIELD, 2002; ALMEIDA et al., 2018).

No que se refere à infraestrutura nacional de saúde, as unidades de saúde são chamadas no Haiti de instituições sanitárias (Quadro 6) e os departamentos possuem: dispensaire (ambulatórios), CSL, CAL, HCR sendo que existem mais dispensaires - 51,76% (MSPP, 2011).

Quadro 7. Distribuição das instituições sanitárias por departamentos, 2011.

Tableau # 3: Répartition des institutions sanitaires du pays selon le niveau par département

Départements	Dispensaire	CSL	CAL	HCR	Non identifié	Total
Artibonite	93	13	5	11	0	122
Centre	36	10	3	5	0	54
Grand-Anse	45	4	3	3	0	55
Nippes	20	1	4	4	0	29
Nord	50	21	6	8	0	85
Nord-Est	23	6	4	2	0	35
Nord-Ouest	65	9	3	5	0	82
Ouest	63	146	44	56	7	316
Sud	46	10	16	11	0	83
Sud-Est	29	13	4	1	0	47
Total	470	233	92	106	7	908
%	51.76%	25.66%	10.13%	11.67%	0.77%	100.00%

Source : Enquête réalisée auprès des institutions sanitaires du pays, année 2011

Fonte: (MSPP, 2011).

Em 2011, o Haiti contava com 908 instituições de saúde, cuja distribuição era a seguinte: 316 instituições no departamento do Oeste, 122 instituições em Artibonite, 85

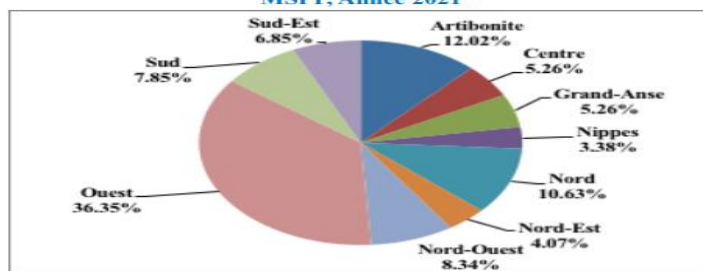
instituições no Norte, 83 no Sul, 82 no Noroeste, 55 em Grand-Anse, 54 no Centro, 47 no Sudeste, 35 no Nordeste e 29 nos Nippes. Dentre essas 908 instituições, 278 delas (30,62%) eram públicas, 416 (45,81%) eram privadas, 211 (23,24%) eram mistas e não foi identificada a situação de 3 delas. Mais 50% das instituições privadas vinham do departamento de Oeste, dos quais 470 dos 908 estabelecimentos de saúde do país eram dispensários, 233 CSL, 92 CAL, 106 HCRs e para 7 o estatuto não foi especificado (MSPP, 2011).

Durante a Avaliação da Prestação de Serviços de Saúde no Haiti (Évaluation des Prestations des Services de Soins de Santé - EPSSS 2017-2018), verificou-se um aumento, ou seja, foram identificadas 1.007 instituições de saúde em todo o território nacional. Entre estas estruturas, os centros de saúde sem leitos (36%) e os dispensários/centros de saúde comunitários (35%) foram mais numerosos do que os centros de saúde com leitos (16%) e hospitais (13%). O setor privado se desenvolveu muito, e se envolveu na distribuição de serviços à população, administrando quase metade (47,07%) dos pontos de prestação de serviços de saúde (30% com fins lucrativos e 17% sem fins lucrativos). Por outro lado, os setores público e misto administravam nesse período 34% e 19%, respectivamente.

No que diz respeito à distribuição das instituições de saúde por departamento, só a região Oeste compreendia 36% (Gráfico 1). O percentual é menor nos demais departamentos, variando de 3% em Nippes a 12% em Artibonite (MSPP, 2021). Estes foram os últimos dados oficiais sobre as instituições sanitárias do país.

Gráfico 1. Distribuição das instituições sanitárias por categoria, 2021

Haïti : Répartition en pourcentage des institutions sanitaires du pays par département MSPP, Année 2021



Source : Elaboration propre à partir des données de l'Evaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé en Haïti, 2017-2018

Fonte: (MSPP, 2021).

Essa porcentagem de instituições de saúde ainda é muito pequena diante das necessidades da população, principalmente quando se fala de mulheres e crianças. O governo

precisaria investir na construção de unidades de saúde e contratação de profissionais para cada departamento do país, pois em alguns deles as mulheres chegam a andar por horas em busca de atendimento. Destaca-se também que a quantidade de ambulâncias para transferência de pessoas em situação de emergência é insuficiente, chegando a casos extremos onde a pessoa doente espera até vir a ajuda da comuna.

Sobre as ações da área de saúde materno-infantil desenvolvidas no Haiti, algumas considerações são necessárias. O pré-natal refere-se às consultas e exames realizados antes do parto. O MSPP pretende reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no período neonatal. Isso também se enquadra na aplicação da recomendação da OMS de 2015, estipulando que todas as mulheres grávidas devem ter pelo menos quatro consultas de pré-natal (MSPP, 2021).

As normas estabelecidas pelo MSPP relativas ao cuidado pós-natal recomendam que seja realizada pelo menos uma consulta até 42 dias após a alta no nível institucional e dentro de 3 dias após a alta, na forma de visitas domiciliares, no nível da comunidade.

O objetivo é reduzir a mortalidade materna e infantil. De acordo com os dados registrados, aconteceram 194.105 partos em 2021. Deste grupo, 64,65% tiveram consulta pós-natal. Esta cobertura varia de acordo com o departamento de saúde. A maior proporção de mulheres beneficiadas por esses serviços foi observada no Sul (106,82%) e a menor no Oeste (43,85%). Foram definidos três períodos de consultas pós-natal: o primeiro dentro de 6 horas após o parto, o segundo entre a 7ª hora e o sexto dia, o terceiro entre os dias 7 e 42 após o nascimento do recém-nascido (MSPP, 2021).

Mesmo o departamento Oeste possuindo mais instituições sanitárias, observa-se que no departamento Sul, houve melhor acompanhamento pós-natal das mulheres. Pode-se inferir que essa maior assistência para as mulheres no departamento Sul aconteça porque tem muitas organizações não governamentais nessa região.

Quanto à Saúde Materna no Haiti, é objetivo das autoridades sanitárias: reduzir a taxa de mortalidade materna em 50% até 2022, ou seja, para 250 por 100.000 nascidos vivos e garantir a saúde reprodutiva de adolescentes e mulheres em todo o país. Ela cobre três grandes intervenções:

- 1) **Gravidez e cuidados pós-parto:** Esta intervenção visa melhorar os serviços de atendimento à gestante nas instituições de saúde e consiste na oferta de atendimento pré e pós-

natal de qualidade. Ela cobre também a vacinação completa de todas as mulheres grávidas na clínica pré-natal.

2) **Serviços e cuidados obstétricos de emergência:** Esta intervenção insere-se no combate à mortalidade materna e neonatal. Pretende aumentar gradualmente os partos assistidos por pessoal qualificado e consiste na gestão do parto e das suas complicações ao nível das estruturas de prestação de serviços.

3) **Promoção da saúde materna:** Esta intervenção visa aumentar gradualmente a taxa de acompanhamento das gravidezes, a existência de um plano de parto e o aumento do número de partos assistidos por pessoal qualificado. Consiste na elaboração de um plano de promoção da saúde materna na comunidade (MSPP, 2012).

Em relação à saúde neonatal, para reduzir a mortalidade busca-se os seguintes aspectos: Fortalecimento da capacidade das instituições para cuidar do recém-nascido; fornecer cuidados neonatais de emergência de acordo com os protocolos estabelecidos; ênfase do cuidado global precoce de crianças expostas ou infectadas pelo HIV, que inclui três intervenções, a saber:

- **Prevenção da transmissão de mãe para filho (PTME):** uma intervenção que visa reduzir a prevalência de AIDS pediátrica e abrange o manejo de todas as grávidas seropositivas.
- **Cuidados terapêuticos à criança infectada pelo HIV:** que visa reduzir a mortalidade associada à AIDS pediátrica e abrange o rastreio e tratamento precoce com antiretrovirais (ARVs) (Trithery) para todos os recém-nascidos expostos ao HIV.
- **Apoio aos órfãos do HIV:** Esta intervenção visa reduzir o impacto negativo do HIV/AIDS em Crianças Órfãs e Vulneráveis (OEV). Abrange os seguintes aspectos: Identificação/Censo de OEV, Supervisão de famílias de acolhimento de OEV e Gestão sistemática de OVE conforme apropriado em termos de saúde e educação.

A Gestão Integrada de Doenças Infantis (PCIME) objetiva reduzir oportunidades perdidas no atendimento adequado de crianças em estabelecimentos de saúde, a gestão da desnutrição que consiste no estabelecimento e implementação de protocolos e estruturas para controlar diferentes formas de desnutrição a nível institucional e comunitário. Abrange as seguintes intervenções:

- **Manejo das doenças respiratórias agudas** : Essa intervenção visa reduzir a morbimortalidade relacionada à IRA. Abrange o tratamento de infecções respiratórias agudas (IRA).

- **Integração da prevenção do reumatismo articular agudo (RAA) e suas complicações na abordagem de PCIME** : uma intervenção que visa eliminar as complicações cardíacas e articulares decorrentes da RAA. Consiste na implantação de um programa de prevenção e tratamento da IRA e suas complicações articuladas com a abordagem PCIME.

- **Manejo da diarreia aguda e crônica** : Esta intervenção visa reduzir a morbidade e mortalidade relacionadas com a diarreia. Ela engloba o desenvolvimento e implementação de um plano do Centro de Consenso de Copenhague (CCC) sobre gestão da diarreia (prevenção e tratamento) em estabelecimentos de saúde e comunidades e Gestão da diarreia aguda e crônica.

- **Manejo de parasitas intestinais** : Esta intervenção visa reduzir a morbidade associada às parasitoses intestinais nas crianças e na população em geral ; aumentar gradualmente o acesso à água potável, para a eliminação adequada das excretas. Ela cobre ainda a implementação de intervenções para a desparasitação de populações não afectadas pela saúde e na escola e a promoção da saúde relativa à higiene e saneamento.

- **Imunização de crianças (PEV)** que visa reduzir a morbimortalidade ligada às doenças imunocontroláveis (MIC). Inclui a vacinação completa de crianças menores de um ano contra tuberculose, poliomielite, sarampo, rubéola, difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e doenças causadas por Hemophilus Influenza Tipo B, Pneumococo e Rotavírus; Reforço da Vigilância Epidemiológica de MIC; busca e atualização do cartão de vacina de todas as crianças de 1-5 anos que não tenham sido completamente vacinadas; fornecimento e manutenção regular de um sistema de cadeia de frio funcional em todas as instituições e Garantia de disponibilidade constante de insumos de vacinação nas instituições que oferecem esse serviço.

- **Controle do crescimento e desenvolvimento psicomotor:** Esta intervenção visa prevenir as consequências das deficiências nutricionais e dietéticas infantis na população. Abrange as seguintes aspectos: Promoção da Nutrição e Alimentação Adequada, Promoção do Aleitamento Materno, Luta contra as Carências de Micronutrientes, Estabelecer um conjunto de serviços e ferramentas para o controlo do crescimento e desenvolvimento psicomotor das crianças com menos de 5 anos.

- **Acompanhamento nutricional:** que visa reduzir a prevalência de diferentes formas de desnutrição: aguda, aguda moderada, aguda severa e desnutrição crônica. Ele cobre o monitoramento e vigilância do crescimento de crianças menores de 5 anos ; a promoção de utilização dos serviços.

- **Prevenção da Deficiência de Micronutrientes:** que visa reduzir a prevalência das deficiências de micronutrientes mais comuns no Haiti, particularmente entre crianças menores de 5 anos. Abrange, entre outras coisas: Prevenção e luta contra as carências de micronutrientes; Suplementação de micronutrientes em ambientes institucionais e comunitários e a Fortificação de alimentos (MSPP, 2012).

Comparando os sistemas de saúde do Haiti e Brasil, Plancher (2018) estudou a gestão sanitária do Brasil e do Haiti quanto aos modelos de gestão, de atenção, de financiamento e recursos humanos e, nos resultados, concluiu que, apesar de ambos os países possuírem o direito à saúde previsto constitucionalmente, as diferenças de tamanho e recursos tornam os desafios enormes. Assim, o modelo de gestão adotado no Haiti, apesar de possuir uma estrutura organizada em três níveis dando assim uma impressão de descentralização, na prática, está voltado para uma abordagem de projeto. Conforme o autor:

A situação sanitária do Haiti apresenta os piores indicadores de saúde das Américas, o que inclui elevados coeficientes de mortalidade materna e infantil, portanto a necessidade de construir um sistema de saúde adequado e capaz de atender as necessidades sanitárias do povo Haitiano é mais que urgente. O Haiti precisa de profissionais em saúde para implantar um sistema de saúde, para isso o Estado Haitiano pode se inspirar no modelo Brasileiro, facilitando a formação de mais profissionais de saúde, implantando mais escolas de medicina pública nos dez departamentos e facilitando o investimento do setor privado na educação (PLANCHER, 2018, p.61).

O estudo de Plancher (2018) apresenta abordagens comparativas entre os dois países, a despeito das suas diferenças e aponta na direção de pesquisas que possam identificar, descrever e analisar as dificuldades e apresentar algumas possibilidades de melhorar a gestão. Também se encontram, nas reflexões de Itagyba (2019) problemas sobre a promoção de saúde no Haiti por meio de organizações humanitárias, podendo-se afirmar que as organizações aplicam os princípios da promoção de saúde de maneira incipiente e fragmentada, carecendo de um modelo estruturado e capaz de modificar o cenário haitiano em longo prazo.

Em todo sistema universal de saúde é importante a capilaridade e abrangência da Rede de Atenção à Saúde como estratégia para a garantia do acesso e da integralidade do cuidado.

no Brasil, a Constituição de 1988 definiu a estratégia de regionalização por meio da organização de redes de atenção como elemento essencial para a garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Segundo o texto constitucional, as ações e serviços de saúde conformam uma rede regionalizada e integrada em um sistema único em todo o território nacional (OUVERNEY; NORONHA, 2013, p.143).

No Haiti, a organização da atenção à saúde possui também uma rede como já falado anteriormente, dividida em níveis, e as unidades de saúde trabalham com as cartas de referência para encaminharem situações para as quais aquele nível não esteja capacitado a resolver (MSPP, 2006). Porém, ainda não possui a mesma amplitude de ação das redes de atenção à saúde do Brasil.

No Haiti, o financiamento para o Sistema de saúde é parcialmente proveniente do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, que em 2017 era de 761 dólares americanos (EMMUS VI, 2016-2017). O orçamento nacional direcionado a saúde é uma ferramenta essencial que reflete como o Estado prioriza a saúde de sua população. Observa-se que o investimento do PIB para despesas em saúde no Haiti vem sendo reduzido ao longo dos anos (Figura 7), sendo que no ano de 2018-2019 foi de 3,9% (MSPP, 2021).

Percebe-se que o Haiti aumentou seu produto interno bruto entre os anos de 2014 a 2019, porém não investiu muito no setor da saúde. Se formos observar outros países, no mesmo ano de 2019, dados da *Cable News Network* (CNN) Brasil, o Haiti está próximo ao investimento do Brasil (3,8%) e do México (2,7%), sendo que o México foi o menor investimento. Por outro lado, países que possuem melhores condições de vida de sua população, também investem mais em saúde como Alemanha (9,9% do seu PIB para o setor saúde), França e Japão (9,3%), Reino Unido (8%), Canadá (7,6%), Suíça (7,5%), Austrália (6,5%), Colômbia (6%), Portugal (5,8%), Chile (5,7%) e Grécia (4,7%) (CORSINI; SOARES, 2022).

Figura 7. Evolução da Magnitude característica da atividade econômica nacional de 2014 à 2019.

Evolution de quelques agrégats généraux des ressources financières de 2014 à 2019
MSPP, Année 2021

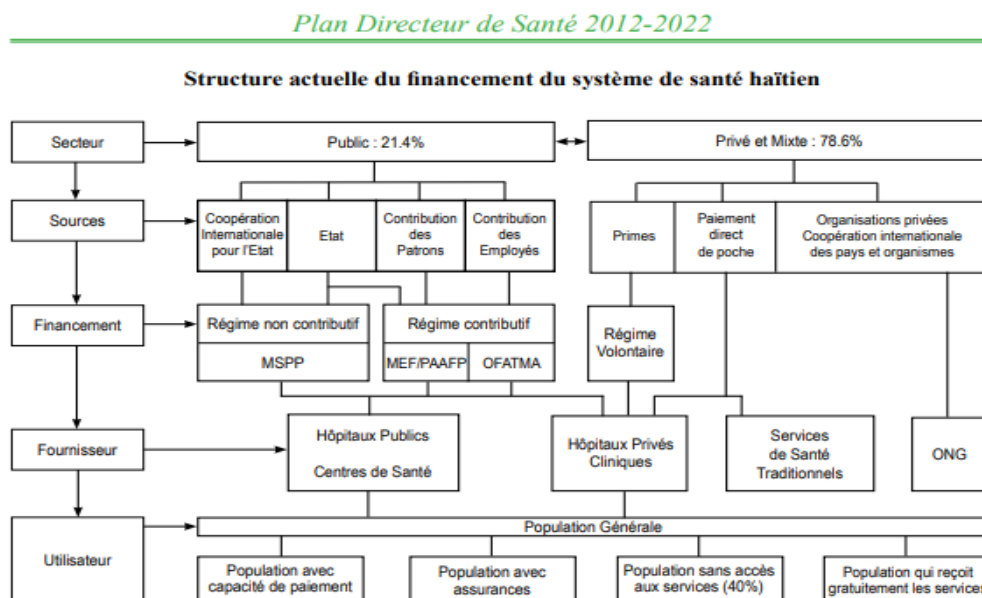
Agrégats	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Population totale	10 911 819	11 078 033	11 244 774	11 411 527	11 577 779
Budget national	109 736 846 515	122 679 830 802	118 580 130 650	145 643 000 000	145 643 000 000
Budget MSPP	5 517 588 034	6 622 752 601	5 264 336 297	5 698 620 986	5 698 620 986
PIB (Gourdes courantes)	493 312 000 000	463 513 650 000	647 487 000 000	658 286 000 000	647 196 000 000
Dépenses totales de santé par habitant (Gourdes)	3 350	3 665	3 438	4 165	4 366
Dépenses totales de santé par habitant (US\$)	59.20	63.00	50.25	59.81	51.49
Dépenses totales de santé en % du PIB	7.7	9.1	6.0	7.2	7.8
Dépenses totales de santé en % du Budget National	34.8	34.2	32.6	32.6	34.7
Budget MSPP en % du Budget National	5.03	5.40	4.4	3.9	3.9
Taux de change	1 USD = 56.54 HTG	1 USD = 58.15 HTG	1 USD = 68.41 HTG	1 USD = 69.64 HTG	1 USD = 84.79 HTG
Dépenses totales de santé	38 158 057 212	42 006 324 870	38 657 563 589	47 532 387 550	50 546 334 111

Source : Rapport des Comptes Nationaux de Santé 2014-2015 et 2015-2016 et rapport des CNS 2017-2018, 2017-2018, 2018-2019 (en élaboration)

Fonte: (MSPP, 2021).

O Haiti enfrenta desafios quando o assunto é financiamento para o setor saúde (Figura 8) e assim, não consegue oferecer serviços gratuitos à saúde da população de forma universal, como deveria ser, o que também é explicado pela ausência de fiscalização. Mesmo com as orientações da política nacional de saúde, o Estado não demonstra muito interesse nesse investimento, o mecanismo de escolha dos doadores e as regras de financiamento influenciam no planejamento e nas prioridades traçadas pelo MSPP, ao invés de se programar o processo a partir das demandas da população. A lucratividade do setor privado possui forte concorrência e custos altos, opera com auto-regulação e não possui controle pelo MSPP, o que favorece a influência das leis de mercado. Com isso, acontece desperdício de recursos para a saúde a partir dessa desorganização; existem no país recursos vindos de organizações não governamentais (ONG) internacionais e o investimento do Estado Haitiano diminui a cada ano. Em paralelo, estudo mostrou que o Haiti poderia melhorar seu contexto de financiamento da saúde, se utilizasse o modelo de financiamento do Sistema Único de Saúde do Brasil, a partir da normatização e definição clara de regras para o investimento dos impostos recolhidos nos departamentos e municípios (PLANCHER, 2018).

Figura 8. Estrutura atual do financiamento do Sistema de Saúde do Haiti.



Fonte: (MSPP, 2012).

Por fim, um aspecto importante para efetivação do SUS no Brasil é o Controle Social, ou seja, a sociedade participa da gestão do sistema de saúde, exercendo a fiscalização das ações do governo, o cumprimento das leis relacionadas ao sistema e acompanha/analisa a aplicação dos recursos financeiros pelo município e estado, além de participar do planejamento das ações de saúde (BRASIL, 2013). Porém, no Haiti, “A participação da população no sistema de saúde não é priorizada no atual estado organizacional. Não existe nenhuma estrutura formal dentro das organizações de saúde onde as pessoas possam expressar seu ponto de vista” (PLANCHER, 2018, p.48).

