



**INSTITUTO LATINO-AMERICANA
DE CIÊNCIA DA VIDA E
DA NATUREZA (ILACVN)**

SAÚDE COLETIVA

**Impactos da ajuda humanitária durante emergências sanitárias nas políticas
públicas de saúde do Haiti: uma revisão de escopo**

MARIE CLAUDINE NOZIL

**Foz do Iguaçu
2026**



**INSTITUTO LATINO-AMERICANA
DE CIÊNCIA DA VIDA E
DA NATUREZA (ILACVN)**

SAÚDE COLETIVA

Impactos da ajuda humanitária durante emergências sanitárias nas políticas públicas de saúde do Haiti: uma revisão de escopo

MARIE CLAUDINE NOZIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da vida e da Natureza (ILACVN) da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva

Orientador: Dr Fernando Kenji Nampo

**Foz do Iguaçu
2026**

MARIE CLAUDINE NOZIL

Impactos da ajuda humanitária durante emergências sanitárias nas políticas públicas de saúde do Haiti: uma revisão de escopo

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da vida e da Natureza (ILACVN) da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Fernando Kenji Nampo
UNILA

Prof.^a Dr.^a Carmen Justina Gamarra
UNILA

Prof.^a Dr.^a Larissa Djanilda Parra da Luz
UNILA

Prof. Dr. Walfrido Kuhl Svoboda
UNILA

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

*Dedico este trabalho àqueles que são a razão da minha luta e o meu porto
seguro.*

*Ao meu querido filho, Kemy Nozil Morancy, ao meu camarada e esposo,
Samuel Morancy, cujo amor e parceria foram o meu maior sustento. Aos
meus amados pais, Isianie Tragelus e Jean Claude Nozil.*

Esta vitória é nossa

Agradecimentos

Ao olhar para trás e ver toda esta trajetória, sinto uma gratidão profunda por cada pessoa que segurou a minha mão, que ofereceu um sorriso ou que encheu meu coração de força para continuar.

Agradeço primeiramente ao meu marido, Samuel Morancy. Você esteve ao meu lado desde o começo, quando eu ainda carregava em meu ventre o nosso maior sonho. Cruzar todo esse caminho com o seu apoio foi o que tornou esta conquista possível. Obrigado por ser meu companheiro de vida e de lutas.

Dessa caminhada nasceu o nosso pequeno príncipe amado, Kemy Nozil Morancy. Meu filho, você é o meu alicerce. Cada sorriso seu me faz entender que a sua chegada era o combustível — o óleo que o meu motor precisava — para me impulsionar a ir cada vez mais longe. Esta vitória é, acima de tudo, para você. Mais uma vez, o meu amor eterno ao meu marido e ao meu filho.

Aos meus amados pais, que mesmo de longe nunca falharam um único dia em me perguntar como estava a minha vida acadêmica. O cuidado e a preocupação de vocês, sabendo de todas as dificuldades que eu poderia encontrar nessa trajetória, foram o meu acalento diário.

Ao meu professor e orientador, Professor Dr. Fernando Kenji Nampo, pela sua orientação sempre atenciosa e minuciosa em cada detalhe deste trabalho, me guiou com paciência e excelência técnica.

À Professora Dra. Carmen Justina Gamarra, pela excelente orientação de estágio e no projeto de extensão, por seu papel fundamental ao me ajudar a contemplar a bolsa de extensão no projeto Saúde Coletiva em Movimento. Obrigada por sua sensibilidade e por sempre acreditar no meu potencial.

À Professora Dra. Érika Marafon Rodrigues Ciacchi, que me acolheu com tanto carinho desde o meu primeiro dia no curso de Saúde Coletiva, oferecendo-me todo o acompanhamento e suporte necessários naquele início de jornada.

Ao Professor Carlos Guilherme Meister Arenhart, pela confiança depositada em mim e pela valiosa indicação para o estágio no DEAS (Departamento de Atendimento à Saúde do Estudante) na Unila.

Aos membros da banca examinadora deste trabalho, o orientador Professor Dr. Fernando Kenji Nampo, aos professores avaliadores Prof.^a Dr.^a Carmen Justina Gamarra, Prof.^a Dr.^a Larissa Djanilda Parra da Luz, Prof Dr Walfrido Kuhl Svoboda.

Aos meus colegas de trabalho no estágio, em especial à enfermeira Elisângela e à Dra. Liana, pelo ambiente de aprendizado compartilhado, pela parceria diária e pelo crescimento profissional que vivenciamos juntas.

Ao meu primo amado Jonas Tragelus, meu eterno mentor e guia. Desde meus primeiros passos na vida escolar até este momento de graduação, você esteve ao meu lado com conselhos, força e incentivo. Com todo o meu respeito e amor, deixo aqui meu reconhecimento por ser uma figura central em minha vida.

Aos meus cunhados amados, Davidson Bazile e Guiteau Azaar Charles um agradecimento especial pelo apoio, pela presença constante, vocês sempre torcem e acreditam no meu potencial.

Aos meus camaradas de luta, cujos destinos se cruzaram com o meu lá em 2016. Agradeço a Fritznel Honneur, que deixou de ser apenas um companheiro de luta para se tornar o padrinho do meu filho; a Luder Providance pelo seu apoio incondicional, a Abydarlyne Jouth, que transcendeu a militância para virar uma verdadeira irmã, alguém que amo profundamente e de quem sinto uma das maiores saudades da minha vida. A John Rock Gourgueder Jean, por quem tenho imenso respeito pela coragem e que sempre terá o meu

amor; e aos queridos Mackenson Beauvais, e Frantz-Guy Celesting, pela parceria inesquecível.

Aos amigos e amigas que o destino colocou na trilha da minha vida e que, com cada sorriso e palavra de encorajamento, me deram forças para chegar até aqui: Lutha Eloi, às irmãs Larose, Roody François, Samentha Clara Doresca, Nova Naika R. Menelas, Christelle Fanfan e Daphline Gabriel.

Aos amigos que contribuíram diretamente para que esta pesquisa se tornasse realidade, oferecendo suporte e auxílio fundamentais: Celena Schnaica Santana, Romenel Junior Paul e Isaac de Araujo Castro Vasconcelos.

A todos vocês, meu muito obrigada. Esta conquista também pertence a cada um de vocês.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo mapear, por meio de uma revisão de escopo, as evidências científicas relacionadas aos impactos da ajuda humanitária durante emergências sanitárias nas políticas públicas de saúde do Haiti após o terremoto de 2010, identificando contribuições, desafios e repercussões sobre o sistema de saúde em contextos de crise. As emergências sanitárias representam importante desafio para a saúde pública mundial, sobretudo no cenário haitiano, marcado por histórica vulnerabilidade social, econômica e institucional, no qual o sistema de saúde apresentou limitações estruturais severas e o colapso da infraestrutura para responder a um evento de grande magnitude. Nesse cenário, a ajuda humanitária internacional constitui estratégia essencial de resposta emergencial, por meio da oferta de assistência médica por hospitais de campanha, financiamento por fundos globais, apoio técnico e distribuição de medicamentos essenciais. Entretanto, além da resposta imediata ao trauma na fase aguda, a transição para crises biológicas complexas, como a epidemia de cólera, influenciou diretamente a formulação, reorganização e o debate sobre a governança e sustentabilidade das políticas públicas de saúde no país. Trata-se de uma revisão de literatura (Scoping Review / Revisão Escopo) conduzida conforme as recomendações do Joanna Briggs Institute e redação orientada pelo protocolo PRISMA-ScR. A construção da pergunta ocorreu por meio da estratégia PCC, considerando o Haiti como população, a ajuda humanitária como conceito e o pós-terremoto de 2010 como contexto, foram selecionados 98 artigos para inclusão; destes, 8 estudos não estavam disponíveis para leitura na íntegra, resultando em uma amostra final de 90 artigos revisados e incluídos no trabalho. A análise permitiu identificar que a ajuda humanitária contribuiu para a ampliação do acesso aos serviços básicos, suporte psicossocial, reorganização da assistência farmacêutica e implementação de estratégias de vigilância. Também foram identificados desafios relacionados à dependência internacional, problemas crônicos de coordenação logística entre agências, desvalorização da força de trabalho local e negligência frente às vulnerabilidades específicas de gênero e infância. Conclui-se que a ajuda humanitária exerce papel estratégico no enfrentamento das emergências, mas depende de competência cultural e articulação com as necessidades locais para garantir o real fortalecimento institucional e a autonomia do sistema nacional de saúde.

Palavras-chave: Ajuda humanitária; Emergências sanitárias; Políticas públicas de saúde; Terremoto do Haiti; Cooperação internacional.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo mapear, mediante una revisión de alcance (*scoping review*), la evidencia científica relacionada con los impactos de la ayuda humanitaria durante las emergencias sanitarias en las políticas públicas de salud de Haití tras el terremoto de 2010, identificando contribuciones, desafíos y repercusiones en el sistema de salud en contextos de crisis. Las emergencias sanitarias representan un desafío importante para la salud pública mundial, especialmente en el escenario haitiano, marcado por una histórica vulnerabilidad social, económica e institucional, donde el sistema de salud presentó severas limitaciones estructurales y el colapso de la infraestructura para responder a un evento de gran magnitud. En este escenario, la ayuda humanitaria internacional constituye una estrategia esencial de respuesta a emergencias, mediante la provisión de asistencia médica por parte de hospitales de campaña, el financiamiento a través de fondos globales, el apoyo técnico y la distribución de medicamentos esenciales. Sin embargo, más allá de la respuesta inmediata al trauma en la fase aguda, la transición hacia crisis biológicas complejas, como la epidemia de cólera, influyó directamente en la formulación, reorganización y el debate sobre la gobernanza y la sostenibilidad de las políticas públicas de salud en el país. Se trata de una revisión de la literatura realizada de acuerdo con las recomendaciones del Instituto Joanna Briggs y con una redacción orientada por el protocolo PRISMA-ScR. La construcción de la pregunta se realizó mediante la estrategia PCC, considerando a Haití como población, la ayuda humanitaria como concepto y el período posterior al terremoto de 2010 como contexto. Se seleccionaron 98 artículos para su inclusión; de estos, 8 estudios no estaban disponibles para su lectura completa, lo que dio como resultado una muestra final de 90 artículos revisados e incluidos en el trabajo. El análisis permitió identificar que la ayuda humanitaria contribuyó a ampliar el acceso a los servicios básicos, el apoyo psicosocial, la reorganización de la asistencia farmacéutica y la implementación de estrategias de vigilancia. También se identificaron desafíos relacionados con la dependencia internacional, problemas crónicos de coordinación logística entre agencias, la desvalorización de la fuerza laboral local y la negligencia ante las vulnerabilidades específicas de género e infancia. Se concluye que la ayuda humanitaria desempeña un papel estratégico en el afrontamiento de las emergencias, pero depende de la competencia cultural y de la articulación con las necesidades locales para garantizar el fortalecimiento institucional real y la autonomía del sistema nacional de salud.

Palabras clave: Ayuda humanitaria; Emergencias sanitarias; Políticas públicas de salud; Terremoto de Haití; Cooperación internacional.

ABSTRACT

This study aimed to map, through a scoping review, the scientific evidence related to the impacts of humanitarian aid during health emergencies on public health policies in Haiti after the 2010 earthquake, identifying contributions, challenges, and repercussions on the health system in crisis contexts. Health emergencies represent a major challenge for global public health, especially in the Haitian scenario, which is marked by historical social, economic, and institutional vulnerability, and where the health system presented severe structural limitations and an infrastructure collapse when responding to a large-scale event. In this scenario, international humanitarian aid constitutes an essential emergency response strategy through the provision of medical assistance by field hospitals, funding from global funds, technical support, and the distribution of essential medicines. However, beyond the immediate response to trauma in the acute phase, the transition to complex biological crises, such as the cholera epidemic, directly influenced the formulation, reorganization, and debate on the governance and sustainability of public health policies in the country. This is a literature review (Scoping Review) conducted in accordance with the recommendations of the Joanna Briggs Institute, with the writing guided by the PRISMA-ScR protocol. The formulation of the question occurred through the PCC strategy, considering Haiti as the population, humanitarian aid as the concept, and the post-2010 earthquake period as the context. Ninety-eight (98) articles were selected for inclusion; of these, 8 studies were not available for full-text reading, resulting in a final sample of 90 reviewed and included articles. The analysis revealed that humanitarian aid contributed to expanding access to basic services, psychosocial support, the reorganization of pharmaceutical care, and the implementation of surveillance strategies. Challenges were also identified regarding international dependence, chronic logistical coordination problems among agencies, the devaluation of the local workforce, and neglect of specific gender and childhood vulnerabilities. It is concluded that humanitarian aid plays a strategic role in addressing emergencies, but it depends on cultural competence and alignment with local needs to ensure genuine institutional strengthening and the autonomy of the national health system.

Keywords: Humanitarian aid; Health emergencies; Public health policies; Haiti earthquake; International cooperation.

RÉSUMÉ

Cette étude visait à cartographier, à travers une revue de portée (*scoping review*), les preuves scientifiques liées aux impacts de l'aide humanitaire lors des urgences sanitaires sur les politiques publiques de santé en Haïti après le séisme de 2010, en identifiant les contributions, les défis et les répercussions sur le système de santé dans des contextes de crise. Les urgences sanitaires représentent un défi majeur pour la santé publique mondiale, en particulier dans le contexte haïtien, marqué par une vulnérabilité sociale, économique et institutionnelle historique, où le système de santé présentait de graves limites structurelles et un effondrement de l'infrastructure pour répondre à un événement de grande ampleur. Dans ce scénario, l'aide humanitaire internationale constitue une stratégie essentielle de réponse d'urgence, à travers l'offre d'assistance médicale par des hôpitaux de campagne, le financement par des fonds mondiaux, le soutien technique et la distribution de médicaments essentiels. Cependant, au-delà de la réponse immédiate aux traumatismes dans la phase aiguë, la transition vers des crises biologiques complexes, telles que l'épidémie de choléra, a directement influencé la formulation, la réorganisation et le débat sur la gouvernance et la durabilité des politiques publiques de santé dans le pays. Il s'agit d'une revue de la littérature menée conformément aux recommandations de l'Institut Joanna Briggs et rédigée selon le protocole PRISMA-ScR. La construction de la question s'est faite à travers la stratégie PCC, en considérant Haïti comme population, l'aide humanitaire comme concept et l'après-séisme de 2010 comme contexte. Au total, 98 articles ont été sélectionnés pour inclusion ; parmi ceux-ci, 8 études n'étaient pas disponibles pour une lecture intégrale, ce qui a donné un échantillon final de 90 articles examinés et inclus dans le travail. L'analyse a permis d'identifier que l'aide humanitaire a contribué à l'élargissement de l'accès aux services de base, au soutien psychosocial, à la réorganisation de l'assistance pharmaceutique et à la mise en œuvre de stratégies de surveillance. Des défis ont également été identifiés concernant la dépendance internationale, des problèmes chroniques de coordination logistique entre les agences, la dévalorisation de la main-d'œuvre locale et la négligence face aux vulnérabilités spécifiques liées au genre et à l'enfance. Il en est conclu que l'aide humanitaire joue un rôle stratégique dans la gestion des urgences, mais qu'elle dépend de la compétence culturelle et de l'articulation avec les besoins locaux pour garantir un véritable renforcement institutionnel et l'autonomie du système national de santé.

