



**UNIVERSIDADE ESTADUAL FEIRA DE SANTANA**

**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSC)**

**CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**BERTUNE SALOMON**

**Sistema de Saúde em um contexto de crise humanitária: o caso do Haiti**

**FEIRA DE SANTANA, BA**

**2022**

Bertune Salomon

**Sistema de Saúde em um contexto de crise humanitária: o caso do Haiti**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
*strictu sensu* em Saúde Coletiva da Universidade  
Estadual de Feira de Santana, Bahia, como requisito  
para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Área de Concentração:** Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

**Orientadora:** Profa. Dra. Thereza Christina Bahia Coelho

Feira de Santana, BA

2022

Bertune Salomon

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Salomon, Bertune

S17s Sistema de Saúde em um contexto de crise humanitária: o caso do Haiti./ Bertune Salomon, 2022.  
70f.: il.

Orientadora: Thereza Christina Bahia Coelho

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana.  
Departamento de Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,  
2022.

1.Sistema de Saúde – Haiti. 2.Organização em saúde. 3.Saúde –  
Financiamento – Haiti I.Coelho, Thereza Christina Bahia, orient.  
II.Universidade Estadual de Feira de Santana. III.Título.

CDU: 614 (729.4)

Maria de Fátima de Jesus Moreira – Bibliotecária – CRB5/1120

## **Sistema de Saúde em um contexto de crise humanitária: o caso do Haiti**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC/UEFS) como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

**Área de Concentração:** Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

**Orientadora:** Profa. Dra. Thereza Christina Bahia Coelho

Feira de Santana –BA, 11 de julho 2022

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Profa Dra Thereza Christina Bahia Coelho

Profesora Titular de la Universidade Estadual de Feira de Santana

---

Profa Dra Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Profesora Titular de la Universidade Federal da Bahía

---

Profa Dra Gerluce Alves Pontes da Silva

## **AGRADECIMENTO**

Je puis tout par celui qui me fortifie. (Tudo posso naquele que me fortalece). Obrigada meu Deus pela misericórdia e bondade revelada em minha vida.

Agradezco a minha família, mesmo longe, eu sei que estão torcendo por mim.

Ao Programa de Parceria para Educação e Treinamento (PAEC) entre a Organização dos Estados Americanos (OEA) e o Grupo Coimbra de Universidades Brasileiras (GCUB) e Capes

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana especialmente a cada professor que compartilharam seu grão de conhecimento comigo.

A minha orientadora Thereza Christina Bahia Coelho, agradeço pela paciência e pelas orientações no desenvolvimento do projeto de pesquisa. Aos membros da banca, por terem aceitado dedicar tempo a este trabalho.

Agradeço enormemente a todas as pessoas queridas que acompanharam a minha trajetória acadêmica aqui no Brasil de perto ou de longe. Aquelas pessoas que sempre passaram para mim as energias positivas, sobretudo no momento da pandemia. Fazer um detalhe por nomes excluiria muitos que estavam presentes. Foi uma benção compartilhar esses momentos com vocês.

## **Resumo**

Um sistema de saúde pode ser definido como o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população. Ao estudar um sistema de saúde, é possível conhecer as características de cada um de seus componentes e como se relacionam entre si. Para cumprir com o objetivo de analisar o desempenho do sistema de saúde do Haiti, entre 2010 e 2020, foi realizado um estudo na base do Postulado de Coerência proposto por Mário Testa, por meio de pesquisa documental de fontes públicas que foram compiladas e codificadas no software QSR NVivo 10.0.641.0 para sua posterior análise crítica de conteúdo. Evidenciou-se que o manejo de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) constituía a maior oferta de serviços, porém de forma fragmentada, sendo que as principais causas de morbimortalidade eram as doenças isquêmicas do coração e doenças cardiovasculares devido a uma transição epidemiológica não identificada enquanto problema prioritário no país. Destaca-se que a eletricidade irregular, a falta de equipamentos para fornecer água e instalações sanitárias, nas instituições de saúde, despontaram como questões estruturais a serem enfrentadas. Identificou-se que os doadores contribuíram com mais da metade das despesas em saúde de 2010-2019, evidenciando uma dependência de financiamento externo. A situação de contínua instabilidade política afeta significativamente o desempenho e a melhoria do sistema de saúde haitiano.

Palavras-chaves: Sistema de Saúde, organização em saúde, Financiamento saúde Haiti.

## **Abstract**

A health system can be defined as the set of political, economic and institutional relationships responsible for conducting processes related to the health of a given population. When studying a health system, it is possible to know the characteristics of each of its components and how they relate to each other. To fulfill the objective of analyzing the performance of the health system in Haiti, between 2010 and 2020, a strategic-situational study was carried out based on the Coherence Postulate proposed by Mário Testa , through documentary research of public sources that were compiled and coded in QSR NVivo 10.0.641.0 software for further critical content analysis. It was evidenced that the management of Sexually Transmitted Infections (STIs) constituted the greatest service offer, but in a fragmented way, and the main causes of morbidity and mortality were ischemic heart diseases and cardiovascular diseases due to an epidemiological transition not identified as a priority problem in the country. It is noteworthy that irregular electricity, lack of equipment to provide water and sanitary facilities in health institutions emerged as structural issues to be faced. It was identified that donors contributed with more than half of health expenditures from 2010-2019, evidencing a dependence on external funding. The situation of continuing political instability significantly affects the performance and improvement of the Haitian health system.

**Keywords:** Health Systems, health organization, Haiti health financing.

## **LISTA DE DIAGRAMA**

Diagrama 1 - Modelo teórico representativo do Postulado de Coerência de Mário Testa

Diagrama 2 - Organização dos serviços de Saúde no Haiti

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Fontes de dados

Figura 2 – Distribuição das instituições de saúde por região administrativa

Figura 3 - Evolução das causas de mortalidade no Haiti, 2009-2019

Figura 4 - Estrutura organizativa do sistema saúde haitiana

Figura 5 - Estrutura de financiamento do Sistema de Saúde do Haiti, em 2013

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Instituições que tinham eletricidade regular, por tipo de provedor, em 2018

Gráfico 2 - Instituições de saúde de acordo com a propriedade no Haiti

Gráfico 3- Categorias profissionais de saúde por habitantes, Haiti, 2018

Gráfico 4- Proporção do financiamento externo e despesas Governo, na Saúde, no período 2010-2019

Gráfico 5- Despesas do Governo comparado ao desembolso direto da população de 2010-2019

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Documentos codificados por ano de publicação

Quadro 2 - Análise correspondente ao Objetivo 1

Quadro 3 - Análise correspondente ao Objetivo 2

Quadro 4 - Análise correspondente ao Objetivo 3

Quadro 5 - Participantes na elaboração dos documentos de planejamento

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Indicadores de saúde para Haiti, 2020

Tabela 2 - Serviços mais oferecidos pelas instituições de saúde no Haiti

## LISTA DE SIGLAS E ACRÔNIMOS

MSPP	Ministério de Saúde Pública e da População
ONGs	Organização não governamental
OFATMA	Office d'Assurance Accidents du Travail, Maladie et Maternité.
UCS	Unidades Comunitárias de Saúde
HCR	Hospitais Comunitários de Referência
OMS	Organização Mundial da Saúde
MT	Medicina Tradicional
CUS	Cobertura Universal de Saúde
ASCP	Agentes Comunitários de Saúde Plurivalente
BM	Banco Mundial
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
PNS	Política Nacional de Saúde
OPAS:	Organização Pan-americana da Saúde
EMMUS:	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
IHSI:	Institut Haïtien de Statistique et de L'informatique
PIB:	Producte Interior Bruto
HIV:	Vírus da Imunodeficiência Humana
AIDS:	Síndrome da imunodeficiência adquirida
CAL	Centre de Santé a lit/Centro de Saúde com Leito
CSL	Centre de Santé a lit/Centro de Saúde sem leito
DPSPE	Direção de Promoção da Saúde e Proteção Ambiental
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
TS	Tecnologia em Saúde
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
CDC	Centro de Controle de Doenças
EMRs	Electronic Medical Records
SEDISH	Système d'Échange d'Information Sanitaire Haïtien
PBS	Pacote Básico de Serviços
GHE	Global Health Expenditure
PES	Planejamento Estratégico-Situacional
DASH	Développement des Activités de Santé en Haïti

APS Atensão Primária em Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>15</b>
2.1. Objetivo Geral	15
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>15</b>
3.2. O Postulado de Coerência proposto por Mário Testa	15
<b>4. METODOLOGIA DA PESQUISA</b>	<b>21</b>
4.1. Tipo de estudo	21
4.2. O campo	21
4.3. Fontes, método de coleta e organização dos dados	22
4.4. Condições de vida e saúde no Haiti	24
4.4.1 Haiti: aspectos geográficos, sócio-demográficos e contextuais	24
4.4.2. Situação de Saúde do Haiti	25
4.5. Análise e interpretação dos dados	27
4.6. Questões éticas	29
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>29</b>
5.2 Sistema de Saúde do Haiti e subsistema tradicional de saúde	29
5.2.1 Rede de serviços	31
5.2.2. Organização do sistema de saúde	36
5.2.3. Força de trabalho	39
5.2.4. Insumos	41
5.2.5. Tecnologia e conhecimento	43
5. 2.6 Subsistema de medicina tradicional	45
5.3. Financiamento do Sistema de Saúde do Haiti	48
5.4. Coerência entre propósitos, métodos de governo e a organização estrutural do Sistema de Saúde do Haiti	54
<b>6- CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>59</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O artigo 19 da constituição Haitiana de 1987 (HAITI, 1987) diz que o Estado tem a obrigação imperativa de garantir o direito à vida, à saúde, ao respeito à pessoa humana, a todos os cidadãos sem distinção, de acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Continuando no artigo 23, relata que o Estado é obrigado a garantir a todos os cidadãos os meios adequados para assegurar a proteção, manutenção e recuperação da sua saúde por meio da criação de serviços organizados em um sistema.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2005), um sistema de saúde é a soma de todas as organizações, instituições e recursos cujo objetivo principal é melhorar a saúde. Um sistema de saúde precisa de pessoal, financiamento, informações, suprimentos, transporte e comunicações, bem como orientação e direção geral. Também deve oferecer bom tratamento e serviços que atendam às necessidades da população e sejam financeiramente justos. Para que exista um sistema de saúde, deve haver recursos humanos, capacidade instalada e um processo administrativo que reúna este conjunto de elementos em um modelo de modo a cobrir a demanda de serviços da comunidade (CAMPEDELLI, 1978).

Com base nessa compreensão, também se considera que um sistema de saúde pode ser definido como o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população. Para entender por que fracassam ou têm êxito determinados sistemas, é necessário analisar as dimensões que os estruturam. Estudar um sistema de saúde é conhecer as características de cada um de seus componentes (organizações, profissionais, rede de serviços, insumos, tecnologias e conhecimentos) e como se relacionam entre si (financiamento, gestão, regulação, prestação de serviços), ou seja, como é a dinâmica do sistema (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

A análise de sistemas compreende o diagnóstico das necessidades, além da definição de todo o fluxo de atividades do sistema, entidades, atributos e estados possíveis do sistema (MIYAGI, 2007). Os autores Giovanella e Lobato (2012) descreveram três tipos de sistemas de saúde baseados nos modelos de: 1) seguridade social; 2) seguro social; e 3) assistência social ou residual. Os dois primeiros são chamados sistemas universais de saúde ou sistemas nacionais de saúde. Nessa tipologia, o Estado é o principal prestador e possui ampla capacidade de regulamentação do setor privado, por isso os serviços são semelhantes em todo o país. Os sistemas universais de saúde, mesmo submetidos a diversos constrangimentos, têm mantido o acesso universal conforme necessidades, consideram um amplo gama de serviços e são

financiados com recursos públicos da arrecadação fiscal ou de contribuições sociais (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

A construção de sistemas públicos universais de saúde é central 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. Na América Latina, existem duas experiências paradigmáticas de reformas difundidas como modelos para a Cobertura Universal de Saúde/Universal Health Cover (CUS/UHC) que mostram o insucesso do alcance do acesso universal por meio de seguros: do Chile e da Colômbia. As metas de cobertura universal não foram atingidas, as cestas de serviços permanecem desiguais e a segmentação se aprofundou (GIOVANELLA et al., 2018). Em síntese, as promessas de modelos baseados na UHC não se concretizaram e não há evidências de que tenham resultados mais efetivos do que os sistemas universais (OPS, 2011).

O Brasil é o único país capitalista da região que adotou um modelo de sistema público universal desde 1988. É um sistema baseado em uma concepção abrangente de universalidade, que já prevê cobertura e atenção integral à saúde para toda a população, com desenho territorial e previsão de rede hierarquizada em níveis de atenção integrados. A expansão de serviços de Atenção Primária em Saúde (APS), no Brasil, incluindo áreas remotas e desfavorecidas, ampliou o acesso à atenção coletiva e individual, produzindo impactos positivos na saúde da população (GIOVANELLA et al., 2018).

No Haiti, na prática, o sistema de saúde apresenta-se com uma oferta de saúde fragmentada, o que faz com que o sistema mostre importantes problemas em todos os níveis, tanto na funcionalidade, organização, gestão quanto controle da prática, resultando em uma oferta de saúde inacessível e de baixa qualidade (MSPP, 2012). O sistema de saúde do Haiti possui um subsistema público e outro privado. O sistema público é composto pelo Ministério da Saúde Pública e da População (MSPP)/Ministere de la Santé Publique et de la Population e pelo instituto de seguridade social denominado Caixa de Seguro de Acidentes de Trabalho, Doenças e Maternidade (Oftama)/Office d'Assurance Accidents du Travail, Maladie et Maternité. O setor privado é composto por agências de seguro privado e provedores.

De acordo com Plancher (2018, p.61), que fez uma comparação entre a gestão sanitária do Brasil e do Haiti quanto aos modelos de gestão, de atenção, de financiamento e recursos humanos, apesar de ambos os países possuírem o direito à saúde previsto constitucionalmente, as diferenças de tamanho e recursos tornam os desafios enormes para ambos os países. 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, com as políticas de saúde sendo segmentadas em programas<sup>1</sup>, algo que também acontece no Brasil por influência do modelo sanitário camponês, hegemônico na primeira metade do século XX. O autor conclui na sua análise que:

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.

O estudo de Plancher (2018) estimula 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.

Além disso, nas últimas três décadas, o Haiti experimentou uma multiplicidade de choques de origem climática, externa ou sociopolítica, afetando a estabilidade macroeconômica. Em janeiro de 2010, um terremoto de magnitude entre 7.0 e 7.3 na escala Richter com epicentro cerca de 25 km da capital do país, Porto Príncipe. O terremoto atingiu o centro econômico, administrativo, político e populacional do país, concentrando 66% do PIB e 39% da população localizada na cidade de Porto Príncipe e seus entornos. As consequências humanas foram imensas, sendo destruída boa parte da economia e da capacidade de governo em um país historicamente vulnerável aos desastres. O terremoto de 2010 marcou uma virada

---

<sup>1</sup> Enquanto a abordagem sistêmica está dirigida para as funções da saúde, as necessidades da população, que se articulam com interdependência, o modelo de projeto pode derivar para a competição por recursos inter-projetos, comprometendo a finalidade da organização como um todo.

na realidade do país, assim como na dinâmica das populações, na evolução das tendências demográficas (tamanho e estrutura etária) e na economia e na vida dos haitianos (BIDEGAIN, 2013). Em relação ao acesso aos serviços básicos de saneamento e saúde, o Haiti já vivia uma situação em que menos da metade da população possuía acesso a serviços de saúde, água e saneamento, assim mesmo de baixa qualidade (FREITAS et al, 2012), tendo se agravado após o citado evento.

Mais recentemente, em 14 de agosto de 2021, dentro do contexto da pandemia de covid-19, outro terremoto, de 7,2 pontos na escala Richter, atingiu o país deixando pelo menos 2,1 mil mortos. A tempestade tropical Grace, que se abateu sobre a região, logo em seguida, dificultou o resgate das vítimas dos escombros (BBC, 2021).

É nesse contexto que se insere esta pesquisa, que tomou como objeto o sistema de saúde do Haiti frente aos desafios impostos e às possibilidades de mudança, numa tentativa de responder aos seguintes questionamentos: Como está desenhado o Sistema de Saúde do Haiti? A estrutura, os recursos e gastos do setor saúde, estão sendo produzidos conforme a situação socioeconômica do país, ou seja, é coerente com as necessidades de saúde do Haiti? De que forma está sendo desenvolvido a integração do subsistema medicina tradicional no sistema de saúde haitiana?

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. Objetivo Geral

Analisar a organização do sistema de saúde do Haiti.

### 2.2 Objetivos Específicos

- 1) Descrever o Sistema de Saúde do Haiti, com ênfase no subsistema de medicina tradicional, no ano de 2020;
- 2) Analisar o financiamento da saúde no Haiti, de 2010-2020;
- 3) Analisar a coerência entre propósitos, métodos de governo e a organização estrutural do Sistema de Saúde do Haiti.

## 3. REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo utiliza o Postulado de Coerência proposto por Mário Testa (1986), que sistematizou o esquema das relações que podem ser estabelecidas entre propostas políticas de e como se realizam as atividades governamentais, o que permitirá a análise do sistema de Saúde do Haiti. Embora essas abordagens tenham sido propostas para a avaliação no âmbito estatal, considera-se que seus elementos conceituais podem fornecer uma estrutura explicativa para o estudo de realidades micro ou macro organizacionais.

### 3.2. O Postulado de Coerência proposto por Mário Testa

O “Postulado de Coerência” de Testa (1986) estabelece uma relação necessária entre propósitos, métodos para atender e organização das instituições que se encarregam de realizar e na condição de tomar em conta a existência dos atores oponentes a eles e o poder que cada um tem. As ações se ocorrem nas instituições, que norteiam a definição da estratégia, ou seja, a forma de implementação de uma política, que por sua vez é uma proposta sobre a distribuição de poder. O postulado afirma que entre os propósitos, métodos e organização existe uma relação de primeiro nível que pode ser unidirecional ou bidirecional entre qualquer dos componentes sem definir as indicações da possível relação.