Por fim, No Haiti existe uma rede de atenção que contempla os elementos descritos por Souza e Bahia (2014): população, infraestrutura, organização dos serviços de saúde, prestação de serviços ou modelo de atenção, financiamento e gestão ou governança e regulação. Entretanto, esse sistema precisa melhorar para poder responder as necessidades da população, verifica-se que possui baixa cobertura das ações de saúde de uma forma geral, o que impacta na qualidade do serviço. Os profissionais de saúde precisam ser mais valorizados, com a promoção de cursos de atualização e melhoria dos salários, com o objetivo de melhoria da qualidade dos atendimentos. Percebe-se que o Estado precisa ampliar as instituições sanitárias de cada departamento e as instituições de ensino para a formação de mais profissionais de saúde.

6.2 ARTIGO¹

PLANEJAMENTO EM SAÚDE PÚBLICA MATERNO-INFANTIL: análise de coerência dos documentos governamentais do Haiti.

PLANNING IN MATERNAL AND CHILD PUBLIC HEALTH: coherence analysis of government documents in Haiti.

Mischmanna Bazelaïs

Marcelo Torres Peixoto

RESUMO

O Planejamento é uma ferramenta importante para a gestão de políticas públicas em saúde. Objetivou-se analisar a coerência dos documentos que estabelecem o planejamento em saúde materno-infantil no Haiti, segundo o arcabouço teórico do Postulado de Coerência de Mario Testa, em correlação com os indicadores da saúde Materno-infantil entre 2012-2021. Estudo documental, com suporte do software Maxqda. Os resultados apontam que os propósitos, métodos e organização possuem coerência nos documentos analisados, entretanto os indicadores de saúde materno-infantil não avançaram significativamente no período estudado. Dessa forma, existe a necessidade de fortalecer a operacionalização das ações planejadas.

Palavras-Chaves: Planejamento em Saúde; Saúde Materno-infantil; Sistema de Saúde; Saúde Pública; Políticas de Saúde.

ABSTRACT

Planning is an important tool for managing public health policies. The objective was to analyze the coherence of documents that establish maternal and child health planning in Haiti, according to the theoretical framework of Mario Testa's Postulate of Coherence, in correlation with maternal and child health indicators between 2012-2021. Documentary study, supported by Maxqda software. The results indicate that the purposes, methods and organization are coherence in the analyzed documents, however the maternal and child health indicators did not advance significantly in the studied period. Thus, there is a need to strengthen the operationalization of planned actions.

Keywords: Health Planning; Maternal and Child Health; Health System; Public Health; Health Policies.

¹ Artigo elaborado conforme as normas de publicação do Journal of Immigrant & Refugee Studies

INTRODUÇÃO

Planejamento significa pensar suas ações antes de realizá-las, ou seja, a pessoa ou instituição que sabe onde quer chegar e como fazer para alcançar seus objetivos, não se deixa levar por imprevistos, nem espera as coisas acontecerem para poder agir diante delas. Nesse sentido, o planejamento é uma ferramenta de gestão importante para elaboração de diretrizes, estratégias de ação, agendas que podem ser utilizados pelo governo dos países (MENDES, 2013).

Conforme pensava Carlos Matus, é necessário em primeiro lugar decidir o enfoque e depois elaborar o método. O enfoque são as ideias e categorias que estruturam o cálculo e o método é a forma de colocar em prática, ou seja, operacionalizar o procedimento planejado (MATTOS, 2010).

No setor saúde, planejar é uma ação fundamental para alcançar resultados eficazes. Segundo Sanchez (2017), as instituições ou sistemas de saúde podem utilizar o planejamento estratégico para desenvolver suas ações, este modelo de planejamento compreende a realidade através do olhar de diversos atores sociais, para então promover intervenções para transformar o contexto, buscando alcançar os objetivos propostos. Numa outra perspectiva, o planejamento normativo consiste em construir planos de intervenção, definindo objetivos e situações a serem alcançados (BRASIL, 2016). As decisões são tomadas com pouca participação dos atores sociais envolvidos, sejam eles profissionais ou pessoas da comunidade.

A mortalidade materno-infantil é uma questão de saúde pública em todos os países, necessitando de ações de planejamento para organizar a rede de atenção à saúde e, dessa forma, melhorar o cuidado ofertado à população. Para se conhecer o nível de saúde de um país, os indicadores de mortalidade materno-infantil são sempre observados e servem de fundamento para os programas e ações a serem desenvolvidas.

Quando mulheres grávidas, parturientes ou puérperas, bem como crianças de 0 a 5 anos morrem e quando estes números de mortes são elevados, considera que a política de saúde do país, seus profissionais de saúde e a sociedade, falharam no seu planejamento, diretrizes e em suas ações voltadas às necessidades.

A mortalidade materna pode ser evitada com ações simples, como investimentos em planejamento familiar, cuidados especializados no parto, educação sexual e maior adesão/vínculo com o acompanhamento pré-natal. Em relação à prevenção e redução da mortalidade infantil,

ações podem ser desenvolvidas pelas equipes de Atenção Primária à Saúde como acompanhar a a criança com visita domiciliar na primeira semana de vida, estimulando o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável, e também realizando a busca ativa de crianças vulneráveis (BRASIL, 2015).

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2023) a mortalidade materna possui números muito elevados e inaceitáveis, aproximadamente 830 mulheres morrem diariamente no mundo por complicações da gravidez ou do parto, e alguns problemas poderiam ser evitadas, a exemplo da hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), hemorragias graves pós-parto, infecções puerperais, abortos inseguros e complicações durante o parto, além de doenças como malária ou HIV na gestação. Para o Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF (UNICEF BRASIL, 2023), em todo o mundo estima-se que 5 milhões de crianças morreram antes de completarem 5 anos, apesar da taxa de mortalidade infantil ter reduzido 50%, desde o início do século.

No Haiti, os indicadores de mortalidade materna-infantil são obtidos a partir da Enquete de Morbidade e Mortalidade e Utilização dos Serviços (EMMUS) que geram os relatórios estatísticos e demais informações para o Ministério da Saúde Pública e População (MSPP).

Dados do MSPP mostram que a mortalidade infantil no Haiti permaneceu no mesmo nível nos anos de 2012 e 2016 totalizando 59 óbitos por mil nascidos vivos, alcançando um maior número no ano de 2014 e a mortalidade materna 529 por 100.000 nascidos vivos se manteve elevada no período de 7 anos anterior a EMMUS-VI - 2016-2017 (MSPP, 2021).

Para melhorar os indicadores da saúde materno-infantil, os documentos governamentais que estabelecem os princípios, diretrizes e objetivos do planejamento e balizam o desenvolvimento das ações em saúde do país, necessitam estar coerentes com os resultados alcançados. Conforme Testa (1992), o Postulado de Coerência sinaliza que no processo de planejamento possui três elementos que precisam estar relacionados entre si: os propósitos construídos por um governo ou programa, os métodos para implementação e as organizações responsáveis pelas ações de operacionalização.

Este artigo tem por objetivo analisar a coerência dos documentos que estabelecem o planejamento em saúde materno-infantil no Haiti, segundo o arcabouço teórico do Postulado de

Coerência de Mario Testa, em correlação com os indicadores da saúde Materno-infantil entre 2012-2021.

MÉTODOS

Este estudo de caso fez a análise dos documentos norteadores do planejamento das ações públicas de saúde materno-infantil do Haiti no período 2012-2021. Esse país caribenho possui uma população de 11.887.456 habitantes, sendo organizado em departamentos, distritos, comunas e seções comunais (IHSL, 2015).

A rede de atenção a saúde do Haiti é dividida em três níveis. O nível primário possui duas escalas, consistindo em unidades de saúde para atenção em primeira escala (cuidados básicos) oferecendo atendimentos multiprofissionais em dispensários (ambulatórios), Centros de Saúde sem Leitos (CSL), Centros de Saúde com Leitos (CAL) e consultórios médicos; também oferecem a atenção em segunda escala em Hospitais Comunitários de Referência (HCR), com especialistas para Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia (ObGyn), que atendem os casos referenciados pelas instituições da primeira escala. O nível secundário que considera o Hospital Departamental como a instituição de referência para os departamentos e o nível terciário que se refere as instituições universitárias e especializadas de referência nacional.

Os dados coletados sobre a saúde materno-infantil foram provenientes dos documentos que estabelecem as políticas de saúde do Haiti, bem como, o planejamento das ações de saúde. Foram selecionados para compor a amostra do estudo, a Constituição Nacional do Haiti (1987), o Plano Estratégico Nacional de Reforma do Setor Saúde do Haiti (2005-2010), o Plano Diretor de Saúde do Haiti (2012-2022) e Relatórios Estatísticos anuais referente ao período de 2011-2022, totalizando 15 documentos. As informações destes documentos são de domínio público e podem ser encontrados no site do Ministério de Saúde Pública e População (MSPP).

Foi utilizado o software MaxQDA, versão 2020, para organização dos dados sobre a saúde materno-infantil contidos nos documentos. O software permite a seleção de conteúdo textual e possui algumas ferramentas gráficas como a nuvem de palavras que permite ver a predominância textual das palavras. Posteriormente utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 2006) para analisar os significados textuais contidos nos documentos, tomando-se como referência o referencial teórico do Postulado de Coerência de Mário Testa: os

propósitos de uma instituição, os métodos que utiliza e a organização que assume devem ser coerentes e responder as necessidades de saúde da população.

Por fim, analisou-se o impacto das ações implementadas para a redução da mortalidade materno-infantil pelas políticas de saúde no Haiti, a partir da série histórica dos seguintes indicadores: taxa de Mortalidade Materna; taxa de Mortalidade Infantil; taxa de cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano por tipo de vacina RR (sarampo e rubéola) e BCG (tuberculose); índice de visitas domiciliares pós-natal efetuadas por período de realização; consultas em pré-natal e partos institucionais por departamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa serão apresentados em três partes: Modelo do planejamento em saúde no Haiti: normativo ou estratégico; Coerência dos documentos que norteiam as ações de saúde materno-infantil no Haiti; Evolução da saúde materno-infantil: série histórica de indicadores de saúde haitianos.

Modelo do Planejamento em Saúde no Haiti: normativo ou estratégico

De acordo com a análise dos documentos das políticas de Saúde do Haiti, é possível considerar que as ações e diretrizes escritas neles caracterizam o modelo de planejamento do país como estratégico. Este modelo de planejamento considerada a interação entre os diversos atores situados numa realidade social e o poder exercido por eles. Desse modo, o ator que planeja e a realidade que deve sofrer intervenção estão entrelaçados. Os problemas podem ser explicados de diversas formas, pois muitas explicações serão possíveis devido aos distintos graus de governabilidade existentes (MENDES, 2013).

No Plano Diretor de Saúde do Haiti, notamos que a participação da comunidade faz parte de uma visão de desenvolvimento e fortalecimento das capacidades das comunidades. Passa pela reorganização das intervenções junto às comunidades para sua participação efetiva nas tomadas de decisão e nas outras etapas de todos os processos e as programações definidas. A estratégia é implementada a partir das Unidades Distritais de Saúde (UAS) e envolve atores no território. Em geral, defende a dinamização da parceria entre os trabalhadores de saúde e as

comunidades e a contribuição destas para a elaboração de programas integrados de desenvolvimento local.

Pelo Plano Diretor, esta estratégia se respalda no desenvolvimento de uma Política Nacional de Participação Comunitária em Saúde e de uma Rede Nacional de Saúde Comunitária (para fortalecimento organizacional); pela interação e diálogo com a sociedade por meio de suas organizações comunitárias e outros agrupamentos sociais; pelo incentivo ao desenvolvimento e fortalecimento da comunidade em exercer seu papel de atores sociais.

Tomando como exemplo as ações voltadas para a promoção da saúde, conforme o Plano Diretor, devem ser realizadas por três grupos principais de atores: as pessoas que atuam como líderes de opinião (lideranças religiosas, lideranças naturais, imprensa); responsáveis pelas decisões (membros do governo executivo, coordenadores e chefes das autoridades locais, políticos parlamentares, funcionários públicos de altos cargos); população em geral. Este direcionamento para responsáveis e líderes visa sensibilizá-los para os determinantes da saúde e assim, apoiar as intervenções (MSPP, 2012).

A participação da comunidade é um elemento chave. A participação comunitária possibilita: participar à radiação pessoas de e grupos de pessoas que podem agir sobre os problemas que identificam; melhorar as chances de construção de programas de saúde relevantes e sustentáveis; facilitar a aceitação de mudanças comportamentais por meio da cooperação consciente de pessoas e comunidades; e melhorar a relação custo-efetividade das ações de saúde (MSPP, 2010).

Diversos autores sinalizam a importância da participação de diferentes atores sociais durante o planejamento em saúde, o que possibilita a compreensão dos problemas de saúde por distintos olhares, favorecendo estrategicamente a busca por soluções que contemplem todos os envolvidos no processo de cuidado (JESUS e ASSIS, 2011; MENDES, 2013; SANCHEZ, 2017).

Entretanto, apesar de constar nos documentos governamentais elementos do planejamento estratégico, na realidade participação de diversos atores da sociedade na pactuação das ações de saúde não acontece de forma significativa, ou seja, na prática o modelo vigente se assemelha ao planejamento normativo. Conforme Plancher (2018, p.48) no país, “A participação da população no sistema de saúde não é priorizada no atual estado organizacional. Não existe nenhuma estrutura formal dentro das organizações de saúde onde as pessoas possam expressar seu ponto de vista”.



Figura 2: Nuvem de palavras da codificação do Plano Diretor – Feira de Santana – Bahia – Brasil, 2023.



Figura 3: Nuvem de palavras da codificação do Plano Estratégico – Feira de Santana – Bahia – Brasil, 2023.

O software Maxqda permite conhecer os códigos pré-estabelecidos pela pesquisa numa perspectiva de análise dedutiva, buscando aspectos que envolviam o Postulado de Coerência de Mário Testa. Emergiram da análise os seguintes códigos : 1- Princípios, diretrizes e objetivos; 2- Saúde materno-infantil; 3- Método; 4- Morbi-mortalidade infantil; 5- Propósito; 6- Organização; 7- Morbi-mortalidade materna; 8- Planejamento.

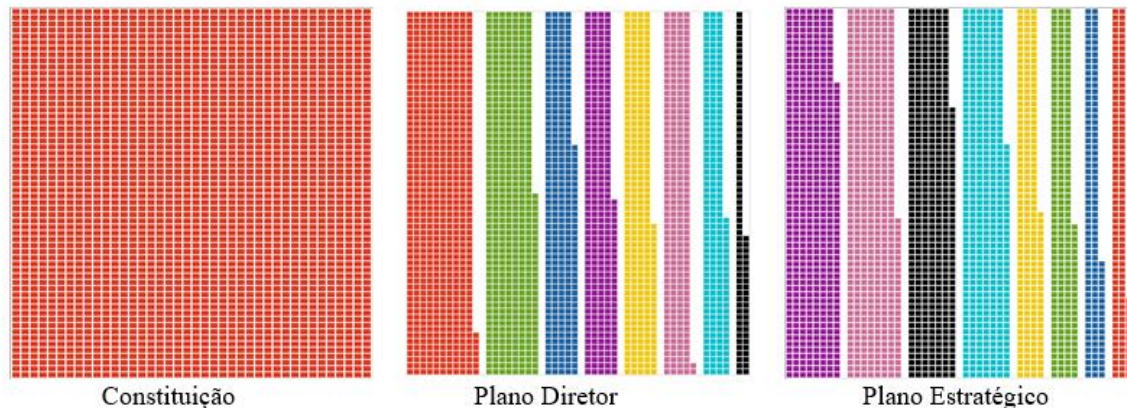


Figura 4: Códigos de Análise dos documentos conforme Postulado de Coerência - 2023

Legenda:
 Vermelho – Princípios, diretrizes e objetivos
 Verde – Saúde materno-infantil
 Azul – Método
 Lilás – Morbi-mortalidade infantil
 Amarelo – Propósito
 Rosa – Organização
 Azul celeste – Morbi-mortalidade materna
 Preto – Planejamento

Na Constituição só foram encontrados elementos textuais referentes aos princípios, diretrizes e objetivos. No Plano Diretor e Plano Estratégico identificou-se todos as codificações. Resalta-se que o Plano Diretor por ser um documento geral que estabelece caminhos a serem seguidos, predominou os princípios, diretrizes e objetivos e a saúde materno-infantil. Enquanto o Plano Estratégico, por ser um documento operacional, teve o predomínio da morbi-mortalidade infantil, organização e planejamento. Isso denota que as ações voltadas para a saúde materno-infantil estão dirigidas a redução de morbi-mortalidade (FIGURA 4).

O mapa de códigos é outra ferramenta do software Maxqda que permite analisar a proximidade entre os códigos quando mencionados pelos textos analisados. No mapa do Plano Diretor observou-se que o código da saúde materno-infantil está mais próximo do código método; enquanto o código morbi-mortalidade materna se aproxima do Propósito. Então pode-se

inferir que no Plano Diretor as diretrizes sobre a saúde materno-infantil acompanham o método do que fazer para alcançá-las. Quanto à morbi-mortalidade, a proximidade com o propósito, pode nos indicar o estabelecimento de objetivos direcionados à redução dos indicadores.

O mapa do Plano Estratégico indicou a proximidade dos códigos Morbi-mortalidade de infantil com a Organização e Morbi-mortalidade materna mais próxima do Propósito e Planejamento.

Dessa forma, pode-se pensar que as ações de redução da morbi-mortalidade infantil têm uma relação mais próxima com a organização, visto que incluem estratégias como capacitação dos profissionais, preparo da estrutura das instituições para desenvolver as atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde. Já a morbi-mortalidade materna está mais próxima do propósito, porque tem relação com metas, objetivos a serem alcançados, planejamento de ações entre setores sociais.

As informações dos mapas de códigos demonstraram que existem relações de determinação e condicionamento entre os três elementos do postulado, conforme sinaliza Lins e Cecílio (1998) e Vilasboas e Paim (2008).

A análise da coerência dos documentos estudados será apresentada em seguida, conforme os critérios estabelecidos pelo Postulado de Coerência de Mário Testa: propósito, organização e método. Resalta-se que conforme Testa (1992), o planejamento é uma prática social e histórica, portanto, esta análise compreende o período de 2012-2021, onde o Haiti vivia um processo inicial de construção de uma sociedade democrática, com grandes desigualdades sociais e econômicas.

Em relação aos Propósitos, os princípios, diretrizes e objetivos da Constituição, do Plano Diretor de Saúde, do Plano Estratégico Nacional de Reforma do Setor Saúde do Haiti são coerentes com a busca da redução da mortalidade materno-infantil, pois consta nos referidos textos que o governo e suas instâncias devem garantir o direito à vida, à saúde, ao respeito pela pessoa humana, para todos os cidadãos sem distinção. O Plano Diretor de Saúde se compromete com os princípios de Universalidade, Integralidade ou Globalidade, Equidade e Qualidade e o Plano Estratégico traz um compromisso com o acesso universal à saúde por meio da Atenção Primária à Saúde (SSP). Entretanto, os indicadores de saúde de mulheres e crianças ao longo dos anos de 2012 a 2022 não melhoraram significativamente conforme percebido nos dados dos relatórios estatísticos.

A Constituição do Haiti menciona o direito à vida o que fundamenta as ações de redução da mortalidade materno-infantil, mas não escreve princípio direcionado às mulheres e crianças, pois seus artigos falam dos cidadãos de forma ampla. O direito a vida passa pelo acesso aos serviços de saúde e se a pessoa tem saúde, os indicadores devem mostrar resultados positivos ao longo dos anos; então se os resultados não melhoraram com o passar dos anos, os direitos garantidos pela constituição não estão coerentes com a realidade da população de mulheres e crianças, ou seja, o propósito do Estado em garantir o direito à vida e a saúde não está eficaz para esta parte da população haitiana (HAITI, 1987).

O Plano Diretor de Saúde, que constitui o quadro estratégico geral destinado a orientar a resposta do país às questões de saúde por meio dos componentes do Estado, da sociedade civil e da cooperação internacional, é um instrumento de referência ao qual todos os atores são obrigados a cumprir para qualquer iniciativa de saúde ou relacionada esta, e este tem como diretrizes a melhoria de alguns indicadores de saúde das mulheres e crianças com foco na equidade e na cobertura universal de saúde (MSPP, 2012).

De acordo com o Plano Estratégico (MSPP, 2005), a hipótese de partida é que a redução da mortalidade materna pressupõe a nível institucional e estrutural o estabelecimento de uma série de condições e medidas de acompanhamento que irão melhorar concretamente o nível de serviços oferecidos para todo o pacote do sistema.

Uma questão muito importante é que os dados estatísticos apresentados nos relatórios anuais do país não são coerentes por completo com os documentos que direcionam as ações de saúde do país; os indicadores de mortalidade infantil não aparecem para cada ano consecutivo, o que dificulta a análise por linha do tempo. O Plano Estratégico possui como ações prioritárias melhorar a saúde das crianças e adolescentes e reduzir a mortalidade infantil, dessa forma, a ausência de dados de mortalidade impede de avaliar a coerência em parte dos anos. Salienta-se que nos anos que possuem dados, não houve redução da mortalidade infantil (MSPP, 2005).