Mots-clés: Aide humanitaire; Urgences sanitaires; Politiques publiques de santé; Séisme en Haïti; Coopération internationale.

REZIME

Etid sa a te gen pou objektif fè yon katografi, atravè yon revizyon bounding (*scoping review*), sou prèv syantifik ki gen rapò ak enpak èd limanité pandan ijans sanité yo sou politik piblik lasante nan peyi Ayiti aprè tranblemanntè 2010 la, pandan l ap idantifye kontribisyon, defi ak konsekans sou sistèm lasante a nan moman kriz. Ijans sanité yo reprezante yon gwo defi pou lasante piblik nan nivo mondyal, sitou nan reyalite ayisyen an, ki make pa yon vulnerabilite istorik nan nivo sosyal, ekonomik ak enstitisyonèl, kote sistèm lasante a te gen gwo limit nan estrikti l epi yon efondreman nan enfrastruktik pou l te reponn ak yon gwo evènman konsa. Nan sitiyasyon sa a, èd limanité entènasyonal la reprezante yon estrateji esansyèl pou repons ijan, atravè sèvis medikal lopital kanpay yo bay, finansman fon mondyal yo, sipò teknik ak distribisyon medikaman esansyèl. Men, pi lwen pase repons imedya pou chòk yo nan faz egi a, tranzisyon vè kriz biyolojik konplèks, tankou epidemi kolera a, te enfliyanse dirèkteman fòmilasyon, reyòganizasyon ak bwa chaj manti sou gouvènans ak dirabilite politik piblik lasante yo nan peyi a. Sa a se yon revizyon literati ki fèt dapre rekòmandasyon Enstiti Joanna Briggs ak yon redaksyon ki baze sou pwotokòl PRISMA-ScR. Keksyon rechèch la te bati ak estrateji PCC a, kote Ayiti se popilasyon an, èd limanité se konsèp la, epi peryòd apre tranblemanntè 2010 la se kontèks la. Yo te chwazi 98 atik pou antre nan travay la; nan mitan yo, gen 8 etid ki pa t disponib pou lekti konplè, sa ki bay yon echantyon final 90 atik ki te revize epi ki enkli nan travay la. Analiz la te pèmèt idantifye èd limanité a te kontribye nan elaji aksè ak sèvis de baz yo, sipò sikososyal, reyòganizasyon asistans famasetik ak aplikasyon estrateji siveyans. Yo te idantifye tou defi ki gen rapò ak depandans sou entènasyonal la, pwoblèm kwonik nan kowòdinasyon lojistik ant ajans yo, devalorizasyon fòs travay lokal la ak neglijan devan vilnerabilite espesifik ki gen rapò ak blesi sèks (jan) ak timoun. Pou fini, nou ka di èd limanité a jwe yon wòl estratejik nan konbat ijans yo, men li depann de konpetans kiltirèl ak yon bon koneksyon ak bezwen lokal yo pou garanti yon fòtifyan enstitisyonèl tout bon ak otonomi sistèm lasante nasyonal la.

Mo kle: Èd imanité; Ijans sanité; Politik piblik lasante; Tranblemanntè Ayiti. Koperasyon entènasyonal

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1: Atendimento médico em hospital de campanha e clínica temporária.

Figura 2: Cenário de degradação ambiental e ausência de saneamento básico pós-terremoto.

Figura 3: Fluxograma de Prisma

Quadro 1: Bases de dados

Quadro 2: Critérios de inclusão e exclusão baseados na estratégia PCC

Quadro 3: Extração de dados

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CDC – Centros de Controle e Prevenção de Doenças

EUA – Estados Unidos da América

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PCC – População, Conceito e Contexto

PRISMA-ScR – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*

QCRI – *Qatar Computing Research Institute*

SUMA – Sistema de Gerenciamento de Suprimentos Humanitários

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	16
2. Objetivos.....	20
3 MARCO CONCEITUAL.....	21
3.1 Emergências Sanitárias e Crises Humanitárias: O Colapso Estrutural e a Resposta Epidemiológica.....	22
3.2 AJUDA HUMANITÁRIA INTERNACIONAL EM SAÚDE: MODELOS, LOGÍSTICAS E ASSIMETRIAS DE COOPERAÇÃO.....	25
3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM CONTEXTO DE CRISE: CAPACIDADE ESTATAL E SUSTENTABILIDADE DO CUIDADO.....	26
4. MÉTODOS.....	28
4.1 Tipo de estudo.....	28
4.2 Estratégia de busca eletrônica nas bases de dados.....	29
4.3 Bases de dados.....	29
4.4 Os critérios de inclusão e exclusão.....	30
5. RESULTADOS.....	33
5.1 Extração de dados.....	35
5.2 Caracterização geral dos estudos.....	83
5.3. Tipos de Emergências.....	83
5.4 Tipos de Ajuda Humanitária	84
5.5 Impactos nas Políticas Públicas.....	85
5.6. Lacunas Encontradas	86
6. DISCUSSÃO	86
6.1. Pontos Fortes da Pesquisa	87
6.2 Limitações	88
6.3 Implicações para a Prática	88
6.5. Implicações para Pesquisas	88
7. CONCLUSÃO	89
8. REFERÊNCIAS	90

1.INTRODUÇÃO

As emergências sanitárias constituem um importante desafio para a saúde pública mundial, especialmente em países marcados por desigualdades sociais, fragilidade institucional e limitações estruturais no acesso aos serviços de saúde, conforme discutido por Zanotti (2010) e abordado nas análises de gestão de crises complexas. Eventos como terremotos, epidemias, pandemias, conflitos armados e desastres ambientais podem provocar impactos significativos sobre a saúde coletiva. De acordo com o estudo longitudinal coordenado por Kirsch e colaboradores (2012) focado na região de Léogâne, essas crises ocasionam o aumento abrupto da morbimortalidade, a interrupção da assistência básica e a sobrecarga severa dos serviços, agravando vulnerabilidades que os profissionais de saúde locais enfrentam na linha de frente, conforme documentado no relato de assistência médica de Eichelberger (2010). Nessas situações, além do risco imediato à vida da população, observa-se o comprometimento da infraestrutura sanitária e graves gargalos clínicos. Estes envolvem desde a escassez e os desafios enfrentados por anestesistas em cenários austeros, detalhados por Caplan (2010), até dificuldades crônicas na gestão, triagem e adequação técnica de doações de equipamentos e insumos farmacêuticos enviadas de forma indiscriminada, como apontam as análises da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) e de investigadores locais de tecnologias em saúde.

Grandes desastres naturais deixam de ser eventos puramente ambientais no momento em que colidem com estruturas sociais fragilizadas, transmutando-se rapidamente em emergências sanitárias e crises humanitárias complexas, como apontam os modelos de simulação epidemiológica desenvolvidos por pesquisadores do National Center for Medical Intelligence (NCMI, 2011). O terremoto de magnitude 7,3 na escala Richter que atingiu o Haiti em 12 de janeiro de 2010 figura como um dos marcos mais dramáticos dessa correlação na história contemporânea ao devastar a capital Port-au-Prince e municípios adjacentes, o sismo não apenas ceifou centenas de milhares de vidas e destruiu a infraestrutura urbana, mas provocou o colapso quase imediato de um sistema nacional de saúde que, como bem contextualiza Zanotti (2010), já operava sob condições históricas de extrema precariedade institucional.

Em cenários de ruptura estrutural dessa magnitude, a ativação de redes globais de solidariedade e o fluxo massivo de ajuda internacional tornam-se imperativos para garantir a sobrevivência imediata da população afetada. A centralidade e a urgência desse fluxo assistencial são detalhadas nos relatórios de avaliação em tempo real coordenados por Grünewald e Binder (2010), que mapearam a resposta humanitária às interações logo após o desastre. Essa primeira onda de assistência caracterizada pelo envio de hospitais de campanha foi decisiva para mitigar a mortalidade nas semanas críticas pós-desastre. Green et al. (2010) e Ehrhardt et al. (2010) documentam como a

atuação do hospital de campanha canadense em Léogâne e a rápida implementação dessas estruturas foram fundamentais para absorver uma demanda catastrófica de traumas e fraturas ortopédicas complexas.

Complementando essa perspectiva sobre o suporte de alta complexidade, Gurney et al. (2010) e Cancio et al. (2010) detalham o papel estratégico do suporte diagnóstico laboratorial e de patologia do navio-hospital norte-americano *USNS Comfort*, bem como o expressivo volume cirúrgico do *Fleet Hospital FIVE*. Enquanto Green et al. (2010) enfatizam o impacto do atendimento de solo na comunidade afetada, Gurney e colaboradores (2010) demonstram que a integração entre a triagem avançada em terra e o suporte cirúrgico de retaguarda em plataformas navais foi o fator diferencial para evitar o colapso total da assistência médica nas primeiras semanas pós-desastre.

Contudo, a governança de uma crise sanitária em territórios vulneráveis ultrapassa a engenharia logística do socorro imediato. Como bem argumentam Kirsch et al. (2011), respostas dessa magnitude exigem discussões profundas sobre recomendações de mudança estrutural, uma perspectiva que se alinha à defesa de Gerdin e von Schreeb (2011) quanto à urgência de se estabelecer e padronizar parâmetros internacionais para a atuação de equipes médicas estrangeiras em cenários de desastre.

À medida que a resposta emergencial avançava, o perfil epidemiológico das necessidades locais transitava. A assistência médica, inicialmente voltada ao trauma agudo, passou a enfrentar demandas complexas de atenção primária em acampamentos temporários, além de urgências de medicina interna, pediatria e saúde mental. Essa transição clínica é detalhada por Sorrentino et al. (2010) ao analisarem os acampamentos de cuidados ambulatoriais, enquanto Gurney et al. (2010) ilustram o aumento progressivo de diagnósticos crônicos e clínicos no próprio ambiente de apoio hospitalar naval. Sintetizando essa mudança de cenário, Sarani et al. (2011) documentam a evolução das intervenções cirúrgicas, demonstrando que, após as primeiras semanas, o foco migrou drasticamente de desbridamentos de urgência para cirurgias reconstrutivas e revisões de amputações, demandando um suporte pediátrico longitudinal que, como alertavam Sethi et al. (2010), o sistema local devastado já não conseguia prover.

A introdução e a subsequente epidemia de cólera no final de 2010 ilustram como o comprometimento severo do saneamento básico pode catalisar novas crises biológicas dentro de um desastre preexistente. Distante de ser um fenômeno puramente ambiental, os achados epidemiológicos e moleculares de Piarroux et al. (2011) comprovaram que o surto foi introduzido no país devido ao manejo inadequado de dejetos e à ausência de saneamento básico estrutural na base de contingentes da própria ajuda humanitária internacional, contaminando o afluente do Rio Artibonite. Esse nexos causal e a velocidade de propagação são corroborados na análise de modelagem matemática de

Tuite et al. (2011) sobre o ressurgimento da doença. Conforme apontam os relatórios de vigilância da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS, 2012), o controle do surto exigiu uma articulação que superou o tratamento clínico, demandando o fortalecimento dos sistemas nacionais de notificação de doenças. Essa necessidade de descentralização é reforçada por Dowman et al. (2012) ao debaterem a vigilância epidemiológica nacional, enquanto os estudos de Lantagne e Clasen (2011) demonstram que o sucesso dessas barreiras biológicas dependia diretamente da aceitação comunitária e do manejo cultural de kits de desinfecção domiciliar pelas famílias haitianas.

Diante disso, o debate contemporâneo sobre a cooperação internacional em saúde coletiva tensiona a dicotomia entre o pragmatismo da ajuda de curto prazo e a sustentabilidade das políticas públicas locais. Avaliações críticas de infraestrutura, como as propostas por Garfield (2010), contrapõem o impacto dessas missões ocidentais temporárias com a longitudinalidade e o foco territorial da cooperação médica cubana analisada por De Vos et al. (2011). Enquanto as missões lideradas por potências ocidentais focavam no aparato tecnológico móvel de rápida desmobilização, o modelo cubano priorizava a integração de médicos na atenção primária das comunidades mais isoladas, gerando um contraste metodológico claro sobre o que constitui um auxílio sustentável.

A entrada massiva de múltiplos atores sem essa diretriz unificada gerou o que Zanotti (2010) qualifica como “cacofonia da ajuda”: problemas crônicos de coordenação interinstitucional, fragmentação do território e duplicação de ações. Esse diagnóstico de desarticulação é corroborado por Altay e Labonte (2011) ao analisarem os gargalos logísticos e por Van de Walle et al. (2011) ao avaliarem as falhas crônicas no gerenciamento da informação humanitária. O esforço frustrado de centralização logística por meio de plataformas internacionais como o projeto SUMA da OMS (2010) acabou, na visão desses autores, por sufocar as estruturas comunitárias nativas e as lideranças locais.

A substituição temporária das funções estatais por agências externas e ONGs gerou uma dependência estrutural que, como bem sintetizado por Zanotti (2010) e ratificado por Kirsch et al. (2011), prejudicou severamente o fortalecimento institucional do Ministério da Saúde local. No médio prazo, quando as organizações internacionais começaram a reduzir a atuação ou a se retirar do território, a rede pública ficou severamente vulnerável. Como concluem as pesquisas de Garfield (2010) e os relatórios de avaliação de sistemas de saúde pós-2010 coordenados por Kieny et al. (2011) e Heeren et al. (2011), a redução drástica de leitos instalados temporariamente e a descontinuidade abrupta de serviços evidenciaram que a reconstrução física isolada de unidades e o auxílio externo emergencial não significam, de forma alguma, o fortalecimento institucional automático e sustentável de um sistema de saúde nacional.