Ao analisar os propósitos de um governo, convém considerar que o papel principal das instituições do estado é garantir a continuidade do sistema atual e na medida do possível, a resolução das contraindicações que existem entre os gestores dentro dos grupos dominantes. E esses propósitos podem ser definidos como um propósito permanente que refere a situação atual do governo e das características dominantes da formação econômica social que o sustenta. O componente método do postulado de coerência tem um nível de determinação que é a teoria do método que intenta resolver os problemas que devem ser examinados na sua especificidade. Por exemplo no caso do processo saúde doença, os focos confusos levam a métodos diferentes e às vezes contraditórios, por isso tem que aprofundar a teoria Testa (1986).

O terceiro componente do postulado é a organização. Neste sentido a organização é considerada como uma cristalização da história e que engloba todo o desenvolvimento ligado a outras determinações sociais, culturais, políticas e econômicas. Além disso, o postulado abarca também o conceito do poder onde a consideração do poder deve se tornar num duplo eixo, o que corresponde aos resultados do exercício e o que diferencia os tipos específicos. Testa (1986). O Diagrama 1 apresenta os principais achados do postulado. Na análise deste estudo, nos referimos aos três principais componentes.



Diagrama 1 – Modelo teórico representativo do Postulado de Coerência de Mário Testa

Fonte: adaptado a partir de Testa (1986).

### 3.3 Sistema de Saúde

A análise de sistemas é uma das abordagens fundamentais para fortalecer o sistema de saúde, particularmente do ponto de vista do desenho e avaliação das intervenções (OMS, 2009). Define-se de sistema de saúde como o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais que se concretizam em organizações, regras e serviços responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população (LOBATO; GIOVANELLA, 2012). Além disso, pode-se definir também como um conjunto de partes inter-relacionadas e interdependentes que tem como objetivo atingir determinados fins (ROEMER, 1991).

Os sistemas de saúde têm uma importante âncora histórica enraizada na dinâmica operacional das sociedades em que operam. Ao mesmo tempo, eles extraem sua legitimidade das tradições políticas e culturais dessas mesmas sociedades (GLOUBERMAN; ZIMMERMAN 2002). De uma maneira geral, melhorar a saúde da população é o objetivo central e máximo dos Sistemas de Saúde. O alcance dessa meta é um processo complexo, que envolve objetivos intermediários e ações intersetoriais. E a prestação de serviços, individuais e coletivos, fatores vinculados à situação socioeconômica, ambientais e biológicos têm influência poderosa sobre a saúde. Sendo assim, é necessário o refinamento do conhecimento de como

esses fatores interagem, como influenciam a saúde dos indivíduos e das populações, e de como contribuem para o alcance da meta central dos Sistemas de Saúde (VIACAVA et al., 2004).

Assim, os sistemas se desenvolveram por conta do crescimento da participação dos Estados no controle dos diversos mecanismos que afetam a saúde e o bem-estar das populações e comprometem o desenvolvimento das nações. Os Estados foram consolidando estruturas que garantiram a prevenção de doenças, a oferta direta de serviços de cura e reabilitação, incluindo o controle e a definição de regras para a produção de alimentos, medicamentos, equipamentos, proteção do meio ambiente etc. As autoras Lobato e Giovanella (2012) continuam explicando que ao estudar os sistemas de saúde ajuda a conhecer como suas estruturas estão falhando ou sendo bem-sucedidas porque os objetivos são de promover a saúde, garantir a melhoria das condições de saúde da população, cuidar das pessoas e aliviar seu sofrimento. Além disso, é relevante a forma como se dá o financiamento das ações, o tipo e o alcance da regulamentação do setor privado e, também, a relação com o setor público são alguns dos exemplos de mecanismos que podem interferir na qualidade da assistência (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Tem que descartar que os sistemas de saúde representam um vigoroso setor de atividade econômica para cada país porque mobilizam vultosas somas financeiras, envolvem os produtores de insumos e de serviços e geram grande número de empregos. A consequência disso, pode ocorrer conflitos entre os diferentes atores (profissionais, partidos políticos, movimentos sociais, sindicatos, representações de empresários e grupos de interesse) tanto na distribuição de dinheiro, quanto no prestígio e empregos (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Existem várias formas de classificar os sistemas de saúde consoante afetem os aspectos relacionados com os sistemas de proteção social, o tipo de produção e procura de serviços ou as relações estabelecidas entre os diferentes atores do sistema e os fluxos econômicos entre eles:

#### **1. Classificação de acordo com os sistemas de proteção social.**

Os sistemas podem ser classificados segundo Gomez et al. (2013, p. 422) em:

- a) Sistemas públicos - A assistência à saúde é considerada um direito.
- b) Sistemas privados - Os cuidados de saúde são considerados um bem individual.

#### **2. Classificação com base no tipo de produção e na demanda de serviços.**

Segundo Saltman y Von Otter citado por Gómez et al. (2013, p. 422), eles são classificados em:

- a) Sistemas de mercado - as relações de concorrência são estabelecidas tanto do lado da oferta (quem presta os serviços) quanto do lado da demanda (quem cuida dos pacientes).
- b) Sistemas burocrático-administrativos - não há competição por parte dos usuários ou provedores.

### 3. **Classificação com base nas relações e fluxos econômicos.**

Seguindo os modelos sugeridos por Evans citado por Gomez et al (2013, p. 422), distinguem-se:

- a) Pagamento direto: o paciente escolhe o provedor e costuma pagar por ato.
- b) Seguro voluntário com reembolso: os cidadãos pagam voluntariamente o seguro.
- c) Seguros públicos com reembolso: semelhantes ao anterior, mas obrigatórios e com servidores públicos.
- d) Seguro voluntário com contrato: os cidadãos ou empresas para as quais trabalham voluntariamente pagam seguro.
- e) Seguro obrigatório com contrato: semelhante ao modelo anterior, mas os cidadãos contribuem com impostos e / ou contribuições sociais.
- f) Seguro voluntário integrado: os cidadãos ou empresas contratam seguros com uma empresa.
- g) Seguro obrigatório integrado: os cidadãos pagam por meio de contribuições específicas ou impostos gerais.

Considerando esses aspectos, a modalidade de proteção social do tipo seguridade social, inspirada em princípios de justiça social, se concretiza em sistemas universais de saúde, os chamados sistemas nacionais de saúde (como o inglês National Health Service - NHS), geralmente financiados com recursos públicos provenientes de impostos gerais. Também são conhecidos como *beveridgianos*, por consequência do Relatório Beveridge de 1942 em Inglaterra, que pousou pela primeira vez um novo modelo de proteção social baseado na condição de cidadania (LOBATO; GIOVANELLA, 2012). Portanto existiu outro modelo de sistema público universal anterior ao *beveridgiano* foi instituído na Rússia em 1917 e conhecido como modelo *Semashko*. Hoje, a visão geral do modelo original e sua versão atual apresenta algumas características positivas, incluindo a acessibilidade financeira dos cuidados, foco na

prevenção, entre outros. Mas, na prática, essas características não funcionam de acordo com as expectativas (Sheiman 2018).

Por outra parte, o exemplo do sistema de saúde de Cuba constitui uma fonte de inspiração para o avanço da Estratégia de Saúde Universal. A robustez e resiliência do Sistema Nacional de Saúde (SNS) responde às necessidades da população com serviços integrais e de qualidade prestados por meio de redes integradas com base na atenção primária à saúde, é indiscutível e amparada por suas conquistas em saúde (MORALES et al., 2018). Em Cuba, o Estado regula, financia e fornece serviços de saúde. Esses serviços operam sob o princípio de que a saúde é um direito social inalienável, o que define o sistema de saúde cubano como um verdadeiro Sistema Nacional de Saúde (SNS) (ALONSO et al., 2011).

Na outra modalidade de proteção social, os sistemas de seguro social em saúde do tipo bismarckiano têm financiamento baseado nas contribuições de empregados e empregadores e, em seus primórdios, em geral, foram segmentados por categoria funcional de trabalhadores. Da mesma forma, a prestação de assistência médica nesses sistemas é em geral separada das ações de saúde coletivas (medidas de promoção e prevenção, vigilância sanitária, epidemiológica etc.) e exercida por um órgão público diferente. No modelo de proteção social residual, ou de assistência social, o Estado não assume para si a responsabilidade de garantia da proteção universal à saúde e protege apenas alguns grupos mais pobres, devendo cada um, individualmente, comprar serviços no mercado de acordo com sua capacidade de pagamento, o que produz importantes iniquidades. Isso ocorre, por exemplo, nos Estados Unidos, em que os programas públicos de proteção à saúde cobrem apenas os mais necessitados e parcialmente os aposentados, permanecendo (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

O debate sobre o desempenho dos sistemas de saúde decorre da crise que estão vivenciando. De fato, tem-se verificado um aumento nos gastos com saúde nos últimos anos devido ao progresso tecnológico, ao desenvolvimento da medicina moderna e à modificação das características demográficas (envelhecimento da população, transições epidemiológicas, etc. (HASSANI.K; EL MOUSSALI, 2020). A OMS (2009) publicou um relatório no qual apresentava uma nova concepção do sistema de saúde composta pelos seguintes seis elementos:

- A prestação de serviços de saúde que devem ser eficientes
- Força de trabalho de saúde
- Um sistema de informação
- Tecnologias médicas

- Um sistema de financiamento suficiente que garante a proteção financeira dos beneficiários
- Gestão e governança

Esses seis componentes do sistema de saúde permitiram guiar também a análise do sistema de saúde. Segundo Sterman e Meadows, a maioria dos sistemas são auto-organizados, em constante evolução, estão constituídos por elementos intimamente ligados, governados por feedback, não linear, dependendo de fatores temporais, paradoxal, resistente à mudança (STERMAN; MEADOWS, 2006). Para citar o autor Pizzi (2011, p. 8): “Os sistemas de saúde estão em uma encruzilhada e em crise, o mundo inteiro está em busca de melhores formas de regulamentar, financiar e fornecer serviços de saúde”. Foi introduzido esses modelos no objetivo de entender como diferentes países coordenam os sistemas de saúde além de pensar na estabilidade e prioridades dos governos.

#### 4. METODOLOGIA DA PESQUISA

Entende-se método como aquele conjunto de atividades que são realizadas de forma sistemática e racional que permitem com maior segurança atingir os objetivos propostos por meio do rastreamento dos caminhos a serem percorridos, auxiliando nas decisões do pesquisador e detectando possíveis erros durante o processo de pesquisa. (MARCONI; LAKATOS, 2010). Será apresentada a metodologia a desenvolver na investigação, a seguir.

##### 4.1. Tipo de estudo

Diante das características dos objetivos desta pesquisa, optou-se por realizar um estudo de caso, descritivo e analítico, de natureza qualitativa. O estudo de caso é um estudo profundo que permite a aquisição de conhecimento mais amplo e detalhado (YIN, 2005).

A pesquisa de natureza qualitativa responde a questões particulares, está preocupada com as Ciências Sociais e com a realidade não quantificável. Essa pesquisa, diferente da quantitativa, está atenta aos significados, valores, atitudes, dedicando a questões mais profundas e subjetivas do fenômeno a ser estudado (MINAYO, 2001). O caso presente corresponde à análise do sistema de saúde do Haiti.

## 4.2. O campo

Para garantir a existência de material documental para a realização da pesquisa, foi realizada uma pesquisa preliminar de caráter exploratório dos documentos oficiais do país e dos artigos publicados alinhados à temática desta revisão de literatura, o que permitiu obter uma ideia geral da pesquisa, antes da coleta real dos dados. A partir das informações coletadas, foram identificadas diversas categorias de análise que mostram a estrutura do sistema de saúde como: a rede de serviços, a organização, força de trabalho, insumos, tecnologia, subsistema medicina tradicional e financiamento.

O processo de pesquisa via Internet é por vezes dinâmico e apresenta desafios. A quantidade de documentos disponíveis na internet e acessíveis ao público permitiu uma maior aquisição de material que contribuiu nos resultados. Deve-se, entretanto, considerar a diversidade dos sujeitos e objetos a serem explorados na pesquisa pelo uso do meio digital para coleta de dados, estabelecendo-se recortes coerentes com os objetivos da pesquisa e a capacidade de análise do material (FREITAS 2001; OMOTE, 2005).

## 4.3. Fontes, método de coleta e organização dos dados

Trata-se de um estudo de caso que foi realizado mediante revisão documental e de literatura, com o objetivo de descrever a organização do sistema de saúde haitiano, seus recursos (físicos, de pessoal e financiamento), e analisar a coerência com os propósitos e estratégias do governo. Para tal, se recorreu ao rastreamento, identificação e seleção de documentos e textos bibliográficos em bancos de dados internacionais (SciELO, Bireme, PubMed e Lilacs), sites oficiais, além de outros sites não oficiais da internet como, por exemplo, blogs de opinião pública que contou de documentos como referência ou como evidência para críticas ou comentários. Foram utilizadas palavras-chave, em francês, português, inglês e espanhol: i) sistema de saúde; ii) Haiti; iii) estrutura saúde haitiano. Foram utilizadas as fontes de dados conforme mostrado na Figura 1.

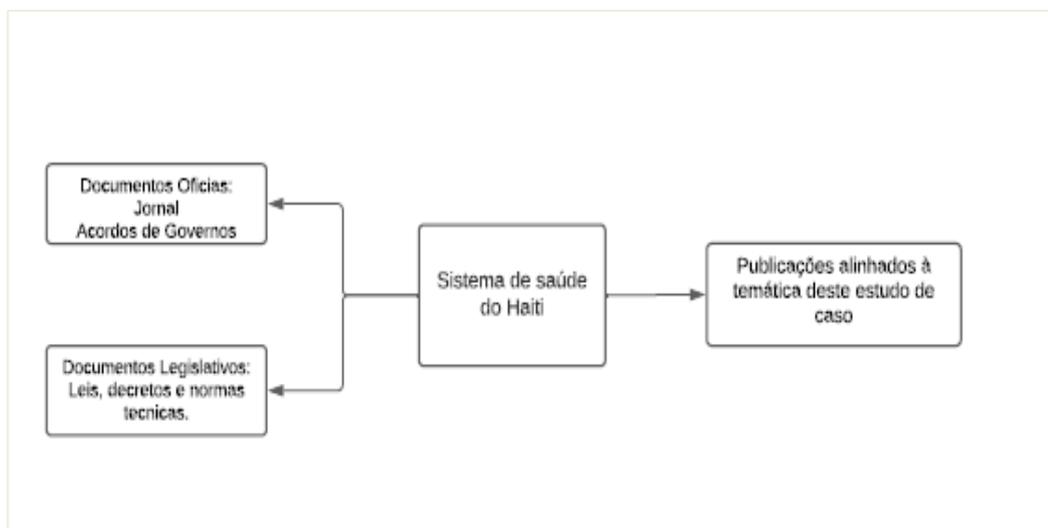


Figura 1 - Fontes de dados

Fonte: elaboração própria.

O recorte da pesquisa abrange o período posterior a 2010. Escolhemos essa periodização porque houve um terremoto que assolou o Haiti em 2010, mas também por outros desastres naturais (epidemia de cólera), que ocorreram no país durante esse período e pela profunda instabilidade política que marca o Haiti na última década.

No Quadro 1, estão listados os documentos que formaram o *corpus* da análise, por ano e código adotado. Observe-se que, dois documentos (C01 e C02) são anteriores ao período do estudo, mas fundamentais para a análise conduzida. O documento C7 foi amplamente utilizado, consiste em uma pesquisa nacional destinada a avaliar instituições de saúde; incluindo sua capacidade de fornecer serviços de qualidade. Fornece informações sobre a oferta global dos serviços de saúde, a sua disponibilidade, a sua qualidade, o grau de preparação das instituições para assegurar rapidamente a prestação de serviços gerais e específicos.

Quadro 1 – Documentos codificados por instituição autora, título e ano de publicação

Código	Instituição autora	Título	Ano
C01	Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSSP)	Loi organique	2005
C02	Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSSP)	Politique nationale de promotion de la santé	2009

C03	Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSSP)	Rapport de la carte sanitaire du pays	2011
C04	Ministère de la Planification et de la Coopération externe	Plan stratégique de développement d'Haïti- Pays émergent en 2030	2012
C05	Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP).	Politique nationale de santé	2012
C06	Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSSP)	Plan Directeur de Santé 2012-2022.	2013
C07	Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP)	Évaluation des Prestations des Services de soins de Santé (EPSS) 2017-2018 Rapport des Indicateurs Clés Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) Pétion-Ville, Haïti The DHS Program ICF Rockville, Maryland, USA October 2018	2018
C08	Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSSP)	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI) 2016-2017	2018
C09	Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSSP)	Cartographie des agents de santé Communautaire Polyvalents (ASCP)	2019

Fonte: elaboração própria.

#### 4.4. Condições de vida e saúde no Haiti

Para entender o contexto do país em estudo, é necessário apresentar algumas características do país que podem ser importantes para a análise. No seguinte aparte, apresenta-se alguns fatores que caracterizam as condições de vida e de saúde da população haitiana. Assim, foi descrito o Haiti com seus aspectos geográficos, sociodemográficos e contextuais.

##### 4.4.1 Haiti: aspectos geográficos, sócio-demográficos e contextuais

O Haiti é um país com 11.263.077 habitantes (BANCO MUNDIAL, 2019). A população estimada de 10,5 milhões vive com uma renda *per capita* anual equivalente de 1.800 dólares, menos de um oitavo da brasileira, posicionando o país nesse quesito em 209º em ranqueamento de 230 países e territórios, ou seja, no decil inferior (ESTADOS UNIDOS, 2017).

A República se localiza no Mar do Caribe, ocupando aproximadamente a terceira parte mais ocidental da Ilha de Santo Domingo, ou Hispaniola, em uma área total de 27.750 km<sup>2</sup>

(ESTADOS UNIDOS, 2017). A economia é extremamente dependente dos auxílios internacionais e do envio de dinheiro por expatriados (FREIRE, 2010). Suas exportações, com peças de vestuário representando mais de 80% do valor total, são realizadas, em proporção de mais de 80%, para os Estados Unidos (BRASIL, 2015).

No Haiti, 13% das mulheres e 9% dos homens com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos não têm nenhum nível de escolaridade. Mais de três quartos das mulheres (78%) e 8 em cada 10 homens (83%) são alfabetizados. Uma mulher haitiana tem, em média, 3,0 filhos em durante sua vida fértil (EMMUS, 2018). Em 2019, segundo os dados da OMS, a expectativa de vida ao nascer, para o Haiti, era de 64 anos, abaixo da média mundial, de 70 anos.