Em relação às ações sobre a saúde materna, uma das metas do Plano Diretor era reduzir até 2022, em 50% a taxa de mortalidade materna e o Plano Estratégico traz que o estabelecimento de ações plenas unidades de saúde, bem como o fortalecimento da estrutura para atender as necessidades de saúde da mulher, poderia melhorar os indicadores (MSPP, 2012; MSPP, 2005), mas não se encontra coerência com os dados, pois as taxas de mortalidade materna estiveram elevadas (GRÁFICO 1).

Em relação aos trechos dos documentos estudados, organizados pelo software Maxqda, que evidenciam a presença de elementos que caracterizam o propósito, é possível observar algumas diretrizes ou relatos de inadequações que tem interface com a morbimortalidade materno-infantil, mostrando muitas vezes pouca coerência entre o preconizado e a realidade da saúde materno-infantil.

No Plano Diretor, por exemplo, está descrito ações para reduzir as desigualdades no acesso aos serviços e cuidados de saúde, protegendo as pessoas e suas famílias de questões econômicas que interferem na prevenção de doenças, gravidez e recuperação da saúde, inclusive garantindo o acesso universal e gratuito a serviços e atendimentos específicos para grupos (MSPP, 2012).

Ainda nesse documento, é possível encontrar ações em caráter estratégico como: harmonizar a prestação de serviços de saúde da população; articular programas e planejar sua implementação; assegurar o desenvolvimento da medicina tradicional e da farmacopeia; racionalizar, desenvolver e coordenar a promoção da saúde, incluindo a higiene pública, melhorando também o saneamento das escolas e estabelecimentos de saúde. Sobre a saúde da mulher o Plano Diretor, também traz a meta de reduzir a taxa de mortalidade materna em 50% até 2022 (MSPP, 2012).

No Plano Estratégico pode-se observar muitos propósitos em relação à saúde materno-infantil, que levariam a melhoria dos indicadores, se estivessem efetivamente sendo implementados. Nesse documento consta que é necessário a oferta de métodos contraceptivos por muitas estruturas de saúde públicas e privadas filantrópicas e com fins lucrativos, bem como a oferta de serviços que geograficamente facilite e agilize a mulher ter acesso, quando ela estiver grávida e apresentar complicações obstétricas, com todos os recursos (MSPP, 2005).

Ele traz que para reduzir a mortalidade materna a chave é o rápido encaminhamento de casos complicados para uma estrutura que presta “Cuidados Obstétricos de Emergência”, mas para isso as mulheres e seus familiares precisam ter informação, quando estiverem com o parto domiciliar a quem procurar, reconhecendo serviços para estas de complicações de saúde (MSPP, 2005).

Em estudo sobre a implementação da atenção especializada em saúde bucal realizado na Bahia-Brasil, Rossi e Chaves (2015) evidenciaram disparidades entre propostas e ações executadas, principalmente quando se analisou os Propósito e o Projeto de Governo, indicando

deficiências no processo de implementação. Esse contexto, se assemelha ao que identificamos no Haiti em relação à saúde materno-infantil.

Segundo o EMMUS-III, 74,6% das mulheres moram a menos de 5 quilômetros dos serviços de saúde materno-infantil. Mas nem sempre elas conseguem assistência. O plano estratégico apresenta então como ação que as instituições sanitárias devem tomar providências materiais e organizativas para que a evacuação em situações de urgência e emergência se efetue dentro dos prazos vitais (MSPP, 2005).

Mesmo com essas diretrizes existem as inadequações no Sistema de Saúde que diminuem a qualidade e fragilizam a garantia do atendimento e dos direitos à saúde previstos na constituição do Haiti: inadequação de recursos e condições materiais, como pequenos equipamentos (bandejas de cesariana e bandejas de parto); equipamentos para esterilização (autoclave) e incineração de resíduos biomédicos; fonte de energia; abastecimento de água e evacuação de emergência (ambulâncias) (MSPP, 2005).

Ainda sobre situações inadequadas às diretrizes da constituição tem-se que: a informação em saúde é insuficiente para mostrar os índices de morbidade, mesmo conhecendo a mortalidade; as mulheres em sua maioria procuram o hospital por si mesmas e não são avaliadas nos serviços de saúde do nível primário; algumas mulheres recusam intervenções obstétricas por causa de suas crenças; o enfrentamento da deficiência de vitamina A por meio da distribuição de cápsulas ainda não compensa a deficiência alimentar e o estado nutricional de crianças em idade escolar é mal controlado (MSPP, 2005).

Outros aspectos que demonstram as diferenças entre o que está escrito como diretriz e o que está implementado é a fragilidade da proteção vacinal de rotina que atrapalha as iniciativas para erradicar e eliminar as doenças imunocontroláveis. É possível observar pelos resultados do EMMUS-III que existe a falta de cobertura em cuidados curativos, pelas taxas de recurso aos cuidados de doenças comuns: diarreias, febres e/ou Infecções Respiratórias Agudas (IRA); e a taxa de entrega de Terapia de Reidratação Oral-TRO em casa. Assim, a maioria das crianças não é levada a um estabelecimento de saúde: dois terços das crianças apresentam febre e/ou sintomas de IRA; três quartos das crianças sofrem de diarreia; e que, em caso de diarreia, o manejo domiciliar recomendado pelos serviços de saúde (TRO) não teve o menor grau de aplicação em quase metade dos casos (MSPP, 2005).

Vilasboas e Paim (2008) sinalizam que existem contradições entre o que está posto nos documentos norteadores do planejamento e a operacionalização das ações propostas, sendo importante a governabilidade do aparelho estatal para o sucesso da implementação das medidas acordadas.

Outro ponto relacionado ao acesso das pessoas ao serviço é a baixa cobertura de saúde pela falta de organização da atenção e a falta de integração dos programas de nutrição, vacinação, IST/AIDS). Nos últimos dois planos de ação em saúde do país, houve destaque para a saúde reprodutiva como porta de entrada para reorganização do sistema de saúde, devido a situação crítica da saúde materna. Inclusive reduzir a mortalidade materna necessita de que haja por parte de todos os envolvidos na gestão e execução das ações de saúde, o estabelecimento de uma série de condições e medidas de acompanhamento do que está proposto (MSPP, 2005).

Sobre a saúde da criança, percebe-se nos propósitos identificados nos documentos que é estabelecida a integração dos cuidados preventivos e curativos a cada contato da criança com uma instituição de saúde, a redução de 50% das taxas de morbidade e mortalidade entre crianças menores de 5 anos até 2007. É apresentado que existe supervisão técnica para a prestação de cuidados de qualidade nos níveis intermediários e periféricos de atenção à saúde das crianças (MSPP, 2005).

Porém, o próprio Plano Estratégico mostra em relação à atenção à saúde da criança que existe a fragilidade da vigilância epidemiológica, a difícil gestão e manutenção da cadeia de frio, a falta de recursos humanos e meios logísticos, o acesso limitado aos serviços de saúde e vacinação, a inviabilidade do programa que constituem tantos obstáculos ao desempenho sustentável dos serviços de imunização. Além disso, o planejamento de forma ineficaz dos recursos humanos dificulta a identificação das necessidades de contratação de profissionais para os próximos anos; aqueles que são servidores públicos não possuem um plano de carreira que lhes garanta segurança no emprego (MSPP, 2005).

Por fim, o Plano Estratégico mostra ainda que a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) como foi implementada no Haiti, possui limites no atendimento aos problemas de saúde do período neonatal, levando a uma taxa de mortalidade de 25%, com enfoque no aspecto curativo e institucional, sem a possibilidade de oferta de um pacote preventivo e promocional às crianças atendidas em estabelecimentos de saúde (MSPP, 2005).

Conforme o Postulado de Coerência, a Organização do Sistema de Saúde é respaldada pelo Plano Diretor e pelo Plano Estratégico de Saúde do Haiti. Existem nos dois documentos ações individuais e coletivas para prevenção de doenças e promoção da saúde das mulheres e crianças.

No Plano Diretor é possível mencionar algumas destas ações como o estabelecimento de procedimentos de controle de garantia de qualidade em todos os setores; a oferta de serviços e cuidados ginecológicos a mulheres grávidas ou em idade fértil (consultas da mulher, cuidados obstétricos e ginecológicos, vacinação - prevenção do Tétano Materno e Neonatal, Triagem e correção da anemia, Detecção precoce e manejo de diabetes e hipertensão) (MSPP, 2012).

Ainda no âmbito da organização, para prevenção de doenças e promoção da saúde das mulheres é possível encontrar no Plano Diretor ações como a determinação do aumento do número de partos assistidos por profissionais qualificados e ações de promoção do Aleitamento Materno (MSPP, 2012).

O Plano Diretor de Saúde e o Plano Estratégico apresentam que melhorar a oferta de métodos contraceptivos de longa duração pelas instituições de saúde pública, privadas e filantrópicas (MSPP, 2012; MSPP, 2005). O Plano Diretor destaca que é importante fazer a implementação do modelo de prestação de serviço selecionado, isto é, melhorar o acesso aos cuidados de saúde desenvolvendo infraestrutura de saúde, como prioridade nas áreas carentes e em referência ao mapa da saúde; a qualidade e quantidade de pessoal; acesso a medicamentos e serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento (MSPP, 2012).

Esses dois documentos também descrevem a necessidade de controle do crescimento e desenvolvimento psicomotor das crianças. Esta intervenção visa prevenir as consequências das deficiências nutricionais e alimentares na infância na população, pois segundo o Plano Estratégico, o estado nutricional de crianças em idade escolar é mal controlado no país, e pesquisas realizadas por ONG que trabalham com saúde escolar mostraram que muitas crianças chegam à escola depois de ter caminhado vários quilômetros sem ter se alimentado pela manhã; a fome é uma experiência cotidiana para grande parte deles; e que isso, combinado com os distúrbios ligados às infestações parasitárias intestinais, prejudica seriamente sua capacidade de prestar atenção e aprender (MSPP, 2005).

Abordando sobre os aspectos que envolvem a organização, o Plano Estratégico mostra que a cobertura de partos assistidos é muito baixa, mais de três quartos (76,3%) dos partos

ocorrem em casa, sendo maior nas zonas rurais (89%) e menor nas zonas urbanas (56%) (MSPP, 2005).

Este mesmo documento apresenta que todas as unidades de saúde possuem equipamentos, recursos materiais e humanos para organizar a vacinação de rotina e campanhas, sendo que estas são organizadas por equipe de cada departamento, com o financiamento da compra de vacinas pelo governo (MSPP, 2005).

No Plano Diretor de Saúde e no Plano Estratégico Nacional de Reforma do Setor Saúde do Haiti são estabelecidas as responsabilidades dos profissionais de saúde para o cuidado às mulheres e crianças (MSPP, 2012; MSPP, 2005). No Plano Diretor de Saúde, consta que o Haiti está longe do padrão mínimo da OMS de 25 profissionais por 10.000 habitantes. Com efeito, o país tem em média 5,9 médicos ou enfermeiros e 6,5 profissionais de saúde por 10.000 habitantes.

Ainda sobre a organização, o Plano Diretor traz que o país não possui um mecanismo de acompanhamento do desempenho dos profissionais, bem como a forma que eles são recrutados sofre interferência da política. Não existe uma política de desenvolvimento dos recursos humanos e as instituições privadas e ONGs oferecem condições de trabalho mais atrativas do que o setor público, incluindo salário. Além disso, falta de um sistema de registro de profissionais médicos e paramédicos, e um direcionamento para as profissões. O número exato de médicos e enfermeiras exercendo atividades privadas não é suficientemente conhecido e não está sujeito a nenhum controle (MSPP, 2012).

Para o Plano Estratégico Nacional de Reforma do Setor Saúde, a não garantia de permanência médica: à noite, por falta de pessoal e/ou déficit organizacional, os enfermeiros ou auxiliares asseguram o serviço e os médicos de plantão intervêm de plantão. Os atrasos no tratamento aumentam porque o obstetra e o anestesista precisam ser buscados em suas casas. Ausência de bufê de emergência funcional 24 horas por dia, o que possibilita o atendimento de urgência, independentemente do tempo que a família demore para mobilizar os recursos necessários para a compra de medicamentos e insumos obstétricos têm também a sua quota-parte de responsabilidade no nível alarmante de -mortalidade perinatal hospitalar (MSPP, 2005).

Os auxiliares ou enfermeiros da SSPE cuidam principalmente do pré-natal e pouco intervêm na gestão das emergências obstétricas, por falta de pessoal e meios permanentes. O papel das matronas na referência e contrarreferência é pouco ou nada perceptível (MSPP, 2005).

Os dados estatísticos nacionais anuais apresentam os indicadores de mortalidade materno-infantil relacionados à assistência e ações do Sistema de Saúde porque, eles oferecem uma visão geral do funcionamento das instituições de saúde por departamento ao longo dos anos com seus atendimentos, informações sobre programas de atendimento a mulheres e crianças, atividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC) para Mudança de Comportamento, emergências, etc. Os relatórios fornecem informações sobre a capacidade do sistema, a cobertura da prestação de serviços essenciais e o impacto da carga de doenças das principais patologias e dos principais problemas de saúde que afetam a população haitiana (MSPP, 2005).

Conforme Vilasboas e Paim (2008) a fragilidade da organização em adição à precariedade do método, pode restringir as possibilidades de manutenção do propósito de crescimento da oferta de serviços de saúde. Percebe-se que o Sistema Nacional de Saúde do Haiti precisa ser fortalecido para que possa, efetivamente, garantir o direito à saúde previsto na constituição de 1987.

Consta-se que sobre o elemento Método, conforme o arcabouço teórico de Mário Testa, o modelo de atenção à saúde do Haiti apresenta coerência parcial entre o que preconizam os documentos norteadores e as ações realizadas para a prevenção/redução da mortalidade materno-infantil e melhoria das ações de saúde materno-infantil, conforme atestam os indicadores de saúde analisados a seguir.

Conforme Giovanella (1989) o Método está intimamente associado ao processo saúde-doença. Desta maneira, sua operacionalização de forma coerente, se reflete na melhoria dos indicadores em saúde da população.

Sobre a saúde materno-infantil, é necessário analisar como o Plano Diretor de Saúde e o Plano Estratégico Nacional de Reforma do Setor Saúde do Haiti discutem a infraestrutura (recursos materiais, leitos, profissionais especializados, financiamento) necessária para as ações de prevenção/redução da mortalidade materno-infantil.

No Plano Diretor de Saúde é discutido como aumentar gradualmente a taxa de acompanhamento das gravidezes, a partir da existência de um plano de partos e o aumento do número de partos assistidos por pessoal qualificado. Consiste na elaboração de um plano de promoção da saúde materna na comunidade. Controle e acompanhamento do crescimento de crianças menores de 5 anos; e, promover a utilização dos serviços (MSPP, 2012).

No Plano Estratégico Nacional de Reforma do Setor Saúde é discutido que a adoção de uma Plataforma Técnica - humana e material - que lhe permita prestar Cuidados Obstétricos de Urgência (SOU), e em particular, realizar transfusões de sangue e cesarianas, se necessário. A saúde reprodutiva, para ter seu pleno efeito, deve ser vista de forma holística. Muitos determinantes de saúde, econômicos, político-legais, socioculturais e educacionais intervêm para influenciar seus resultados. As abordagens para identificá-lo e resolver seus problemas devem ser multissetoriais e multidisciplinares (MSPP, 2005).

Sobre a existência de programas/ações específicos para a prevenção/redução da mortalidade materno-infantil, segundo o Plano Estratégico, o Programa Alargado de Vacinação visa dar uma resposta concreta aos problemas de morbidade e mortalidade ligados às doenças imunopreveníveis. Crianças menores de 1 ano devem ser completamente vacinadas contra as 6 doenças imunologicamente preveníveis (difteria, coqueluche, tétano, complicações da tuberculose, poliomielite, sarampo) antes do primeiro aniversário. Para atingir esses objetivos, o PEV não deve se limitar às campanhas de vacinação (MSPP, 2005). O MSPP deve tomar todas as providências necessárias para organizar a vacinação de forma contínua em todos os estabelecimentos de saúde (MSPP, 2012).

Existe no Plano Estratégico referência também à promoção da imunização universal, às estratégias intersetoriais desenvolvidas com: Ministério de Assuntos e Direitos da Mulher (saúde materna, HIV/AIDS, saúde da mulher), Ministério de Assuntos Sociais (saúde das crianças de rua, saúde dos órfãos, saúde dos pobres, medicina ocupacional), Ministério da Educação e Juventude e Desporto (saúde escolar, saúde do adolescente, HIV/AIDS, saúde sexual) (MSPP, 2005).

No Plano Diretor de Saúde, ainda existe sobre a Gravidez e cuidados pós-parto um direcionamento do método. Esta intervenção visa reduzir a mortalidade ligada à AIDS pediátrica e abrange o rastreio e tratamento precoce com antirretrovirais - ARVs (Triterapia) para todos os recém-nascidos expostos ao HIV; integração da prevenção da febre reumática aguda (RAA); gestão integrada de doenças infantis (AID) como: manejo de doenças respiratórias agudas; integração da prevenção da febre reumática aguda (RAA), manejo de doenças respiratórias agudas e manejo de parasitas intestinais (MSPP, 2012).

O principal elemento de pouca coerência entre o Plano Diretor e o Plano Estratégico, é que no primeiro é estabelecido como objetivo geral da Política Nacional de Saúde “Garantir a

redução da morbimortalidade, relacionada aos principais problemas de saúde identificados, a partir de um sistema de saúde adequado, eficiente, acessível e universal” (MSPP, 2012, p.24). O Plano Estratégico, que antecedeu o plano Diretor, mostra evidências de que a estrutura e organização do Sistema de Saúde não garante o acesso e resolução dos problemas de saúde das mulheres e crianças. E após a instituição do Plano Diretor, que deveria reorientar as ações estratégicas do Sistema de Saúde, não aconteceu a redução dos indicadores de mortalidade materno-infantil nos 10 anos seguintes de implantação do Plano Diretor, como veremos no próximo item deste artigo.

Ainda sobre os elementos de falta de coerência, o Plano Diretor preconiza o acesso universal, mas na realidade as evidências mostram que “Metade da população não tem acesso ao sistema formal de atendimento devido à barreira financeira criada pelo pagamento direto pelo atendimento no ponto de atendimento” (ALFRED, 2012, p.454); e Fene, Gomez-Dantes e Lachaud (2020) apontam que 95% da população não é assalariada, então não podem acessar aos serviços de saúde.

Os artigos da Constituição e os dados estatísticos nacionais anuais não estão coerentes com o modelo de atenção à saúde no Haiti. Os artigos da constituição estipulam que o Estado tem a obrigação de garantir o direito à vida, à saúde, ao respeito pela pessoa humana, a todos os cidadãos sem distinção. Enquanto para os dados estatísticos notamos que as precárias condições de funcionamento dos estabelecimentos de saúde e dos programas de atendimento às necessidades da população apresentados nesses documentos, bem como que os relativos à cobertura dos serviços básicos de saúde destacam o acesso limitado e a baixa utilização desses serviços. Durante esses anos, esforços significativos foram feitos para garantir a disponibilização de um pacote de serviços essenciais à população.

Os documentos analisados, sob o modelo conceitual de Mario Testa (1992), num contexto geral demonstraram coerência entre os propósitos, métodos e organização. Entretanto, identificou-se algumas inconsistências, esse fato, pode interferir no processo de implementação, diminuindo a eficácia das ações de saúde (BOHRER, 2001).

Os dados contidos nesses documentos, embora não completos, podem apoiar os atores no planejamento, na gestão e na tomada de decisões adequadas e oportunas, ao mesmo tempo em que contribuem para o fortalecimento do sistema de saúde do Haiti. Os resultados

mostram deficiências a serem consideradas na implementação de reformas em termos de equidade de acesso e resultados das intervenções em geral.

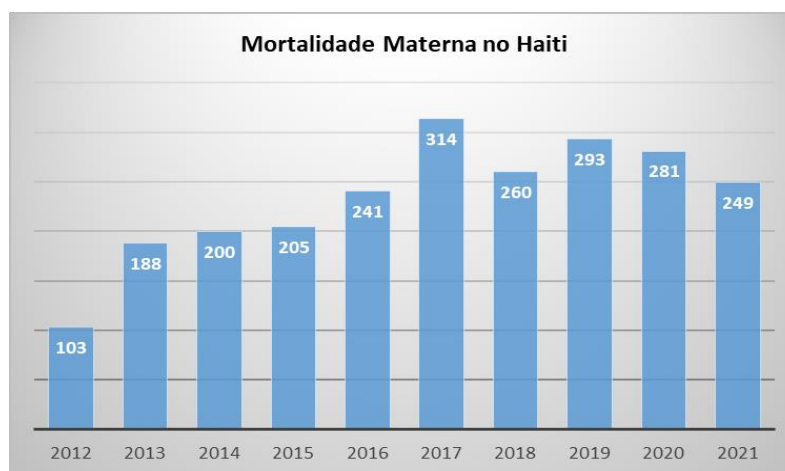
Evolução da Saúde Materno-Infantil: série histórica de indicadores de saúde haitianos

A coerência entre as políticas públicas e o planejamento das ações em saúde, deve refletir mudanças no cuidado ofertado à população, como também, melhoria dos indicadores em saúde. Conforme os documentos analisados, no Haiti existe coerência entre o texto constitucional de 1987, o Plano estratégico Nacional de Reforma do setor Saúde 2005-2010 e o Plano Diretor de Saúde 2012-2022. Dessa forma, a operacionalização destes documentos pelos gestores e profissionais de saúde em todos os Departamentos do país, pode ser contextualizada tomando-se como parâmetro os resultados dos relatórios estatísticos anuais.