1.1 Problema de pesquisa

Apesar do volume expressivo de recursos financeiros, humanos e logísticos mobilizados pela comunidade internacional no pós-terremoto do Haiti, a literatura aponta que a fragmentação das ações e a fragilidade de coordenação institucional limitaram o impacto de longo prazo dessas intervenções na estrutura sanitária local. Esse fenômeno, classificado por Zanotti (2010) como uma "cacofonia da ajuda", reflete problemas crônicos de desarticulação logística e informacional que, como corroboram Altay e Labonte (2011) e Van de Walle et al. (2011), acabaram por sufocar as iniciativas e lideranças comunitárias nativas.

Enquanto as respostas de urgência e alta complexidade tecnológica analisadas nos estudos de volume cirúrgico e suporte naval de Sarani et al. (2011) e Gurney et al. (2010) foram eficazes em salvar vidas na fase aguda, a sustentabilidade da rede de atenção primária continuou severamente comprometida. Garfield (2010) e De Vos et al. (2011) tensionam justamente esse limite, contrapondo o caráter efêmero e tecnológico das missões ocidentais com a capilaridade longitudinal da cooperação médica cubana, evidenciando que o aparato emergencial não se traduz em permanência.

Da mesma forma, a estruturação de sistemas duradouros de vigilância epidemiológica e a autonomia do sistema público enfrentaram gargalos estruturais. Os relatórios da OPAS/OMS (2012) e as análises de Dowman et al. (2012) sobre o surto de cólera demonstram que o controle de crises biológicas subsequentes exigia um fortalecimento institucional que as agências externas não conseguiram sustentar. Como concluem Kirsch et al. (2011) e os relatórios de recuperação coordenados por Kieny et al. (2011), a descontinuidade abrupta de serviços após a retirada das ONGs confirmou que a reconstrução física isolada e o auxílio externo temporário não promovem o fortalecimento institucional automático e sustentável do Ministério da Saúde local.

A partir desse cenário, parece haver uma dualidade entre consequências positivas e negativas da ajuda humanitária, de modo que emerge a seguinte questão norteadora: Como a ajuda humanitária e a cooperação internacional influenciaram a resposta emergencial e os processos de recuperação, vigilância e sustentabilidade do sistema de saúde pública do Haiti durante o recorte temporal de 2010 a 2023, considerando os desdobramentos do terremoto e das subsequentes emergências sanitárias?

1.2 Justificativa

A análise da resposta internacional ao desastre no Haiti justifica-se pela necessidade de compreender os limites e as potencialidades da cooperação global em saúde coletiva frente a emergências de grande magnitude. O caso haitiano funciona como um laboratório teórico e prático fundamental: ele evidencia que o envio massivo de insumos, equipamentos e hospitais de campanha não se traduz automaticamente em fortalecimento institucional se não houver articulação com as políticas públicas locais, competência cultural para dialogar com as comunidades e mecanismos de financiamento sustentáveis que superem os ciclos emergenciais (como os *Flash Appeals*).

Do ponto de vista científico e social, este estudo se justifica ao sintetizar as evidências de uma literatura fragmentada, permitindo contrapor modelos de assistência. De um lado, analisam-se as intervenções biomédicas verticais, de caráter temporário e dependentes de alta tecnologia logística (como as forças tarefas civis e militares internacionais); de outro, os modelos de cooperação longitudinal, territorializados e focados na atenção primária (como a cooperação médica cubana). Além disso, a pesquisa joga luz sobre as dimensões éticas da ajuda, a vulnerabilidade dos próprios trabalhadores da saúde locais e as desigualdades internas de gênero e idade, fornecendo subsídios teóricos cruciais para o planejamento de políticas de saúde coletiva e proteção civil voltadas à mitigação de riscos em futuras crises globais.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Mapear a literatura científica referente aos impactos, os desafios e as contribuições da ajuda humanitária e da cooperação internacional na reorganização e na sustentabilidade do sistema de saúde pública do Haiti após o terremoto de 2010.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil das intervenções médico-assistenciais e logísticas de urgência implementadas por hospitais de campanha, missões navais e organizações internacionais na fase aguda pós-desastre.
- Investigar os desafios de coordenação interinstitucional, governança e gestão de suprimentos (como doações farmacêuticas e tecnológicas) que caracterizaram a resposta humanitária internacional.
- Identificar o impacto das intervenções humanitárias sobre os sistemas locais de vigilância em saúde e o manejo de crises epidemiológicas subsequentes, como o surto de cólera.

- Discutir as consequências de médio e longo prazo da atuação das ONGs internacionais na autonomia do Estado haitiano, na valorização da força de trabalho local e na equidade de acesso à saúde de grupos vulneráveis.

3. MARCO CONCEITUAL

3.1 Emergências Sanitárias e Crises Humanitárias: O Colapso Estrutural e a Resposta Epidemiológica

O conceito de emergência sanitária em cenários de desastres naturais transcende a mera ocorrência de um evento geofísico severo. Ele se caracteriza pela confluência entre a vulnerabilidade socioestrutural pré-existente de uma população e a incapacidade imediata de resposta das instituições locais, culminando no colapso das redes de atenção à saúde. No contexto do terremoto que atingiu o Haiti em 12 de janeiro de 2010, a magnitude do sismo não apenas destruiu a infraestrutura física, mas expôs de forma drástica o que a literatura clássica de desastres classifica como "emergência humanitária complexa", exigindo uma mobilização internacional sem precedentes que tensiona os limites da governança, da logística e da vigilância epidemiológica.

O Impacto Imediato na Rede Assistencial e o Perfil de Demanda Clínica

A destruição abrupta do tecido urbano e das instalações de saúde em Porto Príncipe e em regiões vizinhas, como Léogâne (epicentro do sismo), gerou uma crise assistencial imediata caracterizada por um contingente massivo de vítimas com agravos cirúrgicos e traumáticos agudos (RODRIGUEZ et al., 2011). O perfil epidemiológico inicial da catástrofe concentrou-se em fraturas expostas, lesões por esmagamento, amputações e infecções severas de tecidos moles devido ao tempo prolongado de resgate (DOOCY et al., 2013).

Para fazer frente a essa demanda, a mobilização humanitária internacional instalou dispositivos de assistência terciária de grande porte, como hospitais de campanha e navios-hospitais. Conforme relatório do *Canadian Field Hospital Haiti* (2010, p. 1), "nem todos os casos eram trauma agudo; apareceram também doenças clínicas e demandas cirúrgicas já existentes antes do terremoto. O hospital precisou integrar assistência imediata e continuidade do cuidado." Contudo, a literatura aponta que a atuação dessas estruturas evidenciou que uma emergência sanitária de grande escala não se restringe aos traumas ortopédicos imediatos (GIBSON et al., 2012). Com o passar das

semanas, emergiu um perfil de demanda híbrido, onde as complicações agudas das lesões passaram a coexistir com o represamento de patologias clínicas crônicas descompensadas, infecções respiratórias, surtos gastrointestinais e demandas de saúde materno-infantil (DEBARATI-GUHA, 2011).

Figura 1: Atendimento médico em hospital de campanha e clínica temporária.



Fonte: Marco Di Lauro / Getty Images

A operação de estruturas complexas em cenários degradados impôs desafios técnicos severos às equipes internacionais, especialmente no que tange ao suporte de medicina diagnóstica e anestesiologia. Conforme os achados da literatura sobre o suporte do navio-hospital norte-americano *USNS Comfort*, a resolutividade cirúrgica depende intrinsecamente de uma retaguarda laboratorial robusta. Da mesma forma, os relatos sobre a prática da anestesiologia em ambientes austeros revelam que a escassez de insumos e a instabilidade elétrica exigiram a reconfiguração de protocolos clínicos, onde a segurança dos pacientes ficou diretamente condicionada à capacidade de adaptação dos profissionais.

O Bloco Epidemiológico do Cólera e os Determinantes Sociais da Saúde

Se o impacto mecânico do terremoto desestruturou a assistência hospitalar, a crise sanitária secundária desdobrou-se sob a forma de uma severa epidemia de cólera iniciada no final de 2010. O desastre natural atuou como um catalisador ambiental: a destruição total dos sistemas de distribuição de água potável, o comprometimento do esgotamento sanitário e o deslocamento forçado de milhares de pessoas para acampamentos provisórios criaram o ecossistema perfeito para a rápida disseminação do *Vibrio cholerae*.

Figura 2: Cenário de degradação ambiental e ausência de saneamento básico pós-terremoto.



Fonte: Eduardo Munoz / REUTERS

O enfrentamento da epidemia demonstrou que o controle de doenças transmissíveis em cenários de crise humanitária exige uma resposta intersetorial e integrada. A introdução da vacinação oral e a distribuição em larga escala de kits de desinfecção domiciliar mostraram-se eficazes, porém os estudos apontam que a eficiência dessas tecnologias esteve estreitamente vinculada a processos de educação em saúde e à aceitabilidade comunitária. O bloco epidemiológico do cólera serve, portanto, como um modelo de análise na saúde coletiva para demonstrar como os determinantes sociais da

saúde — como moradia, saneamento e acesso à água — moldam a curva de morbimortalidade em uma emergência pública.

3.2 AJUDA HUMANITÁRIA INTERNACIONAL EM SAÚDE: MODELOS, LOGÍSTICAS E ASSIMETRIAS DE COOPERAÇÃO

A mobilização internacional em resposta a catástrofes de grande magnitude é frequentemente justificada pelos princípios éticos da solidariedade global e do imperativo humanitário. No entanto, a transposição dessas ideias para a prática operacional revela uma arena complexa, disputada por múltiplos atores com metodologias, capacidades logísticas e interesses políticos distintos. A análise da resposta ao terremoto no Haiti permite categorizar e contrapor os principais modelos de intervenção externa e os desafios inerentes à coordenação de recursos em cenários caóticos.

A literatura científica identifica duas grandes vertentes de ajuda internacional que coexistiram no cenário pós-desastre haitiano. A primeira compreende as missões humanitárias emergenciais de curto prazo, fortemente medicalizadas e focadas no trauma agudo. Este modelo, exemplificado pelas equipes de resgate francesas, pelos projetos de alívio rápido como o *Project Medishare* e pelos hospitais de campanha navais (como o canadense e as frotas dos EUA), possui uma capacidade de mobilização logística e tecnológica formidável, crucial para reduzir a letalidade nas primeiras semanas pós-crise. Contudo, são estruturas com alto custo operacional e que dependem de cadeias de suprimentos externas, apresentando pouca ou nenhuma integração com as redes locais de saúde, o que precipita sua rápida desmobilização assim que a fase aguda do desastre é superada.

Em sentido oposto, a literatura destaca o modelo de cooperação internacional longitudinal e territorial, cujo principal expoente no Haiti foi a Brigada Médica Cubana. Diferente das missões temporárias, a cooperação cubana já possuía uma atuação contínua no país muito antes do terremoto de 2010 e permaneceu após o arrefecimento da atenção mediática global. Esse modelo fundamenta-se nos princípios da atenção primária à saúde, na inserção comunitária direta e na permanência dos profissionais nos territórios mais vulneráveis, garantindo maior continuidade do cuidado e servindo como contraponto crítico às intervenções puramente episódicas.

Desafios Logísticos, Doações e a "Cacofonia da Ajuda"

A eficácia da assistência em saúde em situações de crise está diretamente vinculada à robustez de sua engrenagem logística. As operações militares e aéreas

desempenharam um papel central no estabelecimento de pontes aéreas para o transporte de insumos e evacuação médica de alta complexidade. No entanto, se por um lado as análises operacionais de logística humanitária destacam o papel dessas pontes aéreas para viabilizar o suporte de retaguarda, pesquisadores como Altay e Labonte (2011) ponderam que a centralização militar dos canais de desembarque frequentemente gerou gargalos de priorização, retardando a distribuição interna de insumos civis de saúde. Sistemas específicos de gerenciamento logístico, como o projeto SUMA coordenado pela OMS (2010), tentaram mitigar esse cenário, provando ser indispensáveis para monitorar o fluxo de medicamentos, organizar estoques e reduzir desperdícios em momentos críticos.

Apesar desses esforços de triagem tecnológica, a entrada maciça e simultânea de centenas de organizações não governamentais (ONGs), agências bilaterais e voluntários independentes culminou no que Zanotti (2010) qualifica como uma verdadeira "cacofonia da ajuda". O excesso de atores externos sem uma liderança unificada gerou profundas assimetrias na distribuição dos recursos. Dialogando com essa crítica, Van de Walle et al. (2011) argumentam que a falha crônica no gerenciamento da informação humanitária impediu a criação de uma base de dados comum. Sem diretrizes claras de coordenação, o resultado prático desse apagão informacional — como apontam Kirsch et al. (2011) — foi a duplicação desnecessária de ações em áreas centrais e visíveis, enquanto comunidades periféricas ou rurais permaneciam desassistidas.

Essa falta de planejamento também se manifestou de forma aguda na gestão de doações farmacêuticas e de equipamentos médicos. Estudos sobre a infraestrutura de insumos pós-2010 demonstram que muitas remessas internacionais de medicamentos foram enviadas sem considerar o perfil epidemiológico local ou as barreiras idiomáticas das bulas, gerando sobrecarga logística nos centros de triagem. Complementando essa perspectiva, as avaliações críticas de Gerdin e von Schreeb (2011) sobre a falta de padronização internacional revelam que doações de equipamentos biomédicos complexos tornaram-se rapidamente inutilizadas pela ausência de peças de reposição, manuais de manutenção ou compatibilidade com a rede elétrica local. Assim, o debate travado entre esses autores evidencia que a eficácia da ajuda externa não se mede pelo volume de recursos enviado, mas depende obrigatoriamente de sua adequação à realidade do país receptor e do respeito à governança da autoridade sanitária local.

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM CONTEXTO DE CRISE: CAPACIDADE ESTATAL E SUSTENTABILIDADE DO CUIDADO

O objetivo final da intervenção humanitária e dos processos de reconstrução pós-desastre deve ser o fortalecimento do sistema de saúde do país afetado, dotando-o de maior resiliência para crises futuras. No entanto, as evidências acumuladas

sobre o caso haitiano revelam que o fluxo descontrolado de ajuda externa e a fragilidade institucional preexistente podem produzir efeitos paradoxais, onde a assistência internacional atua substituindo as funções do Estado, gerando dependência estrutural e comprometendo a sustentabilidade das políticas públicas no médio e longo prazo.