O Haiti possui duas línguas oficiais: o crioulo haitiano, falado por praticamente todos os haitianos, e o francês, falado por apenas 25% da população (CAZENEUVE, 2016). Como recursos existentes no país, o subsolo haitiano esconde uma riqueza que pode valer até 20 bilhões de dólares. O governo haitiano e seus parceiros internacionais estão trabalhando para desenvolver o setor de mineração, que está adormecido, desde o início dos anos 1980 (DUCOS, 2016).

Segundo o Banco Mundial (2021), a economia haitiana tem enfrentado vários choques, desde o segundo semestre de 2018, e, mesmo antes da pandemia de COVID-19, a economia do país estava se contraindo e enfrentando desequilíbrios fiscais significativos. Após uma contração de 1,7%, em 2019, gerada por um contexto de instabilidade política e agitação social, o PIB diminuiu cerca de 3,8%, em 2020, com a pandemia COVID-19, agravando a já debilitada economia e instabilidade política.

Nesse contexto desfavorável, a migração tornou-se para os haitianos a forma privilegiada de acesso a uma vida melhor. O Haiti vive um alto índice de migração interna, em particular um êxodo rural alimentado pela busca de melhores condições de desenvolvimento econômico e melhores serviços (MEF, 2018). Com base nessa compreensão da realidade, o Haiti é um dos países mais desiguais da região. O coeficiente de Gini (com base em um agregado de renda) foi de 0.61, em 2012, com os 20% mais ricos da população detendo mais de 64% da renda total do país, em comparação com menos de 2% detidos pelos 20% mais ricos (BANCO MUNDIAL, 2021).

#### 4.4.2. Situação de Saúde do Haiti

No que tange a situação sanitária em geral, segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Haiti tem as maiores taxas de mortalidade de bebês, crianças menores de

5 anos e mulheres grávidas no Hemisfério Ocidental (UNICEF, 2014). O país confronta-se com altas taxas de mortalidade infantil por menores de cinco (5) anos (88/1.000), no ano 2015. Estes valores são associados à alta prevalência de patologias transmissíveis, entre as quais, a malária, diarreia aguda e infecções respiratórias agudas, agravadas pela má nutrição proteica e energética. Mas essa taxa de mortalidade caiu ligeiramente para (81/1.000) nascidos em 2017.

A taxa de mortalidade materna foi de 732 por 100.000 nascidos vivos, para o ano de 2017, destacando-se como suas principais causas hemorragias graves, infecções, hipertensão arterial durante a gravidez (pré-eclâmpsia e eclâmpsia) e abortos inseguros (STENBERG, 2017). A prevalência de HIV/Sida na população entre 15-24 anos é de 2,0 %, apresentando-se maior entre as mulheres (2,3%) do que entre os homens (1,6%). Quase metade das mulheres (49%) e 38% dos homens têm pressão arterial elevada.

A malária é um importante problema de saúde pública no Haiti. No ano 2009, o Haiti e a República Dominicana desenvolveram um plano estratégico para eliminar a malária na ilha de Hispaniola até 2020 (Herrera, 2015). A incidência de malária no Haiti (por 1.000 pessoas em risco) pelo ano de 2020 é de 3.7%, o que constitui uma diminuição comparado ao ano 2010 de 10.4%. No que tem a ver com a prevenção da malária, os domicílios com pelo menos um mosquiteiro tratado com inseticida (MTI) eram de 31 % e as crianças com menos de cinco anos que dormiram debaixo de uma MTI eram de 18 (%).

O EMMUS-VI estimou o estado nutricional de crianças comparando medidas de altura e peso das crianças com os padrões globais de crescimento para bebês e crianças menores de cinco anos e encontrou que 22 % das crianças tiveram atraso no crescimento. A cobertura de imunização para sarampo, em 2016, foi de 53% de crianças de 12 a 23 meses, enquanto a cobertura de vacinação contra Difteria, Tétano e Coqueluche (DPT), alcançou apenas 58 % de crianças nessa mesma faixa etária na tabela 1.

Tabela 1 - Indicadores de saúde para Haiti, 2020

<b>Condições de saúde</b>	
Taxa de mortalidade em menores de cinco anos (por 1.000 nascidos vivos) (2017)	81
Taxa de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos) (2017)	732
Prevalência de VIH-Sida (% da população entre 15-24 anos) (2017)	2,0 %

Prevalência de hipertensão arterial sistólica elevada em homens (2017)	38 %
Prevalência de hipertensão arterial sistólica elevada em mulheres (2017)	49 %
<b>Malária</b>	
Incidência de malária (por 1.000 pessoas em risco) (2020)	3.7 %
Domicílios com pelo menos um mosquito tratado com inseticida (MTI) (2017)	31 %
Crianças com menos de cinco anos que dormiram debaixo de uma MTI na noite (2017)	18 %
<b>Nutrição</b>	
Crianças menores de cinco anos com atraso no crescimento (%) (2017)	22 %
<b>Cobertura de imunização</b>	
Sarampo (% de crianças de 12-23 meses) (2017)	53%
DPT (% de criança de 12-23 meses) (2017)	58 %

Fonte: EMMUS VI, Banco Mundial, OMS

#### 4.5. Análise e interpretação dos dados

Trata-se de uma análise documental, com dados quantitativos e qualitativos. Os dados quantitativos foram os indicadores que permitiram medir algumas dimensões da saúde a serem consideradas nesse estudo, enquanto os dados qualitativos foram essencialmente textos, por este motivo, foi utilizado o método de análise de conteúdo de Bardin (1977), com o auxílio do software Nvivo. Os dados foram categorizados e analisados mediante planilhas na perspectiva dos objetivos planteados.

As tabelas utilizadas para compilar os documentos identificados, foram ordenadas por meio de categorias analíticas e empíricas que emergiram da construção do modelo explicativo e da teoria, sendo as analíticas aquelas mais abstratas e com maior poder explicativo e as empíricas aquelas que fazem a aproximação aos dados.

Uma vez organizados os dados segundo as dimensões, efetuou-se a análise considerando-se as categorias teóricas do estudo referentes ao Postulado de Coerência (Quadros 2, 3, e 4).

#### Quadro 2 - Análise correspondente ao Objetivo 1

<b>Objetivo 1</b>	<b>Categoria analítica</b>	<b>Categoria operacional</b>

Descrever o Sistema de Saúde do Haiti, com ênfase no subsistema de medicina tradicional, no ano de 2020	Descrever a estrutura do sistema	Redes de serviços Organização e Gestão do sistema Força de trabalho Insumos Tecnologias Subsistema de medicina tradicional
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Elaboração própria.

### Quadro 3 - Análise do Objetivo 2

<b>Objetivo 2</b>	<b>Categoria analítica</b>	<b>Categorias empíricas</b>
Analisar o financiamento da saúde no Haiti, de 2010 a 2020	Fontes Agentes Provedores Atividades	Gasto Público Gasto privado

Fonte: Elaboração própria

Consideramos, portanto, nesse contexto:

- Fontes de financiamento: são entidades que fornecem os recursos financeiros para a Saúde (SHNEIDER, et al, 2000)
- Gasto de saúde é considerado aqui como todos os gastos envolvidos na atividade econômica, feitos com a intenção de promover saúde, mudar comportamentos relacionados à saúde ou modificar o desempenho do sistema ou do seu financiamento, durante um período definido (COELHO, 2016).

### Quadro 4 - Análise do Objetivo 3

<b>Objetivo 3</b>	<b>Categoria Analítica</b>	<b>Categoria empírica</b>
Analisar a coerência entre propósitos, métodos de governo e a organização estrutural do Sistema de Saúde do Haiti	Propósitos Métodos de governo Organização estrutural Principais atores sociais e políticos	Quadros 2 e 3

Fonte: Elaboração própria

#### 4.6. Questões éticas

No âmbito da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde do Brasil, que aprova as diretrizes a serem adotadas em pesquisa no Brasil e levando em

consideração a ética em pesquisa regulamentada pelo Acordo de Manejo nº 594- 200. Dado que a pesquisa envolveu coleta de dados públicos amplamente disponíveis na Internet, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados a seguir, iniciando-se com o diagnóstico da saúde, descrição dos problemas e dos recursos do sistema de saúde disponíveis para seu funcionamento. Em seguida, a análise de coerência, buscará entre propósitos, métodos de governo e a organização estrutural do Sistema de Saúde do Haiti com base no postulado de Mário Testa.

### 5.2 Sistema de Saúde do Haiti e subsistema tradicional de saúde

O sistema de saúde público haitiano está organizado em três níveis de complexidade: primário, secundário e terciário. O nível primário é composto por um microsistema formado pelas Unidades Comunitárias de Saúde (UCS) e pelos Hospitais Comunitários de Referência (HCR); o nível secundário representa instituições como hospitais departamentais bem como gabinetes médicos especializados permitindo o uso de cuidados especializados; e o nível terciário é constituído por hospitais universitários e hospitais especializados como apresentado no Diagrama 2.

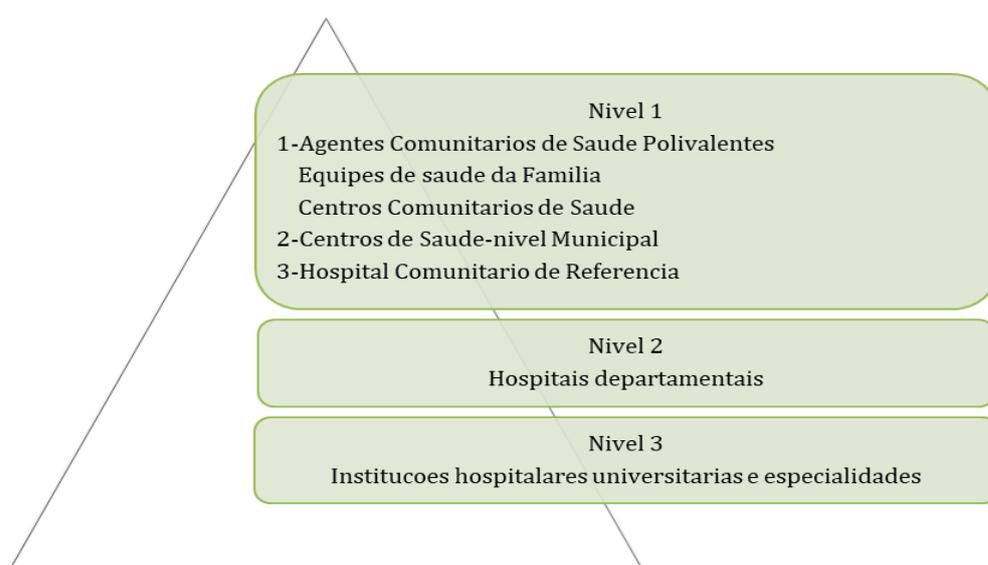


Diagrama 2 - Organização dos serviços de Saúde no Haiti

Fonte: elaboração própria a partir de Haiti (2016).

O sistema de saúde do Haiti está composto por 1.033 instituições de saúde, em 2022, distribuídas pelos 10 departamentos administrativos gerais do país: Artibonite (124); Centro (55); Grand'Anse (53); Nippes (35); Norte (108); Nordeste (41); Noroeste (87); Oeste (380); Sul (80); Sudeste (70) (MSPP, 2022). Os resultados indicam que o Departamento Oeste concentra a maior parcela dos estabelecimentos de saúde (36%) do país.

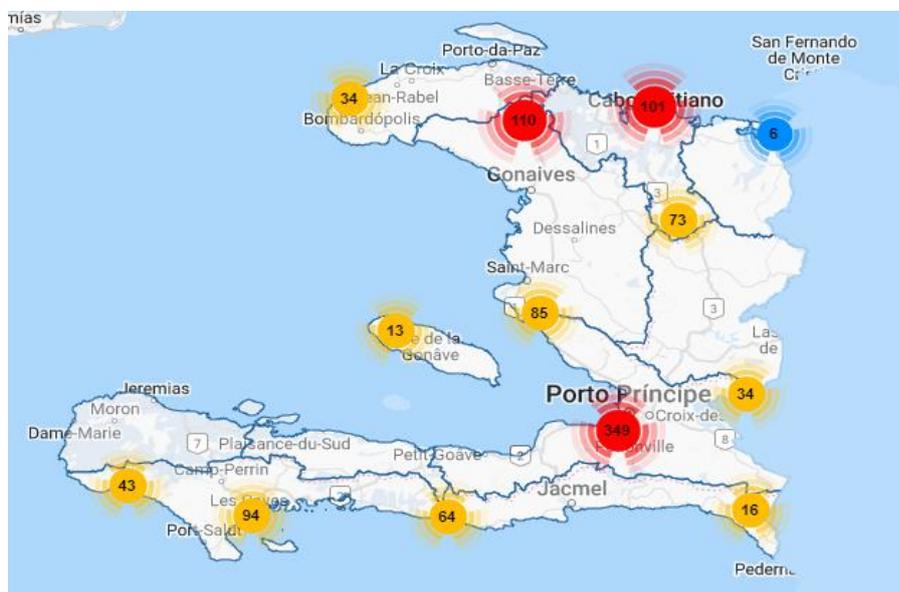


Figura 2 - Distribuição das instituições de saúde por região administrativa

Fonte: MSPS, 2022.

Os serviços de saúde estão classificados, no sistema de informação haitiano, como:

- 1) Centre de Santé a lit/Centro de Saúde com Leito (CALO)
- 2) Centre de Santé a lit/Centro de Saúde sem leito (CSI)
- 3) Outros hospitais
- 4) Hôpital Communautaire de Reference/Hospital Comunitário de Referência (ACR)
- 5) Hôpital Universitaire/Hospital Universitário (ACNUR)
- 6) Dispensário
- 7) Hôpital Départemental/Hôpital Départemental

### 5.2.1 Rede de serviços

As redes são consideradas arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, isso pode ser de diferentes densidades tecnológicas. A finalidade é buscar a garantir a integralidade do

cuidado (BRASIL, 2010). A rede representa o modo como a estrutura disponível se encontra organizada para a realização de serviços. Principalmente, os serviços de atenção à saúde podem ser divididos em serviços coletivos (prevenção, à promoção e ao controle de ações) e serviços de assistência médica (LOBATO; GIOVANELLA, 2012). Por isso, em junho de 1996, o Governo da República do Haiti publicou uma política setorial de saúde para tratar dos problemas de saúde prioritários do país. Esta política de saúde, que se baseia nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), propõe:

Traduzir em fatos a vontade de atender à demanda do povo haitiano em matéria de equidade, justiça social e solidariedade, permitir o acesso a ações preventivas e serviços de saúde curativa e serviços de água e saneamento, promovam o estabelecimento de estruturas que permitam a participação da comunidade no planejamento e execução das atividades de saúde, bem como na gestão de recursos (HAITI, 1996, 8.).

Contudo, para nortear as ações do governo existem as Políticas Nacional de Saúde, segundo o MSPP. Estas constituem a expressão das políticas e visão do Estado no setor da saúde, que inclui as orientações gerais às quais todos os envolvidos no sistema devem seguir, independentemente do seu estatuto (privado, público ou misto) (C03). A Política Nacional de Saúde (PNS) de 2012 é resultado de um processo participativo da população haitiana por meio de consultas nas Assessorias Departamentais de Saúde (C04), das quais, um dos objetivos específicos da PNS foi de estabelecer um sistema de saúde capaz de garantir a cobertura sanitária total do país e atender às necessidades básicas de saúde da população, promovendo a articulação da medicina moderna com a tradicional. A primeira Política Nacional de Saúde foi publicada, em 1982, sob o nome “Les grandes orientations du Ministère de la Santé Publique et de la Population” (Grandes orientações do Ministério de Saúde Pública e da População, tradução nossa), e foi mantida, apesar dos distúrbios políticos e das mudanças no poder, até o ano 1991 (BIJOU, 2008).

Além disso, foi elaborada a Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2011, com os objetivos: criação da Direção de Promoção da Saúde e Proteção Ambiental (DPSPE), adoção da carta de promoção à saúde considerando a política nacional de saúde e o Plano estratégico: promoção da saúde como um dos programas prioritários do Ministério (C05).

No que tem a ver com o desenvolvimento do sistema de vigilância “robusto e oportuno”, o Haiti tem feito progressos graduais caracterizados pela colaboração entre instituições governamentais e não governamentais nos níveis municipal, departamental e central (MSPP, 2016). Dentro deste caso, a vigilância de rotina tem evoluído continuamente, desde 2010,

expandindo em escala e escopo com mais sites relatando mais condições a cada ano, desde então, no Haiti. O autor Juin (2017) relata que a capacidade de adicionar informações sobre as doenças e condições ao sistema antes e durante os surtos e, se necessário, configurar componentes complementares aprimorados, como vigilância da cólera<sup>2</sup>, exemplifica a adaptabilidade, escalabilidade e flexibilidade do sistema. A integração planejada da vigilância baseada na comunidade melhora a detecção de ameaças à saúde em comunidades rurais, onde a utilização de serviços de saúde é muito baixa.

Nesse sentido, faz-se importante destacar que o país adotou um modelo de atenção à saúde baseado em Agentes Comunitários de Saúde Plurivalente (ASCP). Para muitos haitianos, especialmente aqueles residentes em áreas rurais, os agentes comunitários de saúde são seus primeiros e, muitas vezes, único meio de acesso à saúde. Em contextos humanitários como o do Haiti, os trabalhadores comunitários de saúde atuam como prestadores de cuidados básicos de saúde e intermediários essenciais entre as comunidades e o sistema formal de saúde. Historicamente, a ideia que apoia a inserção do agente comunitário de saúde envolve um conceito que, sob as mais diferentes formas, nomenclaturas e racionalidades, aparece em várias partes do mundo, ou seja, a ideia essencial entre a comunidade e o sistema de saúde (SILVA, 2002). Além disso, há a questão relacionada às especificações da ASCP para a integração de programas prioritários no nível comunitário, particularmente na prevenção e atenção ao HIV/AIDS devido à eliminação dos agentes verticais. Mas, em junho de 2017, quase 3/4 desses ASCP foram pagos por doadores, deixando o espectro de uma disfunção geral ligada à insustentabilidade do financiamento (USAID, 2017). Esses dados são relevantes visto que os doadores constituem um dos atores principais do sistema, como se verá mais adiante. Então, a participação deles, às vezes deixa o sector paralisados depois de apresentar suas contribuições.