Segundo o relatório estatístico (MSPP, 2021) o problema atual da situação de saúde no Haiti é caracterizado por elevadas taxas de morbidade e mortalidade, pela baixa acessibilidade aos cuidados de saúde e as desigualdades sociais.

Para este estudo foram analisados os relatórios Estatísticos referentes aos anos 2012 a 2021, a seguir analisaremos a série histórica de seis indicadores relativos à saúde materno-infantil, com o intuito de avaliar a evolução dos serviços ofertados. A execução é normativa por isso os indicadores não são bons.

No gráfico 1, pode-se identificar que ao longo dos anos a mortalidade materna do Haiti esteve sempre elevada, alcançando o maior patamar em 2017, com 314 óbitos por mil. Entretanto, a partir de 2019, temos uma descendente na média de óbitos, mas não caracterizando uma redução significativa dos indicadores.

Gráfico 1: Série histórica de mortalidade materna institucional no Haiti, 2012-2021.

*Elaboração própria a partir dos relatórios estatísticos, 2023.

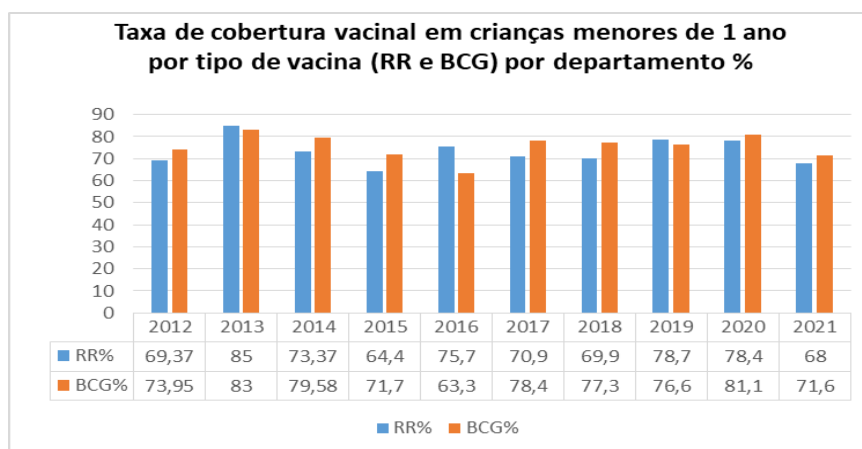
Sobre a mortalidade infantil no Haiti, o EMMUS VI mostra que as taxas se mantiveram no mesmo patamar (57% em 2005-2006 e 59% em 2012 e 2016-2017). Nos relatórios estatísticos não é possível encontrar dados sobre a mortalidade infantil por cada ano entre 2012 e 2021, constando apenas os dados da mortalidade a nível institucional referente aos anos de 2012 (2387 crianças), 2013 (2537 crianças), 2014 (3027 crianças) e em 2015 (3009 crianças).

Segundo o relatório estatístico (MSPP, 2021, p.79), “notamos que entre os anos de 2015 a 2021, na população haitiana, não houve mudanças significativas na situação geral de saúde, incluindo as taxas de mortalidade materna e infantil que continuam elevadas”, então o valor continua em 59 óbitos por mil nascidos vivos.

No gráfico 2 percebe-se que a maior taxa de cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano do RR e BCG foi em 2013, com uma cobertura de 85% para a vacina RR (sarampo e rubéola) e de 83% para a vacina BCG. Nos anos seguintes a cobertura vacinal tem diminuído alcançando o menor valor da a vacina RR em 2015 (64,4%) e em 2016 para a BCG (63,3%).

Esses valores dos anos de 2015 e 2016 estão distantes do valor ideal determinado pelo Ministério da Saúde do Haiti, que é de alcançar a cobertura vacinal para a população infantil em todas as vacinas que são exigidas para as idades (MSPP, 2021).

Gráfico 2: Série Histórica da Taxa de cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano por tipo de vacina (RR e BCG) no Haiti, 2012-2021.



*Elaboração própria a partir dos relatórios estatísticos, 2023.

Pode-se associar que houve coerência neste indicador no ano de 2013 e 2020, e em 2013 justifica-se o aumento da cobertura porque foi lançado pelo MSPP no ano de 2012 o Plano Diretor com incentivo para campanhas de vacinação e a proposta como objetivo de fornecer 90% de cobertura vacinal para todas essas crianças e para todas as vacinas (MSPP, 2021).

Bouilly (2019) em estudo que compara indicadores de saúde materno-infantil do Haiti e República Dominicana, sinaliza uma menor cobertura vacinal na população haitiana por conta da desigualdades sociais e dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

O gráfico 3 indica que houve um aumento no índice de visitas domiciliares pós-natal entre os anos 2012 e 2015, quando tivemos a maior cobertura (69%). Posteriormente inciou-se uma trajetória de queda da cobertura até o valor mínimo de 28,2% em 2021.

Gráfico 3: Índice de visitas pós-natais domiciliares por período de realização, por departamento no Haiti %



*Elaboração própria a partir dos relatórios estatísticos, 2023.

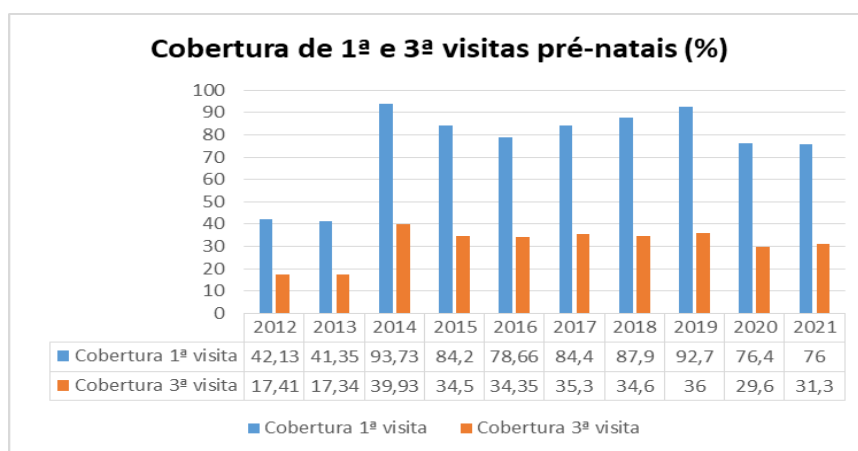
O percentual de visitas pós-natais é calculado sobre o total de partos por departamento. Vale destacar que existe subnotificação dos partos acontecidos no Haiti, pois alguns ocorrem nos domicílios e nem sempre estão nos números do MSPP. Cabe esclarecer que o total de partos inclui os partos institucionais e não institucionais.

No gráfico 4, é possível visualizar que a cobertura para o acompanhamento pré-natal na 1ª e 3ª visitas foi maior no ano 2014 com 93,73% e 39,93% respectivamente. A cobertura dos cuidados pré-natais continua sendo uma preocupação, pois mais da metade das mulheres que fizeram a 1ª visita não conseguiram fazer a terceira e boa parte das que fizeram a 3ª também não conseguiram fazer a quarta. Além disso, quase um terço das gestantes faz três visitas de pré-natal. Quanto ao mínimo recomendado de quatro visitas, apenas 24-25% das gestantes completou-as. Há mais de 5 anos, a percentagem de mulheres que completam as 4 consultas recomendadas tende para os 25% (MSPP, 2021).

Karyardi et al. (2023) em estudo que buscou associar o atendimento pré-natal com a terapia de suplementação de ferro entre mulheres grávidas, concluiu que o cuidado pré-natal parece ser o preditor mais importante da adesão à ingestão de ferro nos países selecionados nas regiões da África, Ásia, América Latina e Caribe. Entre as gestantes que fizeram pelo menos quatro consultas pré-natais, a probabilidade de adesão ao ferro variou 4,86 vezes no Haiti.

Entretanto, como mostra o gráfico 4, a baixa cobertura de pré-natal no sistema de saúde haitiano pode colaborar com o aumento da anemia entre as mulheres grávidas.

Gráfico 4: Série histórica da Cobertura de acompanhamento pré-natal em gestantes na 1ª e 3ª visitas aos serviços de saúde no Haiti 2012-2021.



*Elaboração própria a partir dos relatórios estatísticos, 2023.

Esses dados mostram que o Haiti esteve longe de alcançar as oito (08) consultas de pré-natais recomendadas pela OMS até novembro de 2016, pois não foram implementadas estratégias inovadoras para melhorar a cobertura do pré-natal (MSPP, 2017).

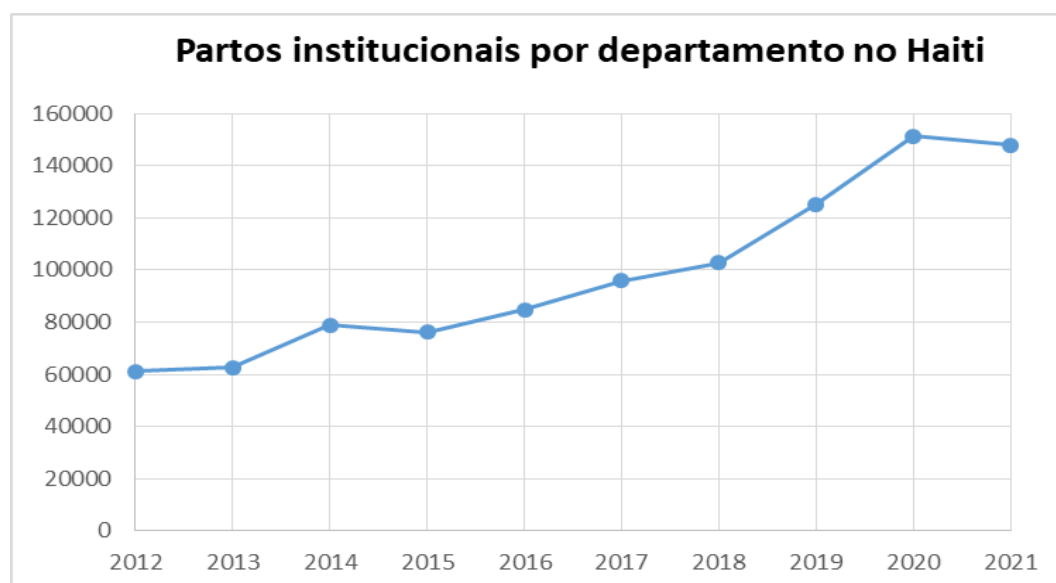
Esses dados indicam um maior risco de complicações obstétricas, visto que no último trimestre algumas patologias hipertensivas e hemorrágicas, causadoras de maior morbidade e mortalidade materna, costumam mostrar sinais e sintomas, que poderiam ser acompanhados pelos profissionais de saúde. É também no último trimestre também acontecem as orientações sobre o parto, os encaminhamentos para as instituições de saúde e realizações de exames como ultrassonografias que podem identificar situações que alertem para partos distócicos.

O MSPP fez da saúde materna a porta de entrada do seu sistema de saúde para reduzir a mortalidade materna e infantil. O número de consultas pré-natais é um dos indicadores básicos de saúde recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo recomendado pelo menos quatro (04) consultas em 2015 (MSPP, 2021).

Esses dados mostram que o Haiti esteve longe de alcançar as oito (08) consultas de pré-natais recomendadas pela OMS até novembro de 2016, pois não foram implementadas estratégias inovadoras para melhorar a cobertura do pré-natal (MSPP, 2017).

O acesso aos serviços é um dos grandes problemas do sistema de saúde do Haiti, conforme atesta os estudos de Spipad et al (2021), Bouilly (2021) e Ahmed et al. (2022). A série histórica dos partos institucionais (gráfico 5), mostra um aumento crescente de acesso à maternidade e hospitais a entre 2015 e 2020, com um equeno decréscimo em 2021, muito provavelmente por conta da Pandema da Covid-19.

Gráfico 5: Série histórica da ocorrência de partos institucionais no Haiti, 2012 a 2021.



*Elaboração própria a partir dos relatórios estatísticos, 2023.

Citando como exemplo, no período de 2017 a 2021, a proporção de partos assistidos por pessoal médico qualificado aumentou de 95.882 (63%) para 151.472 (75,83%) e caiu um pouco no ano de 2021 em relação a 2020 para 148.027 (66,01%).

Estudo de Kemp et al. (2018) revelou que o Haiti possui serviços obstétricos adequados, mas a maioria dos nascimentos no país ocorrem fora das unidades de saúde, principalmente em áreas rurais. Para os autores, se faz necessário que os gestores adotem ações para melhorar as instalações de saúde e, assim, ampliar o acesso da população, reduzindo a mortalidade materno-infantil.

Portanto, em linhas gerais existe uma baixa coerência dos documentos que estabelecem as políticas do planejamento em saúde materno-infantil no Haiti com os indicadores que mostram a evolução da morbi-mortalidade materno-infantil.

Sobre a saúde materna, houve uma queda do acompanhamento pré-natal o que pode suscitar maior número de complicações obstétricas no país o que contraria as diretrizes estabelecidas. Os dados da mortalidade infantil não são completos, o que limita a análise ao longo do período estabelecido.

Considerações finais

Conforme o Postulado de Coerência de Mario Testa, observa-se que os propósitos estão bem estabelecidos pelo governo, o método tem suas diretrizes descritas e a organização também apresenta elementos favoráveis a saúde materno-infantil, mas os indicadores de mortalidade materna e infantil não obtiveram redução ao longo dos últimos dez anos, a cobertura vacinal de duas das principais vacinas não atingiram a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde do Haiti e OMS e existe uma subnotificação das gestantes, dos partos institucionais e não institucionais.

Este estudo teve limitações, por se tratar de uma análise documental, não é possível avaliar a execução das ações planejadas, nem ouvir as experiências das mulheres sobre a oferta e qualidade do serviço, como também, as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde no cotidiano das unidades de saúde. Novos estudos são necessários, abordando os profissionais de saúde, gestores e usuárias, para identificação de outras situações favoráveis ou não ao processo de implementação das ações de saúde planejadas nos documentos norteadores do Haiti.

Conclui-se que na escrita dos documentos, o planejamento de saúde do Haiti tem caráter estratégico, com coerência parcial entre propósitos, métodos e organização. Entretanto, conforme a análise dos indicadores, a execução das ações planejadas possui um caráter normativo, com um impacto insuficiente para melhorar significativamente as condições de saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

AHMED, T. et al. Healthcare utilization and maternal and child mortality during the COVID-19 pandemic in 18 low- and middle-income countries: An interrupted time-series analysis with mathematical modeling of administrative data. *Plos Medicine*. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004070>

ALFRED, J.P **Quel est le coul réel de la couverture universelle em santé em Haiti?** 2012. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-5-453.htm>

ALMEIDA, G. et al. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma Ata. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, n. 104, p. 1-6, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49471>

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BOHRER, P. R. V. Rede Básica: construindo novos espaços para acolher novas propostas. *Revista Contexto & Saúde*. 1(1): 43-62, 2001.

BOUILLY, R. **Migração e repercussões na cobertura e desigualdades em intervenções de saúde materno-infantil: uma análise do Haiti e República Dominicana**. 2019. Disponível em: <http://guaiaca.ufpel.edu.br:8080/handle/prefix/6697>

BOUILLY, R., GATICA-DOMINGUEZ, G. **Desigualdades en la salud maternoinfantil de los migrantes: el caso de Haití y la República Dominicana**. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8442708/>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.

EMMUS VI, **Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services 2016-2017**. Disponível em: <https://www.mspp.gouv.ht/site/>

FENE, F; GOMEZ-DANTES, O; LACHAUD, J. Sistema de salud de Haití. **Salud pública Méx, Cuernavaca**, v. 62, n. 3, p. 298-305, jun. 2020. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342020000300298&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 12 ago 2022. Doi: <https://doi.org/10.21149/10938>.

GIOVANELLA, L. **Ideologia e Poder no Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa**. Rio de Janeiro, 1989. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública.

HAITI. **La constitution de la République d'Haïti**. 1987. Disponível em: http://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4_hti_const.pdf

IHSI. Instituto Haitiano de Estatística e Informática. **Estimativa População Total**. 2015. Disponível em: <http://www.ihsi.ht/pdf/projection>

JESUS, W.L.A.; ASSIS, M.M.A. **Desafios do planejamento na construção do SUS**. Salvador: EDUFBA, 2011.

KEMP, C.G.; SORENSEN, R.; PUTTKAMMER, N.; GRAND'PIERRE, R.; HONORÉ, J.G.; LIPIRA, L.; ADOLPH, C. Health facility readiness and facility-based birth in Haiti: a maximum likelihood approach to linking household and facility data. *J Glob Health Rep*. 2018;2: e2018023. doi: 10.29392/joghr.2. e2018023. Epub 2018 Sep 8. PMID: 31406933 Free PMC article. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31406933/>

LINS, A.M.; CECÍLIO, L.C.O. O Programa UNI no Brasil: uma avaliação da coerência no seu processo de formulação e implementação. *Interface* (Botucatu). 2 (3), Ago, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32831998000200007>

MATTOS, Ruben Araujo de. (Re)visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rua São Francisco Xavier 524/Pavilhão João Lyra Filho/7º andar/Blocos D e E, Maracanã. 20550-900 Rio de Janeiro RJ. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2327-2336, 2010. ruben@ims.uerj.br. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/c5gDFJ5LRkJrm6npmzVVZPK/?lang=pt>

MENDES, V.A.P. Planejamento e Gestão em Saúde: Análise do Planejamento do Conselho Nacional de Saúde, 2013-2015. 2013. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/7892/1/2013_VitorAtiladoPradoMendes.pdf

MSPP. Ministério da Saúde Pública e População. **Plano Estratégico Nacional para a Reforma do Setor da Saúde – 2005-2010** Port-Au-Prince: MSPP, 2005. Disponível em: <https://www.mspp.gouv.ht/site/>

MSPP. Ministério da Saúde Pública e População. **Plano Diretor de Saúde 2012-2022**. Disponível em: <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan%20Directeur%20de%20Sante%202012%202022%20version%20web.pdf>.

MSPP. Ministro da Saúde Pública e da População. **Relatório Estatístico**, 2017. Disponível em: <https://www.mspp.gouv.ht/site/>

MSPP. Ministério da Saúde Pública e População. **Plano Estratégico Intersectorial de Promoção de Higiene 2013-2018**. Disponível em: <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan%20Strategique%20Intersectoriel%20Promotion%20Hygiene.pdf>

MSPP. Ministério da Saúde Pública e População. **Relatório Estatístico**, 2021. Disponível em: <https://www.mspp.gouv.ht/site/>

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. **Saúde Materna**. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>

PLANCHER, I. **Análise comparativa dos sistemas de saúde do HAITI e do BRASIL enquanto ao modelo de gestão, modelo de atenção, modelo de financiamento e recursos humanos**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Integração Latino americana, Foz de Iguaçu, 2018.

ROSSI, T.R.A; CHAVES, S.C.L. Implementação da Atenção Especializada em Saúde Bucal em dois municípios na Bahia/ Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 196-206, dez 2015. Disponível em doi: 10.5935/0103-1104.2015s005186

SANCHEZ, J.I. **La planeación estratégica en el Sistema de Salud cubano**. MEDISAN [Internet]. 2017; 21(5): 635-641. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000500019&lng=es.

SOUZA, L.E.P.F; BAHIA, L. Componentes de um Sistema de Serviços de Saúde. In: PAIM, JS; ALMEIDA-FILHO N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

SRIPAD, P.; CASSEUS, A.; KENNEDY, S.; ISAAC, B.; VISSIERES, K.; WARREN, C.E.; TERNIER, R. "Eternally restarting" or "a branch line of continuity"? Exploring consequences of external shocks on community health systems in Haiti. **J Glob Health**. 2021 Mar 10;11:07004. doi: 10.7189/jogh.11.07004. PMID: 33763218 Free PMC article.

STARFIELD, B. Sistemas de atenção primaria en nações ocidentais industrializadas. In: STARFIELD, B. **Atenção primaria, equilibrio entre necesidades de saúde, serviços e tecnologia**. 3. ed. Brasília: UNESCO, 2002. p. 565-596.

TESTA, Mario. **Pensar en salud** / Mario Testa. - 1a ed - Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2020. Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Spinelli, Hugo; Salud colectiva; 11). Disponível em: <https://repositorio.esocite.la/978/1/Matus2020-AdiosSe%C3%B1orPresidente.pdf>

TESTA, M. Tendências em planejamento. In: **Pensar em Saúde**. Porto alegre: ABRASCO, 1992.

UNICEF BRASIL. **Uma criança, um adolescente ou um jovem morreu a cada 4,4 segundos em 2021, segundo relatório da ONU**. 2023. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/uma-crianca-um-adolescente-ou-um-jovem-morreu-a-cada-quatro-virgula-quatro-segundos-em-2021>

VILASBOAS, A. L. Q.; PAIN, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(6):1239-1250, 2008.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o sistema de saúde do Haiti tenha como princípios fundamentais da política de saúde: a Universalidade, a Equidade, a Integralidade e a Qualidade impressas nos documentos oficiais, na prática a população do Haiti sofre com a precariedade dos serviços e a baixa cobertura, que não atende a maioria da população. É preciso que a gestão de saúde no país possa refletir sobre quais planos de intervenção das políticas públicas de saúde, particularmente no âmbito da mortalidade materno-infantil do país, são necessários para garantir a saúde enquanto direito de todos.