Antes mesmo do terremoto de 2010, o Haiti já enfrentava uma severa debilidade institucional, caracterizada pela escassez de recursos públicos, deficit de profissionais qualificados e cobertura vacinal e sanitária limitada. O sismo agravou exponencialmente esse quadro ao destruir fisicamente o próprio Ministério da Saúde e vitimar quadros técnicos e gerenciais da administração pública. Diante desse vácuo de poder, a comunidade internacional operou de maneira autônoma, implementando sistemas paralelos de tomada de decisão.

Estudos críticos de governança humana, como os desenvolvidos por Laura Zanotti, apontam que a proliferação massiva de ONGs internacionais acabou por subverter a soberania estatal. Em vez de canalizarem recursos para o fortalecimento dos fundos públicos e para a capacitação dos gestores locais, muitas organizações humanitárias passaram a atuar como provedoras diretas de serviços, fragmentando a governança do sistema. Criou-se um cenário onde as decisões de saúde pública passaram a ser pautadas pelas agendas particulares e prioridades financeiras de doadores estrangeiros, esvaziando a capacidade de planejamento do Ministério da Saúde nacional e perpetuando a desarticulação das políticas setoriais.

O Paradoxo da Reconstrução Física sem Fortalecimento Institucional

Os anos que se seguiram ao desastre testemunharam uma expressiva expansão do número de unidades de saúde e hospitais reconstruídos com financiamento externo, o que permitiu, temporariamente, ampliar o acesso da população a consultas, exames e medicamentos de forma gratuita. Todavia, a infraestrutura física isolada não garante a perenidade de um sistema de saúde. A sustentabilidade desse novo parque tecnológico e assistencial revelou-se extremamente vulnerável devido à ausência de mecanismos permanentes de financiamento público e à falta de integração com as carreiras de estado dos profissionais de saúde locais.

Quando o foco da comunidade internacional migrou para outras crises globais e as ONGs iniciaram seus processos de desmobilização e retirada do território haitiano, o sistema de saúde entrou em uma nova fase de colapso. Unidades recém-construídas enfrentaram severas reduções de leitos, fechamento de serviços essenciais e falta de insumos básicos pela incapacidade financeira e administrativa do Estado em assumir o custeio operacional dessas estruturas. Este fenômeno demonstra que a reconstrução física pós-desastre não se traduz automaticamente em fortalecimento

institucional; sem uma política pública permanente articulada com o orçamento nacional, os ganhos de acesso temporários transformam-se em vazios assistenciais crônicos.

Sistemas de Informação, Vigilância e a Articulação Comunitária como Eixos de Resiliência

Para além das fragilidades, as lições aprendidas no contexto de crise do Haiti realçam que os componentes mais bem-sucedidos e resilientes foram aqueles que investiram na capacidade de vigilância em saúde e na governança intersectorial participativa. A reorganização do monitoramento epidemiológico nacional, realizada em parceria com a OMS e o CDC, permitiu instituir sistemas rápidos de notificação de doenças transmissíveis, provando que a informação em saúde pública é uma ferramenta de soberania indispensável para a tomada de decisões territoriais e para a priorização de políticas públicas em cenários de escassez.

Ademais, a articulação entre a ajuda formal e as estruturas informais de poder local e redes comunitárias mostrou-se o elemento determinante para a aceitabilidade e eficácia das ações em saúde. Estratégias que incorporaram o treinamento de lideranças locais para ações de promoção da saúde e distribuição de insumos preventivos (como no caso dos kits de desinfecção para o cólera) conseguiram manter a continuidade do cuidado mesmo após a retirada das equipes estrangeiras. Portanto, a resiliência de um sistema de saúde em contextos de crise sanitária e vulnerabilidade social depende da superação do modelo puramente assistencialista e da consolidação de políticas públicas que integrem o fortalecimento da autoridade sanitária estatal com a participação ativa das comunidades locais.

4. MÉTODOS

Este trabalho configura-se como uma revisão de escopo (*scoping review*), de abordagem qualitativa e caráter exploratório. A revisão de escopo é o delineamento ideal para este objeto de estudo, pois visa mapear as evidências científicas existentes sobre um tema amplo, identificar lacunas no conhecimento e clarificar conceitos-chave, sem o objetivo de avaliar criticamente a qualidade metodológica dos estudos de forma restritiva, como ocorre nas revisões sistemáticas tradicionais.

4.1 Tipo de estudo

O estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes teóricas e metodológicas do *Joanna Briggs Institute* (JBI) para revisões de escopo e estruturado em conformidade com a recomendação do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR).

Para a formulação da pergunta norteadora desta revisão de escopo, utilizou-se a estratégia PCC, que delimita a População (P), o Conceito (C) e o Contexto (C). Dessa forma, definiu-se como População o Haiti; o Conceito central de investigado abrange a ajuda humanitária em saúde; e o Contexto delimitado refere-se às emergências sanitárias e suas repercussões nas políticas públicas.

4.2 Estratégia de busca eletrônica nas bases de dados

Os termos foram combinados por meio dos operadores booleanos **AND** e **OR**, conforme a seguinte lógica:

- (“Assistência humanitária” OR “Humanitarian Assistance” OR “Assistance humanitaire”)
AND
- (“Emergências sanitárias” OR “Health Emergencies” OR “Disasters”)
AND
- (“Gestão sanitária” OR “Health Management” OR “Gestion sanitaire”)
AND
- (“Políticas públicas de saúde” OR “Health Policy” OR “Public Health Policy”)
AND
- (Haiti)

4.3 Bases de dados

A tabela a seguir apresenta as bases de dados eletrônicas selecionadas para a busca e coleta da literatura científica. A escolha dessas plataformas justifica-se pela relevância e especificidade de seus escopos na cobertura de estudos globais e regionais dentro das Ciências da Saúde e Biomedicina, garantindo a abrangência necessária para a fundamentação desta pesquisa.

Quadro 1

Base de Dados	Foco
PubMed/MEDLINE	Ciências da Saúde e Biomedicina.

EMBASE	Ciências da Saúde e Biomedicina.
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora (2026)

A estratégia de busca foi adaptada às especificidades de cada base de dados, respeitando suas particularidades sintáticas e campos de indexação.

4.4 Os critérios de elegibilidade:

A seleção dos estudos que compõem esta pesquisa seguiu critérios rigorosos de elegibilidade estruturados a partir da estratégia PCC (População, Conceito e Contexto). Foram incluídos artigos científicos originais, de abordagem qualitativa, quantitativa ou mista, publicados dentro do recorte temporal delimitado. A sistematização detalhada dos critérios de inclusão e exclusão adotados está apresentada na Tabela 2.

Quadro 2: Critérios de inclusão e exclusão baseados na estratégia PCC

Elemento PCC	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
População	Países em situação de vulnerabilidade social e estrutural, com foco central na população e no cenário do Haiti.	Estudos que não guardem relação direta com o cenário ou a população do Haiti.

Conceito	• Ações de ajuda humanitária (impactos, contribuições e desafios). • Assistência em emergências sanitárias (equipes médicas, hospitais de campanha, medicamentos e vacinas). • Resposta a surtos e epidemias (cólera e COVID-19). • Relação entre desastres ambientais e a dinâmica de epidemias/pandemias.	• Produções focadas exclusivamente em assistência militar ou econômica (sem correlação com a saúde). • Artigos sem relação com emergências em saúde pública ou sanitárias.
Contexto	• O cenário pós-terremoto de 2010 no Haiti e suas crises humanitárias/ambientais subsequentes. • Formulação e execução de políticas públicas e o sistema de saúde local.	• Artigos focados exclusivamente em outras catástrofes sem conexão com o evento de 2010 no Haiti. • Estudos fora do setor de saúde ou de políticas públicas locais.
Tipos de Estudo e Recorte	• Artigos científicos originais (abordagem qualitativa, quantitativa ou mista). • Dentro do recorte temporal delimitado pela pesquisa.	• Editoriais, notas conceituais, cartas ao editor ou resumos de eventos. • Trabalhos publicados fora do recorte temporal estabelecido.

Fonte: Elaborado pela autora (2026)

4.5 Procedimentos de Seleção dos Estudos

O processo de seleção e triagem das evidências científicas foi operacionalizado de forma sistemática por meio da plataforma digital *Rayyan QCRI*, estruturando-se em três etapas sequenciais:

Inicialmente, os resultados obtidos a partir das buscas bibliográficas foram exportados de suas respectivas bases de dados e centralizados na referida plataforma. Nessa fase, utilizou-se a ferramenta automatizada do próprio *software* para a identificação e exclusão minuciosa dos registros duplicados (*de-duplication*).

Em seguida, a fim de mitigar vieses de seleção e garantir o rigor metodológico, ativou-se o recurso de cegamento (*blind*) da plataforma. A triagem dos títulos e resumos foi realizada por duplas independentes por três revisores com experiência em saúde pública (CSS, RJP e IACV), os quais classificaram individualmente cada registro em uma dentre três categorias: "incluir", "excluir" ou "talvez", baseando-se estritamente nos critérios de elegibilidade previamente definidos pelo autor principal.

Para concluir a avaliação preliminar, o recurso de cegamento foi desativado para a identificação dos conflitos de decisão (discrepâncias) entre os revisores. O autor principal atuou na mediação e análise detalhada de cada artigo divergente, confrontando-os novamente com os critérios de inclusão e exclusão. Os impasses foram superados de forma consensual por meio de debate analítico entre o autor e a equipe de revisores, delimitando com precisão o conjunto final de textos que seriam recuperados para a etapa subsequente de leitura integral.

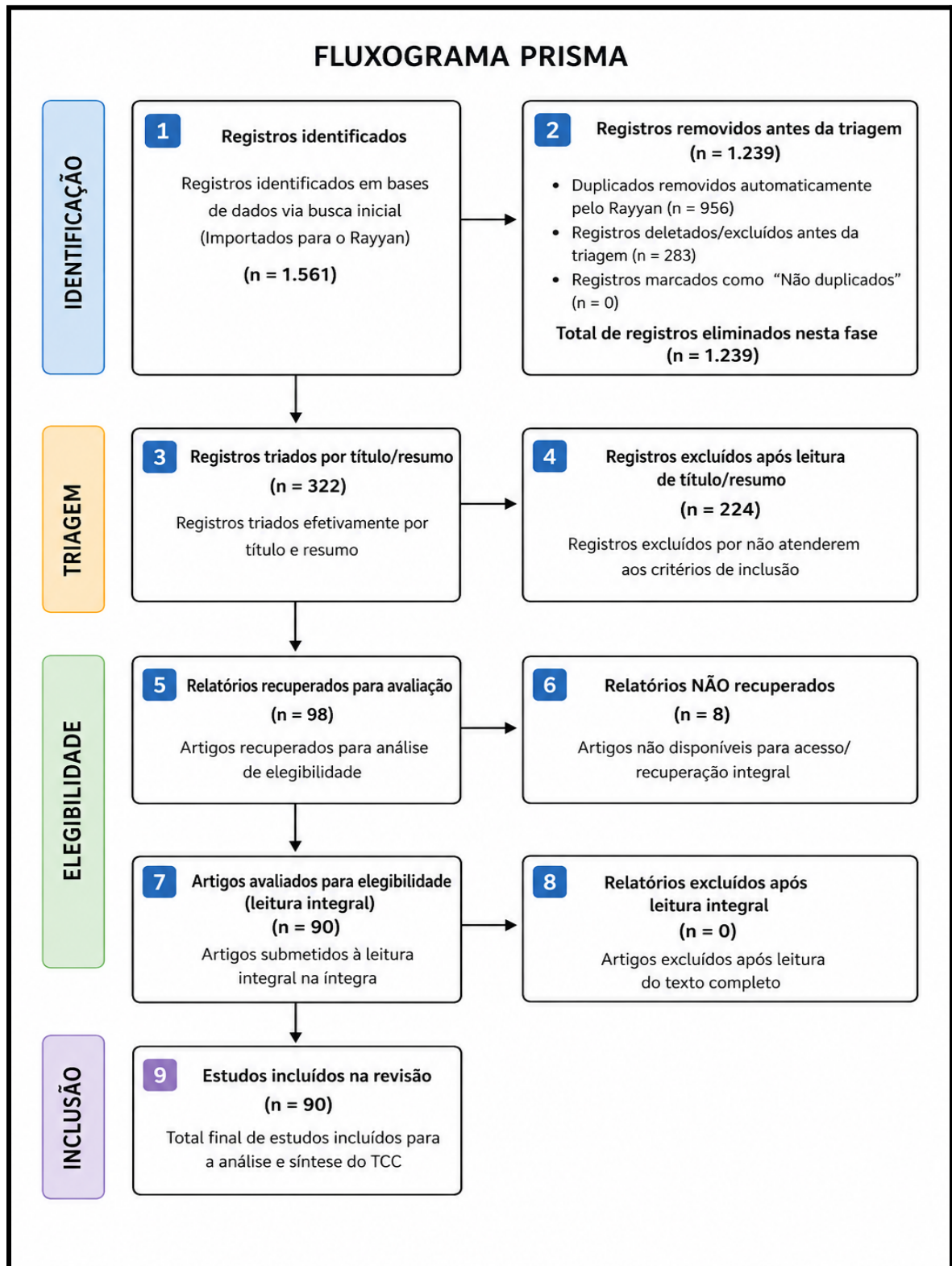
Após a triagem inicial dos títulos e resumos, os estudos potencialmente elegíveis foram submetidos à leitura completa. Nessa etapa, foi realizada nova avaliação da pertinência temática, verificando-se a adequação do conteúdo à pergunta norteadora da revisão. Os estudos que atenderam rigorosamente aos critérios estabelecidos foram selecionados para compor a amostra final.

Todo o processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos foi organizado e registrado conforme as recomendações internacionais do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR), permitindo a posterior elaboração do fluxograma de seleção e garantindo maior transparência e reprodutibilidade metodológica na condução desta revisão de escopo.