Retomando o detalhe dos serviços, desde os anos 75 do século XX, como parte do primeiro plano nacional de saúde, a promoção da saúde se reduzia a simples atividades de educação em saúde no âmbito dos centros de saúde e hospitais (MSPP 2009). Por outro lado, conforme a Política de Saúde, de 1979, o PMS (Pacote de Serviço Mínimo) compreende: atenção integral à saúde da criança; gestão da gravidez, parto e saúde reprodutiva; gestão de emergências médicas e cirúrgicas; luta contra doenças transmissíveis; assistência odontológica básica; educação participativa em saúde; saneamento ambiental e abastecimento de água potável; e disponibilidade e acesso a medicamentos essenciais.

---

<sup>2</sup>Em 2010, seis meses após o terremoto, um novo desastre atingiu o Haiti, uma epidemia de cólera que, com violência e velocidade sem precedentes, matou centenas de pessoas em poucos dias e galopou pela Ilha (Moulin, 2019).

Em relação à disponibilidade de serviços básicos, foi relatado que pouco mais de 2 em cada 5 instituições de saúde (42%) ofereciam todos os serviços básicos. Esses serviços estavam disponíveis com mais frequência em dispensários/centros de saúde sem leitos (CCS) (51%), seguidos de centros de saúde com leitos (44%). Por outro lado, apenas 37% dos hospitais e 34% dos centros de saúde sem leitos ofereciam todos os serviços básicos (Atenção Primária). Os resultados setoriais mostraram maior disponibilidade de todos os serviços básicos no setor público (64%) e no setor misto (52%). O percentual de instituições que oferecem pacote de serviços básicos era maior em Grande Anse (74%). (C07).

Da mesma forma, foi notado que os serviços oferecidos com mais frequência pelas instituições eram (Tabela 2): manejo de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (98%), atendimento curativo ambulatorial ao bebê (95%) e consultas de pré-natal (92%).

**Tabela 2-** Serviços mais oferecidos pelas instituições de saúde no Haiti

<b>Serviços mais oferecidos</b>	<b>(%)</b>
Manejo de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	98
Atendimento curativo ambulatorial ao bebê	95
Consultas de pré-natal	92
Imunização infantil	65
Serviços de doenças mentais	26
Odontológicos	16

Fonte: adaptação MSPP, 2018

Cabe destacar que com respeito à população geral, o que causa a maioria das mortes são as doenças isquêmicas do coração em primeiro lugar, seguido por doenças cerebrovasculares e infecções respiratórias inferiores, etc. Para os fatores de risco que provocam a maioria das mortes e incapacidades de forma combinada destacam-se a desnutrição, a poluição do ar, pressão arterial elevada entre outros (Figura 3).

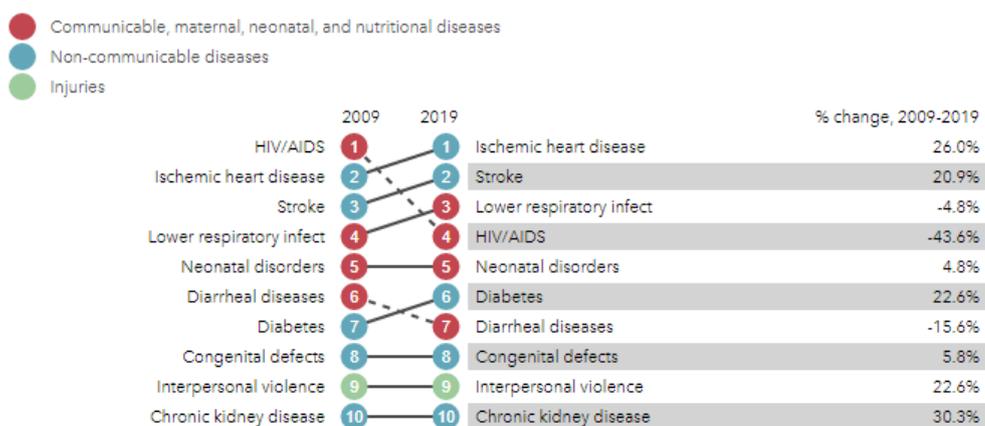


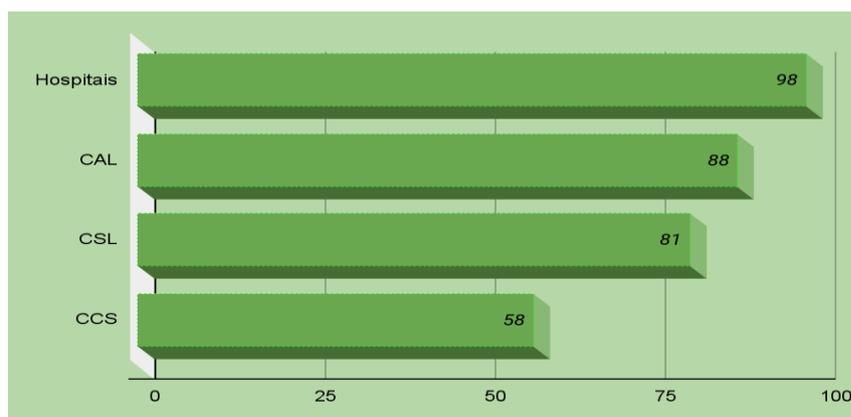
Figura 3 - Evolução das causas de mortalidade no Haiti, 2009-2019

Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019

\* provocam a maioria das mortes e incapacidades de forma combinada 2009-2019

A Figura 3 mostra a mudança das causas de mortalidade em um período de 10 anos. A queda da importância da mortalidade por AIDS/HIV, de primeira causa para quarta, indica menor presença de doenças infecto-contagiosas que são típicas de países “subdesenvolvidos”, enquanto as doenças cardiovasculares passam a predominar como causa principal de mortalidade. A abordagem dessa situação de saúde foi vista também pelo autor Defo (2014) considerando que o Haiti, como a maioria dos países do mundo em desenvolvimento, está passando por uma transição epidemiológica caracterizada por uma substituição gradual de infecções comuns, eventos reprodutivos e doenças relacionadas à desnutrição pelas doenças crônicas não transmissíveis mais especificamente doenças cardíacas. Por fim, foi observado que além da transição epidemiológica que está acontecendo no país, o sistema continua sendo voltado a combater as doenças transmissíveis sem acrescentar a necessidade de estabelecer novos serviços correspondendo ao atual quadro de saúde.

Com relação à disponibilidade de equipamento básico, esse constitui um fator importante na oferta dos serviços. Destaca-se que eletricidade irregular, falta de equipamentos para fornecer água e instalações sanitárias foram observados. Por exemplo, mais de 3/4 das instituições tinham eletricidade regular (76%). Isso estava disponível em quase todos os hospitais (98%), CAL (88%) e CSL (81%); mas, em apenas em 58% das clínicas/CCS. Da mesma forma, a eletricidade era menos comum em instituições do setor público do que em outros setores (67% em comparação com pelo menos 80% em outros setores). Apresenta-se no Gráfico 1:



**Gráfico 1** - Instituições que tinham eletricidade regular, por tipo de provedor, em 2018

Fonte: adaptado MSPP, 2018.

Equipamentos para fornecer água de uma fonte potável são menos comuns em clínicas/CCS e no setor público. Equipamentos para garantir o sigilo das consultas e exames estão presentes em cerca de 9 em cada 10 instituições de saúde (91%). Cerca de 61% das instituições de saúde tinham banheiros para os pacientes. Elementos de infraestrutura, como equipamentos de comunicação, estavam presentes em 64% das instituições. Pouco mais de uma em cada duas instituições (52%) possuía computador com acesso à Internet. Os hospitais estavam mais bem equipados (89%).

Diante dessas evidências, há que se confrontar o discurso oficial dos documentos com a realidade do país. Já que, nos últimos anos, a situação de instabilidade política que está vivendo o Haiti afeta o funcionamento e progresso de todas as instituições públicas e privadas. Cabe destacar, que o Haiti tem o sistema de energia menos desenvolvido do Hemisfério Ocidental. Isso se deve em parte a um quadro institucional fraco, onde vários atores interagem em um quadro regulatório pouco claro com falta de coordenação estratégica e liderança (BELT et al., 2017). Por outra parte, foi constatado que alguns elementos de infraestrutura não estavam totalmente disponíveis.

### 5.2.2. Organização do sistema de saúde

As organizações são as estruturas responsáveis pela condução, regulação, gestão e administração dos sistemas de serviços de saúde. Com base em Roemer (1991) e Kleczkowski, Roemer e Van der Werff (1984), destacam-se as principais organizações presentes nos sistemas de saúde, ressaltando que a existência, a abrangência e a importância mudam de acordo com o

país: Ministérios, departamentos e secretarias de Saúde - há geralmente subdivisões. Outros ministérios - diversos órgãos da estrutura estatal exercem atividades ou ações de saúde, como os ministérios do Trabalho, da Educação, da Agricultura, entre outros. Destaque em especial é dado para os ministérios de Seguridade ou Bem-Estar Social, que em muitos países possuem atribuições de assistência social diretamente ligadas à saúde, como os serviços continuados para idosos e deficientes (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

A forma específica de organização, em cada país ou época, geralmente não obedece a estruturas rígidas, mas é o resultado de políticas aplicadas de acordo com o desenvolvimento histórico, ideológico, político, cultural e econômico de cada país (MARISCAL-CANCELADA et al, 2016).

O Decreto-Lei de 5 de janeiro de 2005 (C01) detalha a missão e a estrutura organizacional do Ministério da Saúde Pública e da População (MSPP), que é o órgão com o poder Executivo. O MSPP é a entidade reguladora do sistema, que deve fornecer governança, financiamento, criação de recursos e coordenação das funções de prestação de serviços no sistema de saúde. Na sua configuração atual, o sistema de saúde Haitiano possui três níveis de gerenciamento: nível estratégico, que é representado pelo Ministro e pela alta administração que gerencia o sistema em nível nacional; nível tático, com oito diretorias centrais e duas coordenações responsáveis pelo desenvolvimento de padrões e procedimentos e pela garantia de sua aplicação; e, por fim, o nível operacional que consiste de um grupo de organizações de saúde sob a supervisão de dez Direções Departamentais de Saúde e duas Coordenações.

O governo haitiano, por meio do MSPP, é responsável pelo monitoramento e, em alguns casos, pela gestão dos serviços de saúde no Haiti. O MSPP também é responsável pelas atividades regulatórias de serviços públicos e privados. Em geral, este decreto lhe dá o direito de examinar tudo o que se relaciona com a área da saúde sem distinção (C01). Assim, após o terremoto de 2010, que matou mais de 220.000 pessoas, o Haiti anunciou um plano estratégico de desenvolvimento para se tornar um país emergente, em 2030 (Haiti, 2012). Por tanto, no plano diretivo da saúde haitiana, encontramos na primeira linha priorizada a Intersetorialidade e a Descentralização (C05). Então, o modelo de atenção por nível de resolutividade apresentado no Plano de Saúde 2012-2022 (C03) sistematiza a organização do sistema em termos de estrutura administrativa pública, tradicional e privada-mista (Figura 3).

Na análise documental, foi possível perceber na estrutura organizativa do sistema a ausência de uma instância administrativa para o subsetor de atenção tradicional, o que mostra uma institucionalização incipiente das práticas tradicionais de saúde.

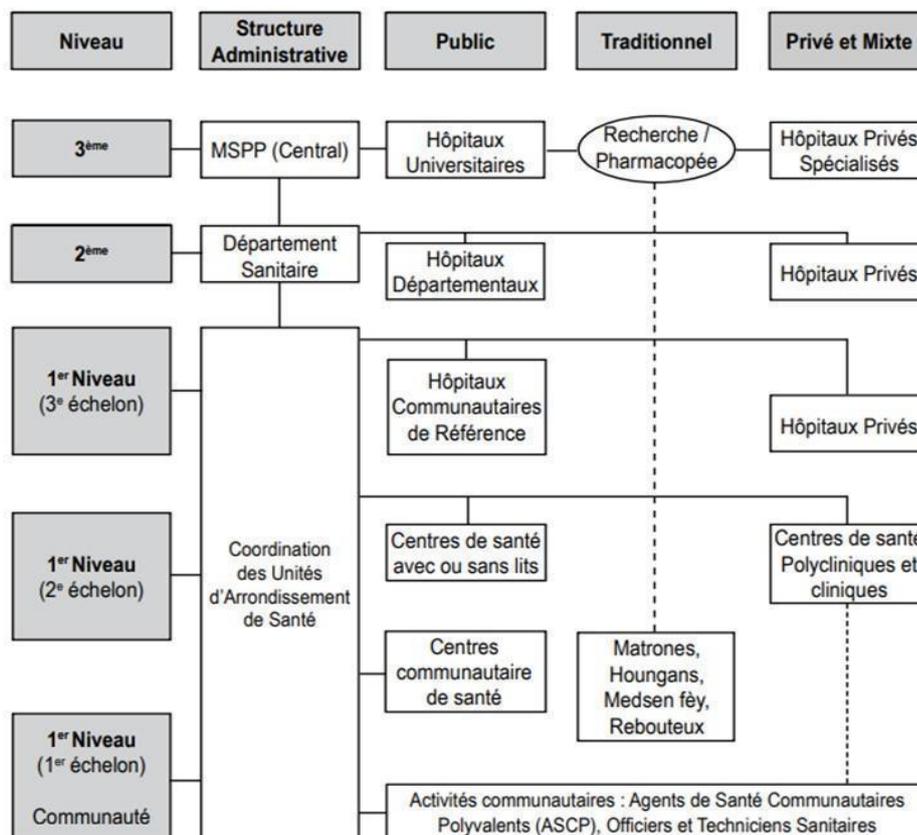


Figura 4 - Estrutura organizativa do sistema saúde haitiana

Fonte: MSPP, 2012

No que diz respeito à coordenação e supervisão de prestação de serviços de saúde, é da responsabilidade do Ministério da Saúde Pública e População (MSPP). Foi reconhecida a necessidade de fortalecimento do papel do MSPP no monitoramento de todo o sistema de saúde (C04), sendo que 38% das instituições de saúde eram geridas pelo MSPP e 20 por cento são geridas conjuntamente pelo MSPP e ONGs, num total de 58% (Gráfico 2).

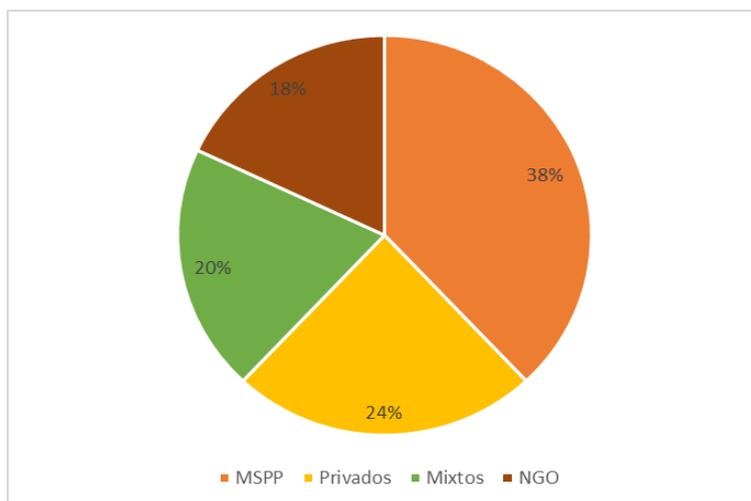


Gráfico 2 - Instituições de saúde de acordo com a propriedade no Haiti

Fonte: adaptado de Banco Mundial, 2017

É importante salientar que as instituições pertencentes à ONG estrangeiras não apenas contribuem de forma considerável (18%) para a produção de serviços de saúde, mas também são amplamente valorizadas pela população, com forte influência na saúde local citado por Itagyba (2019). O setor privado, por sua vez, conta com nove seguradoras privadas, administradoras de fundos de pensão e seguro voluntário de doenças, que cobrem cerca de 4% da população. As ONG desempenham um papel importante na prestação de serviços de saúde. As principais ONG, como Parceiros na Saúde e Médicos sem Fronteiras, têm seus próprios centros de saúde e hospitais, e eles atendem a população pobre que não é coberta por nenhum seguro de saúde. Esses provedores de saúde oferecem atendimento abrangente de primeiro e segundo nível nas áreas específicas para o Haiti. Desenvolvimento de Atividades de Saúde no Haiti (DASH) é outra agência financiada pela internacional que tem uma cobertura de cerca de 50.000 afiliados (LAROCHE, 2012).

### 5.2.3. Força de trabalho

No Haiti, na segunda edição da Avaliação da Prestação de Serviços de Saúde (EPSS-II, 2017-2018), foi realizada a avaliação de todas as instituições de saúde, tanto do setor público quanto privado (C08). Ao falar de trabalhadores de saúde, existem duas formas de referir, como força de trabalho e como recursos humanos. A força de trabalho em saúde representa um fator de grande importância nos sistemas de saúde, sendo imprescindível à promoção e ao avanço da área, relacionada quantitativa e qualitativamente aos resultados alcançados. Os profissionais e técnicos que desenvolvem atividades na atenção à saúde representam as forças de trabalho,

englobando médicos, enfermeiras, sanitaristas, profissionais das vigilâncias sanitárias, agentes de saúde, farmacêuticos e laboratoristas, entre outros. Hoje, existe uma infinidade de novas áreas profissionais como os psicólogos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas, a par do movimento contínuo de crescimento das especialidades médicas. Além disso, forma parte também uma complexa rede de administradores, técnicos especialistas em gestão de saúde (LOBATO; GIOVANELLA, 2012; NOGUEIRA, 1983).

Considerando tais aspectos, no relatório de junho de 2017 do Ministério da Saúde Pública e População (MSPP) sobre a situação dos recursos humanos em saúde indicou que o setor de saúde tinha uma força de trabalho de 23.171 funcionários. Em 2016, o Haiti tinha 1.007 unidades de saúde. Observa-se, portanto, um aumento no quantitativo dos serviços que eram compostos de 131 hospitais, 161 centros de saúde com leitos, 361 centros de saúde sem leitos e 352 clínicas e centros de saúde. Em 2018, foi indicado que as diversas instituições de saúde do país abasteciam a população com um total de 19.195 profissionais de saúde. Isso significa que o número de profissionais de saúde continua a diminuir. Eram formados principalmente por enfermeiras, ou seja, 8.202. Os profissionais médicos somavam 3.354 pessoas. O pessoal comunitário é composto por 3.972 agentes. A parteira, categoria considerada a espinha dorsal da saúde para todos, pela OMS, com 219 (C07).