Percebe-se que a assistência gratuita para mulheres e crianças é fornecida por organizações não governamentais por meio de programas de saúde; mas se o direito à saúde está na constituição, também é papel do governo oferecer serviços de saúde de forma que todos tenham acesso e não apenas aqueles que tem condições de pagar.

Esta pesquisa irá trazer elementos para o debate público sobre a mortalidade materno-infantil e poderá apontar caminhos a serem construídos para diminuir as iniquidades na luta pela saúde para todos e todas, identificando as ferramentas administrativas e as necessidades reais de saúde frente o perfil materno-infantil e epidemiológico, estruturando a saúde pública ao nível da mortalidade materno-infantil com ações para a redução em um curto, médio e longo prazo.

REFERÊNCIAS

AGUM, R.; RISCADO, P.; MENEZES, M. Políticas Públicas: Conceitos e Análise em Revisão. *Revista Agenda Política*, v.3, n.2, julho/dezembro – 2015. Disponível em: <https://www.agendapolitica.ufscar.br/index.php/agendapolitica/article/view/67>

AHMED, T. et al. Healthcare utilization and maternal and child mortality during the COVID-19 pandemic in 18 low- and middle-income countries: An interrupted time-series analysis with mathematical modeling of administrative data. *Plos Medicine*. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004070>

ALFRED, J.P. **Quel est le coul réel de la couverture universelle em santé em Haiti?** 2012. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-5-453.htm>

ALMAGUER, M. et al. Primary health care strategies for the prevention of end-stage renal disease in Cuba. *Kidney International*, v. 68, n. 97, p. 4-10, aug 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16014098/>

ALMEIDA, G. et al. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 42, n. 104, p. 1-6, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49471>

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N.; BARRETO, M. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *American Journal of Public Health*, v. 99, n. 1, p. 87-93, january 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636620/>

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BOUILLY, R. **Migração e repercussões na cobertura e desigualdades em intervenções de saúde materno-infantil: uma análise do Haiti e República Dominicana**. 2019. Disponível em: <http://guaiaca.ufpel.edu.br:8080/handle/prefix/6697>

BOUILLY, R., GATICA-DOMINGUEZ, G. **Desigualdades en la salud maternoinfantil de los migrantes: el caso de Haití y la República Dominicana**. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8442708/>

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Volume 52, nº 37, Out. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Primária à Saúde (SAPS). **O que é Atenção Primária à Saúde?** 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>

CORSINI, I; SOARES, F. **Brasil ocupa penúltima posição no ranking de gastos públicos em saúde, segundo IBGE**. 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/brasil-ocupa-penultima-posicao-no-ranking-de-gastos-publicos-em-saude-segundo-ibge/>

DIAS, J.M.G.; OLIVEIRA, A.P.S.; CIPOLLOTTI, R.; MONTEIRO, B.K.S.M.; PEREIRA, R.O. Mortalidade materna. **RMMG-Rev Med Minas Gerais** 2015; 25(2): 173-179. Disponível em: <http://www.rmmg.org> > artigo > detalhes

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Planejamento e Gestão em Saúde**. 2023. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/planejamento-e-gestao-em-saude>

DOURADO, I. et al. Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil. The Role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brasil). **Medical care**, Philadelphia, v. 49, n. 6, p. 579-584, jun 2011. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21430576/>

DUARTE, C.M.R. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão de literatura sobre a última década. **Cad. Saúde Pública**, 2007;23(7):1511-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700002>

EMMUS II, **Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services 1994-1995**. Disponível em: <https://www.mspp.gouv.ht/site/>

EMMUS III, **Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services 2000**. Disponível em: <https://www.mspp.gouv.ht/site/>

EMMUS IV, **Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services 2005**. Disponível em: <https://www.mspp.gouv.ht/site/>

EMMUS V, **Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services 2012**. Disponível em: <https://www.mspp.gouv.ht/site/>

EMMUS VI, **Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services 2016-2017**. Disponível em: <https://www.mspp.gouv.ht/site/>

FENE, F.; GOMEZ-DANTES, O.; LACHAUD, J. Sistema de salud de Haití. **Salud pública Méx, Cuernavaca**, v. 62, n. 3, p. 298-305, jun. 2020. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342020000300298&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 12 ago 2022. Doi: <https://doi.org/10.21149/10938>.

FERREIRA, S.C.C; SILVA, L.B.; MIYASHIRO, G.M. Planejamento em Saúde. In: GONDIM, Grácia Maria de Miranda; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova; MIYASHIRO, Gladys Miyashiro (Org.). **Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 81-104.

FLEURY, S; OUVENERY, A.M. Parte I - Proteção Social, Políticas e Determinantes de Saúde. Política de Saúde: uma política social. IN: GIOVANELLA, L. et al (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 89-120.

FLYVBJERG, B. **Case study**. In: The Sage Handbook of Qualitative Research. Los Angeles: SAGE Publications, 2011.

FEDERICO, L. **Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico**. Salvador: EDUFBA, 2015.

FRIAS, P.G. et al. Estimación da mortalidade infantil no contexto de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Bras. Saúde Materna**. Recife, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000400013>.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. et al (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 89-120.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. **Atenção Primária à Saúde**: seletiva ou coordenadores cuidados. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C; NORONHA, J.C. **Política e Gestão Pública em Saúde**. Hucitec Editora, 2015.

GIOVANELLA, L. **Ideologia e poder no planejamento estratégico em saúde**: uma discussão da abordagem de Mario Testa. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1989. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4983>

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, jun.

2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=pt&nrm=iso.

GIOVANELLA, L. Planejamento Estratégico em Saúde: Uma Discussão da Abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 6(2): 129-153, abr/jun, 1990. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/y9Jxy9qpPhd6YGnMyJRYTyq/?format=pdf&lang=pt>

GOLDEMBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 12. ed. Rio de Janeiro: Record, 2011.

GUTTMANN, A. et al. Primary Care Physician Supply and Children's Health Care Use, Access, and Outcomes: Findings From Canada. **Pediatrics**, v. 125, n. 6, p. 1119-1126, jun 2010. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20498170/>

HAITI. **La constitution de la République d'Haïti**. 1987. Disponível em: http://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4_hti_const.pdf

HELDER, R. R. **Como fazer análise documental**. Porto, Universidade de Algarve, 2006.

HONE, T. et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLOS Medicine**, v. 14, n. 5, p. 1-19, mai 2017. Available from: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002306>

IHE. Institut Haïtien de L'infance. DHS PROGRAME 2018. **Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016-2017) Pétiön-Ville, Haïti, et Rockville, Maryland, USA: IHE et ICF**. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR326/FR326.pdf>.

IHSI. Instituto Haitiano de Estatística e Informática. **Estimativa População Total**. 2015. Disponível em: <http://www.ihsi.ht/pdf/projection>

ITAGYBA, R. F. **A promoção da saúde no Haiti por meio de organizações humanitárias**, 2017. Tese(Doutorado) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2019. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6140/tde-27082019-111200/pt-br.php>

JESUS, W.L.A; ASSIS, M.M.A. **Desafios do planejamento na construção do SUS**. Salvador: EDUFBA, 2011.

KARYADI E.; REDDY, J.C; DEARDEN, K.A; PURWANTI, T; MARDEWI, A.S.R.I.E; ROQUERO, L.B; JUGUAN, J.A; SAPITULA-EVIDENTE, A.; ANAND, B.; WARVADEKAR, K.; BHARDWAJ, A; ALAM, M.K; DAS, S; NAIR, G.K; SRIVASTAVA, A; RAUT, M.K. Antenatal care is associated with adherence to iron supplementation among pregnant women in selected low-middle-income-countries of Asia, Africa, and Latin America & the Caribbean regions: Insights from Demographic and Health Surveys. **Matern Child Nutr.** 2023 Jan 27: e13477. doi: 10.1111/mcn.13477. Online ahead of print. PMID: 36705031. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36705031/> ou <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mcn.13477>

KEMP, C.G.; SORENSEN, R.; PUTTKAMMER, N.; GRAND'PIERRE, R.; HONORÉ, J.G.; LIPIRA, L.; ADOLPH, C. Health facility readiness and facility-based birth in Haiti: a maximum likelihood approach to linking household and facility data. *J Glob Health Rep.* 2018;2: e2018023. doi: 10.29392/joghr.2. e2018023. Epub 2018 Sep 8.

PMID: 31406933 Free PMC article. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31406933/>

KRINGOS, D. S. et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, v.10, Article number: 65 (2010). Disponível

em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-65>

LAINY, R.; ETIENNE, J.F. La constitution de 1987: sa gloire et ses travers. *Le Nouvelliste*. Publicado em 24-05-2021. Disponível em: <https://lenouvelliste.com/article/229169/la-constitution-de-1987-sa-gloire-et-ses-travers>

LINS, A.M.; CECÍLIO, L.C.O. O Programa UNI no Brasil: uma avaliação da coerência no seu processo de formulação e implementação. *Interface* (Botucatu). 2 (3), Ago, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32831998000200007>

MATTOS, R.A.de. (Re)visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rua São Francisco Xavier 524/Pavilhão João Lyra Filho/7º andar/Blocos D e E, Maracanã. 20550-900 Rio de Janeiro RJ. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2327-2336, 2010. ruben@ims.uerj.br. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/c5gDFJ5LRkJrm6nmpzVVZPK/?lang=pt>

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, V.A.P. Planejamento e Gestão em Saúde: Análise do Planejamento do Conselho Nacional de Saúde, 2013-2015. 2013. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/7892/1/2013_VitorAtiladoPradoMendes.pdf

MERHY, E. E Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.). **Razão e planejamento**: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo: Abrasco, 1995. p. 117-148.

MSPP. Ministério da Saúde Pública e População. **Plano Estratégico Nacional para a Reforma do Setor da Saúde – 2005-2010** Port-Au-Prince: MSPP, 2010. Disponível em: <https://www.mspp.gouv.ht/site/>

MSPP. Ministério da Saúde Pública e População. **Plano Estratégico Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva 2018-2022**. Disponível em: https://fp2030.org/sites/default/files/Document-PSNSSR-2018-2022_V.finale-2017.pdf

MSPP. Ministério da Saúde Pública e População. **Plano Diretor de Saúde 2012-2022**. Disponível em: <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan%20Directeur%20de%20Sante%202012%202022%20version%20web.pdf>.

MSPP. Ministério da Saúde Pública e População. **Relatório da Unidade de Planejamento e Avaliação (UPE) do Mapa de Saúde do Departamento Sudeste**. Set. 2011. Disponível em: <https://mspp.gouv.ht/site/>

MSPP. Ministério da Saúde Pública e População. **Relatório do Mapa de Saúde do país**. 2011. Disponível em: <https://www.mspp.gouv.ht/site/>

MSPP. Ministério da Saúde Pública e População. **Plano Diretor de Saúde (PDS) 2021-2031, julho de 2021**. Disponível: <https://www.mspp.gouv.ht/wp-content/uploads/Plan-Directeur-Sant%C3%A9-2021-2031-version-web.pdf>

MSPP. Ministério da Saúde Pública e População. **Pacote Mínimo de Serviços (PMS)**, 2006. Disponível em: <https://www.mspp.gouv.ht/site/>

MSPP. Ministro da Saúde Pública e da População. **Relatório Estatístico**, 2012. Disponível em: <https://www.mspp.gouv.ht/site/>

MSPP. Ministro da Saúde Pública e da População. **Relatório Estatístico**, 2013. Disponível em: <https://www.mspp.gouv.ht/site/>

MSPP. Ministro da Saúde Pública e da População. **Relatório Estatístico**, 2014. Disponível em: <https://www.mspp.gouv.ht/site/>

MSPP. Ministro da Saúde Pública e da População. **Relatório Estatístico**, 2015. Disponível em: <https://www.mspp.gouv.ht/site/>

MSPP. Ministro da Saúde Pública e da População. **Relatório Estatístico**, 2016. Disponível em: <https://www.mspp.gouv.ht/site/>

MSPP. Ministro da Saúde Pública e da População. **Relatório Estatístico**, 2017. Disponível em: <https://www.mspp.gouv.ht/site/>

MSPP. Ministro da Saúde Pública e da População. **Relatório Estatístico**, 2018. Disponível em: <https://www.mspp.gouv.ht/site/>

MSPP. Ministro da Saúde Pública e da População. **Relatório Estatístico**, 2019. Disponível em: <https://www.mspp.gouv.ht/site/>

MSPP. Ministro da Saúde Pública e da População. **Relatório Estatístico**, 2020. Disponível em: <https://www.mspp.gouv.ht/site/>

MSPP. Ministério da Saúde Pública e População. **Relatório Estatístico**, 2021. Disponível em: <https://www.mspp.gouv.ht/site/>

MSPP. Ministério da Saúde Pública e População. **Plano Estratégico Intersectorial de Promoção de Higiene 2013-2018**. Disponível em: <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan%20Strategique%20Intersectoriel%20Promotion%20Hygiene.pdf>

NORONHA, J.C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(5):847-849, mai, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500003>

OLIVEIRA, L.C.F. **Acesso a medicamentos como direito em Sistemas Universais de Saúde**. Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Doutorado Acadêmico da UEFS. 2020.

OMS. Organización Mundial de la salud. **¿Qué es un sistema de salud?**, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>

OMS. **Declaración de Astana sobre Atención Primaria de Salud**: desde Alma Ata hasta la Cobertura Universal de Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&alias=717-declaracion-de-astana-sobre-atencion-primaria-de-salud-desde-alma-ata-hacia-la-cobertura-universal-de-salud-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible&category_slug=politicas-siste.

OMS. **Declaração de Alma Ata**, 1978. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Desenvolvimento de indicadores para monitorar o progresso rumo à saúde para todos até o ano 2000**. Genebra: OMS, 1981. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?id=pMgoEAAQBAJ&pg=PA179&lpg=PA179&dq=OMS+\(1981a\),+Strat%C3%A9gie+mondiale+de+la+sant%C3%A9+pour+tous+d%27ici+l%27an+20ht](https://books.google.com.br/books?id=pMgoEAAQBAJ&pg=PA179&lpg=PA179&dq=OMS+(1981a),+Strat%C3%A9gie+mondiale+de+la+sant%C3%A9+pour+tous+d%27ici+l%27an+20ht)
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40761/924280004X.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. HAITI. **Saúde nas Américas**, edição 2012: Volume Regional. Organização Pan-America da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www3.paho.org/salud-en-las-americas>
<https://www3.paho.org/salud-en-las-americas>
[2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sna-2012-capitulos-pais-28&alias=269-haiti-269&Itemid=231&lang=pt](https://www3.paho.org/salud-en-las-americas)

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. **Saúde Materna**. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. **Saúde Materna**. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>

OUVERNEY, A.M; NORONHA, J.C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 143-182. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from SciELO Books.

PLANCHER, I. **Análise comparativa dos sistemas de saúde do HAITI e do BRASIL enquanto ao modelo de gestão, modelo de atenção, modelo de financiamento e recursos humanos**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Integração Latino americana, Foz de Iguaçu, 2018.

RIVERA, F.J.U. **Planejamento em saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/plasau.html>

ROHDE, J. et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? **The Lancet**, v. 372, n. ISSUE 9642, p. 950-961, set 2008.

ROSELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and the reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. **BMC Public Health**, London, v. 10, n. 380, p. 1-8, jan 2010.

ROSEN, R.; HAM, C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia, informe del Seminario Anual de Salud 2008, Sir Roger Bannister. **Revista de Innovación y Atención Integrada**. 1:2, 2009.

ROSSI, T.R.A; CHAVES, S.C.L. Implementação da Atenção Especializada em Saúde Bucal em dois municípios na Bahia/ Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 196-206, dez 2015. Disponível em doi: 10.5935/0103-1104.2015s005186

SANCHEZ, J.I. **La planeación estratégica en el Sistema de Salud cubano**. MEDISAN [Internet]. 2017; 21(5): 635-641. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000500019&lng=es.

SANTOS, G.B.F.. O PES Aplicado à Análise Estratégica das Parcerias de Desenvolvimento Produtivo. / Gregório Bittencourt Ferreira Santos. -- 2016. Disponível em: <https://bvssp.icict.fiocruz.br/docsonline/get>

SANTOS, M.N. Prevalência do aleitamento materno exclusivo e sua associação com trabalho materno em países da América Latina. 2020 Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/29192>

SÁ-SILVA, J. R; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. **Pesquisa documental**: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. São Leopoldo, ano. I, n.I, jul. 2009. 15 p. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada** – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>

SOUZA, L.E.P.F; BAHIA, L. Componentes de um Sistema de Serviços de Saúde. In: PAIM, JS; ALMEIDA-FILHO N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

SPINELLI, H. Volver a pensar en salud: programas y territorios Thinking about health once again: programs and territories, Doctor en Salud Colectiva. Director del Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/scol/2016.v12n2/149-171/es/>

SRIPAD, P.; CASSEUS, A.; KENNEDY, S.; ISAAC, B.; VISSIERES, K.; WARREN, C.E.; TERNIER, R. "Eternally restarting" or "a branch line of continuity"? Exploring consequences of external shocks on community health systems in Haiti. *J Glob Health*. 2021 Mar 10;11:07004. doi: 10.7189/jogh.11.07004. PMID: 33763218 Free PMC article.

STARFIELD, B. Sistemas de atenção primaria en nações ocidentais industrializadas. In: STARFIELD, B. Atenção primaria, equilibrio entre necesidades de saúde, serviços e tecnologia. 3. ed. Brasília: UNESCO, 2002. p. 565-596.

TEIXEIRA, C.F. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.

TESTA, M. Carlos Matus e o Pensamento Estratégico em Saúde. In: URIBE RIVERA, F. J. (Ed.). **Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico: Pensamento Social e Saúde**. 2º ed. São Paulo, Brasil: Cortez Editora Ltda, 1989.

TESTA, M. Tendências em planejamento. In: **Pensar em Saúde**. Porto alegre: ABRASCO, 1992: 89-128.

TESTA, M. Pensar en salud / Mario Testa. - 1a ed - Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2020. Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Spinelli, Hugo; Salud colectiva; 11). Disponível em: <https://repositorio.esocite.la/978/1/Matus2020-AdiosSe%C3%B1orPresidente.pdf>

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica. **Planejamento na atenção básica** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Josimari Telino de Lacerda; Lúcio José Botelho; Cláudia Flemming Colussi. – Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/33881/mod_resource/content/2/AtencaoBasica_4Planejamento.pdf

UNICEF ANGOLA. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Estudo sobre conhecimento, atitudes e práticas na área da saúde materno-infantil nos municípios da Huíla.** 2018. Disponível em: <https://www.unicef.org/angola/media/1821/file/Estudo%20sobre%20conhecimento,%20atitudes%20e%20pr%C3%A1ticas%20na%20%C3%A1rea%20da%20sa%C3%BAde%20materno-infantil%20nos%20munic%C3%ADpios%20da%20Hu%C3%ADla.pdf>

UNICEF BRASIL. **Uma criança, um adolescente ou um jovem morreu a cada 4,4 segundos em 2021, segundo relatório da ONU.** 2023. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/uma-crianca-um-adolescente-ou-um-jovem-morreu-a-cada-quatro-virgula-quatro-segundos-em-2021>

YIN, R.K. (org.). **Estudo de Caso: planejamento e métodos.** 5ª. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PLANILHA DE ANÁLISE DE COERÊNCIA CONSTITUIÇÃO – MAXQDA

MAXQDA 2020

30-03-2023

Tabela Codificação Constituição



Documentos e variáveis	Organização	Método	Propósito	Saúde materno-infantil	Planejamento	Princípios - diretrizes - objetivos	Morbi-mortalidade infantil	Morbi-mortalidade materna
Loi constitutionnelle 1987 (1)						Fortalecer a unidade nacional, eliminando toda discriminação entre populações urbanas e rurais, aceitando a comunidade de línguas e culturas e reconhecendo o direito ao progresso, informação, educação, saúde, trabalho e lazer para todos os cidadãos. Assegurar seus direitos inalienáveis e imprescritíveis à vida, à liberdade e à busca da felicidade; de acordo com seu Ato de Independência de		





MAXQDA 2020

30-03-2023

1804 e a
Declaração
Universal dos
Direitos Humanos
de 1948.

Estabelecer a
democracia que
implica pluralismo
ideológico e
alternância
política e afirmar
os direitos
invioláveis do
povo haitiano.

Estabelecer um
sistema de
governo baseado
nas liberdades
fundamentais e
no respeito aos
direitos humanos,
paz social,
equidade
econômica,
consulta e
participação de
toda a população
nas grandes
decisões que
afetam a vida
nacional, por meio
de uma
descentralização

efetiva.

Restaurar um
Estado estável e
forte, capaz de
proteger os
valores, tradições,
soberania,
independência
e visão nacionais.

Constituir uma
nação haitiana
socialmente justa,
economicamente
livre e
politicamente
independente.

DIREITO À VIDA E
À SAÚDE

SEÇÃO 19:
O Estado tem a
obrigação
imperativa de
garantir o direito à
vida, à saúde, ao
respeito pela
pessoa humana, a
todos os cidadãos
sem distinção, de
acordo com a
Declaração
Universal dos

MAXQDA 2020

30-03-2023

Direitos Humanos.