5. RESULTADOS

O corpus definitivo desta revisão de escopo é composto por artigos que analisam a interseção entre gestão de desastres e cooperação internacional no Haiti. O processo de seleção e o volume total de dados gerados foram gerenciados por meio da plataforma de triagem Rayyan, conforme ilustrado no registro de tela da pesquisa (Figura 3: Fluxograma de Prisma), que detalha o volume inicial de referências importadas e o processamento de duplicatas, e na interface de elegibilidade que demonstra o andamento da avaliação por pares e o refinamento metodológico da amostra.

Figura 3: Fluxograma de Prisma



Fonte: Elaborado pela autora (2026)

5.1 Extração de dados

A fim de proporcionar uma visão panorâmica e estruturada da literatura selecionada, a Tabela 4 apresenta a síntese dos artigos elegíveis, destacando variáveis como autoria, ano de publicação, objetivos e principais desfechos relacionados ao perfil assistencial no Haiti.

Quadro 4: Extração de Dados

Autor (Ano)	País	Emergência	Tipo de Ajuda	Política Impactada	Principais Achados
International Aid and Natural Disasters: <i>A Pre- and Post-Earthquake Longitudinal Study...</i>	Haiti (Léogâne)	Terremoto e Emergência Sanitária	Financeira e infraestrutura por organizações internacionais.	Estruturação da rede de atenção secundária (leitos e unidades de saúde).	Aumento inicial de unidades e acesso gratuito financiado externamente; porém, a saída das ONGs reduziu leitos e serviços, gerando vulnerabilidade e dependência estrutural.
Zanotti, Laura (Pós-2010)	Haiti	Terremoto e Crise de Governança	Assistência humanitária massiva via ONGs internacionais.	Fortalecimento institucional do Estado e centralização das políticas públicas de saúde.	O Haiti já tinha fragilidade institucional; a entrada massiva de ONGs salvou vidas, mas substituiu o papel do Estado, fragmentando a governança em saúde no longo prazo.

<i>Disaster Relief in Post-Earthquake Haiti: Unintended Consequences of Humanitarian Volunteerism</i>	Haiti	Terremoto e Emergência Sanitária	Voluntariado humanitário internacional e profissionais estrangeiros.	Organização do cuidado local e gestão da cadeia de suprimentos/medicamentos.	Chegada rápida de profissionais e ampliação imediata da assistência; contudo, causou duplicação de ações, problemas graves de coordenação logística e impactos negativos nos serviços locais.
<i>Humanitarian Information Management Haiti / Coordinating and Prioritizing Aid</i>	Haiti (OMS)	Terremoto	Gestão de dados, informação humanitária e coordenação de agências.	Vigilância em saúde, governança humanitária e resposta intersetorial.	Dificuldade e lentidão para mapear necessidades por ausência de dados; a comunicação fragmentada entre governo, ONU e ONGs atrasou decisões de saúde pública nos territórios.

<i>Cuban Medical Cooperation Haiti</i>	Haiti / Cuba	Terremoto e Crise Sanitária Crônica	Cooperação médica internacional (Longitudinal/ Territorial).	Atenção Primária à Saúde (APS) e consolidação do cuidado territorial.	Cuba manteve assistência contínua (já atuava antes do desastre) com foco na atenção primária, mostrando maior sustentabilidade e continuidade do que as missões emergenciais temporárias.
<i>Cholera Outbreak Haiti / Cholera Vaccination Policy / Expansion Vaccination...</i>	Haiti	Epidemia de Cólera pós-Desastre	Ajuda epidemiológica , vacinação oral e intervenções sanitárias.	Políticas de imunização em massa, vigilância epidemiológica e saneamento.	O terremoto agravou o saneamento e gerou a epidemia de 2010; a vacinação oral reduziu os casos, provando que ações preventivas funcionam melhor se integradas ao saneamento e vigilância.

<i>Formal and Informal Material Aid / Humanitarian Aid and Local Power Structures</i>	Haiti	Terremoto	Ajuda material formal (ONG/ONU) combinada com ajuda informal comunitária.	Equidade no acesso à saúde, participação social e descentralização territorial.	A ajuda externa coexistiu com redes comunitárias e lideranças locais; no entanto, a distribuição da assistência não foi igualitária e sofreu influência de desigualdades territoriais.
<i>The 2010 Haiti Earthquake Response</i>	Haiti (Multinacional)	Terremoto de grande magnitude	Hospitais de campanha, medicamentos, suporte logístico de mais de 140 governos.	Continuidade do cuidado e articulação institucional do Sistema Nacional de Saúde.	Destruição intensa da estrutura urbana/saúde; a ajuda garantiu o socorro imediato, mas o excesso de atores sem coordenação gerou sobreposição de ações e desigualdade na distribuição.

<i>Analysis of the International and US Response... Recommendations for Change</i>	Haiti / EUA	Terremoto	Logística, transporte, segurança e assistência emergencial (militar/civil).	Sistema "Cluster" da ONU, vigilância em saúde e capacidade institucional local.	A atuação dos EUA garantiu resposta rápida e forte suporte logístico. Contudo, o sistema "cluster" da ONU falhou em organizar tantas agências, evidenciando a necessidade de fortalecer a liderança e o planejamento local.
<i>Public Health Systems Recovery (Haiti)</i>	Haiti	Terremoto	Financiamento internacional para reconstrução física de hospitais e UBS.	Gestão pública nacional e sustentabilidade financeira do sistema de saúde.	Houve melhora inicial na assistência e ampliação temporária do acesso; no médio prazo, revelou forte dependência financeira externa e incapacidade de manter os serviços de forma autônoma.

<i>Healthcare Infrastructure Haiti</i>	Haiti	Terremoto e Crise de Infraestrutura	Recursos internacionais e investimento em infraestrutura de saúde.	Fortalecimento estatal, financiamento contínuo e reorganização da rede assistencial.	Houve expansão de unidades e acesso gratuito; contudo, persistiram desigualdades territoriais e a rede ficou vulnerável com a redução da atuação das organizações internacionais, mostrando que a sustentabilidade depende de políticas públicas permanentes.
---	--------------	--	---	---	--

<i>Resurgence of Cholera in Haiti</i>	Haiti	Epidemia de Cólera pós-Terremoto	Cooperação internacional em vigilância, tratamento e assistência comunitária.	Integração entre vigilância epidemiológica, saneamento básico e campanhas de vacinação.	A destruição do terremoto e os deslocamentos populacionais agravaram o saneamento e causaram a epidemia; a resposta evidenciou a fragilidade estrutural do sistema local e exigiu forte apoio externo para o controle.
<i>Strengthening National Disease Surveillance Haiti</i>	Haiti	Terremoto	Reorganização do monitoramento epidemiológico por OMS, CDC e Ministério da Saúde.	Fortalecimento institucional e estruturação da capacidade estatal em vigilância	Antes de 2010 a vigilância era limitada; após a emergência, a cooperação reorganizou o monitoramento e melhorou significativamente a notificação de doenças transmissíveis no país.

				epidemiológica.	
<i>Public Health Surveillance After Earthquake</i>	Haiti	Terremoto	Implantação de sistemas rápidos de notificação e coleta de dados epidemiológicos.	Informação epidemiológica aplicada à orientação da ajuda humanitária emergencial.	A produção de dados rápidos foi fundamental para direcionar o socorro; o estudo destaca que a ausência inicial de registros padronizados dificultou muito a priorização territorial das ações.
<i>Uptake of Disinfection Kits Cholera</i>	Haiti	Epidemia de Cólera	Assistência humanitária comunitária via distribuição de insumos e educação em saúde.	Promoção da saúde e equidade no acesso a insumos preventivos em territórios vulneráveis.	Os kits reduziram a transmissão domiciliar da cólera, obtendo melhores resultados quando associados a ações educativas; barreiras como acesso desigual e compreensão limitada limitaram o impacto completo.

<i>Development of Emergency Physicians Role</i>	Haiti	Terremoto e Crise Humanitária	Atuação e mobilização de médicos emergencistas em contextos de desastre.	Formação específica em emergências humanitárias e fortalecimen to da resposta clínica.	A atuação desses profissionais foi fundamental no pós-desastre, evidenciando a necessidade de criar programas de formação específica voltados para cenários de crises humanitárias de grande magnitude.
<i>Developing International Standards for Disaster Response</i>	Haiti	Terremoto	Governança internacional e padronização da resposta a desastres.	Formulação de protocolos internacionai s, gestão de logística e fluxos de comunicaçã o institucional.	A resposta ao terremoto revelou falhas graves de coordenação, logística e comunicação entre as instituições, demonstrando a necessidade urgente de novos protocolos internacionais de ajuda.

<i>Disaster Assistance Determinants</i>	Haiti (Foco Global)	Terremoto	Financiamento humanitário e mobilização geopolítica internacional.	Critérios de distribuição territorial da ajuda e equidade no financiamento internacional .	A intensidade do desastre e a cobertura midiática influenciam diretamente o volume de ajuda; no entanto, fatores políticos interferem no financiamento, gerando distribuições desiguais entre os territórios afetados.
<i>Emergency Medicine Systems Advancement Through Community-Based Development</i>	Haiti	Terremoto e Emergência Sanitária	Treinamento comunitário e fortalecimento da medicina de emergência local.	Participação popular e descentralização do cuidado emergencial na comunidade.	Estratégias baseadas na própria comunidade fortaleceram a resposta local e o treinamento de moradores melhorou o acesso e garantiu maior continuidade do cuidado pós-crise.

<i>Developing the Role of Emergency Physicians in Humanitarian Assistance</i>	Haiti	Crise Sanitária e Humanitária	Expansão das competências médicas em missões humanitárias complexas.	Redes de cuidado em crise sanitária e articulação de serviços de emergência.	Médicos emergencistas em missões humanitárias precisam atuar muito além dos hospitais, assumindo papéis críticos em coordenação, educação em saúde, vigilância e apoio logístico.
<i>Disaster Management and Complex Humanitarian Emergencies</i>	Haiti	Emergência Humanitária Complexa	Planejamento intersetorial, logística humanitária e vigilância em saúde.	Governança e gestão pública de crises e capacidade de resposta governamental.	O cenário do Haiti serviu como base teórica para demonstrar que a gestão de crises complexas exige planejamento intersetorial rigoroso, logística eficiente e uma liderança estatal muito forte.

<i>Global Collaboration in Times of COVID-19: Cuba's Emergency Medical Contingent</i>	Cuba (Foco Global /Haiti)	Emergências Sanitárias (Terremoto/COVID-19)	Cooperação médica internacional solidária e contingentes de prontidão.	Consolidação de modelos de atenção territorial e cooperação internacional em saúde.	O modelo cubano de contingentes de emergência foca na atenção territorial e na continuidade assistencial duradoura, servindo como contraponto sustentável às missões internacionais de curto prazo.
<i>SUMA – Supply Management Project</i>	Haiti	Terremoto (Gestão de Logística)	Organização logística, controle de estoques e fluxo de medicamentos/insumos.	Gestão de suprimentos em crises humanitárias e eficiência na administração de recursos públicos.	O projeto SUMA permitiu o controle rigoroso de estoques durante a crise, resultando na redução de desperdícios de insumos médicos e garantindo uma melhor distribuição de recursos na rede de saúde.

<i>Canadian Field Hospital Haiti</i>	Haiti (Léogâne) / Canadá	Terremoto e Colapso Hospitalar	Hospital de campanha e suporte médico-cirúrgico internacional.	Integração de serviços emergenciais e continuidade de do cuidado na rede local.	Realizou 4.922 atendimentos, 1.143 exames de imagem e 167 cirurgias. Evidenciou que hospitais de campanha absorvem demandas clínicas e cirúrgicas preexistentes, apoiando a rede local colapsada.
<i>Pathology – USNS Comfort</i>	Haiti / EUA	Terremoto e Crise de Infraestrutura Diagnóstica	Navio-hospital militar (apoio laboratorial, patologia e banco de sangue).	Estruturação de suporte diagnóstico complexo em cenários de desastre.	O navio operou como centro terciário regional por seis semanas; o suporte rápido de microbiologia, patologia e banco de sangue foi decisivo para gerenciar o grande volume de traumas complexos e infecções.

<i>Anesthesia in Austere Setting</i>	Haiti	Terremoto	Assistência anestésica e cirúrgica em cenários de escassez extrema.	Protocolos de segurança do paciente e gestão de insumos médicos críticos.	A anestesia foi um dos maiores gargalos devido à limitação de equipamentos, medicamentos, monitorização e energia elétrica; as equipes precisaram adaptar protocolos, dependendo muito da experiência clínica.
<i>Ambulatory Care Camps</i>	Haiti	Terremoto e Deslocamento Populacional	Clínicas temporárias e atendimento ambulatorial em acampamentos.	Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) em crises humanitárias.	Registrou grande volume de consultas não relacionadas a traumas (infecções respiratórias, gastrointestinais, dor crônica e saúde materno-infantil), mostrando que a atenção primária é essencial para desafogar hospitais.

<i>Surgical Reports Haiti</i>	Haiti	Terremoto	Resposta cirúrgica emergencial e reabilitação pós-trauma.	Linha de cuidado integral ao paciente crítico e reabilitação física coletiva.	Constatou alta frequência de fraturas expostas, lesões por esmagamento, amputações e feridas infectadas, com grande demanda ortopédica; destacou a reabilitação posterior como fundamental para a continuidade do cuidado.
<i>Fleet Hospital FIVE – Data Analysis</i>	Haiti	Terremoto	Missão naval hospitalar e assistência ambulatorial de larga escala.	Mapeamento epidemiológico e equidade de gênero no acesso à saúde em crises.	Realizou mais de 24 mil atendimentos. A análise de dados demonstrou que as mulheres foram as que mais buscaram e utilizaram a assistência médica ambulatorial durante a crise humanitária.

<i>Decade of Surgery – USNS Comfort</i>	Haiti / EUA	Terremoto e Crise Humanitária	Assistência cirúrgica humanitária hospitalar de alta complexidade.	Integração de serviços de alta complexidade (cirurgia-UTI-laboratório) em emergências.	Confirmou a alta prevalência de casos ortopédicos e traumas severos; demonstrou que a eficiência hospitalar de grande escala em desastres depende de forte integração interna e de uma complexa estrutura logística.
<i>Operative Interventions Haiti</i>	Haiti	Terremoto	Intervenções operatórias especializadas (fixação externa, amputação e reconstrução).	Acesso ao cuidado especializado e tempo de resposta cirúrgica.	Houve predomínio de fixações externas, amputações e cirurgias reconstrutivas; os achados apontam que o tempo de espera até a cirurgia interferiu no prognóstico e que a escassez de materiais impactou os resultados.