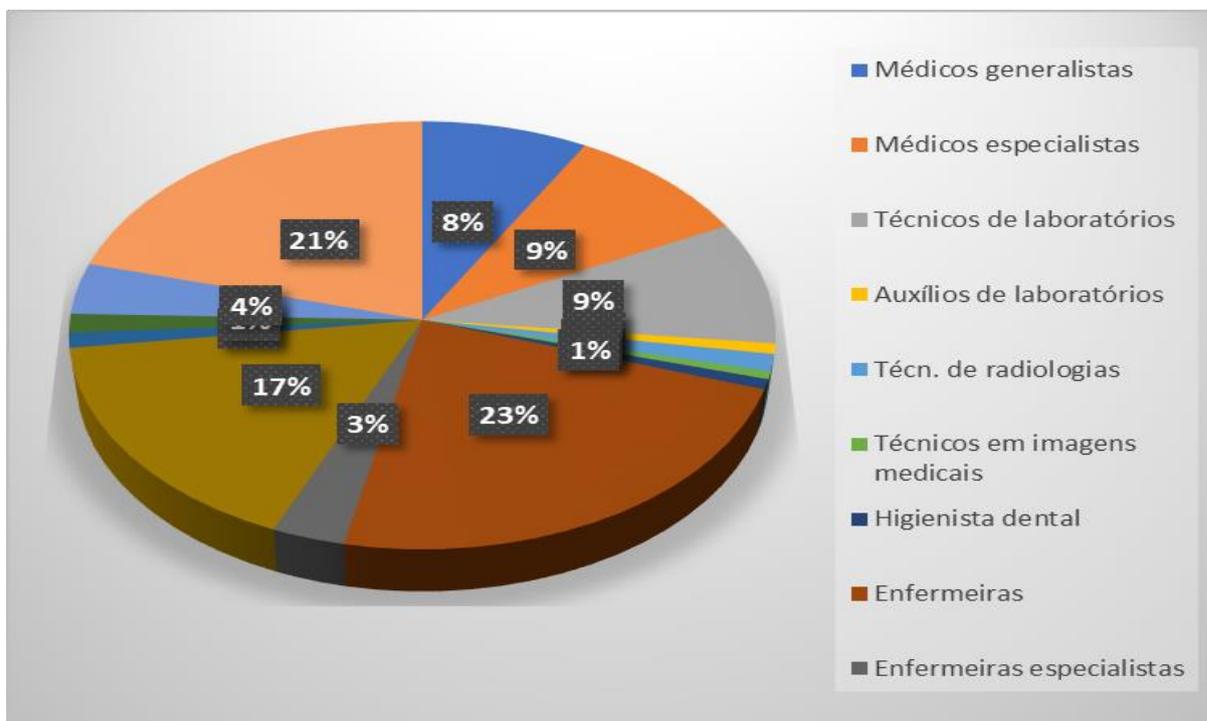


Gráfico 3 - Categorias profissionais de saúde por habitantes, Haiti, 2018

Fonte: elaboração própria do MSPP 2018.

\*População residente: 11.263.077 milhões de hab. (Banco Mundial, 2019).

Observando-se o Gráfico 3, alguns números surpreendem. Em primeiro lugar, o fato de o número de médicos especialistas ser um pouco maior do que os generalistas. Em segundo, o inexplicável contingente de técnicos de laboratório que se iguala ao de médicos generalistas. Outros dados apontam que a proporção seria de 1,4 médicos por 10.000 habitantes no setor público e 1 médico no setor privado, o que se revela insuficiente para atender a população (OPA, 2018). A OMS recomenda no mínimo 25 médicos para 10.000 habitantes. Se tentarmos comparar com o Brasil, nos dados para este mesmo ano, este contava com 21,8 médicos a cada 10.000 habitantes, em 2018 (SCHEFFER, 2020).

#### 5.2.4. Insumos

O Ministério da Saúde Pública e População, por meio da Diretoria de Farmácia, Medicamentos e Medicina Tradicional em sua função reguladora, deve garantir que os medicamentos colocados no mercado haitiano, apresentem o máximo de segurança para eles. A atualização e fortalecimento das normas evidenciam os esforços empreendidos neste sentido para lidar com os problemas de toda espécie, gerados pelo comércio de drogas, e a necessidade do estabelecimento de um sistema de garantia de qualidade.

Considerando tais aspectos, o MSPP em 2008, estabelece os princípios que regem as práticas relativas ao exercício da atividade farmacêutica no Haiti, em particular a fabricação de produtos farmacêuticos, a aprovação de medicamentos, a importação e exportação, distribuição e comercialização, gestão de Produtos Farmacêuticos Inutilizáveis (PPI), gestão de narcóticos e farmacovigilância.

Como relata a estratégia de cooperação da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS, o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde deve ter nos objetivos centrais o asseguramento da extensão do acesso a produtos e serviços de qualidade, assegurar o acesso a novos produtos, e regular o mercado farmacêutico frente à nova Biotecnologia, Genômica e Proteômica (Bermúdez, 2007).

Tecnicamente, a Direção de Farmácia, Medicamentos e Medicina Tradicional (DPM/MT) do Ministério autoriza a reentrada e venda de medicamentos através da emissão de uma Autorização de Introdução no Mercado para fabricantes, nacionais e internacionais. Os padrões e procedimentos DPM/MT elaborados em 2008, para regular o mercado de drogas no Haiti afirmam que:

[...] qualquer produto farmacêutico ou químico importado que não tenha recebido uma autorização de desalfandegamento regular do Departamento de Farmácia é um produto considerado perigoso e, portanto, representa um risco para a saúde da população (MSPP, 2008, p. 38).

Apesar dessas medidas, medicamentos falsificados têm entrado ilegalmente na cadeia de abastecimento das farmácias em todo o país. É difícil saber de qual laboratório eles vieram e como foram feitos (AYIBOPOST, 2021). Segundo os dados do ministério, o Haiti (C07) tinha, em 2018, um total de 128 farmácias, 3 laboratórios e cerca de 300 farmacêuticos licenciados. O número de agências farmacêuticas era de 40, além dos 39 depósitos de medicamentos autorizados nesta área. É suficiente para cumprir as necessidades da população?

Ao pensar na organização da prática farmacêutica nos estabelecimentos de saúde, Bussières et al. (2015) realizaram um estudo descritivo, em 2015, que relata o processo de reorganização da prática farmacêutica nos estabelecimentos de saúde do novo Hospital Saint-Michel em Jacmel, no Haiti. Atendendo aos recursos existentes e à reconstrução do hospital, para reorganizar a atividade farmacêutica e clínica, foram encontradas várias práticas inadequadas e áreas de problemas, tanto na farmácia como nos serviços, sendo vários deles passíveis de serem corrigidos com a construção de dois novos edifícios, tais como: higiene, eletricidade contínua, corrente térmica, garantia de estoques e informatização de prontuário.

Além disso, eles continuam relatando que a intervenção em um país em dificuldade, em crise ou em reorganização, não é fácil. Ao mesmo tempo em que você deve mergulhar na cultura e suas estruturas, você também precisa saber observar, ouvir, aprender e compreender. Mais ainda, é preciso saber atuar e mobilizar a população local, respeitando e compartilhando os mesmos objetivos. A participação na ação humanitária é uma grande oportunidade de questionamento pessoal e profissional, validação de paradigmas (ex: gestão da mudança, comunicação eficiente e consistente, higiene e organização), ir além da participação. (BUSSIÈRES et al, 2015).

Com relação a interferência sobre a produção de insumos, a maioria dos sistemas de saúde tem pouco controle e está, em geral, sob controle de indústrias multinacionais privadas, o que faz desta uma área de muitos conflitos. Por sua vez, os sistemas dos países pobres têm muita dificuldade em manter a provisão regular desses insumos, o que afeta diretamente as condições de saúde da população. Os sistemas mais avançados têm regulação mais rigorosa sobre a utilização de insumos nos sistemas de saúde. Para isso, adotam protocolos de serviços, o que limita o uso indiscriminado de exames e medicamentos, permitindo maior racionalidade na utilização e distribuição de insumos necessários à atenção à saúde (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Na América Latina, os desafios que se apresentam para os sistemas e serviços de saúde, na tentativa de assegurar o acesso aos insumos essenciais, confrontam-se com o padrão de iniquidade que nos transforma numa região de desequilíbrio, de extrema concentração de renda e de injustiças evidentes (BERMÚDEZ, 2007).

No caso do Haiti, o acesso a medicamentos tem se apresentado como um verdadeiro desafio porque a venda desordenada de drogas pelas ruas por vendedores ambulantes e farmácias sem documentos constituem inúmeros riscos incorridos pela população com sua saúde (LEBRUN, 2018).

#### 5.2.5. Tecnologia e conhecimento

A tecnologia pode ser definida, de uma forma muito simples e genérica, como conhecimento aplicado. No caso da saúde, ela é um conhecimento aplicado que permite a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças, e a reabilitação de suas consequências (VIANA, 2011). SANTOS et al, 2016). Outros autores definem a Tecnologia em Saúde (TS) como o conjunto de instrumentos, procedimentos e medicamentos usados para promover estados saudáveis; prevenir, curar e aliviar a doença, bem como reabilitar e cuidar das suas

consequências a longo prazo (CUBILLOS, 2013, p. 15). Esse último determina que em seu estudo que as TS servem para promover estados saudáveis, prevenir, curar e aliviar a doença, bem como reabilitar e cuidar das consequências de longo prazo por ela causadas.

Em 2005, no Haiti, diante da maior prevalência de HIV na região do Caribe, o MSPP e os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos EUA, com o apoio do Centro Internacional de Treinamento e Educação for Health (I-TECH), fizeram parceria para desenvolver e lançar um sistema eletrônico de informação em saúde, incluindo prontuários médicos eletrônicos, o Electronic Medical Records (EMR) conhecido como iSanté, para o programa nacional de HIV (CAYEMITTES ET AL., 2007; DE RIEL et al., 2018)

iSanté é o maior dos três EMR multi-site no Haiti. É visto como uma pedra angular da arquitetura nacional de saúde planejada de forma mais ampla, eventualmente alimentando um sistema abrangente para relatórios de indicadores de saúde agregados chamado Sistema Único de Informação Sanitária/Systeme d'Information Sanitaire National Unique), definido como uma prioridade pelo MSPP, em 2013 (MSPP, 2013; DeRiel et al, 2018). O iSanté serve como o registro médico principal para 63% das pessoas inscritas em serviços de suporte ao HIV e abriga registros de mais de 750.000 pacientes únicos, desde 2005 (DE RIEL et al., 2018). Esse sistema é usado em mais de 150 hospitais e clínicas em todo o Haiti e inclui cerca de 1,3 milhão de registros de pacientes. Também é integrado ao sistema de informações de laboratório de código aberto OpenELIS, que a I-TECH desenvolveu no Haiti em parceria com o Laboratório Nacional de Saúde Pública (PUTTKAMMER et al., 2016).

Por outro lado, com redes móveis em constante expansão, as soluções de saúde móvel Mobile Health (mHealth) são uma maneira cada vez mais atraente e aceitável de coletar, gerenciar e analisar informações. Um dos achados relevantes foi o uso dessa tecnologia Mobile Health (mHealth) pelo Ministério da Saúde do Haiti e parceiros de implementação do Groupe Haïtien d'Etude du Sarcome de Kaposi et des Infectieuses Opportunistes (Grupo Haitiano para o Estudo do Sarcoma de Kaposi e Doenças Infecciosas Oportunistas, GHESKIO) e Partners In Health no mapeamento geo-espacial em uma campanha em massa para vacinação oral reativa contra cólera na zona rural do Haiti (TENG, 2014).

Na análise documental, foram encontrados poucos dados sobre o uso da tecnologia no sistema de saúde haitiano. Como relata Lobato e Giovanela (2012), a tecnologia e o conhecimento em saúde são dois temas de grande relevância para a melhoria das condições de saúde das populações, por discutir as alternativas e soluções de novas técnicas, práticas, procedimentos e insumos que permitam prevenir e combater os males da saúde.

De qualquer maneira, a mudança da situação de saúde e a necessidade de monitoramento de todo o sistema aponta para a ampliação do escopo do iSanté como um imperativo.

#### 5. 2.6 Subsistema de medicina tradicional

Nesse contexto, a falta de cobertura médica nas áreas rurais do Haiti reforça a influência do sistema médico empírico, baseado no uso de chás, infusões e banhos aromáticos (CLERISME, 1985), apesar da Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata, em 1978, reforçar a presença de práticas complementares no cenário global, reconhecendo sua importância para o cuidado em saúde, e fazer recomendações aos Estados no sentido de formularem políticas locais para a implementação dessas práticas, principalmente na atenção primária à saúde (BRASIL, 2009).

A medicina crioula haitiana se desenvolveu e se espalhou oralmente a partir dessa herança para se tornar medicina popular e medicina especializada. Por medicina popular, quer dizer um conjunto de conhecimentos, práticas e remédios que são compartilhados onde a variedade e a heterogeneidade dominam. A população possui todo um arsenal de tratamentos (em média 10 plantas por doença e por região, utilizadas isoladamente ou em combinação). E diante da falta de serviços de medicina convencional nessas localidades, a população só tem esses recursos para se tratar, mas nem todas as plantas utilizadas pela população foram estudadas (ROUZIER; DEJEAN, 2012).

A Organização Mundial da Saúde por tanto define a medicina tradicional como diversas práticas de saúde, abordagens, conhecimentos e crenças que em sua estrutura incorporam medicamentos de base vegetal, animal e/ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados individualmente ou em combinação para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir doenças (OMS, 2002). Quase todos os haitianos têm algum conhecimento de remédios botânicos ou mágicos que usam de vez em quando. No entanto, como é bem sabido, também existem curandeiros profissionais que praticam a arte de curar com ervas, magia ou ambas (CLERISME, 1985). Por isso, esse setor é amplamente usado pela população devido à falta de acesso a serviços básicos.

A Medicina tradicional (MT) é um termo amplo usado para se referir a sistemas como a medicina tradicional chinesa, a medicina Ayurveda hindu e árabe unani, e as várias formas de medicina nativa. Dentro deste caso, as terapias de MT incluem terapias medicamentosas – que envolvem o uso de medicamentos fitoterápicos, partes de animais e / ou minerais – e terapias

sem medicação, como no caso da acupuntura, terapias manuais e terapias espirituais. Em países onde o sistema de saúde dominante é baseado na medicina alopática, ou onde a MT não foi incorporada ao sistema nacional de saúde, a MT é frequentemente classificada como medicina complementar alternativa ou não convencional (OMS, 2002).

O Serviço de Medicina Tradicional está concretamente integrado na Diretoria de Farmácia, Medicamentos e Medicina Tradicional (DPM/MT), desde 2006. Foi realizado encontros de reflexão com as organizações existentes, os curandeiros tradicionais e os diversos atores que atuam neste sector com vista a instaurar mecanismos que visem estruturar para melhor a medicina tradicional gestão terapêutica no Haiti e para promover a farmacopeia tradicional” (BUSSIÈRES, 2015).

A MT também é muito popular em muitos países em desenvolvimento, pois está firmemente enraizada em sistemas de crenças. Em muitos países desenvolvidos, o uso popular de medicina complementar e alternativa (MCA) é alimentado por preocupações sobre os efeitos adversos de drogas químicas feitas pelo homem. Em termos relativos, poucos países desenvolveram uma política sobre MT e/ou CAM, apenas 25 dos 191 estados membros da OMS. As práticas de MT/MCA desenvolveram-se em diferentes culturas em diferentes regiões. Portanto, não houve um desenvolvimento paralelo de diretrizes e métodos, nacionais e internacionais, para avaliá-los.

Hoje, encontramos essa pluralidade nos sistemas médicos, que são constituídos por diversos espaços de cuidado e, também, por uma constelação de terapeutas, práticas e saberes disponíveis e mobilizados no manejo de doenças e infortúnios. Este é o caso do Haiti, onde o sistema médico é frequentemente dividido em medicina crioula local, biomedicina e igrejas com missões de cura. A pluralidade do sistema médico haitiano, portanto, origina-se de uma configuração social médico-religiosa constituída por esses três espaços de cuidado muito importantes, que coexistem intimamente e se sobrepõem (VOLNARX, 2008).

Num contexto de escassez de infraestruturas de saúde, a medicina tradicional, face ao conhecimento acumulado ao longo dos anos, apresenta-se como um sistema de saúde complementar à medicina moderna. As plantas medicinais, frutas e legumes presentes no território nacional constituem uma mais-valia em termos de oferta de produtos de saúde para milhões de indivíduos e oportunidade econômica para profissionais de saúde e benzedeiros. Com o COVID-19<sup>3</sup>, a venda de folhas e vagens de plantas conhecidas por suas propriedades

---

<sup>3</sup> Recentes casos de pneumonia de causa desconhecida ocorridos em Wuhan, China, levaram à descoberta de um novo tipo de Coronavírus (2019-nCoV), que são RNA vírus envelopados, comumente encontrados em humanos,

terapêuticas explodiu. Grupos sociais consumiam chá e tisanas durante todo o dia. O consumo de anticoagulantes naturais é incentivado pelas autoridades governamentais. Antes da pandemia, mais de 80% da população haitiana fazia uso social da medicina tradicional. A sensação de medo de pegar o Coronavírus leva os cidadãos a recorrer a práticas, conhecimentos e crenças locais de saúde. A doença não avisa, dizem nos bairros populares. Psicologicamente, muitos indivíduos estão em melhor situação e dissipam sua ansiedade recorrendo às receitas oferecidas pela medicina tradicional (LALIME ,2020).

No Haiti, as pessoas mais instruídas mostram preferência por profissionais médicos modernos, enquanto os grupos menos instruídos fazem da medicina tradicional sua primeira alternativa em termos de acesso aos cuidados. Além de seus efeitos negativos para o mundo, o COVID-19 aumentou a conscientização sobre o papel, os ativos e a importância da medicina tradicional no Haiti, que é um dos países mais ricos em termos de plantas medicinais na farmacopéia caribenha (LALIME, 2020).