SEÇÃO 23:
O Estado tem a
obrigação de
fornecer a todos
os cidadãos de
todas as
autarquias locais
os meios
adequados para
garantir a
proteção,
manutenção e
restabelecimento
da sua saúde
através da criação
de hospitais,
centros de saúde
e dispensários.

APÊNDICE B – PLANILHA DE ANÁLISE DE COERÊNCIA PLANO DIRETOR - MAXQDA

MAXQDA 2020

14-04-2023

Tabela Codificação Plano Diretor atual

Documentos e variáveis	Organização	Método	Propósito	Saúde materno-infantil	Planejamento	Princípios - diretrizes - objetivos	Morbi-mortalidade infantil	Morbi-mortalidade materna
Plan Directeur de Sante 2012 2022 para outra análise	Implementação do modelo de prestação de serviço selecionado isto é : *melhorar o acesso aos cuidados de saúde desenvolvendo infraestrutura de saúde, como prioridade nas áreas carentes e em referência ao mapa da saúde; a qualidade e quantidade de pessoal; acesso a medicamentos e serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento. Esta intervenção visa melhorar a qualidade dos	Melhorar a oferta de métodos contraceptivos de longa duração. Conscientizar a comunidade sobre a importância do planejamento familiar e promover o uso da contracepção. Esta intervenção visa aumentar gradualmente a taxa de acompanhamento das gravidezes, a existência de um plano de partos e o aumento do número de partos assistidos por pessoal qualificado. Consiste na	Reduzir as desigualdades no acesso aos serviços e cuidados de saúde. Proteger indivíduos e famílias das consequências econômicas da prevenção de doenças, gravidez e recuperação da saúde. Garantir o acesso universal e gratuito a serviços e atendimentos específicos para grupos. Harmonizar a prestação de serviços de saúde	s indicadores de saúde para mulheres e crianças não melhoraram significativamente nos últimos anos. Pior ainda, os indicadores de saúde materna tendem a piorar No que se refere às categorias demográficas, a tabela de morbidade específica por sexo, no que diz respeito às mulheres, é dominada pela AIDS, infecções oportunistas ligadas à AIDS, deficiências nutricionais, patologias ligadas	Estabelecimento de procedimentos de controle de garantia de qualidade em todos os setores. Gestão de hospitais públicos e outras estruturas hospitalares, estruturas participativas, escritórios UAS, escritório departamental. Estruturas de serviços e cuidados de saúde, independentemente da sua obediência. Garantir a qualidade dos	Os princípios norteadores, padrões e regras de conduta sobre os quais se constrói a política de saúde também regem o Plano Diretor de Saúde. São eles: Universalidade, Abrangência, Equidade e Qualidade. O Princípio da Universalidade garante a todos os indivíduos que vivem no território haitiano o fácil acesso a todos os elementos e todas as intervenções sem distinção de gênero, filiação social ou religiosa,	A mortalidade infantil e infantil ligada particularmente à diarreia, IRA, deficiências nutricionais, manteve-se em um nível elevado até 2005 (três vezes a média regional). Plano Diretor de Saúde 2012-2022 A taxa de declínio observada não permite atingir os ODM subscritos pelo Haiti. Prevalência de anemia em crianças de 6-59 meses: 65% (EMMUS V, 2012) Alguns	Assim, para a saúde materno-infantil, por exemplo, as taxas de mortalidade neonatal e pós-natal são respectivamente 32/1000 e 30/1000 entre os 20% mais pobres contra 27/1000 e 24/1000 entre os mais pobres, 20% dos mais ricos As mesmas desigualdades são observadas em termos de mortalidade materna, com uma clara diferença entre áreas urbanas e rurais, em detrimento das

MAXQDA 2020

14-04-2023

serviços e cuidados de saúde prestados à população.	elaboração de um plano de promoção da saúde materna na comunidade.	saúde da população.	à gravidez e ao parto. As patologias infantis são dominadas por	serviços e cuidados prestados à população.	local de residência, etc.	indicadores:	áreas rurais
Consideração dos indicadores de implantação do modelo de atendimento e atenção retidos na construção do sistema de informação em saúde visando à atualização automática do mapa de saúde.	Gravidez e cuidados pós-parto Esta intervenção visa reduzir a mortalidade ligada à SIDA pediátrica e abrange o rastreio e tratamento precoce com ARVs (Triterapia) para todos os recém-nascidos expostos ao HIV.	Articular programas e planejar sua implementação. Assegurar o desenvolvimento da medicina tradicional e da farmacopeia.	infecções respiratórias agudas, diarreia e desnutrição Esta intervenção consiste em oferecer um pacote de serviços e cuidados ginecológicos a mulheres em idade fértil.	Implementação e acompanhamento da manutenção do sistema sanitário. Esta intervenção visa melhorar a cobertura e o acesso aos serviços e cuidados de saúde.	O Princípio da Globalidade garante a cada indivíduo uma atenção integral voltada para o todo de suas necessidades de saúde. O Princípio da Equidade garante a todos os beneficiários do sistema cuidados de igual qualidade, independentemente do seu local de residência e da sua situação socioeconômica.	Esta taxa caiu para 15,7/1000 no início dos anos 80 e para 10/1000 no início dos anos 2000. Foi estimado em 9 por 1000 em 2011 (UNICEF). Em relação às causas específicas de mortalidade segundo categorias demográficas: Com relação à expectativa de vida ao nascer, de 2000 a 2005, houve uma discrepância de aproximadamente 3,5 anos entre a expectativa de vida ao nascer dos homens (56,4 anos) e das mulheres (59,9 anos), (IHSI – CELADE).	A mortalidade materna estimada em 457/100.000 nascidos vivos no início da década de 1990 caiu para 523 por 100.000 em 1994-1995 para atingir 630 por 100.000 em 2005 (EMMUS II, III, IV). Em 2010, uma estimativa recente do sistema das Nações Unidas colocou em 350 por 100.000 nascidos vivos. O contexto demográfico mostra a correlação que existe entre paridade, padrão de fecundidade, idade da primeira e última gravidez e a saúde da mulher e da criança. Existe uma correlação
Melhorar a oferta de métodos contraceptivos de longa duração.	Integração da prevenção da febre reumática aguda (RAA).	Criar um fundo de solidariedade para fortalecer o sistema de saúde.	Abrange os seguintes aspectos: t Consultas da mulher, t Cuidados obstétricos e ginecológicos, t Vacinação:				
Conscientizar a comunidade sobre a importância do planejamento familiar e promover o uso da contracepção	Manejo de doenças respiratórias agudas.	Aumentar gradativamente o percentual do orçamento nacional destinado à saúde para o financiamento do setor pelo	Prevenção do Tétano Materno e Neonatal por vacinação de FE e PAF t Triagem e correção da anemia, t		O Princípio da Qualidade obriga todos os prestadores de cuidados de saúde e de serviços a desenvolver as suas intervenções e		
Aumentar o uso de métodos contraceptivos.	Atenção integral precoce à criança exposta ou					Prevalência de infecções	

MAXQUA 2020

14-04-2023

Esta intervenção consiste em oferecer um pacote de serviços e cuidados ginecológicos a mulheres em idade fértil. Abrange os seguintes aspectos: Consultas da mulher, Cuidados obstétricos e ginecológicos, Vacinação: Prevenção do Tétano Materno e Neonatal por vacinação de FE e PAF; Triagem e correção da anemia, detecção precoce e manejo de diabetes e hipertensão. Fortalecimento da capacidade das instituições para cuidar do recém-nascido.	infectada pelo HIV. Manejo da diarreia aguda e crônica. Prevenção da transmissão de mãe para filho (PTV). Gestão integrada de doenças infantis (AIDI) Manejo de parasitas intestinais. Imunização de Crianças (EPI). Esta intervenção visa reduzir a prevalência de diferentes formas de desnutrição: aguda (MA), aguda moderada (MAM), aguda grave (MAS) e desnutrição crônica (MC). Abrange o	Tesouro Público. São introduzidos impostos sanitários: Ecotaxas sobre indústrias poluidoras (resíduos de aves criadas com hormônios, etc.), impostos sobre produtos nocivos à saúde (álcool, tabaco, bebidas à base de corantes artificiais, etc.), impostos sobre certas belezas, taxa de saneamento predial, selo postal de apoio à cobertura universal. Grupos populacionais particularmente vulneráveis. O objetivo é melhorar a gestão de hospitais e outras instituições públicas,	Deteção precoce e manejo de diabetes e hipertensão. Esta intervenção visa aumentar gradualmente a taxa de acompanhamento das gravidezes, a existência de um plano de partos e o aumento do número de partos assistidos por pessoal qualificado. Consiste na elaboração de um plano de promoção da saúde materna na comunidade. Promoção do Aleitamento Materno Controle do crescimento e desenvolvimento	prestar cuidados de saúde com a máxima garantia de qualidade que o desenvolvimento tecnológico e os recursos financeiros do país permitem. Os valores, convicções que orientam e regem as escolhas, que fundamentam a política e o Plano Diretor de Saúde são: o direito à vida e à saúde, solidariedade, participação cidadã e eficiência. A missão do Ministério da Saúde Pública e da População (MSPP) é "garantir a todos os cidadãos indistintamente o direito à vida e à saúde e dotá-los, em todas as	respiratórias agudas em crianças: 20,4% (EMMUS V, 2012). Assim, para a saúde materno-infantil, por exemplo, as taxas de mortalidade neonatal e pós-natal são respectivamente 32/1000 e 30/1000 entre os 20% mais pobres contra 27/1000 e 24/1000 entre os mais pobres, 20% dos mais ricos. Prevalência de diarreia infantil: 29,5% (EMMUS V, 2012).	positiva entre multiparidade, gravidez precoce, por um lado, e mortalidade materna e infantil. Conhecemos a relação entre iniciação sexual precoce e IST, gravidez e mortalidade materna e infantil. O conteúdo deste capítulo ou área visa reduzir a taxa de mortalidade materna em 50% até 2022. Abrange duas subáreas: Saúde da Mulher e Saúde Materna. Reduzir a taxa de mortalidade materna em 50% até 2022,
--	--	---	--	---	--	---

MAXQDA 2020

14-04-2023

Oferecer atendimento neonatal de emergência de acordo com os protocolos estabelecidos.	controle e acompanhamento do crescimento de crianças menores de 5 anos; promover a utilização dos serviços.	desenvolvendo e implementando um sistema de gestão padrão para hospitais e outras instituições públicas de acordo com sua categoria.	psicomotor Esta intervenção visa prevenir as consequências das deficiências nutricionais e alimentares na infância na população.	autarquias locais, dos meios adequados à protecção, manutenção e restabelecimento dos seus saúde.
	Controle do crescimento e desenvolvimento psicomotor.	Melhorar o saneamento das escolas e estabelecimentos de saúde	Abrange os seguintes aspectos: Acompanhamento do estado nutricional das gestantes.	As seguintes orientações são priorizadas para a implementação da Política Nacional de Saúde e do Plano
	Prevenção da Deficiência de Micronutrientes.	Reduzir a taxa de mortalidade materna em 50% até 2022. Abrange duas subáreas: Saúde da Mulher e Saúde Materna.		Diretor: *Intersetorialidade e *Descentralização *Parceria público-privada – sociedade civil – lideranças das autoridades locais
	Assegurar a disponibilidade constante de insumos de imunização nas instituições.			* Integração de todas as intervenções de saúde na programação nacional e em um ciclo contínuo de planejamento, monitoramento e avaliação, incluindo pesquisa
	Monitoramento nutricional.			
	Controle oral e oftalmológico: triagem e encaminhamento.			
	Saúde escolar.			

MAXQDA 2020

14-04-2023

Triagem de
anormalidades
posturais.

Cantina escolar.

Higiene e
Promoção de
comportamentos
saudáveis.

Gestão da
desnutrição.

Instalações de
saúde nas
estruturas
escolares, em
apoio ao MENFP.

operacional.
*Participação
cidadã

1.2.1 Objetivo
geral
Garantir a
redução da
morbimortalidade
, relacionada aos
principais
problemas de
saúde
identificados, a
partir de um
sistema de saúde
adequado,
eficiente, acessível
e universal.

Objetivos
Específicos
Estabelecer um
sistema de saúde
capaz de garantir
a cobertura total
de saúde do país e
de atender às
necessidades
básicas de saúde
da população,
promovendo a
articulação da
medicina
moderna e

tradicional.

Assegurar a liderança do MSPP para, por um lado, acompanhar e garantir a qualidade do estado de saúde da população, por outro, a aplicação da regulamentação sanitária e a acreditação das instituições de saúde e de formação.

Assegurar o financiamento adequado do sistema de saúde com base no aumento gradual do percentual do orçamento do tesouro público destinado à saúde.

Racionalizar o uso dos recursos disponíveis

MAXQDA 2020

14-04-2023

através do alinhamento dos doadores com as prioridades nacionais no âmbito de uma parceria baseada no desempenho e na prestação de contas.

Estabelecer um sistema de emergência em todos os níveis capaz de dar respostas estruturadas para danos devido a eventos naturais ou outros.

Assegurar o cumprimento de metas e objetivos decorrentes de compromissos nacionais e internacionais.

APÊNDICE C – PLANILHA DE ANÁLISE DE COERÊNCIA PLANO ESTRATÉGICO - MAXQDA

MAXQDA 2020

31-03-2023

Tabela Codificação Plano Estratégico

Documentos e variáveis	Organização	Método	Propósito	Saúde materno-infantil	Planejamento	Princípios - diretrizes - objetivos	Morbi-mortalidade infantil	Morbi-mortalidade materna
Plan Stratetigique PNS 107 (1) (1)	Métodos contraceptivos são oferecidos por muitas estruturas de saúde públicas e privadas filantrópicas e com fins lucrativos. O problema é, portanto, na verdade, a não garantia da disponibilidade permanente de contraceptivos adequados e também a baixa aceitabilidade da oferta ("acolhimento"). Além disso, não basta que uma complicação na gravidez tenha sido detectada	Mas está estabelecido que uma alta proporção de complicações da gravidez e do parto com risco de vida não podem ser previstas ou evitadas por consultas pré-natais, nem atendidas corretamente em um centro de saúde de primeiro nível; para que, quando estas complicações ocorram, a morte só possa ser evitada por cuidados de urgência ao nível de um Centro de Saúde de Primeira Referência dotado	Promover a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres, Vinte e cinco anos após o Haiti aderir à histórica Declaração da Conferência de Alma-Ata (URSS, 1978) "Saúde para todos no ano 2000", a situação de saúde do povo haitiano é caracterizada essencialmente pela sua precariedade. • Reduzir a mortalidade de crianças menores de cinco anos; O governo da República do Haiti	Promover a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres, Vinte e cinco anos após o Haiti aderir à histórica Declaração da Conferência de Alma-Ata (URSS, 1978) "Saúde para todos no ano 2000", a situação de saúde do povo haitiano é caracterizada essencialmente pela sua precariedade. • Reduzir a mortalidade de crianças menores de cinco anos Melhorar a saúde materna,	Promover o estabelecimento de estruturas que permitam a participação da comunidade na planejamento e execução de atividades de saúde, bem como a gestão de recursos". O Ministério da Saúde Pública está ciente da necessidade de ter uma visão estratégica de longo prazo que deve ser expressa em um processo de planejamento metódico, permitindo uma alocação de recursos equitativa e	Ao adotar este plano de reforma, o Ministério da Saúde Pública e População, em nome do Governo da República, renova seu compromisso com o acesso universal à saúde por meio da Atenção Primária à Saúde. (SSP). O volume de informações processadas e as orientações estratégicas propostas servirão de bússola para tomadores de decisão política, profissionais de saúde, parceiros nacionais e	A grande maioria das crianças nascidas de mulheres HIV-positivas contraiu o vírus no útero, ao nascer ou durante a amamentação. A Situação dos Grupos Vulneráveis. Mulheres e crianças são os principais alvos da violência e da agressão que se espalham devido a complexos fatores econômicos, políticos, sociais e culturais. A violência contra as mulheres em todas as fases de suas vidas afeta	Mulheres. Em 1995, um estudo nacional sobre violência contra a mulher (amostra de 14 municípios) registrou 1.935 casos de violência categorizados da seguinte forma: violência física (33%), sexual (37%), estupro (13%), outras (31%). Em 81% dos casos, a violência é perpetrada contra mulheres com idade entre 10 e 34 anos. O legado de uma longa tradição de violência e discriminação contra a mulher na família, na comunidade, nas

MAXQDA 2020

31-03-2023

para que a mulher tenha a certeza de se beneficiar a tempo de atendimento ad hoc no serviço de saúde apropriado: é necessário também, não apenas que esse serviço exista e esteja geograficamente acessível dentro do prazo exigido pela sua condição; mas também, que os recursos necessários para acessá-los sejam rapidamente mobilizados.	de uma Plataforma Técnica - humana e material - que lhe permita prestar Cuidados Obstétricos de Urgência (COE), e em particular, realizar transfusões de sangue e cesarianas, se necessário.	também está comprometido no âmbito dos Objetivos do Milênio trabalhar para o Desenvolvimento, nos termos: • Garantir um ambiente viável, • Criar uma parceria global para o desenvolvimento. Declaração aprovada pelos Chefes de Estado e de Governo no ano 2000; esses objetivos que, como sabemos, devem ser alcançados até o ano de 2015 são os seguintes: Essa precariedade, reflexo de condições socioeconômicas igualmente difíceis, resulta de múltiplas causas inter-relacionadas:	Crianças, mulheres, adolescentes, pessoas de baixa renda e moradores do meio rural são os alvos prioritários da ação governamental na área de proteção social. Com a epidemia de infecção pelo HIV, os órfãos da AIDS constituem outra categoria de pessoas vulneráveis. As mulheres em geral e as mulheres em idade fértil (15-49 anos) representam 50,9% e 24,7% da população, respectivamente As mulheres haitianas conhecem os métodos	transparente. 1) ABORDAGENS METODOLÓGICAS Alarga as políticas sectoriais do Ministério da Saúde Pública e População e permite consolidar as conquistas tendo em conta preocupações emergentes como a abordagem do género e o combate à pobreza, fazendo parte dos grandes objectivos do Milênio. • Implica a definição de um processo de acompanhamento e controlo da candidatura. Essa abordagem oferece uma série de inovações ao processo de planeamento estratégico:	internacionais e a população em geral, para melhor compreender os requisitos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Ao enfatizar a promoção da saúde, o MSPP pretende direccionar o setor para uma abordagem estratégica de comprovada eficácia, incluindo a formação de marcos legais e institucionais capazes de fortalecer as ações que levem ao alcance dos ODM. O Ministério da Saúde Pública e da População pretende, através deste Plano	duplamente bebês e crianças pequenas. Bebês e crianças pequenas também estão em risco porque dependem da situação de suas mães. O estado de desamparo em que as mulheres se encontram devido às desigualdades e maus-tratos que sofrem ameaça a vida de bebês e crianças pequenas. As mortes infantis são uma grande preocupação, a taxa de mortalidade infantil (81 óbitos por mil nascidos vivos) é 7 vezes superior à taxa bruta de mortalidade, ou seja, uma em cada três mortes no	instituições e até mesmo nos textos legais é difícil de eliminar no espaço de duas décadas. Mais da metade das mulheres casadas, divorciadas, separadas ou viúvas declararam ter sofrido algum ato de violência física grave nos últimos 12 meses anteriores ao inquérito EMMUS III; 48,4% tiveram hematomas e hematomas, 23,7% tiveram uma lesão ou fratura óssea, 48,1% tiveram que procurar tratamento. A Situação dos Grupos Vulneráveis. Mulheres e crianças são os principais alvos da violência e da agressão que se
---	--	--	--	---	---	--	--

mulheres a menos de 5/15 quilômetros; 54,9 e 73,2% sendo inferior a 30/60 minutos.	Programa Alargado de Vacinação (EPI): A fragilidade da proteção vacinal de rotina se reflete no estado local de progresso das iniciativas para erradicar e eliminar as doenças imunopreventíveis visadas pela doença.	situação política, situação econômica precária, insuficiência de recursos, inadequação organizacional do sistema de saúde. A importância desta mortalidade explica a prioridade que o MSPP atribui ao combate à mortalidade materna, com base nomeadamente nos objetivos do milênio de reduzir a mortalidade materna em 2/3 até 2015.	modernos de contracepção, mas os usam pouco: enquanto quase todas as mulheres (99,2%) os conhecem, um quarto das mulheres casadas (22,3%) os usa em algum momento (rural: 22,3%; e urbano: 22,3%).	O problema é, portanto, na verdade, a não garantia da disponibilidade permanente de contraceptivos adequados e também a baixa aceitabilidade da oferta ("acolhimento").	Estratégico Nacional para a reforma do Sector da Saúde, disponibilizar a todos os intervenientes da saúde um instrumento susceptível de fornecer elementos de resposta à realidade sanitária do país	país é de uma criança. As três principais causas de mortalidade infantil (menores de 5 anos) continuam sendo a desnutrição, as doenças diarreicas e as infecções respiratórias agudas (IRA), que representam 55% das mortes documentadas nessa faixa etária.	espalham devido a complexos fatores econômicos, políticos, sociais e culturais. A violência contra as mulheres em todas as fases de suas vidas afeta duplamente bebês e crianças pequenas. Bebês e crianças pequenas também estão em risco porque dependem da situação de suas mães. O estado de desamparo em que as mulheres se encontram devido às desigualdades e maus-tratos que sofrem ameaça a vida de bebês e crianças pequenas.
Por outro lado, a cobertura de partos assistidos é muito baixa: mais de três quartos (76,3%) dos partos ocorrem em casa (zonas rurais: 89%; zonas urbanas: 56%). A chave para reduzir a mortalidade materna é o rápido encaminhamento de casos complicados para uma estrutura que presta "Cuidados Obstétricos de Emergência". Daí a necessidade de as mulheres que dão à luz em casa saberem - ou ter alguém à sua volta, durante o parto, que saiba	A falta de cobertura em cuidados curativos também pode ser apreendida graças aos resultados do EMMUS-III, que dão as taxas de recurso aos cuidados de doenças comuns: diarreias, febres e/ou Infecções Respiratórias Agudas (IRA); e a taxa de entrega de Terapia de Reidratação Oral-	No entanto, o status socioeconômico das mulheres haitianas de origens tradicionais e/ou desfavorecidas não	A frequência às consultas de pré-natal (CPN) é relativamente alta, testemunhando certo entusiasmo das mulheres haitianas por esses serviços	Mas está estabelecido que uma alta proporção de complicações da gravidez e do parto com risco de vida não podem ser previstas ou evitadas por consultas pré-natais, nem atendidas corretamente em um centro de saúde de primeiro nível; para que, quando estas complicações ocorram, a morte	Que todos aqueles que trabalham para atender às necessidades de saúde da população encontrem nele uma referência que possa facilitar uma melhor compreensão da situação de saúde do país. Este PMS é motivado pela ambição de prestar um conjunto de	A deficiência de iodo também tem sérios efeitos indiretos. Ao reduzir as defesas do organismo, acompanha-se o excesso de mortalidade infantil; e sobretudo, através do retardo mental e do enfraquecimento físico, reduz a capacidade de	As mulheres em idade fértil morrem