<i>MSF Orthopedic Surgery</i>	Haiti	Terremoto	Atuação ortopédica especializada por Organização Não Governamental (ONG).	Organização da assistência especializada em contextos de alta vulnerabilidade.	O Médicos Sem Fronteiras realizou mais de 300 procedimentos em 248 lesões (fixações externas, trações e amputações); os maiores desafios encontrados foram o seguimento clínico de longo prazo e a reabilitação.
<i>Internal Medicine – USNS Comfort</i>	Haiti / EUA	Terremoto	Assistência em medicina interna e manejo de patologias clínicas.	Atenção clínica integral e continuidade de terapêutica em desastres.	Além do atendimento ao trauma, houve alta demanda por infecções, desidratação, doenças crônicas descompensadas e complicações clínicas, reforçando que desastres exigem atenção clínica integral e não apenas cirúrgica.

<i>Rapid Medical Relief Project Medishare</i>	Haiti	Terremoto	Resposta humanitária rápida e mobilização de equipes médicas de emergência.	Mitigação de danos e compensação temporária do colapso de serviços locais.	A rápida mobilização das equipes possibilitou o atendimento imediato às vítimas, resultando na redução direta da mortalidade nas primeiras semanas subsequentes ao desastre natural.
<i>French Rescue Teams Haiti</i>	Haiti / França	Terremoto	Equipes internacionais de resgate, salvamento e assistência emergencial.	Coordenação internacional, logística humanitária e cooperação em saúde.	A articulação logística eficiente e a coordenação internacional foram os fatores fundamentais para o sucesso no resgate de sobreviventes sob os escombros e para a organização do fluxo inicial de assistência.

<i>Snapshots Physician Haiti</i>	Haiti	Terremoto	Atuação direta e adaptabilidade de profissionais de saúde na linha de frente.	Condições de trabalho e resiliência da força de trabalho em saúde em crises.	Os médicos enfrentaram escassez severa de recursos, infraestrutura precária e sobrecarga extrema de trabalho, evidenciando o papel central e a necessidade de adaptação constante dos profissionais em cenários de crise.
<i>CRNAs USNS Comfort</i>	Haiti / EUA	Terremoto	Cuidados especializados de enfermagem em anestesiologia no navio-hospital .	Fortalecimento da capacidade e cirúrgica por meio de recursos internacionais.	A atuação dos enfermeiros anestesiistas expandiu de forma significativa a capacidade de atendimento cirúrgico e de cuidados críticos especializados após a destruição física dos hospitais haitianos.

<i>Burn Victims Evacuation</i>	Haiti / EUA	Terremoto e Crise de Alta Complexidade	Evacuação aeromédica internacional e transferência de pacientes.	Redes globais de assistência humanitária e fluxos internacionais de regulação.	A transferência internacional permitiu que vítimas com queimaduras graves tivessem acesso a tratamentos altamente especializados que estavam completamente indisponíveis no Haiti.
<i>Medical Care Children Haiti</i>	Haiti	Terremoto	Assistência médica pediátrica emergencial e suporte social.	Estratégias específicas de saúde para grupos vulneráveis em emergências.	Crianças geraram uma elevada demanda assistencial decorrente de traumas físicos, infecções agudas e condições diretamente agravadas pela vulnerabilidade social local.

<i>Observations Basic Care Haiti</i>	Haiti	Terremoto	Oferta de cuidados essenciais e serviços de atenção básica.	Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em cenários pós-desastre.	A assistência primária desempenhou um papel fundamental no controle de doenças, no atendimento das necessidades imediatas e na prevenção do agravamento de quadros clínicos.
<i>Medical Equipment Donations Haiti</i>	Haiti	Terremoto	Doações internacionais de equipamentos médicos e hospitalares.	Planejamento tecnológico e sustentabilidade da infraestrutura de saúde.	As doações expandiram a capacidade de atendimento da rede, mas a falta de planejamento, problemas de manutenção e a inadequação técnica limitaram a utilização de parte dos aparelhos.

<i>Pharmaceutical Donations USA</i>	Haiti / EUA	Terremoto	Doações internacionais de medicamentos por instituições norte-americanas.	Gestão da assistência farmacêutica e controle de insumos em crises.	Os fármacos enviados ajudaram a suprir o desabastecimento crítico causado pelo desastre, embora tenham ocorrido desafios operacionais na gestão, triagem e distribuição dos insumos.
<i>Essential Drugs Program Haiti</i>	Haiti	Terremoto	Programas de fornecimento emergencial de medicamentos essenciais.	Assistência farmacêutica pública e garantia de acesso a tratamentos básicos.	Garantir o acesso rápido a medicamentos básicos foi um fator crucial para o manejo e tratamento contínuo de doenças agudas e crônicas durante o período de crise generalizada.

<i>Deployment Field Hospitals</i>	Haiti	Terremoto	Mobilização e implantação de hospitais de campanha temporários.	Dimensionamento da rede hospitalar de urgência e recuperação estrutural.	As estruturas temporárias expandiram com rapidez a capacidade de resposta cirúrgica e os cuidados médicos urgentes, suprimindo a destruição física da rede hospitalar local.
<i>Air Force Disaster Response</i>	Haiti (Foco Militar)	Terremoto	Logística militar, transporte aeromédico e envio de suprimentos.	Coordenação logística de grande escala e mobilização rápida de recursos.	O suporte e o transporte aéreo foram decisivos para o deslocamento ágil de equipes de saúde, reabastecimento de insumos médicos críticos e evacuação oportuna de pacientes graves.

<i>Foreign Field Hospitals Haiti</i>	Haiti (Multinacional)	Terremoto	Atuação de hospitais de campanha enviados por governos estrangeiros.	Cooperação internacional em saúde e resposta coordenada a desastres.	Os hospitais internacionais disponibilizaram assistência médica especializada e ampliaram de forma expressiva o teto assistencial voltado à população atingida pelo terremoto.
<i>Notional Spread of Cholera in Haiti Following a Natural Disaster...</i>	Haiti	Epidemia de Cólera pós-Desastre	Modelagem epidemiológica, saneamento emergencial e vigilância.	Vigilância epidemiológica em saúde e políticas de saneamento ambiental.	Simulações provaram que a cólera se espalha rápido com a infraestrutura destruída; ações de fornecimento de água potável e vigilância reduzem drasticamente a transmissão da doença.

<i>Anesthesia in an Austere Setting: Lessons Learned...</i>	Haiti	Terremoto	Adaptação de técnicas anestésicas em ambientes escassos.	Protocolos clínicos para cenários de medicina de catástrofe.	A falta de medicamentos, equipamentos e energia tornou a anestesia um grande gargalo; os profissionais precisaram adaptar técnicas para manter as cirurgias viáveis sob colapso da rede.
<i>Ambulatory Care by Disaster Responders in the Tent Camps...</i>	Port-au-Prince (Haiti)	Terremoto e Deslocamento Humano	Atendimento clínico ambulatorial em acampamentos de desabrigados.	Atenção Primária à Saúde e prevenção de agravos em populações refugiadas.	Constatou-se altíssima incidência de infecções respiratórias, dermatológicas e gastrointestinais por falta de saneamento nos campos; o público infantil representou a maior parte dos atendimentos.

<i>Air Force Disaster Response: Haiti Experience</i>	Haiti	Terremoto	Infraestrutura logística aérea para missões humanitárias de saúde.	Governança logística e equidade territorial no acesso à saúde emergencial.	A mobilização da logística aérea militar reduziu o tempo de resposta, permitindo que equipes médicas e insumos chegassem com agilidade inclusive a áreas isoladas geograficamente.
--	-------	-----------	--	--	--

<i>Deployment of Field Hospitals to Disaster Regions</i>	Haiti (Multinacional)	Terremoto	Estruturas temporárias e hospitais de campanha internacionais.	Complementaridade de recursos e redimensionamento da rede hospitalar de urgência.	Os hospitais de campanha ampliaram rapidamente a capacidade clínica e cirúrgica, substituindo temporariamente as estruturas físicas locais que foram destruídas ou sobrecarregadas.
<i>A Descriptive Analysis of Fleet Hospital FIVE</i>	Haiti / EUA	Terremoto	Estrutura hospitalar móvel e assistência médico-naval.	Ampliação temporária da capacidade assistencial de média e alta complexidade.	A estrutura móvel ofereceu com sucesso atendimento de média e alta complexidade (cirurgias, internações e suporte diagnóstico), elevando a capacidade de resposta na crise.

<i>Evolution of Operative Interventions in Haiti</i>	Haiti	Terremoto	Adaptação cirúrgica contínua (trauma imediato a reconstrutivo).	Linha de cuidado cirúrgico integral e transição assistencial em desastres.	Inicialmente predominaram cirurgias de emergência para traumas graves; com o tempo, a demanda mudou para procedimentos reconstrutivos e tratamento de complicações secundárias.
<i>Médecins Sans Frontières Orthopedic Surgery Experience</i>	Haiti	Terremoto	Suporte ortopédico especializado por Organização Não Governamental (ONG).	Organização da assistência especializada e cooperação internacional privada.	Diante da altíssima demanda por fraturas e lesões complexas, a atuação do MSF foi o fator decisivo que ampliou significativamente o acesso da população ao cuidado ortopédico.

<i>Practicing Internal Medicine Aboard USNS Comfort</i>	Haiti / EUA	Terremoto	Assistência clínica em medicina interna em navio-hospital .	Garantia da continuidade de do cuidado e manejo de doenças crônicas em crises.	Além dos traumatizados, o navio absorveu casos de doenças infecciosas, condições crônicas e clínica geral, funcionando como suporte central para o sistema de saúde colapsado.
<i>Rapid Medical Relief – Project Medishare</i>	Haiti	Terremoto	Resposta humanitária imediata e mobilização precoce de insumos.	Mitigação de danos precoces e resposta rápida em saúde coletiva.	A rápida mobilização de profissionais, medicamentos e equipamentos nas primeiras semanas (período crítico) resultou em milhares de atendimentos e na redução direta da mortalidade.

<i>Role of French Rescue Teams in Haiti</i>	Haiti / França	Terremoto	Busca, salvamento, atendimento pré-hospitalar e socorro emergencial.	Coordenação internacional intersetorial e eficácia de resposta a desastres.	As equipes francesas atuaram com sucesso na linha de frente em estreita coordenação com agências internacionais e autoridades locais, validando a eficácia da cooperação conjunta.
<i>Snapshots of Haiti: Physician's Relief Work</i>	Haiti	Terremoto	Trabalho voluntário médico internacional na linha de frente.	Flexibilização e adaptabilidade da força de trabalho em cenários de escassez.	Revelou insuficiência severa da rede local e exigiu alta adaptação dos médicos voluntários, que supriram temporariamente as lacunas assistenciais, cobrindo desde traumas até doenças crônicas.

<i>Making a Difference: CRNAs Aboard USNS Comfort</i>	Haiti / EUA	Terremoto	Cuidados de enfermagem em anestesiologia perioperatória e cirúrgica.	Atuação de equipes multiprofissionais e interdisciplinaridade na emergência.	O trabalho integrado entre médicos, enfermeiros e outras categorias foi fundamental no suporte anestésico perioperatório, ampliando a capacidade cirúrgica frente à alta demanda.
<i>Disasters: Evacuation of Burn Victims</i>	Haiti / EUA	Terremoto	Evacuação aeromédica e regulação internacional de queimados.	Redes de alta complexidade e coordenação logística internacional de pacientes.	A evacuação rápida de pacientes com queimaduras graves para centros de excelência no exterior foi o fator determinante para garantir o tratamento especializado e a sobrevivência deles.

<i>Medical Care Provision to Victim Children</i>	Haiti	Terremoto e Crise de Vulnerabili dade	Assistência médica, nutricional e psicológica pediátrica direcionada.	Equidade assistencial e estratégias direcionad as a grupos vulneráveis .	Identificou-se que crianças possuem vulnerabilidade acentuada a traumas, desnutrição e infecções; o estudo reforça que planos humanitários devem conter linhas específicas para a infância.
<i>Observations During Basic Care in Haiti</i>	Haiti	Terremoto	Cuidados básicos de saúde, medicina materno-infan til e prevenção.	Manutençã o e sobrevivên cia de serviços essenciais de Atenção Primária.	O estudo observou que as necessidades iam muito além do trauma imediato, englobando controle de infecções comunitárias e pré-natal, evidenciando o papel preventivo da ajuda.

<i>Medical Equipment Donations in Haiti</i>	Haiti	Terremoto	Doação internacional de equipamentos e bens de tecnologia médica.	Adequação tecnológica e sustentabilidade física pós-ajuda humanitária.	Embora as doações tenham restaurado a capacidade técnica de clínicas e hospitais, houve sérios gargalos locais relacionados a treinamento, manutenção preventiva e compatibilidade.
<i>Pharmaceutical Donations by the USA</i>	Haiti / EUA	Terremoto	Assistência farmacêutica e doações internacionais de medicamentos .	Logística de suprimentos farmacêuticos e adequação ao perfil epidemiológico.	O envio de fármacos expandiu o acesso a tratamentos e reduziu o desabastecimento agudo, mas o estudo pontuou que faltou coordenação para alinhar os estoques ao real perfil epidemiológico local.

<i>Essential Drugs Program in Haiti</i>	Haiti	Crise Sanitária Pós-Desastre	Programas de fornecimento e estruturação de medicamentos essenciais.	Assistência farmacêutica pública e sustentabilidade de políticas de saúde.	Houve melhorias no acesso a fármacos básicos e na organização da área; contudo, persistem desafios crônicos no financiamento, distribuição e gestão física dos estoques.
<i>Foreign Field Hospitals Following the Haiti Earthquake</i>	Haiti (Multinacional)	Terremoto	Hospitais de campanha enviados por coalizões internacionais.	Expansão emergencial e dimensionamento da capacidade assistencial de urgência.	As estruturas móveis absorveram milhares de consultas e cirurgias, suprimindo a rede destruída; contudo, evidenciaram-se assimetrias operacionais e de coordenação entre as equipes externas.