### 5.3. Financiamento do Sistema de Saúde do Haiti

A análise das fontes de financiamento e gastos do setor saúde é um tema relevante devido ao seu impacto não só na sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde, mas também no acesso que a população pode efetivamente alcançar. A análise da composição das fontes de financiamento e sua comparação com os diferenciais de acesso aos serviços de saúde pelos diferentes grupos populacionais permite tirar conclusões sobre o grau de equidade financeira do sistema (MOLINA et al., 2000).

Na evolução histórica, o Haiti é um país de democracia representativa com um parlamento nacional bicameral (HAITI, 1987) e diversas instituições descentralizadas em nível local. A crise política existente no Haiti desde as últimas décadas não facilita a melhoria das condições socioeconômicas da população. Os esforços do governo para preparar planos de desenvolvimento foram prejudicados por essa situação. Isso tem contribuído para a paralisação na gestão da política social e na aprovação de projetos de investimento estrangeiro, empréstimos e doações. Esta situação ainda continua nos dias de hoje (OPS, 2003). Devido às sanções econômicas impostas pela comunidade financeira internacional, a situação macroeconômica geral no Haiti deteriorou-se ainda mais no início da década de 1990.

---

outros mamíferos e aves, capazes de causar doenças respiratórias, entéricas, hepáticas e neurológicas. (Belasco, 2020)

Um golpe militar derrubou o presidente Aristide Bertrand, em setembro de 1991, e sanções econômicas foram iniciadas pelos Estados Unidos e pela Organização dos Estados Americanos (OEA) em outubro<sup>4</sup>. As sanções iniciais congelaram os ativos do governo haitiano nos Estados Unidos e proibiram a ajuda externa ao regime de fato. Mais tarde, eles foram expandidos para incluir a proibição da maioria das importações e exportações, restrição de voos comerciais e congelamento de embarques de armas e petróleo (GIBBONS et al, 1999). Tais conflitos políticos têm diminuído a autonomia do país que se torna cada vez mais dependente de intervenções estrangeiras que exacerbam a violência interna e de missões humanitárias que enfraquecem a soberania, o que se reflete na saúde.

Verificou-se uma forte contração do Produto Interior Bruto (PIB), não obstante uma ligeira melhoria, nos anos 1998 a 2002, com uma taxa média de crescimento de 2% (OPS, 2003). Cabe destacar também que houve um processo de reforma do setor de saúde no Haiti que começou com a adoção de uma nova política de saúde, em 1996 (revisada em 1998), no âmbito de um programa econômico que propunha reformas estruturais como a reestruturação das funções governamentais, reforma do setor financeiro, modernização de nove entidades estatais e o programa de descentralização. Esta política de saúde foi baseada em dois conceitos: Unidades Comunitárias de Saúde (UCS) e o Pacote Básico de Serviços (PBS), que fazem parte da Política Nacional de Descentralização. O processo de reforma foi interrompido, pois o financiamento externo destinado a apoiar mudanças na administração do Estado não foi obtido devido à crise política (MSPP, 1998).

O Ministério da Saúde Pública e da População refere no Plano de 2012 que pauta a sua política nos valores da equidade, solidariedade e justiça social (C05). A eficiência e a equidade são atributos desejáveis em todos os pontos do processo de financiamento, envolve a captação de recursos, diretamente por empresas ou indiretamente, por meio da atividade fiscal do Estado e sua posterior distribuição aqueles que irão prover o cuidado. Esse é consumido enquanto atividade de saúde pelas famílias, que precisam ter acesso aos serviços ofertados. Portanto, é responsabilidade da gestão garantir a qualidade e a equidade desse consumo, a gestão deve ser

---

<sup>4</sup> Em fins de seu segundo governo, em 2004, Aristide sofreu um novo golpe articulado pelos Estados Unidos da América e pela França, em decorrência da pressão feita para a restituição (reparação) do pagamento efetuado à França para que esta concedesse sua independência, segundo informou o embaixador francês da época, Thierry Burkard, em uma entrevista: *“France and the United States had effectively orchestrated “a coup” against Mr. Aristide, and that his abrupt removal was “probably a bit about” his call for reparations from France, too.* A extorsão inédita e absolutamente injusta operada pela França teria, inclusive, financiado a construção da Torre Eiffel, custou um prejuízo entre 21 e 115 bilhões de dólares ao Haiti, sem falar em todos os prejuízos sociais decorrentes (New York Times, 2022, s.p, Disponível em: <https://www.nytimes.com/2022/05/20/world/americas/haiti-aristide-reparations-france.html>. Acesso em 25 de maio de 2022).

também transparente para que seja devidamente monitorada por todos os elementos que compõem o processo (BAHIA, et al 2016).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde (C03), de 2013, a estrutura do financiamento do sistema estava organizada como se vê no organograma da Figura 4. Pode-se observar o desequilíbrio no manejo do setor financeiro pelo setor público.

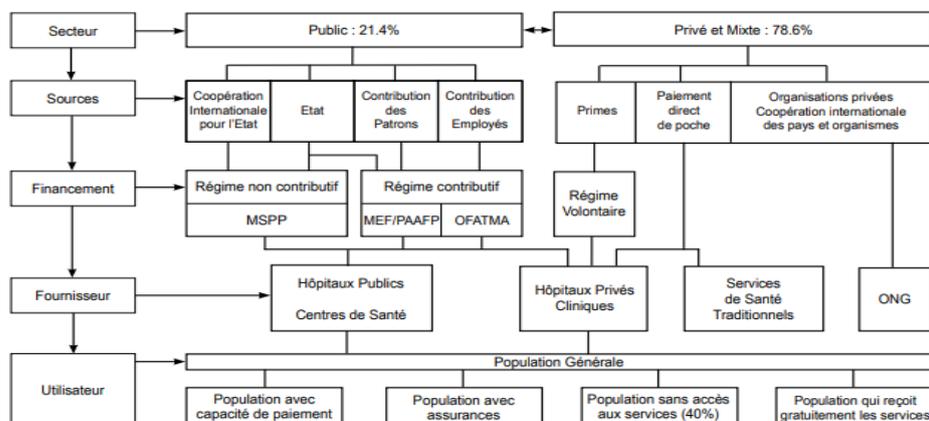


Figura 5 - Estrutura de financiamento do Sistema de Saúde do Haiti, em 2013

Fonte: MSPP, 2013.

Para entender o comportamento dos diferentes componentes do Sistema com base nos recursos de que dispõem, pode-se estimar o fluxo financeiro que circula no Setor, tendo em conta a origem dos fundos, o tipo de entidade que os gere e os destinos dos fundos (ARCE, 2012). As principais fontes de doações para Haiti são a União Europeia, USAID, Japão, Cooperação Francesa e Espanhola e outros países, além do sistema das Nações Unidas. O Departamento de Administração e Finanças é responsável pela preparação do orçamento e relatórios periódicos de despesas (OPAS, 2000).

Por isso, é importante descrever os sistemas que são custeados por recursos privados, provenientes da renda das famílias e das empresas. Ugá, Porto e Piola (2014) defendem que as famílias gastam em aquisição de seguros e planos privados em saúde, na compra de bens e serviços de saúde através do gasto direto (out-of-pocket); os autores assinalam as características inerentes aos planos privados de saúde. A eficiência é uma meta essencial que deve orientar a tomada de decisão, no sentido de contribuir para a melhor alocação dos recursos disponíveis na área da saúde, especialmente daqueles mais escassos. O atributo da eficiência, tomado em consideração, auxilia os gestores a observarem o real impacto das doenças na sociedade, não

somente do ponto de vista biológico, mas também das consequências econômicas para toda sociedade provenientes destas doenças. (BAHIA, 2016).

Por outro lado, para garantir a eficiência na utilização dos recursos financeiros e promover a equidade do cuidado em saúde dos indivíduos e coletividades, faz-se importante investir na capacidade de gestão dos sistemas (FERREIRA ET AL, 2016). Entretanto, é importante ressaltar que o simples incremento de dinheiro na tentativa de solucionar os inúmeros problemas do sistema de saúde não é suficiente para resolvê-los (ROCHA, 2010).

O gasto público direcionado para ações extra setoriais tem enormes repercussões na vida das pessoas e, conseqüentemente, na sua saúde. Intervenções na economia de maneira a diminuir o desemprego e tornar o trabalho mais seguro, tanto do ponto de vista ocupacional quanto social podem trazer até mais benefícios para a saúde dos indivíduos do que o investimento em serviços de saúde, mas não suprem todas as necessidades (BAHIA et al., 2016). Faz-se pensar na importância e disponibilidade de recursos em saúde, mas também na gestão destes.

No Haiti, os gastos com HIV/AIDS representavam o dobro do orçamento público total dedicado à saúde, no ano 2010 (Plano Estratégico de Saúde Provisório, MSPP 2010). Isto significa que o investimento na promoção da saúde e prevenção da HIV/AIDS foram extremamente necessários pois, além dos benefícios diretos na saúde desse grupo populacional afetado pela doença, a diminuição dos gastos liberaria recursos para outras áreas também prioritárias.

O sistema de financiamento da saúde no Haiti passou por profundas mudanças nas últimas duas décadas. Dados do Banco Mundial demonstram que, nos anos 1995, as famílias eram as principais financiadoras do sistema de saúde por meio de gastos diretos (46% das despesas totais em saúde), seguidos pelo governo (41%) e, depois, pelas ONG (14%). O financiamento público para assistência à saúde diminuiu acentuadamente no Haiti, enquanto o financiamento externo aumentou. Entre 1995 e 2014, os gastos com saúde pública, como parcela do gasto total com saúde, caíram pela metade, de 41% para 21%. A participação das ONG começou a aumentar, em 2004, após o golpe de Aristide, chegando a 35%, em 2006. O financiamento externo da saúde atingiu um nível recorde de cerca de 70% das despesas, em 2011, devido ao grande fluxo de assistência de emergência em resposta ao terremoto (BANCO MUNDIAL, 2017).

Ocorre que o PIB do Haiti subiu de USD\$ 2,813 bilhões, para USD\$ 14,79 bilhões, no mesmo período (1995-2014), o que não justifica a queda no financiamento próprio da saúde,

ainda mais porque a proporção das receitas líquidas estrangeiras é pequena na composição do PIB, ficando, em 2014, 0,7% do PIB (WORLD BANK, 2020).

Por outro lado, ao considerar os gastos que foram feitos, de 2010 até 2019, é relevante a diferença entre a despesa do governo e as ajudas externas (doações) no setor da saúde. No Gráfico 4, pode-se observar que os recursos externos contribuem em mais da metade das despesas, nesse período, comparados com outros setores. Dada a importância dos recursos injetados pela cooperação internacional no financiamento da saúde, a falta de coordenação do apoio financeiro leva à fragmentação do sistema haitiano. Vários programas na área do HIV/SIDA, entre outros, são concebidos e implementados de forma totalmente vertical com o objetivo de apresentar resultados imediatamente visíveis. Além do baixo desempenho, esse fato leva a um desequilíbrio no nível de programas e serviços sem suporte ou com menos suporte (MSPP, 2012). Esta situação, longe de fortalecer o sistema de saúde e oferecer soluções duradouras aos problemas de saúde da população, apenas enfraquece a liderança do MSPP.

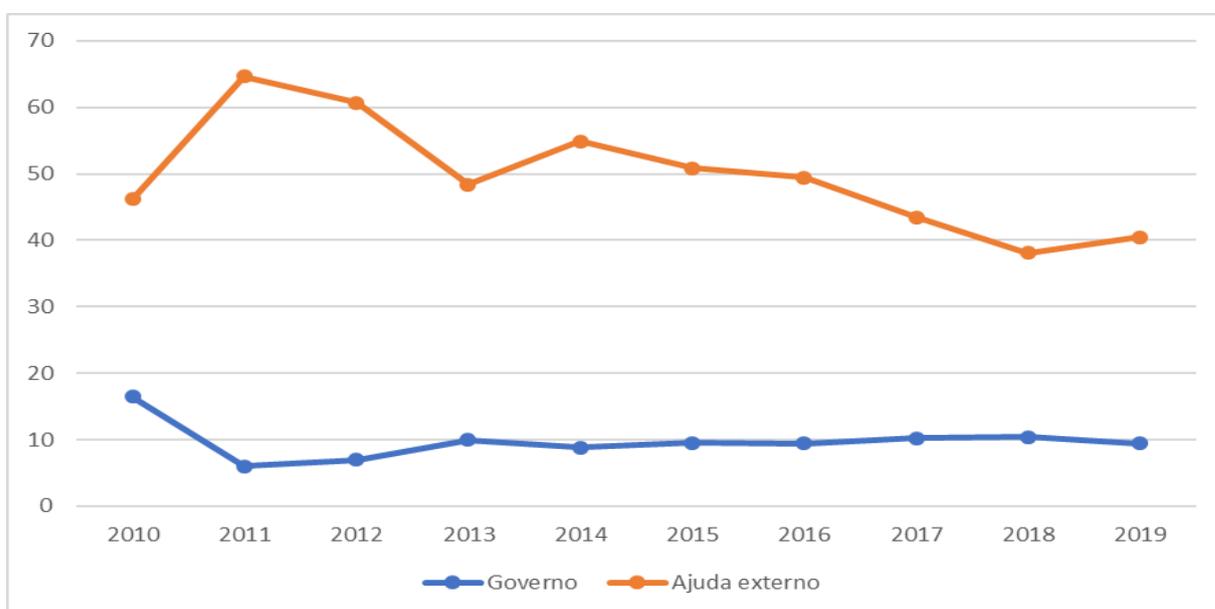


Gráfico 4 - Proporção do financiamento externo e despesas do Governo, na Saúde, no período 2010-2019

Fonte: adaptado nos dados de Global Health Expenditure (2022).

Da mesma forma, cabe destacar o alto nível de pagamentos diretos nos hospitais do país para a população haitiana resolver os problemas de saúde. O gasto privado no país representa 46% do gasto total com saúde: 42% correspondem aos gastos de desembolso direto e 4% a seguros privados, em 2016 (FENE et al, 2020). No Gráfico 4, encontra-se a comparação dos

dados de despesas do governo e gasto por desembolso direto da população. As despesas de saúde desembolsadas abrangem todos os tipos de despesas de saúde ocorridas no momento em que a família se beneficia do serviço de saúde. Normalmente, são honorários médicos, compras de medicamentos e contas hospitalares. As despesas com medicina alternativa e tradicional estão incluídas no cálculo das despesas diretas, mas não as despesas de transporte incorridas para receber assistência ou aquelas relacionadas à nutrição especial. É importante observar que qualquer reembolso feito pelo seguro deve ser deduzido da despesa desembolsada (OMS, 2005).

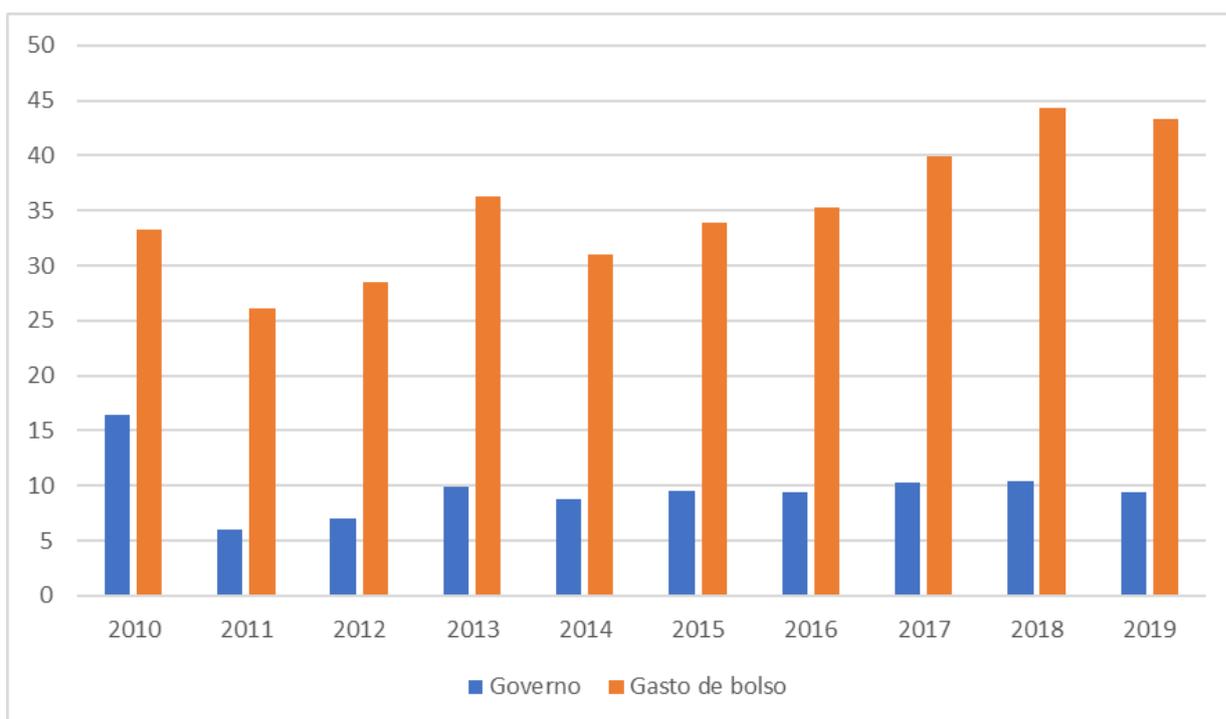


Gráfico 5: Despesas do Governo comparado ao desembolso direto da população de 2010-2019  
Fonte: adaptado dos dados de Global Health Expenditure da OMS (2022).

Fica muito claro, após se observar os Gráficos 4 e 5, que o aumento do financiamento externo faz diminuir o aporte interno do governo para a saúde. Fenômeno similar aconteceu no Brasil, com o aumento do aporte de financiamento que fez diminuir, proporcionalmente, o aporte federal (TELES; COELHO; FERREIRA, 2016). Nesse sentido, pode-se tentar fazer uma comparação do caso do Haiti com a Etiópia que apresentou uma situação similar no setor de financiamento em saúde. A história da Etiópia, na sua situação antes da reforma do financiamento da saúde, era apresentada com acesso físico e financeiro limitado a cuidados de saúde, falta de orçamento operacional nos centros de saúde, falta de medicamentos essenciais,

má distribuição de fundos, centralização de decisões, sustentabilidade - perspectiva desoladora, desigualdade em saúde, e falta de mecanismos de proteção sistemáticos para os pobres (ESKINDER ESHETUALI, 2014).