MAXQDA 2020

31-03-2023

recorrer - reconhecer aos serviços estas de complicações saúde.	TRO em casa. Decorre destes resultados que a maioria das crianças não é levada a um estabelecimento de saúde: dois terços das crianças apresentam febre e/ ou sintomas de IRA; três quartos das crianças sofrem de diarreia; e que, em caso de diarreia, o manejo domiciliar recomendado pelos serviços de saúde (TRO) não teve o menor grau de aplicação em quase metade dos casos.	necessariamente permite... Espera-se que os Serviços de Planeamento Familiar (PF) façam parte do Pacote Mínimo de Serviços que está a ser definido. Além disso, não basta que uma complicação na gravidez tenha sido detectada para que a mulher tenha a certeza de se beneficiar a tempo de atendimento ad hoc no serviço de saúde apropriado: é necessário também, não apenas que esse serviço exista e esteja geograficamente acessível dentro do prazo exigido pela sua condição; mas também, que	definição; e também já são oferecidos por uma série de estruturas de saúde públicas, privadas, filantrópicas e privadas com fins lucrativos Mães educadas têm maior controle sobre sua reprodução do que mães sem educação. A cobertura das Consultas de Pré-Natal (CPN) é de 63% para as mulheres que não frequentaram a escola, contra 83,2% para as que frequentaram o ensino básico e 95,2% para as que não frequentaram a escola. Iniciam a vida sexual e conjugal	só possa ser evitada por cuidados de urgência ao nível de um Centro de Saúde de Primeira Referência dotado de uma Plataforma Técnica - humana e material - que lhe permita prestar Cuidados Obstétricos de Urgência (COE), e em particular, realizar transfusões de sangue e cesarianas, se necessário. Todos estes elementos levam a tempos de tratamento mais prolongados - dependendo da procura de medicamentos, da disponibilidade de energia eléctrica, da montagem de pessoal de puericultura, da	cuidados essenciais de saúde, preventivos, curativos e promocionais, tornados universalmente acessíveis a todos os indivíduos e todas as famílias. Estes três objectivos, que aliás correspondem aos denominadores comuns das reformas empreendidas em quase toda a parte, procuram dar uma resposta adequada ao problema da actual situação de saúde caracterizada por elevadas taxas de morbilidade e mortalidade e pela baixa acessibilidade aos cuidados de saúde.	aprendizagem das crianças, a produtividade individual e coletiva dos adultos. Abuso infantil Persistimos em acreditar que o desempenho do setor de saúde em reduzir a mortalidade entre crianças menores de 5 anos de 151,2 em 1989 para 131 por 1.000 em 1995 e a mortalidade infantil de 101,4 para 74 por 1000 para o mesmo período foi muito louvável e que o objetivo da Cúpula Mundial da Criança de 1990 de reduzir a mortalidade infantil em 1/3 até o ano 2000 estava ao alcance do Haiti.	principalmente em casos relacionados à saúde reprodutiva (27,2% devido à AIDS e gravidez). A taxa de mortalidade materna foi estimada em 1.000 óbitos por 100.000 nascidos vivos entre 1970 e 1975. Atualmente, essa taxa é de 523 óbitos por 100.000 nascidos vivos. No Haiti, as complicações relacionadas à gravidez são a segunda principal causa de morte entre mulheres de 15 a 49 anos, depois da AIDS. Mortalidade Materna. A taxa de mortalidade materna no Haiti
---	--	---	--	---	---	---	---

MAXQDA 2020

31-03-2023

proibitivos ou demorados.	saúde, econômicos, político-legais, socioculturais e educacionais	os recursos necessários para acessá-los sejam rapidamente mobilizados.	mais tarde: a idade média da primeira relação sexual é de 17,3 anos se nunca frequentaram a escola, contra 18,2 anos se frequentaram o ensino primário e 20,1 anos se frequentaram o ensino secundário ou mais; a idade mediana na primeira união é de 19,4 anos se nunca frequentou a escola, comparado a 20 se frequentou o ensino fundamental e 24,8 se frequentou o ensino fundamental, ensino médio ou superior;	obtenção do consentimento dos pais... Têm também a sua quota-parte de responsabilidade no nível alarmante de - mortalidade perinatal hospitalar.	- a reestruturação dos estabelecimentos de saúde para melhorar a sua gestão princípios da Atenção Primária à Saúde (APS).	Hoje, nos perguntamos se a mortalidade não aumentou em comparação com o nível de 1995. mortalidade infantil.	ainda está em um nível inaceitável. Embora os números sobre mortalidade materna variem muito de acordo com a fonte e estejam longe de ser unânimes, as melhores estimativas para o Haiti mostram que aproximadamente 2.900 mulheres e meninas morrem a cada ano como resultado de complicações relacionadas à gravidez. Além disso, a cada ano, 58.000 a 87.000 mulheres e meninas haitianas sofrem de deficiências atribuíveis a complicações na gravidez e no parto.
Mas está estabelecido que uma alta proporção de complicações da gravidez e do parto com risco de vida não podem ser previstas ou evitadas por consultas pré-natais, nem atendidas corretamente em um centro de saúde de primeiro nível; para que, quando estas complicações ocorram, a morte só possa ser evitada por cuidados de urgência ao nível de um Centro de Saúde de Primeira Referência dotado de uma Plataforma Técnica - humana e material - que	intervêm para influenciar seus resultados. As abordagens para identificá-lo e resolver seus problemas devem ser multissetoriais e multidisciplinares	Persistimos em acreditar que o desempenho do setor de saúde em reduzir a mortalidade entre crianças menores de 5 anos de 151,2 em 1989 para 131 por 1.000 em 1995 e a mortalidade infantil de 101,4 para 74 por 1000 para o mesmo período foi muito louvável e que o objetivo da Cúpula Mundial da Criança de 1990 de reduzir a mortalidade infantil em 1/3 até o ano 2000 estava ao alcance do Haiti.	Ainda que não existam estimativas de morbimortalidade materna	- O custo das intervenções, de 500 a 6000 gourdes, é muitas vezes inatingível ou dissuasivo.	- o reforço das capacidades administrativas e de gestão a nível central.	A cada ano, cerca de 138.000 crianças com menos de 5 anos morrem no Haiti devido a doenças evitáveis e desnutrição. Sessenta por cento dos que sobrevivem não crescem e se desenvolvem como deveriam. No entanto, são as crianças com menos de um ano de idade que pagam o preço mais alto da doença e da morte. Cerca de 8 em cada 10 mortes neste último grupo	Admite-se que em países

lhe permita prestar Cuidados Obstétricos de Urgência (COE), e em particular, realizar transfusões de sangue e cesarianas, se necessário.	e controláveis (difteria, coqueluche, tétano, complicações da tuberculose, poliomielite, sarampo) antes do primeiro aniversário.	deterioração do ambiente político, social e econômico que prevaleceu nos últimos dez anos acabou com essas esperanças. A revisão dos determinantes da saúde, em particular os relacionados com a saúde da mulher, dos jovens e das crianças, mostra que o sistema de saúde por si só não será capaz de dar todas as respostas aos problemas de saúde, pelo que é importante que o sector da saúde busca a sinergia de ações por meio do estabelecimento de parcerias intra e multissetoriais eficientes. Intervenções	desagregadas por escolaridade da mãe, é legítimo afirmar que a sobrevivência das mães durante o período reprodutivo está ligada ao seu nível de escolaridade. O déficit nos cuidados preventivos pode ser apreendido através dos resultados de cobertura vacinal e suplementação de vitamina A que foram observados pelo EMMUS-III. Estão menos expostas a gravidezes indesejadas: Em geral (não há dados desagregados por idade) apenas 2,1% das mulheres em idade fértil que	louvável e que o objetivo da Cúpula Mundial da Criança de 1990 de reduzir a mortalidade infantil em 1/3 até o ano 2000 estava ao alcance do Haiti. Hoje, nos perguntamos se a mortalidade não aumentou em comparação com o nível de 1995. Redução da mortalidade infantil no Haiti, 1990. O estado nutricional de crianças em idade escolar é mal controlado. No entanto, pesquisas realizadas por Organizações Não Governamentais que trabalham com saúde escolar	permitam a participação da comunidade na planeamento e execução de atividades de saúde, bem como a gestão de recursos". A articulação, a nível local, das instituições de saúde para obter sinergias entre as instituições de saúde e organizar a complementaridade das intervenções; Uma melhor utilização dos recursos disponíveis de forma a garantir bons resultados em termos de saúde e garantir a satisfação dos consumidores. O Ministério da Saúde Pública está	etário são atribuídas a três causas principais: diarreia, malnutrição e IRA (principalmente pneumonia). O TMI caiu 27,02% em vez de 33,3%. Mortalidade em relação ao seu nível de 1990. Taxa de mortalidade de menores de 5 anos caiu 13,6% em relação ao nível de 1990. A tabela abaixo destaca a localização das patologias do período perinatal, que somam mais de um terço das causas de óbito infantil (34,8%) – na proporção de quase um terço (30%) das infecções	comparáveis ao Haiti, para uma mulher que morre por complicação da gravidez, parto ou puerpério, entre 30 e 100 mulheres apresentam complicações, algumas das quais de longa duração e/ou incapacitantes do ponto de vista físico e/ou nível social, por exemplo: fístulas vésico-vaginais, prolapso uterino, infecção pélvica crônica, esterilidade. Meninas de 10 a 24 anos, onde as causas maternas e a AIDS vêm logo após as doenças diarreicas e infecciosas. Esta distribuição está de acordo com a observação
A não garantia de permanência médica: à noite, por falta de pessoal e/ou déficit organizacional, os enfermeiros ou auxiliares asseguram o serviço e os médicos de plantão intervêm de plantão. Os atrasos no tratamento aumentam porque o obstetra e o anestesista precisam ser buscados em suas casas;	Para atingir esses objetivos, o EPI não deve se limitar às campanhas de vacinação. O MSPP deve tomar todas as providências necessárias para organizar a vacinação de forma contínua em todos os estabelecimentos de saúde. Estratégia 8: Promoção da imunização universal. Estratégias intersectoriais						

As principais deficiências observadas na qualidade da assistência prestada são: - Inadequação de recursos e condições materiais, nomeadamente em termos de pequenos equipamentos (bandejas de cesariana e bandejas de parto); equipamentos para esterilização (autoclave) e incineração de resíduos biomédicos; fonte de energia; abastecimento de água; e evacuação de emergência (ambulâncias);	desenvolvidas com: Ministério de Assuntos e Direitos da Mulher (saúde materna, HIV/AIDS, saúde da mulher), Ministério de Assuntos Sociais (saúde das crianças de rua, saúde dos órfãos, saúde dos pobres, medicina ocupacional), Ministério da Nacional de Educação e Juventude e Desporto (saúde escolar, saúde do adolescente, HIV/SIDA, saúde sexual).	multissetoriais, mesas redondas de consulta. A descentralização torna-se, portanto, um elemento obrigatório de qualquer Planeamento Estratégico válido a ser realizado pelo Ministério da Saúde	não frequentaram a escola usam métodos contraceptivos, em comparação com 7% das com ensino fundamental e 11,1% das aqueles com ensino médio). Os esforços na área da saúde reprodutiva têm se concentrado na saúde materna e no planeamento familiar a taxa de partos assistidos por pessoal médico representa apenas 24%, das necessidades muitos insatisfeitos em a área de Planeamento Familiar da ordem de mais de 40% e uma prevalência contraceptiva de apenas 22,3% no que diz respeito	mostraram que uma alta proporção de alunos chega à escola depois de ter caminhado vários quilômetros sem ter se alimentado pela manhã; que a fome ("grangou") é uma experiência cotidiana para grande parte deles; e que isso, combinado com os distúrbios ligados às infestações parasitárias intestinais, prejudica seriamente sua capacidade de prestar atenção e aprender. Durante 2003, foi elaborado um plano estratégico nacional para a redução da mortalidade materna. Este plano, que vem na	ciente da necessidade de ter uma visão estratégica de longo prazo que deve ser expressa em um processo de planeamento metódico, permitindo uma alocação de recursos equitativa e transparente.	bacterianas neonatais e um quarto (22 %) de óbitos ligados à prematuridade e/ou hipotrofia (gráfico abaixo). Em seguida, vêm as infecções respiratórias (9,1%), seguidas pela desnutrição (8,2%) e doenças infecciosas infantis - doenças diarreicas (7,5%) e outras (meningite, septicemia); todos esses protagonistas do "círculo vicioso infecção-desnutrição" totalizando quase um terço.	feita em outros países em desenvolvimento, a saber, que três quartos das mortes maternas estão ligadas a causas que ocorrem durante o parto e parto ou logo após (metade do mesmo dia), dois terços na primeira semana); e que na vanguarda dessas causas estão: hipertensão/eclâmpsia, hemorragias, anemia, infecções, distocia e complicações do aborto.
- Ausência de bufê de emergência funcional 24 horas		-A abordagem de necessidades obstétricas não apoiada por uma abordagem do				No geral, os óbitos estão distribuídos na proporção de um quarto (26,1%) durante o período neonatal; um grande terço (39%) durante o resto do primeiro	1 Determinantes da Mortalidade e Morbidade Materna: Sexualidade e reprodução Prevalência de Desnutrição Há menos

por dia, o que possibilita o atendimento de urgência, independentemente do tempo que a família demore para mobilizar os recursos necessários para a compra de medicamentos e insumos obstétricos; - Capacidade transfusional reduzida: a maioria dos hospitais é abastecida gota a gota da capital. Isso é tanto mais problemático quanto a hemorragia anteparto é uma indicação materna absoluta muito frequente. Todos estes elementos levam a tempos de tratamento mais prolongados -	tipo pesquisa-ação, visando: O plano estratégico nacional para a redução da mortalidade materna representa um instrumento fundamental neste processo. No campo da saúde, o desafio da autoridade sanitária nacional é dar uma resposta ao mesmo tempo específica e sistêmica à demanda social por acesso a cuidados de qualidade de forma equitativa. Objetivos prioritários de saúde: a República do Haiti mobilizará os recursos disponíveis e	ao uso de métodos modernos. Os problemas de saúde infantil sempre foram uma preocupação para o sistema de saúde e particularmente para o MSPP. Os indicadores melhoraram significativamente, mas ainda estão em um nível crítico e inaceitável. Além disso, a AIDPI - como foi implementada até agora no Haiti, como em muitos outros países - tem seus limites: não responde aos problemas de saúde do período neonatal (25% das DO); é antes de tudo curativo e institucional: ou seja, praticamente	sequência do plano de acção 1998-2001 no âmbito da Iniciativa Regional para a Redução da Mortalidade Materna, visa nos próximos 5 anos reduzir o rácio de Mortalidade Materna em cerca de 50% ao nível do país. O novo plano baseia-se no fortalecimento do sistema (planejamento em todos os níveis, abrangência da atenção por nível), no aumento da cobertura dos cuidados obstétricos essenciais (assistência qualificada ao parto) e na melhoria das condições de gênero por meio da mobilização social.	ano (período pós-neonatal), ou seja, quase 2/3 (65%) antes do primeiro aniversário; e um grande terço restante (38%) durante o período juvenil. A estrutura da mortalidade difere entre as zonas rurais e urbanas, havendo, nas zonas rurais, sobre-representação dos óbitos infantis (43,3% vs. 24% nas zonas urbanas) e nas zonas urbanas, sobre-representação dos óbitos pós-neonatais (52,4% vs. 34% nas áreas rurais). Quase não há diferença para o período neonatal (urbano: 25,5%; rural: 26,4%). Em 2000, foi	complicações, potencialmente letais, na gravidez, pois as gestações são menores, menos precoces ou tardias e menos espaçadas. O EMMUS-III mostra os limites atuais do combate à anemia materna ao fornecer ferro e folato para gestantes e lactantes durante as consultas de pré e pós-natal. Atitudes e comportamentos - Mulheres haitianas têm gestações muito espaçadas: O intervalo entre partos é curto – ou seja, menor que: 2 anos em 22,8% dos casos (28,2% nas áreas rurais; 24,4% nas áreas urbanas);
---	--	---	--	--	--

dependendo da procura de medicamentos, da disponibilidade de energia eléctrica, da montagem de pessoal de puericultura, da obtenção do consentimento dos pais... Têm também a sua quota-parte de responsabilidade no nível alarmante de - mortalidade perinatal hospitalar.	iniciará as reformas apropriadas para que até o final de 2010: - a transmissão da infecção de mãe para filho é reduzida em 10%; A descentralização está no centro da reforma do setor. Com a criação da UCS, o Ministério quer dar um lugar importante à população na gestão do sistema, e esta abordagem é sustentada por uma forte vontade de desenvolver uma parceria público-privada num quadro bem definido e regulamentado. - A mortalidade relacionada ao HIV/AIDS é reduzida em 30%; O plano estratégico	ignora, por um lado, a possibilidade de oferecer um pacote preventivo e promocional às crianças atendidas em estabelecimentos de saúde fora, ou por razões médicas. (por exemplo, vacinação); por outro lado, nas actividades susceptíveis de serem desenvolvidas na comunidade e promovidas ao nível das famílias. População alvo. É composto por crianças menores de 5 anos. Mulheres em idade fértil (PAF incluindo gestantes nessa faixa etária) devem receber 3 (2) doses iniciais e 3 doses de reforço	A situação crítica da saúde materna levou as autoridades sanitárias do país, desde os planos de ação dos últimos dois anos, a considerar esta (mais amplamente, a saúde reprodutiva) como uma porta de entrada para a reorganização do sistema de saúde. A implementação da AIDPI tem sido dificultada por uma série de fatores relacionados com as fragilidades gerais do sistema de saúde: instabilidade do pessoal (tanto formadores como formados); falta de medicação; recursos humanos,	estabelecido um atestado para 814 óbitos, sendo a causa estabelecida para a grande maioria (89,3%). Redução da mortalidade infantil no Haiti, 1990. A mortalidade é a ponta de um iceberg de morbilidade que o sistema de informação em saúde não permite compreender. Deve-se notar também que a AIDS e o tétano neonatal estão entre as dez principais causas. Causas de mortes infantis Podemos pensar que a prevalência de baixo peso ao	aos 17 meses em 11,4% dos casos (12,3% na zona rural; 9,2% na zona urbana). Prevalência de anemia - As mulheres haitianas têm um alto número de filhos no final de sua vida fértil: o Índice de Fertilidade Sintética é 4,7, em média, e 5,8, nas áreas rurais (urbanas: 3,3). Ainda segundo o EMMUS-III, a prevalência de anemia grave (idem) entre mulheres de 15 a 49 anos é de 3% (urbana: 3,3%; rural: 2,8%); mas mais da metade das mulheres (55,1%) são anêmicas, com poucas disparidades entre
---	--	---	--	---	---

emergências obstétricas, por falta de pessoal e meios permanentes; - E a falta de participação da comunidade no enfrentamento das emergências. formação de parteiras; - O papel das matronas na referência e contra-referência é pouco ou não perceptível. - Falta de confiança e percepção negativa das instituições de saúde; e - A maioria das mulheres que chegam aos hospitais são autorreferidas, ou seja, contornam a SSPE; - A existência de crenças que levam a uma recusa de princípios de	nacional para a reforma do sector da saúde 2005-2010 visa melhorar o estado de saúde das populações, tendo em conta os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. - a incidência de infecção por HIV/AIDS é reduzida em 30%; - a mortalidade ligada à malária é reduzida em 50%; - a incidência de tuberculose é reduzida em 30%; - As taxas de mortalidade infantil e infantil são reduzidas em pelo menos 50%; - a taxa de mortalidade materna é reduzida em pelo menos 50%; para lhes permitir uma melhor participação no desenvolvimento	das vacinas antitetânicas para serem imunizadas por toda a vida. Crianças menores de 1 ano devem ser completamente vacinadas contra as 6 doenças imunologicamente controláveis (difteria, coqueluche, tétano, complicações da tuberculose, poliomielite, sarampo) antes do primeiro aniversário. Redução da transmissão do HIV de mãe para filho. Acompanhamento da evolução do estado de saúde da população com base em indicadores	materiais (logística) e financeiros insuficientes disponíveis a nível central. Além disso, a AIDPI - como foi implementada até agora no Haiti, como em muitos outros países - tem seus limites: não responde aos problemas de saúde do período neonatal (25% das DO); é antes de tudo curativo e institucional: ou seja, praticamente ignora, por um lado, a possibilidade de oferecer um pacote preventivo e promocional às crianças atendidas em estabelecimentos de saúde fora, ou por razões médicas. (por exemplo,	nascer, conjecturável tendo em vista a frequência de recém-nascidos declarados muito pequenos (20,7%) ou menores (12,4%) que a média (EMMUS-III), contribui substancialmente para a mortalidade infantil por excesso de peso. vulnerabilidade ligada ao baixo peso, seja decorrente da prematuridade e/ou retardo do crescimento intra-uterino. Desnutrição infantil: Este período de relativa trégua - comparado ao período de 0-5 anos - da morbidade/mortalidade e de grande receptividade às	áreas e departamentos rurais e urbanos. Essas altas prevalências de anemia podem ser explicadas por vários fatores: o baixíssimo consumo de alimentos ricos em ferro com alta biodisponibilidade (produtos de origem animal) devido à pobreza; a prevalência de parasitas intestinais (ancilóstomos); e repetir gestações com intervalos de nascimento muito curtos para regenerar os estoques de ferro/folato. De acordo com o EMMUS-III, 1,4% das mulheres em idade fértil (urbana: 0,9%; rural: 1,9%) têm
--	---	--	---	--	--