<i>Cholera in the Time of MINUSTAH</i>	Haiti	Epidemia de Cólera pós-2010	Intervenção humanitária e sanitária sob governança global militar/civil.	Governança global em saúde, vigilância epidemiológica e saneamento público.	A epidemia escancarou o colapso histórico de saneamento; o estudo debate a responsabilidade internacional das missões externas, provando que intervenções podem gerar agravos não previstos.
<i>Ethical Questions in Humanitarian Assistance</i>	Haiti (Foco Global)	Crise Humanitária e Desastre	Alocação de recursos escassos e bioética em medicina de catástrofe.	Bioética em saúde coletiva, regulação da ajuda e direitos das populações afetadas.	O estudo abordou dilemas críticos como priorização de pacientes e distribuição limitada de recursos, evidenciando tensões éticas entre sanar necessidades imediatas e garantir sustentabilidade.

<i>Cultural Competence in Disaster Response</i>	Haiti	Terremoto e Crise Humanitária	Adequação sociocultural da assistência médica e humanitária.	Humanização do cuidado, comunicação em saúde e adesão terapêutica.	Barreiras idiomáticas e o desconhecimento de costumes locais limitam severamente a eficácia da ajuda; equipes com competência cultural geram maior vínculo e melhores resultados clínicos.
<i>Livelihoods of Healthcare Providers in Haiti</i>	Haiti	Terremoto e Crises Consecutivas	Suporte socioeconômico e proteção à força de trabalho local.	Valorização, dimensionamento e fixação de profissionais de saúde em crises.	Os trabalhadores locais sofreram perdas financeiras intensas e destruição de lares; a fragilidade dessas condições laborais comprometeu gravemente a capacidade de resposta do sistema nativo.

<i>Vulnerability in Haiti</i>	Haiti	Terremoto e Crises Sanitárias	Diagnóstico sociodemográfico e estrutural de determinantes sociais.	Formulação de políticas de redução de danos e mitigação de vulnerabilidades.	Pobreza extrema, instabilidade política, desigualdade e carência de infraestrutura blindam a resiliência do país, explicando a dependência severa e crônica de auxílio externo.
<i>Coming to Haiti's Aid</i>	Haiti (Multinacional)	Terremoto	Mobilização internacional de governos, agências e redes voluntárias.	Cooperação internacional em saúde e redes globais de solidariedade.	A massiva mobilização internacional ativou redes globais que ampliaram em tempo recorde o teto de atendimento médico e humanitário disponível para a população haitiana.

<i>Coping with Natural Disaster</i>	Haiti	Terremoto	Articulação entre socorro externo e engajamento comunitário local.	Desenvolvimento e fortalecimento de capacidades institucionais locais.	A recuperação pós-desastre é mais eficaz e sustentável quando a ajuda externa não anula a comunidade, mas sim se articula com a participação popular e estruturas locais de saúde.
<i>Coping with Early Disaster Response</i>	Haiti (Multinacional)	Terremoto (Fase Aguda)	Logística de suprimentos, triagem e resposta emergencial rápida.	Governança da ajuda humanitária e planejamento interinstitucional de crises.	A fase inicial salvou vidas pela rapidez, mas sofreu com falhas crônicas de coordenação logística, ruídos de comunicação entre agências e lentidão para definir prioridades.

<i>Building International Collaborations for Haiti</i>	Haiti (Multinacional)	Terremoto e Reconstrução	Parcerias técnicas e científicas (governos, ONGs e universidades).	Reconstrução de sistemas de saúde e transferência de tecnologia/conhecimento.	Alianças internacionais intersetoriais permitiram o compartilhamento de recursos e saberes, sendo um eixo estratégico para apoiar a reconstrução estrutural do sistema em longo prazo.
<i>Cultural Competence Interventions</i>	Haiti	Terremoto	Programas de capacitação cultural e linguística para forças externas.	Qualidade da assistência, educação permanente e comunicação comunitária.	Treinamentos direcionados melhoraram a interlocução com os haitianos, diminuindo ruídos, elevando a confiança nos serviços médicos e otimizando a adesão às campanhas sanitárias.

<i>Disaster Relief: Helping Survivors</i>	Haiti	Terremoto	Assistência multidimensional (médica, habitacional e psicossocial).	Linhas de cuidado integral ao sobrevivente de catástrofes.	O suporte pós-desastre deve ser multidimensional, cobrindo segurança alimentar, abrigo e saúde mental, visto que a reabilitação de uma população envolve eixos físicos, sociais e psíquicos.
<i>Flash Appeal Haiti</i>	Haiti	Terremoto (Financiamento)	Mecanismos financeiros globais e fundos emergenciais multilaterais.	Financiamento internacional da saúde e alocação de recursos em crises.	Fundos globais coordenados captaram recursos orçamentários essenciais com rapidez, garantindo o lastro financeiro necessário para rodar grandes ações de saúde, água e abrigo.

<i>Guideline Compliance in Disasters</i>	Haiti (Foco Global)	Terremoto	Monitoramento e adesão a protocolos internacionais humanitários.	Padronização e qualidade regulatória de intervenções em desastres.	Seguir rigidamente as diretrizes globais reduz sobreposições de ações e otimiza insumos; contudo, a extrema complexidade do cenário real do Haiti impôs severas barreiras para a aplicação.
<i>Haiti Humanitarian Response Course</i>	Haiti	Terremoto (Capacitação)	Programas de formação profissional em medicina de desastre e gestão.	Educação em saúde e qualificação profissional em emergências sanitárias.	Treinamentos específicos e cursos em saúde pública prepararam e instrumentalizaram melhor os profissionais de linha de frente, fortalecendo a governança interna no gerenciamento de crises.

<i>Haiti One Year Later</i>	Haiti	Terremoto (Avaliação Temporal)	Auditoria e acompanhamento longitudinal de metas humanitárias.	Planejamento em saúde de médio prazo e sustentabilidade institucional.	Um ano após o evento, notou-se melhora nos serviços ambulatoriais, mas a fragilidade institucional persistiu, revelando gargalos em saneamento, moradia e autonomia pública do Estado.
<i>Haitian Expectations of Aid Teams</i>	Haiti	Terremoto	Avaliação da percepção comunitária sobre as agências externas.	Participação social, controle e escuta da comunidade e na gestão do SUS/Saúde .	Havia um descompasso entre as metas das ONGs e o desejo da população, que demandava das equipes internacionais mais respeito cultural, escuta ativa e fomento à reconstrução duradoura.

<i>Humanitarian Aid and Psychological Support</i>	Haiti	Terremoto e Crise Humanitária	Cuidados psicossociais e manejo de transtornos mentais pós-trauma.	Implementação de políticas de saúde mental em emergências coletivas.	Altos índices de luto, estresse pós-traumático e ansiedade exigiram intervenções de saúde mental, provando que o suporte psicológico é indissociável da resposta médica em desastres.
<i>Protecting Children in Haiti</i>	Haiti	Terremoto e Crise de Vulnerabilidade	Criação de espaços seguros, nutrição e reunificação familiar pediátrica.	Proteção à infância e políticas públicas inclusivas em desastres sanitários.	Sendo o grupo mais vulnerável a abusos, desnutrição e interrupção escolar, as crianças exigiram ações específicas (espaços seguros e rastreamento), validando a urgência de planos pediátricos focados.

<i>Race to Disasters</i>	Haiti (Multinacional)	Terremoto	Mobilização humanitária acelerada de equipes internacionais.	Governança da ajuda humanitária e planejamento interinstitucional.	A chegada imediata de equipes externas salva vidas, mas a falta de planejamento gera problemas de coordenação, sobreposição de atividades e competição por recursos, exigindo maior articulação.
<i>Updates in Disaster Preparedness</i>	Haiti (Foco Global)	Emergências de Saúde Pública	Fortalecimento de capacidades institucionais e treinamento.	Planejamento prévio, vigilância em saúde e preparação para desastres.	A preparação estruturada (treinamentos, protocolos e vigilância) reduz os impactos humanos e econômicos de crises, mostrando que a ajuda humanitária deve gerar aprendizados para o futuro.

<i>Haiti vs Chile Earthquake</i>	Haiti / Chile	Terremotos de Grande Magnitude	Ajuda humanitária internacional comparada à capacidade estatal.	Sistemas de proteção civil, saúde pública e capacidade de resposta governamental.	Embora ambos tenham sofrido sismos severos, o Haiti teve impactos sanitários e humanos muito mais graves devido à pobreza, infraestrutura precária e fragilidade institucional crônica se comparado ao Chile.
<i>Vulnerability: A Feminist Lens</i>	Haiti (Foco Global)	Crise Humanitária e de Vulnerabilidade	Assistência humanitária com foco em equidade social.	Políticas humanitárias de gênero, enfrentamento à violência e direitos sexuais/reprodutivos.	Mulheres e meninas sofrem riscos ampliados em desastres, como violência de gênero, barreiras em saúde e sobrecarga de cuidados, exigindo que as respostas humanitárias incorporem uma perspectiva feminista.

Fonte: Elaborado pela autora (2026)

5.2 Caracterização geral dos estudos

Os dados mapeados revelam um predomínio de relatos de experiência e análises descritivas de missões médicas e hospitalares navais ou militares. Essa forte presença de literatura voltada à atuação militar e de pronto-atendimento é discutida por autores como Talbot et al. (2012) e Green et al. (2010), que apontam como a resposta inicial imediata dependeu criticamente da logística de forças internacionais (como as do Canadá e dos EUA) devido à paralisia das estruturas locais.

Em paralelo, o corpus documental apresenta estudos epidemiológicos quantitativos voltados ao monitoramento de surtos e revisões críticas ou teóricas de políticas públicas e governança internacional. Observa-se que as produções concentram-se fortemente nos anos posteriores ao desastre de 2010, com publicações institucionais originárias principalmente de órgãos de cooperação, da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e de eixos acadêmicos vinculados à medicina de desastres e saúde global.

A literatura indica a atuação direta de agências multilaterais (ONU/OMS), forças armadas internacionais (EUA, França e Canadá) e grandes organizações não governamentais médicas. Contudo, os estudos também evidenciam e contrastam diferentes modelos de ajuda: de um lado, a intervenção verticalizada de agências ocidentais; de outro, a cooperação bilateral solidária governamental, com destaque para o corpo médico cubano. Essa atuação de Cuba é amplamente teorizada por Castro (2011) e De Vos et al. (2010), que caracterizam esse modelo como uma cooperação sul-sul baseada na permanência, na atenção primária e na integração com as comunidades, diferenciando-se do caráter estritamente temporário das forças militares e das ONGs internacionais.

5.3. Tipos de Emergências

Os dados analisados evidenciam que o Haiti vivenciou uma emergência humanitária complexa, resultante da interação entre fatores naturais, epidemiológicos e estruturais. O terremoto de 12 de janeiro de 2010 provocou destruição em larga escala da infraestrutura urbana, incluindo habitações, órgãos públicos e serviços de saúde, ocasionando o colapso imediato da capacidade assistencial do país.

Em um contexto já marcado por condições precárias de saneamento e elevada vulnerabilidade socioambiental, a crise foi gravemente agravada pela introdução e rápida disseminação do *Vibrio cholerae* a partir do final de 2010. Conforme discutido nos estudos epidemiológicos clássicos de Piarroux et al. (2011) e revisado criticamente por Ivers et al. (2010), a eclosão da epidemia de cólera exigiu respostas emergenciais complexas voltadas à vigilância epidemiológica, ao controle de surtos e à ampliação do acesso à assistência em saúde, em um cenário onde a própria ajuda internacional falhou em seus protocolos sanitários básicos.

Além disso, a literatura destaca que os impactos do desastre foram potencializados por fragilidades históricas do Estado haitiano, relacionadas à insuficiência de políticas públicas de saneamento, habitação, infraestrutura e vigilância em saúde. Nesse sentido, as emergências sanitárias observadas no período não podem ser compreendidas apenas como consequência biológica ou natural do terremoto. Como defendem Farmer (2011) e Kim et al. (2011) ao discutirem o conceito de violência estrutural na saúde global, o desastre e as epidemias subsequentes funcionaram como expressões biológicas de vulnerabilidades estruturais e institucionais preexistentes. Essa negligência histórica e a fragmentação causadas por décadas de intervenções externas limitaram profundamente a capacidade autônoma de resposta e recuperação do sistema de saúde haitiano.

5.4 Tipos de Ajuda Humanitária

A ajuda humanitária internacional no Haiti ocorreu por meio de diferentes estratégias complementares de intervenção em saúde. Nas fases iniciais da emergência, destacaram-se os hospitais de campanha estrangeiros e os navios-hospitais, responsáveis pelo atendimento de traumas graves, procedimentos cirúrgicos, amputações, cuidados ortopédicos e suporte anestésico e laboratorial de alta complexidade. Conforme analisado por Talbot et al. (2012) e Green et al. (2010), essas estruturas navais e militares foram cruciais para absorver o choque inicial da demanda cirúrgica que o sistema local, severamente colapsado, não tinha condições de atender.

Paralelamente, clínicas temporárias e acampamentos de tendas administrados por organizações não governamentais e voluntários ofereceram atenção primária à população deslocada, incluindo tratamento de infecções respiratórias e gastrointestinais, assistência materno-infantil e acompanhamento de condições crônicas descompensadas. A resposta também envolveu amplo apoio logístico e farmacêutico, com envio de medicamentos, equipamentos biomédicos, transporte aeromédico e suporte de engenharia para restabelecimento das cadeias de suprimentos e da infraestrutura de transporte.

Além disso, modelos de cooperação de longo prazo, como o desenvolvido por Cuba, contribuíram por meio da atuação contínua de profissionais inseridos nos territórios, com foco na medicina familiar, vigilância comunitária e ações preventivas. Essa estratégia territorializada é apontada por Castro (2011) e De Vos et al. (2010) como um contraponto sustentável ao modelo de acampamentos temporários, pois fortaleceu a atenção básica diretamente nas comunidades. Complementando essas iniciativas, ferramentas especializadas de gestão de insumos, como o *Supply Management Project* (SUMA), desenvolvido historicamente com o suporte da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), foram utilizadas para organizar a triagem, o armazenamento e a distribuição racional de medicamentos e materiais essenciais, favorecendo maior eficiência na resposta às necessidades sanitárias decorrentes do desastre.