Diante dessa situação, na Etiópia, foi implementado um amplo conjunto de reformas simultaneamente: reforma do financiamento dos cuidados de saúde para complementar outras reformas/iniciativas. No entanto, essa reforma exige recursos financeiros adequados para custear os serviços de saúde necessários, exigindo compromisso fiscal do governo e um papel significativo da agência de seguro de saúde no estabelecimento de mecanismos de agrupamento e redistribuição que garantam proteção financeira e subsídio equitativo de cobertura para a população que em última análise, abre caminho para cobertura universal em saúde (HALLALO, 2018). Depois, foi visto uma melhoria significativa registrada na situação de saúde (em um nível muito baixo de despesas *per capita*).

Da mesma forma, segundo o Banco Mundial, em 2017, o Haiti tem recursos suficientes para financiar um pacote de serviços básicos de saúde, mas com uma reforma de todas as fontes de financiamento (públicas, privadas e externas) que precisam ser reunidas e usadas de forma eficiente para esse fim. Considerando esses aspectos, o fato dessa proposta vir do capital financeiro exige que se investigue melhor as repercussões possíveis dessas mudanças e qual a estrutura de poder na sociedade haitiana.

#### 5.4. Coerência entre propósitos, métodos de governo e a organização estrutural do Sistema de Saúde do Haiti

Conforme exposto anteriormente, o sistema de saúde apresenta-se com uma oferta de serviços de saúde fragmentada. Além disso, foi notada a contribuição importante de atores externos no sistema. A análise e configuração dos componentes do sistema de saúde como: cobertura, força de trabalho, rede de serviços, insumos, tecnologia e conhecimento, organização e financiamento, contribuem para a compreensão de um sistema de saúde que responda às necessidades de saúde da população. Por isso, a saúde é entendida como uma construção social e um meio para o desenvolvimento social das populações. Tal conceituação vem se ampliando nos últimos anos em acordo as abordagens sistêmica e holística, o que contribui para a construção de sociedades mais justas e equitativas. (TORRES, 2011; PICAZZO; GUTIÉRREZ; INFANTE, 2011).

Por conseguinte, quando se pensa nas relações de força entre os diferentes atores de um sistema, elas articulam os elementos do postulado de coerência de Testa (1989a). Segundo tal

postulado, citado pelos autores Vilasbôas e Paim (2008), os propósitos, métodos e organização numa instituição devem ser coerentes. Existem relações de determinação e condicionamento que mantêm os três elementos do postulado, que, depois, seriam marcados pela história, pelo papel do Estado e pela teoria. Como foi apresentado no transcurso da análise, o Haiti é um país que tem dificuldade para evoluir, sobretudo no setor da saúde. Em contextos de desenvolvimento econômico, constata-se traços imperialistas nas ações organizacionais do sistema de saúde.

O propósito do governo haitiano está explicitado no PNS 2012-2022. E os métodos utilizados se referem mais às estratégias propostas para enfrentar os problemas que são colocados na forma de objetivos de governo (objetivos das políticas/PNS). Desse modo, foi possível observar que o objetivo geral consistia na redução da morbi-mortalidade e o primeiro objetivo secundário em assegurar a cobertura sanitária total a um sistema adequado, eficiente, acessível e universal. Foi visto que houve uma pequena melhora em alguns indicadores. Cabe observar que no PNS de 2021-2031, antecipado em função da pandemia de COVID-19, e fora da análise documental aqui empreendida, esse último objetivo se apresenta como propósito geral, porém enunciado da seguinte maneira: “garantir o acesso universal à saúde e serviços de saúde”. O que torna pertinente avaliar alguns aspectos em termos das mudanças observadas em relação ao plano anterior que possam indicar alterações das diretivas do setor e mais especificamente na nova conjuntura política e social.

Testa (1989a) explica que a relação entre os propósitos, os métodos para obtê-los, a organização das instituições que são responsáveis por realizá-los, que cada uma dessas condições expressa a existência de atores que se opõem entre si de acordo com o poder que cada um tem. Geralmente, essas ações ocorrem em instituições que orientam a definição da estratégia, ou seja, a forma de implementação de uma política, que por sua vez é uma proposta sobre a distribuição de poder, que é a categoria central da abordagem do planejamento estratégico. No caso do Haiti, não estamos diante da existência de atores que se opõem, mas de participação-contribuições importantes.

Assim, no Haiti, os diferentes atores sociais e políticos têm reforçado a sua participação nas diferentes decisões e organização. Foi realizado um levantamento de participação/contribuição nos documentos oficiais do país, principalmente os que foram utilizados para o desenvolvimento dessa pesquisa. No Quadro 5, foram mapeados, pela análise estratégica, a identificação dos participantes na elaboração dos documentos de planejamento.

Essa foi a maneira encontrada para a realização de uma primeira medida da correlação de forças existentes no sistema.

Quadro 5 - Participantes na elaboração dos documentos de planejamento

<b>Documentos</b>	<b>Ano</b>	<b>Atores participantes</b>
Loi organique.	2005	MSPP
Politique nationale de promotion de la santé	2009	MSPP
Rapport de la carte sanitaire du pays	2011	MSPP
Plan stratégique de développement d'Haïti- Pays émergent en 2030	2012	Ministère de la Planification et de la Coopération externe
Politique nationale de santé	2012	MSPP
Plan Directeur de Santé 2012-2022.	2013	MSPP
Évaluation des Prestations des Services de soins de Santé (EPSS) 2017-2018	2018	MSPP, USAID, Banque Mondiale, Institut haïtien de l'enfance.
Situation économique et financière d'haïti et perspectives	2018	Ministere de l'économie et des finances (MEF)
Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI) 2016-2017	2018	MSPP, USAID, UNICEF, Gouvernement du Canada À TRAVERS DU MAECD, (IHSI), UNFPA), LNSP)
Cartographie des agents de santé Communautaire Polyvalents (ASCP)	2019	MSPP, USAID, MSH

Fonte: elaboração própria.

O Quadro 7 mostra alguns elementos conceituais e uma série de relações identificadas entre os atores que participam da rede de saúde. Como era de se esperar, o ator presente em 8 dos 10 documentos analisados foi o MSPP, e outros, como Ministère de l'économie et des finances e le Ministère de la Planification et de la Coopération externe. Nesse último caso, trata-se de um documento intersetorial.

Com relação aos atores externos relevantes para a saúde sobressai-se a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento (USAID). A USAID foi criada, em 1961, por John

Kennedy, no contexto de condicionamento do uso do planejamento para a concessão de ajuda financeira aos países pobres e em desenvolvimento. Mais recentemente, entretanto, a USAID tem sofrido críticas que a colocam como um agente do governo americano para a desestabilização de países onde está inserida, como o Peru, onde foi acusada de apoiar financeiramente um programa de esterilização forçada, durante o governo de Alberto Fujimori (REIS, 2022).

Nesse contexto é que têm sido elaborados os planos de saúde, com pouca ou nenhuma participação de profissionais de saúde e população-cidadão. As associações mais conhecidas são a Associação Médica Haitiana (AMH), a Associação de Saúde Pública do Haiti (ASPHA) e a Associação de Hospitais Privados (AHPH). Esta sociedade civil multidimensional que tem de apoiar o governo na implementação dos sistemas de proteção social. É preocupante observar que em todo o processo que levou à Política Nacional de Saúde (PNS), em 2012, associações como a AMH, ASPHA, Associação Nacional dos Enfermeiros Licenciados (ANILH) e AHPH não estiveram envolvidas (LAROCHE, 2012).

Desse modo, é possível afirmar a falta de coerência entre propósitos, métodos de governo e a organização estrutural do Sistema de Saúde do Haiti.

## **6- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conforme exposto anteriormente, o objetivo geral desta pesquisa consistiu em analisar a organização do sistema de saúde do Haiti, no período 2010-2020, baseando-se no Postulado de coerência de Testa. Como objetivos específicos, buscou-se analisar o Sistema de Saúde do Haiti, com relação à cobertura sanitária, a força de trabalho, a rede de serviços (com enfoque na medicina tradicional), os insumos, a tecnologia e conhecimento, as organizações e o financiamento.

Nesse sentido, a partir da nossa problemática de pesquisa podemos dizer que a situação de saúde da população haitiana teve pequena melhora em alguns indicadores, mas permanece preocupante quando se observa o comportamento de taxas sensíveis às condições de saúde, como a mortalidade infantil por menores de cinco (5) anos que foi, (88/1.000), no ano 2015 e de (81/1.000) nascidos em 2017. Ou seja, houve uma redução, mas que se mantém ainda abaixo da medida promovida pela OMS. Mais preocupante ainda é a Taxa de Mortalidade Materna, que está bem relacionada com a qualidade dos serviços de saúde. Se observou aumento de 523/100.000 nascidos vivos, em 2000, para 630/100.000, em 2006, e 732 por 100.000 nascidos vivos, para o ano de 2017. (HAITI, 2021).

Com relação aos problemas de gestão e organização encontrou-se uma oferta de saúde inacessível e de baixa qualidade, além dos planos e projetos pensados não contribuírem suficientemente para a melhoria do acesso à saúde dos haitianos. Observamos que em relação aos indicadores de saúde e à disponibilidade de serviços básicos, poucas instituições oferecem todos os serviços básicos. Apenas 37% dos hospitais e 34% dos centros de saúde sem leitos oferecem todos os serviços básicos. Dos serviços oferecidos pelo sistema de saúde no Haiti, o manejo de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) constitui a maior oferta, mas ao olhar as principais causas de morbidade pelo ano 2019, as doenças isquêmicas do coração e doenças cardiovasculares despontam como primeira causa. Isto evidencia que os serviços básicos não foram adaptados a essa transição epidemiológica que está acontecendo no país. O difícil acesso aos serviços de natureza hospitalar faz com que grande parte da população considere a medicina tradicional como sua primeira alternativa em termos de acesso aos cuidados. Porém, esse subsetor de práticas não encontra expressão administrativa coerente com sua real importância.

O sistema de saúde do Haiti promove uma assistência universal à saúde nos documentos oficiais (Constituição) com uma modalidade de proteção social do tipo seguridade social. Entretanto, é composto por um subsistema público e outro privado, centralizado no MSPP e com estrutura mais de projeto do que sistêmica. Além do mais, existe pouca articulação com setores econômicos, exceto para a captação de recursos econômicos externos na forma de doação por meio de agências internacionais, especialmente dos Estados Unidos. Faz-se necessário instituir um modelo que atue na determinação social da saúde, ou seja, que leve em conta a situação do país, já que grande parte da população está desempregada (a taxa de desemprego é superior a 65% da força de trabalho) e isso influi na capacidade dos haitianos de pagar para receber atenção de saúde.

Por outro lado, constatamos que atualmente, o país enfrenta uma quantidade insuficiente de profissionais de saúde treinados, de modo que o fortalecimento da atenção primária se revela importante. De modo geral, temos que considerar também que a situação contínua de instabilidade política do país provoca a migração de muitos profissionais qualificados. Ou seja, faz-se necessário programas estratégicos que estimulem a permanência dos profissionais de saúde e atraiam de volta os que se evadiram em busca de melhores condições de trabalho é fundamental para a superação da dependência de organismos externos.

O país continua em uma situação de crise desde há mais de uma década, que vem piorando a economia. Assim, o Haiti está por converter-se cada vez mais dependente dos recursos externos (financiamento internacionais). Ao analisar o financiamento do sistema de

saúde haitiano, foi visto que nesta última década de 2010-2019, os recursos externos contribuíram em mais da metade das despesas, nesse período, comparados com outros setores. Além disso, o gasto por desembolso direto da população constitui a maior proporção que o gasto do governo. Tudo isso influi nas tomadas de decisões e nas prioridades do setor. A colaboração efetiva entre todos os atores pode aportar uma mudança enorme.

A partir desta análise, entendemos que os sistemas de saúde devem ser compreendidos como redes de produção de saúde e, nessa perspectiva, devem integrar os atores que podem fazer parte dela. Além disso, o contexto político, econômico e cultural constitui incentivos para que essa rede se desenvolva. Compromissos e metas claras, além de viáveis e factíveis, são necessários para alcançar uma boa produção de saúde. Este estudo contribui para uma melhor compreensão da estrutura e desempenho do sistema de saúde haitiana, a partir da visão oficial oferecida pelos documentos, mas também da perspectiva crítica que autores que vêm estudando o mesmo objeto e a análise aqui empreendida foram capazes de oferecer. No entanto, estudos que se debruçam sobre a implementação das políticas e que delineiam melhor as relações de forças que podem melhor identificar as condições concretas de transformação da saúde são necessários. Em poucas palavras, prestar serviços eficientes, equitativos e de boa qualidade, e permitir que a população tenha acesso a eles, constituem elementos chaves no funcionamento de um sistema de saúde, para tal, prover a participação ativa das forças trabalhadoras e populares é condição incontornável que passa pela real democratização do país.

## REFERÊNCIAS

AIC. Alternative Insurance Company. La Place des Assurances Privées dans le Financement de la Santé, 28 avril 2015. Disponível em: <https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/04/Contribution-de-l---assurance-priv--e-dans-le-financement-de-la-sant---en-Ha--ti-r--le-groupes-cibles-et-poids.pdf>. Acesso em: 23 junho 2022.

ÁLVAREZ CASTAÑO, L. S. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Rev. Gerenc. Polit. Salud, v. 8, n. 17, 69-79, 2009.

ALONSO DOMINGUEZ, E.; ZACEA, E. Sistema de salud de Cuba. Salud pública Méx, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, p. s168-s176, 2011.

ARCE HUGO E. Organización y financiamiento del sistema de salud en Argentina. Medicina (Buenos Aires), v. 72, p. 414-418, 2012

COELHO, T. C. B. Magnitude dos gastos em saúde, evolução e impacto social. In: COELHO, Bahia, T. C. B.; TELES, A. S.; FERREIRA, M. P. F. (org). Financiamento do SUS: abrindo a caixa-preta. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016. p. 15-29.

COELHO, T. C. B; Scatena, J. Financiamento do SUS. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de À. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p.271-286.

BANCO MUNDIAL. Indicadores de Desarrollo Mundial. Washington DC: Banque Mondiale, 2018 citado setembro 9, 2018. Disponível em: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT?locations=HT>

AYIBOPOST, Le gros danger des mauvais médicaments importés en Haïti, Avril 2021. Disponível em: <https://ayibopost.com/le-gros-danger-des-mauvais-medicaments-importes-en-haiti/>

BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

BBC News Mundo, Terremoto no Haiti: 'Estamos abandonados, e o povo está desesperado por comida, por alguma ajuda' - BBC News Brasil.19 agosto 2021

BELASCO AGS, Fonseca CD. Coronavírus 2020. Rev Bras Enferm, v.73, n.2, 2014

BEL Rolando (2013). Rebelión, igualdad e independência. El proceso de Independencia Haitiana (1789/ 1820). XIV Jornadas Interescuelas/Departamentos de História. Departamento de Historia de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.

BELT, J. A., Allien, N., Mackinnon, J., & Kashi, B. Cost benefit analysis of power sector reform in Haiti. Haiti Priorise. The ICER Chronicle. Ed.8 2017

BERMUDEZ, J.. “Acesso a insumos em saúde: desafios para o Terceiro Mundo”. Cadernos de Saúde Pública, vol. 23, no.4 abril de 2007, p. 744–45.

BERRAND, J., R. Santiso-Galvez, R., and V. Ward. 2015. Haïti: Les Accomplissements des 50 Dernières Années. Chapel Hill: Measure Evaluation. Available at: <http://www.cpc.unc.edu/measure/resources/publications/sr-15-118h-fr>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 4.279/2010; – ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS”, Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_coordenada\\_APS\\_construindo\\_redes\\_atencao\\_sus\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_coordenada_APS_construindo_redes_atencao_sus_2ed.pdf)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. CONASS 1a ed Brasília: CONASS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BUSSIÈRES JF, et al, État des lieux en pratique pharmaceutique à Haïti – mise en contexte d’un pharmacien – Annales de l’Unité de recherche en pratique pharmaceutique – partie V. 8 Oct 2015 p.1-19.

BUSSIÈRES, J. F., et al. Réorganisation de la pratique pharmaceutique en établissement de santé : le cas de l'Hôpital Saint-Michel de Jacmel en Haïti. *The Canadian journal of hospital pharmacy*, v.68, n.3, p.248–253, 2015.

CLERISMÉ C., *Medicina Tradicional Y Moderna En Haití*. Boletín De La Oficina Sanitaria Disponible em Panamericana Mayo 1985. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16938/v98n5p431.pdf?sequence=1>, visitado em 15 outubro 2021

CAMPEDELLI, M. C. — A Teoria de Sistemas aplicada à Saúde. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.72, n.2 ,p.109-116, 1978.

CAPELLA, Ac. *Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas*. Trabalho apresentado no GT “Políticas Públicas” no 29º Encontro Anual da Anpocs, Caxambu, em outubro de 2005.

CAZENEUVE, M e Nascimento, L. C. R. A Influência da situação linguística do Haiti no processo de aprendizagem das crianças. *Revista Digital de Políticas Linguísticas*. V.8, 2016.

COMFORT, L. K.; SICILIANO, M D.; OKADA, A. Risque, résilience et reconstruction: le tremblement de terre haïtien du 12 janvier 2010. *Télescope*, v. 16, n. 2, p. 37-58, 2010.

Cubillos, L. Documento Técnico de apoyo a la reforma de salud. *Evaluación de Tecnologías En Salud: Aplicaciones Y Recomendaciones En El Sistema De Seguridad Social En Salud Colombiano*,2013. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Evaluaci%C3%B3n%20de%20Tecnologías%20en%20salud.pdf>.

DEFO BK. Demographic, epidemiological, and health transitions: Are they relevant to population health patterns in Africa? *Glob Health Action.*; v.7, supl 1, 2014.

DEMES, J. A. E. et al. Analysis of implementation outcomes of quality improvement initiatives in Haiti: the fingerprint initiative. *Revista Panamericana de Salud Pública*. v. 45, 2021

DERIEL, E. *et al.* Success factors for implementing and sustaining a mature electronic medical record in a low-resource setting: a case study of iSanté in Haiti. *Health Policy and Planning*, v. 33, n. 2, p. 237–246, 2018.