MAXQDA 2020

31-03-2023

intervenção obstétricas A mortalidade é a ponta de um iceberg de morbilidade que o sistema de informação em saúde não permite compreender. A luta contra a deficiência de vitamina A através da distribuição de cápsulas de vitamina A ainda não é capaz de compensar a deficiência alimentar: de acordo com a EMMUS-III, menos de um terço dos 6-59 meses de idade (31%) receberam estes suplementos nos últimos seis meses. O estado	económico e social	traçados: saúde materna, saúde infantil, HIV/ AIDS, etc.	vacinação); por outro lado, nas actividades susceptíveis de serem desenvolvidas na comunidade e promovidas ao nível das famílias . População alvo. É composto por crianças menores de 5 anos. Reduzir em 50% as taxas de morbilidade e mortalidade entre crianças menores de 5 anos até 2007. A fragilidade do planeamento de recursos humanos impossibilita a definição das necessidades de pessoal para os próximos anos. Os servidores públicos não estão incluídos em um plano de carreira que lhes garanta	influências educacionais não é suficientemente explorado pelos canais tradicionais (por exemplo, a família) e modernos (por exemplo, a escola) de transmissão de conhecimento , para permitir que as crianças adquiram as "habilidades para a vida" - particularmente em termos de higiene e comportamento sexual e reprodutivo - que, no entanto, serão muito necessárias para elas mais tarde. Estado nutricional básico das crianças: Segundo o EMMUS-III, a forma aguda, avaliada pela	uma altura inferior a 145 cm, refletindo uma deficiência nutricional crônica de longa data, que está associada a um risco aumentado de distúrcia mecânica; 11,5% das mulheres (urbanas: 9,4%; rurais: 13,4%) têm Índice de Massa Corporal (IMC) abaixo do limite de 18,5 kg/cm refletindo um déficit proteico-calórico, que está associado a um risco aumentado de retardo de crescimento intrauterino e hipotrofia. Mais da metade das mulheres (55,1%) tem anemia (urbana: 56%; rural: 54,5%), que está associada não só ao risco de dar à luz uma
--	---------------------------	---	--	--	---

nutricional de crianças em idade escolar é mal controlado. No entanto, pesquisas realizadas por Organizações Não Governamentais que trabalham com saúde escolar mostraram que uma alta proporção de alunos chega à escola depois de ter caminhado vários quilômetros sem ter se alimentado pela manhã; que a fome (“grangou”) é uma experiência cotidiana para grande parte deles; e que isso, combinado com os distúrbios ligados às infestações parasitárias intestinais, prejudica seriamente sua	segurança no emprego. A descentralização torna-se, portanto, um elemento obrigatório de qualquer Planejamento Estratégico válido a ser realizado pelo Ministério da Saúde. Análise dos obstáculos ao acesso aos cuidados e documentação do processo de atendimento às emergências obstétricas. O plano estratégico nacional para a redução da mortalidade materna representa um instrumento fundamental neste processo.	prevalência de emaciação, acomete 4,5% das crianças (34%) menores de 5 anos. Mortalidade e morbidade acima de 5 anos: O período de 5 a 10/14 anos é marcado por menores taxas de mortalidade e morbidade comparadas às observadas antes de 5 anos, o perfil epidemiológico pode se tornar mais complexo com o tempo. O estado de saúde dessa população, no Haiti, pode ser apreendido por 2 fontes: 3.4 Determinantes da morbidade e mortalidade infantil: • Situação ao	criança de baixo peso, mas também ao aumento do risco de sangramento e perinatal. infecções. - As mulheres haitianas iniciam a vida sexual e reprodutiva precocemente: a idade média da primeira união é de 20,5 anos (19,8 anos nas áreas rurais, 21,9 anos nas áreas urbanas); a idade mediana da primeira relação sexual é de 18,2 anos (17,9 anos na zona rural, 18,5 anos na zona urbana). • Aborto. A pesquisa EMMUS III revela que sete (7) mulheres em cada cem (100) declararam ter feito pelo menos
---	---	--	--

MAXQDA 2020

31-03-2023

capacidade de prestar atenção e aprender.			nascimento:	um aborto durante a vida.
A fragilidade da proteção vacinal de rotina se reflete no estado local de progresso das iniciativas para erradicar e eliminar as doenças imunopreveníveis visadas pela doença.	O combate à mortalidade materna é entendido no sentido de grande intervenção não só para dar uma resposta imediata a um problema prioritário, mas também para fortalecer o sistema de saúde do ponto de vista das infraestruturas, recursos humanos, gestão e organização, qualidade dos cuidados, parceria, sistema de informação (alerta e pesquisa). A hipótese de partida é que a redução da mortalidade materna pressupõe a nível institucional e estrutural o estabelecimento		A análise das causas de morte identificadas a partir das declarações de óbito de crianças desta idade: destaca o lugar preponderante ainda ocupado pelas causas infecciosas nestas idades, com destaque para as febres tifoides (Para) e, entre as dez primeiras, tuberculose, malária, infecções respiratórias e outras doenças bacterianas, AIDS, trauma....	As mortes por causas maternas ocupam o terceiro lugar entre as mulheres
A falta de cobertura em cuidados curativos também pode ser apreendida graças aos resultados do EMMUS-III, que dão as taxas de recurso aos cuidados de doenças comuns: diarreias, febres e/ou Infecções Respiratórias Agudas (IRA); e a taxa de entrega de Terapia de			Pela sua manifestação ocular, xeroftalmia, a deficiência de vitamina A é a causa da cegueira infantil. Ao	Saúde sexual e reprodutiva: Quase um quinto (18%) das adolescentes (15-19 anos) em média - 22,8% nas áreas rurais, 13,3% nas áreas urbanas - já tiveram (13,6%) ou estão esperando (4,4%) um primeiro filho. Quase um terço delas (28,3%) já será mãe de um ou mais filhos ou estará grávida antes dos 20 anos. A adolescente grávida é antes de tudo uma mulher grávida e, como tal, exposta aos

MAXQDA 2020

31-03-2023

Reidratação Oral-TRO em casa. Decorre destes resultados que a maioria das crianças não é levada a um estabelecimento de saúde: dois terços das crianças apresentam febre e/ou sintomas de IRA; três quartos das crianças sofrem de diarreia; e que, em caso de diarreia, o manejo domiciliar recomendado pelos serviços de saúde (TRO) não teve o menor grau de aplicação em quase metade dos casos. Do ponto de vista sistêmico, a acessibilidade aos serviços é	de uma série de condições e medidas de acompanhamento que irão melhorar concretamente o nível de serviços oferecidos para todo o pacote. o sistema O MSPP escolheu a Saúde Materna como porta de entrada para a reforma do sistema de saúde. Objetivos prioritários de saúde: a República do Haiti mobilizará os recursos disponíveis e iniciará as reformas apropriadas para que até o final de 2010: - a transmissão da infecção de mãe para filho é reduzida em 10%; - A descentralização	reduzir a resistência à doença, leva a um excesso de mortalidade infantil: a sua correção, onde existe, reduziria a mortalidade nesta faixa etária em cerca de um quarto (23%). A importância da deficiência de vitamina A no Haiti é pouco documentada, mas apoiada por fortes argumentos presuntivos: a alta taxa de mortalidade infantil (EMMUS-III); a má alimentação das crianças em alimentos ricos em Vitamina A (ibid) e substâncias gordurosas necessárias para a absorção da vitamina; e a frequência de	riscos de qualquer gravidez. Mas, por causa da conjunção do estado de primigesta e uma gravidez precoce – enquanto o desenvolvimento de sua pelve e seu canal genital não está completo – ela está exposta a riscos aumentados de eclâmpsia, parto obstruído e fístulas. A gravidez precoce e/ou indesejada – e o risco de aborto induzido clandestino a elas associado – são reflexo da precocidade das relações sexuais pré-conjugais; a prevalência de tradições que favorecem as uniões precoces e o baixo uso de
---	--	---	---

MAXQDA 2020

31-03-2023

dificultada pela baixa cobertura de saúde, o custo dos serviços e a falta de organização da atenção e a falta de integração dos programas relacionados (nutrição, PEV, IST/AIDS, etc.) . A situação crítica da saúde materna levou as autoridades sanitárias do país, desde os planos de ação dos últimos dois anos, a considerar esta (mais amplamente, a saúde reprodutiva) como uma porta de entrada para a reorganização do sistema de saúde. A coordenação das atividades é assegurada por um comitê técnico	está no centro da reforma do setor. Com a criação da UCS, o Ministério quer dar um lugar importante à população na gestão do sistema, e esta abordagem é sustentada por uma forte vontade de desenvolver uma parceria público-privada num quadro bem definido e regulamentado. - A mortalidade relacionada ao HIV/AIDS é reduzida em 30%; O plano estratégico nacional para a reforma do sector da saúde 2005-2010 visa melhorar o estado de saúde das populações, tendo em conta os Objectivos de	doenças infecciosas, que o desviam/consoem, e desnutrição, que impede sua assimilação. O estado nutricional de crianças em idade escolar é mal controlado. No entanto, pesquisas realizadas por Organizações Não Governamentais que trabalham com saúde escolar mostraram que uma alta proporção de alunos chega à escola depois de ter caminhado vários quilômetros sem ter se alimentado pela manhã; que a fome ("grangou") é uma experiência cotidiana para grande parte deles; e que isso, combinado com	métodos anticoncepcionais modernos. As causas médicas da Mortalidade Materna são as mesmas no Haiti e nos países desenvolvidos com toxemia gestacional em primeiro lugar. A carga de morbilidade materna não é conhecida. Essas escolhas são justificadas pela alta taxa de mortalidade materna, ou seja, 523 por 100.000 nascidos vivos (a maior taxa da região da América Latina/ Caribe). Durante 2003, foi elaborado um plano estratégico nacional para a redução da mortalidade
--	--	--	--

MAXQDA 2020

31-03-2023

nacional de saúde infantil que participa do planejamento e avaliação das atividades Além disso, a AIDPI - como foi implementada até agora no Haiti, como em muitos outros países - tem seus limites: não responde aos problemas de saúde do período neonatal (25% das DO); é antes de tudo curativo e institucional: ou seja, praticamente ignora, por um lado, a possibilidade de oferecer um pacote preventivo e promocional às crianças atendidas em estabelecimentos de saúde fora, ou por razões	Desenvolvimento do Milénio. - a incidência de infecção por HIV/AIDS é reduzida em 30%; - a mortalidade ligada à malária é reduzida em 50%; - a incidência de tuberculose é reduzida em 30%; - As taxas de mortalidade infantil e infantil são reduzidas em pelo menos 50%; - a taxa de mortalidade materna é reduzida em pelo menos 50%; para lhes permitir uma melhor participação no desenvolvimento económico e social Análise organizacional, reestruturação do MSPP, coordenação intra	os distúrbios ligados às infestações parasitárias intestinais, prejudica seriamente sua capacidade de prestar atenção e aprender. O risco de desnutrição crônica em geral e sua forma grave em particular é maior para meninos (25% e 9%) do que para meninas (20,4% e 7,1%); • Deficiência de vitamina A: esses valores são mais que o dobro nas áreas rurais do que nas áreas urbanas quando a comparação é feita entre meninos e meninas: (27,3% e 10% para meninos e 12,2% e 3,7%	materna. Este plano, que vem na sequência do plano de acção 1998-2001 no âmbito da Iniciativa Regional para a Redução da Mortalidade Materna, visa nos próximos 5 anos reduzir o rácio de Mortalidade Materna em cerca de 50% ao nível do país. O novo plano baseia-se no fortalecimento do sistema (planejamento em todos os níveis, abrangência da atenção por nível), no aumento da cobertura dos cuidados obstétricos essenciais (assistência qualificada ao parto) e na melhoria das condições de gênero por meio
---	---	--	---

MAXQDA 2020

31-03-2023

médicas. (por exemplo, vacinação); por outro lado, nas actividades susceptíveis de serem desenvolvidas na comunidade e promovidas ao nível das famílias . População alvo. É composto por crianças menores de 5 anos. Integração dos cuidados preventivos e curativos a cada contato da criança com uma instituição de saúde. Reduzir em 50% as taxas de morbidade e mortalidade entre crianças menores de 5 anos até 2007. A supervisão técnica é	e intersetorial são pré-requisitos para a implementação do plano estratégico. Os conselhos de saúde da UCS, os conselhos departamentais e a comissão nacional de saúde participarão cada um ao seu nível na validação desses planos e no acompanhamento da sua implementação. • A auditoria das atividades de saúde pelo observatório da saúde que será criado para esse fim. A cooperação internacional deve ser normalizada: harmonização de procedimentos e mecanismos das agências das	para meninas). A situação é particularmente preocupante no Centro (33%) e no Sul (29%). Os valores diminuem com o nível de escolaridade da mãe: 28,7/10,9% se a mãe não frequentou a escola, 20,8/6,5% se frequentou o ensino primário e 9,7/2,3% se frequentou o ensino secundário ou mais. Essas altas prevalências de anemia em crianças são explicadas por uma combinação de fatores: baixo consumo de alimentos ricos em ferro com alta biodisponibilidade (produtos animais) ligados à pobreza; prevalência de	da mobilização social. Este modelo se refere a Estes são os conceitos aos quais se deve fazer referência na concepção e implementação de intervenções destinadas a reformar o sistema de saúde. Mortalidade materna como porta de entrada para reforma do sistema, PMS, parceria para implementação de intervenções e participação comunitária. 8.3.1 Porta de entrada para a reforma: saúde materna - análise dos obstáculos ao acesso aos cuidados e documentação do processo de
---	---	--	---

constantemente oferecida em níveis intermediários e periféricos para a prestação de cuidados de qualidade às crianças haitianas. Por exemplo, podemos citar a fragilidade da vigilância epidemiológica, a difícil gestão e manutenção da cadeia de frio, a falta de recursos humanos e meios logísticos, o acesso limitado aos serviços de saúde e vacinação, a inviabilidade do programa que constituem tantos obstáculos ao desempenho sustentável dos serviços de imunização. A fragilidade do	Nações Unidas e retirada gradual na execução de programas; consideração pela cooperação bilateral da necessidade de fortalecer a governança do MSPP; retomada do papel das instituições financeiras internacionais para o desenvolvimento do setor. Grupos temáticos, particularmente saúde materna, poderiam ser criados no nível . Os exercícios de avaliação levarão em conta todos os aspectos como: o quadro institucional, os componentes técnicos, o uso de recursos, etc. nível	deficiência de vitamina A e desnutrição; e frequência de parasitoses intestinais e doenças infecciosas. • Reprodução: as gestações muito precoces, muito próximas, muito numerosas, nada ou insuficientemente apresentadas ao CPN e os partos domiciliares acarretam, por um lado, um risco direto para a criança (hipotrofia por prematuridade e/ou atraso de procura de tratamento: não apresentação das crianças aos serviços preventivos – privando-as do benefício de vacinação,	atendimento às emergências obstétricas. A abordagem de necessidades obstétricas não atendidas, apoiada por uma abordagem do tipo pesquisa-ação, visando: O plano estratégico nacional para a redução da mortalidade materna representa um instrumento fundamental neste processo. No campo da saúde, o desafio da autoridade sanitária nacional é dar uma resposta ao mesmo tempo específica e sistêmica à demanda social por acesso a cuidados de qualidade de
--	--	---	---

MAXQDA 2020

31-03-2023

planejamento de recursos humanos impossibilita a definição das necessidades de pessoal para os próximos anos. Os servidores públicos não estão incluídos em um plano de carreira que lhes garanta segurança no emprego.	departamental, sob a liderança do Diretor, incluindo membros da equipe do ACNUR e da SSPE, entre outros, trabalhadores de setores afins, setor privado e ONGs. Esses grupos se reuniram periodicamente para fazer um balanço do andamento da execução dos Planos de Ação elaborados conjuntamente. As atas dessas reuniões seriam registradas e distribuídas a cada participante para facilitar o acompanhamento das decisões tomadas durante essas reuniões.	educação vitamina utricional A; não utilização e suplementação de serviços de de saúde para doenças comuns - diarreias, episódios febris e Infecções Respiratórias Agudas (IRA); e descumprimento dos princípios da Terapia de Reidratação Oral em domicílio. Crescimento intrauterino, sofrimento no momento do parto) por outro lado, multiplicam os riscos de morte de sua mãe, hipotecando seriamente o futuro da criança se ela sobreviver! , Atender às necessidades de	forma equitativa. 8.3.2. A parceria público/privado: - identificação do déficit nas principais intervenções obstétricas (MOI) por indicações maternas absolutas (IMA);
Análise dos obstáculos ao acesso aos cuidados e documentação do processo de atendimento às emergências obstétricas: * Identificação do déficit nas principais intervenções obstétricas (MOI) por indicações maternas absolutas (IMA); O combate à mortalidade			

materna é entendido no sentido de grande intervenção não só para dar uma resposta imediata a um problema prioritário, mas também para fortalecer o sistema de saúde do ponto de vista das infraestruturas, recursos humanos, gestão e organização, qualidade dos cuidados, parceria, sistema de informação (alerta e pesquisa).

A hipótese de partida é que a redução da mortalidade materna pressupõe a nível institucional e estrutural o estabelecimento de uma série de condições e

saúde
A fragilidade da proteção vacinal de rotina se reflete no estado local de progresso das iniciativas para erradicar e eliminar as doenças imunopreveníveis visadas pela doença.
• alimentação: atraso na amamentação, administração de "lok", interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo, desmame súbito do seio materno, baixa utilização de alimentos ricos em vitamina A no preparo das refeições.

A falta de cobertura em cuidados curativos também pode ser

MAXQDA 2020

31-03-2023

medidas de acompanhamento que irão melhorar concretamente o nível de serviços oferecidos para todo o pacote. o sistema

Todas as unidades de saúde estão bem equipadas para organizar a vacinação como parte rotineira do pacote de serviços oferecidos.

As campanhas de vacinação são organizadas oportunamente com pessoal departamental já preparado com a logística necessária.

A participação do tesouro público no financiamento da compra de vacinas é definitivamente

apreendida graças aos resultados do EMMUS-III, que dão as taxas de recurso aos cuidados de doenças comuns: diarreias, febres e/ou Infecções Respiratórias Agudas (IRA); e a taxa de entrega de Terapia de Reidratação Oral-TRO em casa. Decorre destes resultados que a maioria das crianças não é levada a um estabelecimento de saúde: dois terços das crianças apresentam febre e/ ou sintomas de IRA; três quartos das crianças sofrem de diarreia; e que, em caso de diarreia, o manejo domiciliar recomendado pelos serviços de

MAXQDA 2020

31-03-2023

saúde (TRO) não teve o menor grau de aplicação em quase metade dos casos.

A mortalidade infantil e infanto-juvenil são respectivamente 130,8‰ e 192,4‰ se a mãe tiver menos de 20 anos contra 83‰ e 134,7‰ se tiver entre 20 e 29 anos, ou seja, um risco de 1 respectivamente, 57 e 1,42 vezes superior. O excesso de mortalidade de crianças adolescentes atinge o pico no período pós-neonatal (83,2 contra 48,9‰, ou seja, um risco 1,7 vezes maior).

Reduzir em 50% as taxas de morbilidade e

MAXQDA 2020

31-03-2023

mortalidade entre
crianças menores
de 5 anos
até 2007.