DUCOS G. *L’industrie minière en Haïti Enjeux et réalités*. Concertation pour Haïti, 2016 Disponible em: [https://www.ieim.uqam.ca/IMG/pdf/cph.\\_1\\_industrie\\_minie\\_re\\_en\\_hai\\_ti.\\_enjeux\\_et\\_re\\_alite\\_s.\\_final\\_de\\_c\\_2015.pdf](https://www.ieim.uqam.ca/IMG/pdf/cph._1_industrie_minie_re_en_hai_ti._enjeux_et_re_alite_s._final_de_c_2015.pdf)

SCOREL, S. História das Políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária. In GIOVANELLA, L; LOBATO, L; NORONHA, J; CARVALHO, A (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2ª Edição revista e ampliada. Fiocruz, 2012.

ESKINDER E., Health Care Financing in Ethiopia: Implications on Access to Essential Medicines , Value in Health Regional Issues, V.4, Pages 37-40, Sept 2014.

ESTADOS UNIDOS. Central Intelligence Agency e World Factbook. Haiti. 2017. Disponível em: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ha.html>>. Acesso em: 14 jan.2017.

FENE, F.; et al Sistema de salud de Haití. Salud Pública de México, v. 62, n. 3, may-jun, p. 298-305, 2020.

FERREIRA, M; Teles, A; Bahia. Equilíbrio entre eficiência e equidade na distribuição de recursos financeiros da saúde. UEFS Editora, p.43-58, 2016.

FIGUEIREDO, E. O Haiti: História, literatura, cultura. Revista Brasileira do Caribe, 2014. Disponível em: <http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rbrascaribe/article/view/7567>. Acesso em: 19 jun. 2022.

FRANCO, et al, Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 7, 2021

FREIRE, Vinicius Torres. Como se faz um Haiti? Folha de S.Paulo, v.89, n.29509, 17 jan.2010. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/dinheiro/G1701201008.htm>>. Acesso em 16 jan.2022

FREITAS, H. JANISSEK-MUNIZ, R.; MOSCAROLA, J. Dinâmica do processo de coleta e análise de dados via web. p. 13, [s.d.].

FREITAS, Carlos Machado de et al. Vulnerabilidade socioambiental, redução de riscos de desastres e construção da resiliência: lições do terremoto no Haiti e das chuvas fortes na Região Serrana, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2012, v. 17, n. 6, p. 1577-1586.

GAGE, A. D. et al. Assessing the quality of primary care in Haiti. Bulletin of the World Health Organization, v. 95, n. 3, p. 182–190, 1 mar. 2017.

GIBBONS, E.; GARFIELD, R. The impact of economic sanctions on health and human rights in Haiti, 1991-1994. American Journal of Public Health, v. 89, n. 10, p. 1499–1504, out. 1999.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas da pesquisa social. São Paulo: Atlas, 6° ed., 2008.

GIMENEZ C., et al . Gastos empobrecedores de salud: un desafío para la cobertura universal de salud en el Paraguay. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción), Asunción , v. 52, n. 1, p. 33-42, Apr. 2019 .

GIOVANELLA, Ligia et al . Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Ciência coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1763-1776, jun. 2018.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. RAE - Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GOLINDER, E. Una Agresión Permanente: El Golpe Suave en América Latina (Parte 1). Disponível em: [https://actualidad.rt.com/opinion/eva\\_golinger/view/143043-agresion-permanente-golpe-suave-america-latina](https://actualidad.rt.com/opinion/eva_golinger/view/143043-agresion-permanente-golpe-suave-america-latina)

GOMES L. B., Bolze A. et al, As Origens do Pensamento Sistêmico: Das Partes para o Todo. Pensando Famílias, v.18, n.2, p.3-16 dez. 2014

GÓMEZ M. S., Estefanía A. et al. Sistemas de salud. Modelos, Elsevier España, capítulo 57. 2013.

GUERRERO P. et al. Tecnología, tecnología médica y tecnología de la salud: algunas consideraciones básicas. ACIMED, Ciudad de La Habana , v. 12, n. 4, p. 1, agosto 2004 .

HALLALO, H. A. Achieving Universal Health Coverage through Health Financing Reform: Ethiopian Showcase. Health Economics & Outcome Research: Open Access, v. 04, n. 01, 2018.

HAÏTI, La constitution de la république d'Haïti, 1987. Disponível em: [http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_hti\\_const.pdf](http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_hti_const.pdf)

HAÏTI Government. Plan Stratégique de Développement d'Haïti- Pays émergent en 2030. Port-au-Prince (Haïti):Haiti Government; 2012

HASSANI, K.; EL MOUSSALI, M. N. Les modèles d'évaluation des performances d'un système de santé : application au cas Marocain. Revue Internationale des Sciences de Gestion, , v. 3, n. 1, 2020.

Herrera S, Ochoa-Orozco SA, González IJ, Peinado L, Quinones ML, Arevalo-Herrera M. Prospects for malaria elimination in Mesoamerica and Hispaniola. PLoS Negl Trop Dis. 2015; 9(5): e0003700

INSTITUT HAÏTIEN DE L'Enfance (IHE); DHS PROGRAMME 2018. Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016-2017) Haïti. Disponível em: <<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR326/FR326.pdf>>. Acesso em: 14 jan.2022.

HAÏTI. Disponível em: <<https://www.healthdata.org/haiti>>. Acesso em: 19 jun. 2022.

Haïti, Santé: L'Association des Pharmaciens Haïtiens se renforce | Loop Haiti. Disponível em: <<https://haiti.loopnews.com/content/haiti-sante-lassociation-des-pharmaciens-haitiens-se-renforce>>. Acesso em: 19 jun. 2022.

ITAGYBA, Renata. A promoção da saúde no Haiti por meio de organizações humanitárias, 2017. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo,2019.

JACQUES, Nadège. Equidade de gênero nos serviços de saúde no Haiti. Tese (Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Porto Alegre. BR. RS, 2015

JUIN, S. et al. Strengthening National Disease Surveillance and Response—Haiti, 2010–2015. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, v. 97, n. 4 p. 12–20, 18 out. 2017.

LAMAUTE-B. N. Systèmes de protection sociale en Amérique Latine et dans les Caraïbes: Haïti. janvier 2013. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/4074>

LAROCHE, R. V. Financement du système de santé en Haïti. dez. 2012.

LESSA, F. et al. Strengthening and implementing health technology assessment and the decision-making process in the Region of the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, p. 1–10, 2017.

Le Nouvelliste | 3 354 médecins pour desservir plus de 10 millions d’habitants. Disponível em: <<https://lenouvelliste.com/article/196624/3-354-medecins-pour-desservir-plus-de-10-millions-dhabitants>>. Acesso em: 19 jun. 2022.

LALIME T. La médecine traditionnelle : un facteur de développement économique. Disponível em: <<https://lenouvelliste.com/article/216269/la-medecine-traditionnelle-un-facteur-de-developpement-economique>>. Acesso em: 25 janeiro 2021

LAROCHE, R. V. Financement du système de santé en Haïti. *Santé publique*, v. 1, n. 3, p. 5, 2012.

LOBATO, L. de V.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et. al (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 89-120.

MARILISE N. R. et DEJEAN L., Médecine familiale, point de jonction pour l’intégration de la médecine traditionnelle et de la médecine conventionnelle ; *Haïti Perspectives*, v.1 n.3 Décembre 2012.

MARISCAL-C. et al. Análisis del sistema de salud mexicano y su comparación con Costa Rica, Paraguay, Canadá, Gran Bretaña y Alemania. *Salud Jalisco*, v. 3, n. 3, p. 133–142, 7 fev. 2018.

MONTENEGRO, M. et al. Modelos para el análisis de políticas públicas en salud reportados en publicaciones científicas. *Gaceta Sanitaria*, v. 35, n. 3, p. 270–281, jun. 2021.

MINAYO, M. C. DE S. Ciência, técnica e arte: O desafio da Pesquisa Social. In: *Pesquisa Social: Teoria método e criatividade*. 19. ed. Petrópolis: Editora Vozes, p. 9–30, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013

MIYAGI, P. E. *Controle programável: fundamentos do controle de sistemas a eventos discretos*. 3.ed. São Paulo: Edgard Blucher, 2007.

MOULIN, A.-M. Choléra, Haïti 2010-2018 Histoire d’un désastre (Renaud Piarroux). *médecine/sciences*, v. 35, n. 10, p. 804–805, 1 out. 2019.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION (MSPP). *Politique nationale de promotion de la santé*. 2009. Puerto Príncipe: MSPP, 2009. Disponible en: <http://mspp.gouv.ht>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION. *Plan directeur de santé 2012-2022*. Puerto Príncipe: MSPP, 2013 [citado julio 10, 2019]. Disponible en: [mspp.gouv.ht](http://mspp.gouv.ht)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION. *Normes Et Procédures De La Direction De La Pharmacie, Du Médicament Et De La Médecine Traditionnelle*. Juillet

2008

Disponible

en:

<https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Normes%20et%20Procédures%20de%20la%20DPMMT.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION (MSSP). Cartographie des agents de santé Communautaire Polyvalents (ASCP)2019 Disponible en: [https://d2s5011zf9ka1j.cloudfront.net/sites/default/files/2020-11/HTI\\_ASCP\\_Cartographie\\_20201105.pdf](https://d2s5011zf9ka1j.cloudfront.net/sites/default/files/2020-11/HTI_ASCP_Cartographie_20201105.pdf)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION (MSSP). Rapport De La Carte Sanitaire Du Pays. Puerto Príncipe: MSPP, 2011. Disponible en: [mspp.gouv.ht](https://mspp.gouv.ht)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION (MSPP), Évaluation des Prestations des Services de soins de Santé (EPSS) 2017-2018 Rapport des Indicateurs Clés Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), Haïti October 2018

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION (MSPP). Loi organique. Puerto Príncipe: MSPP, 2005 Acesso junho 05, 2021. Disponible en: [https://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Loi\\_Organique.pdf](https://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Loi_Organique.pdf)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION, MSPP, Evaluation et cadre stratégique de développement des ressources humaines pharmaceutiques en Haïti. Avril 2013 Disponivel em: <https://fdocuments.net/document/evaluation-des-ressources-humaines-pharmaceutiques-en-hati-evaluation-et-cadre.html>

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES. Puerto Príncipe: MEF, 2018. Disponible en <https://www.mef.gouv.ht/upload/doc/situation-economique-financiere-haiti-17-18.pdf>

MOLINA, R. et al. Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 8, n. 1–2, p. 71–83, ago. 2000.

MONTAS, Lys. La santé en Haïti: encore un défi. Haïti Perspectives, vol. 1 no 3

MORALES, C.; FITZGERALD, J. Experiences and lessons from Cuba on the road to Universal Health in the Americas. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 42, p. e63, 3 maio 2018.

MORALES O., R. et al. Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. Revista Panamericana de Salud Pública, p. 1–8, 2018.

NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde. Revista de Administração Pública, v. 17, n. 3, p. 61 a 70–61 70, 5 set. 1983.

NORONHA, J. C. DE. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. Cadernos de Saúde Pública, v. 29, p. 847–849, maio 2013.

DAMUS, O. Le rôle des matrones dans la gestion et l'utilisation durable de la biodiversité en Haïti. Matrimonialisation et sauvegarde de leur métier. Études caribéennes, n. 45–46, 15 ago. 2020.

OMOTE, S.; PRADO, P. S; CARRARA, K. Versão eletrônica de questionário e o controle de erros de resposta. Estudos de Psicologia (Natal), v. 10, n. 3, p. 397–405, dez. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ¿Qué es un sistema de salud? Ginebra: OMS, 2005. Consultado maio 2021, de: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. [s.l.] 2002. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/67314>>

OMS, SAVIGNY, D. DE et al. Pour une approche systématique du renforcement des systèmes de santé. Organisation mondiale de la Santé, 2009. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44252>>. Acesso em: 19 jun. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; AUSTRALIA, G. OF S. Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. [s.l.] Organización Mundial de la Salud, 2010. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44391>>. Acesso em: 19 jun. 2022.

OPS, LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD. Capítulo 4. p. 92, 2007.

OPS, "Implementing decentralization and financing strategies while protecting the poor". Organización Panamericana de la Salud. Washington. 1999. Disponível em: [www.paho.org/English/HDP/HDD/policygreeneonline.pdf](http://www.paho.org/English/HDP/HDD/policygreeneonline.pdf).

OPS, Haiti Profile Of The Health Services System, July 2003 Disponível em: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health\\_System\\_Profile-Haiti\\_2003.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health_System_Profile-Haiti_2003.pdf)

ROCHA, R. P. A. O. Análise de gestão, equidade e eficiência no sistema de saúde português. 16 jul. 2011.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 587-603

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et. al (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 459-491.

PESSOA, L. R.; KASTRUP, E.; LINGER, P. A translação do conhecimento no âmbito da cooperação internacional: a experiência da Fiocruz em incorporação de tecnologias em saúde no Haiti. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 23, n. 2, p. 509-522, jun. 2016.

PINTO, I. C. de M.; TEIXEIRA, C. F. SOLLA, J. J. P.; REIS, A. A. C. dos. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p. 231-244

PIZZI, O. H. L. Evaluación y dinámica de las prestaciones odontológicas en el Instituto Provincial de Odontología “Dr. Daniel Ferrero”. Tese (Mestrado) Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, p. 38, 2011

PLANCHER, Indy. 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.

PUTTKAMMER, N. et al. An assessment of data quality in a multi-site electronic medical record system in Haiti. *International Journal of Medical Informatics*, v. 86, p. 104–116, fev. 2016.

REIS, G. T. de S.; ALMEIDA, A. C. . M. F. de . A violência de gênero como estratégia de poder: as esterilizações forçadas contra mulheres indígenas no Peru . *Revista Extraprensa*, [S. l.], v. 15, n. Especial, p. 566-582, 2022. DOI: 10.11606/extraprensa2022.194413. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/extraprensa/article/view/194413>. Acesso em: 14 ago. 2022.

SILVA, J.; DALMASO, A. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Brasil* v.6 n.10, 1 fev. 2002.

SANTOS, S. A. Tecnologias em saúde: da abordagem teórica à construção e aplicação no cenário do cuidado [livro eletrônico] Fortaleza: EdUECE, 2016.

SCHEFFER, M. et al., *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. Disponível em: [https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020\\_9DEZ.pdf](https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf)

SCHNEIDER, P et al, *Rwanda national health accounts 1998*. Technical Report n. 53. Bethesda, MA: PHRplus: Abt Associates, 2000.

SHEIMAN, I.; SHISHKIN, S.; SHEVSKY, V. The evolving Semashko model of primary health care: the case of the Russian Federation. *Risk Management and Healthcare Policy*, v. 11, p. 209–220, 2 nov. 2018.

SOUSA, I. M. C., TESSER, C. D. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, 23 jan. 2017.

SOARES, A. L.; SILVA, E. B. DA. A revolução do Haiti: um estudo de caso (1791-1804). *Ameríndia - História, cultura e outros combates.*, v. 1, n. 1, p. 08–08, 1 set. 2006.

SOUZA, L.E. P. F. de; BAHIA, L. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infraestrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: PAIM, J. S; ALMEIDA-FILHO, N. de. *Saúde Coletiva: teoria e prática*, Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p.203-209.

STENBERG, Karin et al, *Costs and benefits of providing skilled care before and during birth in Haiti* , *Haiti Priorise*, Copenhagen Consensus Center, 2017. Disponível em: [https://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/haiti\\_priorise\\_maternal\\_health\\_-\\_stenberg.pdf](https://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/haiti_priorise_maternal_health_-_stenberg.pdf)

TAMAKI, E. M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 839–849, abr. 2012.

TESTA, M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud. *Cuadernos Médico Sociales* n. 38, Rosario, Argentina, 1986.

TENG, J. E. et al. Using Mobile Health (mHealth) and Geospatial Mapping Technology in a Mass Campaign for Reactive Oral Cholera Vaccination in Rural Haiti. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, v. 8, n. 7, p. e3050, 31 jul. 2014.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, p. S190–S198, 2004.

USAID, Haïti Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030, Décembre 2017 Disponible en : <https://www.hfgproject.org/haïti-plan-strategique-de-developpement-des-ressources-humaines-pour-la-sante-2030/>

USAID. Financing Family Planning Haiti: One of the highest rates of unmet need for family planning in the world, *Health Policy Plus*, October 2016.

Vasconcellos, M. J. E. *Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência* (9ª ed.). Campinas: Papirus, 2010.

VEGA ROMERO, R.; TORRES TOVAR, M. El papel de la Sociedad Civil en la construcción de sistemas de salud equitativos. *Revista Cubana de Salud Pública*, v. 37, n. 2, p. 0–0, jun. 2011.

VIACAVA F; ALMEIDA C; CAETANO R; FAUSTO M. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.9 n.3, p.711-724, 2004

VIANA, A. L. D. et al. Saúde, desenvolvimento e inovação tecnológica: nova perspectiva de abordagem e de investigação. *Lua Nova*, v. 83, p. 41-77, 2011

VIANA, AL; WARGAS, T. Análise de Políticas de Saúde. In GIOVANELLA, L; LOBATO, L; NORONHA, J; CARVALHO, A (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2ª Edição revista e ampliada. Fiocruz, 2012. P. 59-87

VILASBÔAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. 1239–1250, jun. 2008.

VONARX, N. Vodou et pluralisme médico-religieux en Haïti : du vodou dans tous les espaces de soins. *Anthropologie et Sociétés*, v. 32, n. 3, p. 213–231, 2008.

WORLD BANK GROUP. *Mieux dépenser pour mieux soigner : Un regard sur le financement de la santé en Haïti*. Washington, DC, 2017. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/29517/116682FR.pdf?sequence=11&isAllowed=y>

YIN, R. K. Estudos de caso : planejamento e métodos. Bookman, 2005.

ZANMI LASANTE; FRONTLINE HEALTH PROJECT. Évaluation de la performance des agents de santé communautaires en Haïti: principales conclusions d'une étude à méthodologie mixte. Reproductive Health, 31 jan. 2021, Disponível em: [https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=2384&context=departments\\_sbsr-rh](https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=2384&context=departments_sbsr-rh)