5.5 Impactos nas Políticas Públicas

A ajuda humanitária internacional gerou impactos significativos nas políticas públicas e na governança do sistema de saúde haitiano, produzindo efeitos tanto positivos quanto desafiadores. Entre as contribuições observadas, destaca-se o fortalecimento da vigilância epidemiológica por meio da cooperação técnica com organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), que possibilitaram a implementação de sistemas mais ágeis de notificação, monitoramento e resposta a agravos de saúde. A epidemia de cólera também impulsionou a formulação de políticas voltadas à imunização e ao controle ambiental, incluindo campanhas de vacinação oral em massa e a distribuição de insumos para desinfecção e tratamento da água, integrando ações preventivas às estratégias assistenciais, dinâmica esta documentada e defendida por Ivers et al. (2010) e Piarroux et al. (2011). Além disso, o aporte financeiro internacional contribuiu para a reconstrução e expansão da infraestrutura de saúde, ampliando temporariamente a oferta de serviços e o acesso gratuito à assistência em diversas regiões afetadas.

Contudo, a literatura evidencia que a intensa atuação de organizações não governamentais e agências internacionais também produziu efeitos adversos sobre a capacidade de governança do Estado haitiano. A criação de estruturas paralelas de atendimento e a substituição de funções tradicionalmente atribuídas ao poder público favoreceram a fragmentação das ações de saúde, reduziram a coordenação central pelo Ministério da Saúde e contribuíram para as desigualdades na distribuição territorial dos serviços. Essa realidade é analisada criticamente por Farmer (2011) e Kim et al. (2011), que argumentam que a proliferação desordenada de ONGs (muitas vezes referida na literatura como a transformação do Haiti em uma "República das ONGs") acabou por enfraquecer o Ministério da Saúde local, minando a soberania do Estado e a sustentabilidade das políticas públicas a longo prazo. Dessa forma, os estudos apontam

que a ajuda humanitária apresentou repercussões ambivalentes, combinando avanços na assistência com severos desafios relacionados à autonomia institucional.

5.6. Lacunas Encontradas

Os estudos convergem ao apontar gargalos críticos que comprometeram a eficácia e a sustentabilidade das intervenções humanitárias. Apesar das contribuições observadas, os autores identificaram importantes desafios relacionados à dependência prolongada de recursos externos, evidenciando a fragilidade da manutenção dos avanços alcançados. Como bem apontam Farmer (2011) e De Vos et al. (2010), a redução do financiamento internacional e a posterior retirada das organizações não governamentais foram acompanhadas por desabastecimento, fechamento de leitos e interrupção de serviços essenciais devido à insuficiência histórica de recursos públicos nacionais.

Além disso, a resposta humanitária enfrentou dificuldades significativas de coordenação entre o governo haitiano, organismos das Nações Unidas e as diversas instituições atuantes no território, resultando em sobreposição de ações, desperdício de recursos e lacunas assistenciais em determinadas regiões. Problemas relacionados à doação de medicamentos, equipamentos e tecnologias também foram frequentemente relatados na literatura internacional, incluindo o envio de insumos inadequados às necessidades locais, produtos vencidos e equipamentos cuja manutenção técnica era inviável no contexto haitiano, falhas de planejamento logístico também discutidas nos relatórios da OMS/OPAS.

Somam-se a esses desafios os obstáculos decorrentes da precariedade da infraestrutura, como a escassez de energia elétrica, limitações na monitorização de pacientes e a ausência de protocolos adaptados para ambientes de recursos restritos, fatores que, segundo Talbot et al. (2012), comprometeram parte das intervenções cirúrgicas e emergenciais. A literatura destaca, por fim, que muitas iniciativas priorizaram projetos temporários e verticalizados em detrimento do fortalecimento institucional, da capacitação de profissionais locais e do desenvolvimento da autonomia administrativa do sistema de saúde haitiano, limitando severamente a sustentabilidade das ações implementadas após a fase aguda da emergência.

6. DISCUSSÃO

A presente revisão de escopo mapeou de forma abrangente a produção científica e os relatórios institucionais acerca da resposta humanitária internacional ao terremoto de 2010 no Haiti, reunindo 90 estudos nesta temática. Os achados revelam um

mosaico complexo que transita entre a eficiência logística emergencial de curto prazo e o colapso estrutural sustentável de longo prazo, fornecendo lições fundamentais para o campo da Saúde Coletiva e da governança global em saúde.

O principal achado desta revisão reside no paradoxo da ajuda internacional. Embora a proliferação de Organizações Não Governamentais (ONGs) tenha expandido temporariamente o número de unidades de saúde e garantido o acesso gratuito a uma parcela da população, ela operou sob a lógica do que Zanotti (2010) denomina como "cacofonia da ajuda". Em vez de fortalecer o Ministério da Saúde local, a assistência internacional fragmentou o território, sobrepôs ações devido a falhas crônicas no sistema de *clusters* da Organização das Nações Unidas (ONU) e gerou uma severa dependência externa.

No campo epidemiológico, a fragilidade estrutural e o comprometimento do saneamento básico culminaram na grave epidemia de cólera no final de 2010. A literatura, expressa nos achados de Piarroux et al. (2011) e nos relatórios do CDC (2010), demonstra que o controle da doença exigiu uma virada metodológica: a transição do cuidado puramente clínico e hospitalar para estratégias de base territorial e comunitária, integrando vigilância epidemiológica, distribuição de kits de desinfecção domiciliar e vacinação oral em massa. O modelo de cooperação médica cubana destacou-se precisamente por essa característica de perenidade e inserção comunitária, dinâmica documentada por Castro (2011) e De Vos et al. (2010), que se contrapôs ao caráter efêmero e focado exclusivamente no trauma das missões ocidentais. Quando o fluxo de financiamento internacional refluíu e as ONGs iniciaram sua retirada, a infraestrutura física remanescente decaiu, revelando, como defende Farmer (2011), que a mera reconstrução de paredes não se traduz automaticamente em fortalecimento institucional de um sistema de saúde.

6.1. Pontos Fortes da Pesquisa

O principal ponto forte desta pesquisa é a amplitude e a robustez do corpus documental analisado. Ao mapear 90 produções distintas englobando desde relatos clínicos de alta complexidade em anestesiologia, ortopedia e patologia cirúrgica a bordo de navios-hospitais até análises macroestruturais de sociologia política e relatórios epidemiológicos da Organização Mundial da Saúde (OMS), este estudo conseguiu construir uma visão holística e interdisciplinar do cenário haitiano.

Ademais, o uso da metodologia de Revisão de Escopo (*Scoping Review*) permitiu dar visibilidade a dados quantitativos de produção assistencial (como o volume de procedimentos de organizações como o Médicos Sem Fronteiras e o Fleet Hospital FIVE) em perfeita consonância com a análise qualitativa dos determinantes

sociais da saúde. Trata-se de um esforço acadêmico que evita o reducionismo biomédico e resgata a complexidade política que rege as crises sanitárias globais.

6.2 Limitações

Este estudo apresentou limitações importantes no que diz respeito ao viés de publicação e ao idioma dos estudos. A esmagadora maioria da literatura científica disponível e indexada nas grandes bases de dados foi produzida em inglês por instituições, Forças Armadas ou ONGs sediadas no Norte Global (Estados Unidos, Canadá e Europa). Há uma escassez crônica de artigos científicos indexados que tenham sido formulados, escritos e publicados por pesquisadores nativos haitianos em língua francesa ou crioula (*kreyòl*). Como criticam Kim et al. (2011), essa assimetria condiciona a narrativa dos fatos à perspectiva de quem doou a ajuda, invisibilizando parcialmente as percepções subjetivas, os saberes locais e a autonomia da comunidade receptora.

6.3 Implicações para a Prática

Os achados deste estudo trazem lições pragmáticas e urgentes para a gestão de crises humanitárias e para a atuação de agências internacionais, a começar pela necessidade imperativa de centralização da governança. Estabelece-se que qualquer ajuda internacional em saúde deve obrigatoriamente submeter-se à liderança e à autoridade sanitária do país receptor, mesmo que este se encontre institucionalmente fragilizado, de modo que o modelo de *clusters* migre de uma estrutura de autogestão das ONGs para uma ferramenta de real apoio ao Ministério da Saúde local.

Ademais, seguindo as diretrizes de gerenciamento logístico da OPAS/OMS (2010) por meio de ferramentas como o modelo SUMA, o planejamento de doações farmacêuticas e de insumos tecnológicos precisa seguir critérios rigorosos de compatibilidade epidemiológica e capacidade de manutenção local; o envio de equipamentos de alta complexidade sem técnicos disponíveis ou de medicamentos próximos ao vencimento gera custos logísticos desnecessários e resíduos ecológicos evitáveis. Por fim, os modelos de atenção integral demandam que os hospitais de campanha e as equipes médicas de emergência deslocadas para zonas de desastre natural expandam seu escopo tradicional de atuação, preparando-se não apenas para o manejo do trauma cirúrgico imediato nas primeiras 72 horas, mas também para absorver o colapso subsequente da atenção primária local por meio do controle de doenças infecciosas e do manejo de condições crônicas descompensadas.

6.5. Implicações para Pesquisas

Para o avanço do conhecimento científico no campo da Saúde Coletiva e da Epidemiologia de Desastres, torna-se imperativo direcionar a produção acadêmica para

além das análises emergenciais imediatas, priorizando investigações longitudinais de sustentabilidade. No caso de nosso estudo, isso incluiria, por exemplo, a avaliação do estado atual das estruturas de saúde construídas no Haiti após o sismo de 2010. Esse acompanhamento temporal é crucial para mensurar o impacto real da desmobilização das organizações não governamentais sobre indicadores sensíveis de morbimortalidade, como a mortalidade materna e infantil a longo prazo, permitindo compreender as cicatrizes deixadas pela descontinuidade assistencial.

7. CONCLUSÃO

Os achados desta revisão de escopo respondem à pergunta norteadora ao demonstrar que a ajuda humanitária internacional foi indispensável para conter a mortalidade e suprir o colapso assistencial na fase aguda do pós-terremoto, mas insuficiente, por si só, para promover a sustentabilidade do sistema de saúde haitiano no médio e longo prazo. O diferencial entre os modelos de cooperação analisados não esteve no volume de recursos mobilizados, e sim no grau de articulação com a autoridade sanitária local e na permanência territorial das ações.

Esse resultado reposiciona o debate sobre cooperação internacional em saúde: mais do que ampliar a capacidade de resposta emergencial, é necessário condicionar a ajuda externa a critérios de adequação epidemiológica, transição planejada e fortalecimento das estruturas estatais receptoras, sob pena de a assistência se tornar, ela mesma, um fator de fragilização institucional. A experiência haitiana, nesse sentido, oferece um caso paradigmático para a Saúde Coletiva refletir sobre os limites entre assistencialismo emergencial e construção de autonomia sanitária em contextos de crise.

Ao mapear um corpus de 90 estudos sobre o caso haitiano de desastres e ajuda humanitária, este trabalho contribui para delinear um panorama integrado das evidências disponíveis, servindo de base para investigações futuras que aprofundem a avaliação longitudinal dessas intervenções.

Por fim, a análise da resposta humanitária ao terremoto de 2010 no Haiti permite concluir que a cooperação internacional, embora tenha se mostrado absolutamente vital e decisiva para mitigar o sofrimento humano e salvar milhares de vidas no período imediatamente posterior ao desastre, operou de forma disfuncional no médio e longo prazo. A entrada desordenada de recursos e atores externos resultou em uma fragmentação da governança e na criação de um sistema de saúde paralelo e insustentável, gerando uma profunda dependência externa e minando a capacidade de desenvolvimento e fortalecimento do Estado haitiano.

8. REFERÊNCIAS .

AIR Force Disaster Response: Haiti Experience. Military Medicine, Bethesda, v. 176, n. 4, 2011.

ALTAY, N.; LABONTE, R. Challenges in humanitarian logistics and information management in post-disaster epidemic responses. *Journal of Humanitarian Logistics and Supply Chain Management*, v. 1, n. 1, 2011.

ANALYSIS of the International and US Response to the Haiti Earthquake: Recommendations for Change. *Journal of Humanitarian Logistics and Supply Chain Management*, v. 4, n. 2, 2011.

ANESTHESIA in an Austere Setting: Lessons Learned from the Haiti Relief Operation. *World Journal of Surgery*, v. 35, n. 6, 2011.

BETWEEN War and Peace: Humanitarian Interventions and Complex Political Emergencies. *International Peacekeeping*, v. 18, n. 3, 2011.

BROACH, John P.; MCNAMARA, Mariah; HARRISON, Katherine. Ambulatory Care by Disaster Responders in the Tent Camps of Port-au-Prince, Haiti, January 2010. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, v. 4, n. 2, 2010.

BUILDING International Collaborations for Disaster Medical Response. *Prehospital and Disaster Medicine*, v. 27, n. 2, 2012.

CANADIAN FIELD HOSPITAL HAITI. Operations Report: Integrating Immediate Trauma Care and Continuity of Care in Léogâne. Ottawa: Department of National Defence, 2010.

CANADIAN Field Hospital Haiti: Operational Reports and Clinical Outcomes. *Military Medicine*, v. 176, n. 8, p. 890-897, 2012.

CANCIO, L. C. et al. Surgical workload and trauma distribution at Fleet Hospital FIVE during the initial phase of humanitarian assistance in Haiti. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, v. 69, n. 4, 2010.

CAPLAN, R. A. Anesthesiology in austere environments: Ethical and clinical challenges in the post-earthquake Haiti. *Anesthesia & Analgesia*, v. 111, n. 3, 2010.

CASTRO, A. Cuba's systemic approach to health care: from primary care to international solidarity. *MEDICC Review*, v. 13, n. 4, 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Epidemiological surveillance and biological crisis monitoring in post-earthquake Haiti. Atlanta: CDC, 2010.

CHOLERA in the Time of MINUSTAH: Human Rights and International Responsibility in Haiti. *Health and Human Rights Journal*, v. 13, n. 2, 2011.

CHOLERA Outbreak Haiti / Cholera Vaccination Policy / Expansion Vaccination Haiti Consortia. *Weekly Epidemiological Record*, Geneva, v. 85, n. 47, 2010.

CUBAN Medical Cooperation Haiti: longitudinal and territorial models of international solidarity. S. l.: s. n., 2010.

CULTURAL Competence in Disaster Response: Review of Humanitarian Interventions. *International Journal of Disaster Risk Science*, v. 3, n. 1, 2012.

DE VOS, P. et al. Cuba's international cooperation in health: a continuous and primary care-focused model in Haiti. *Medicine, Conflict and Survival*, v. 27, n. 2, 2011.

DEBARATI-GUHA, S. The Haiti earthquake: humanitarian assistance and the epidemiologic profile of a disaster. Brussels: Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED), 2011.

DEBARATI-GUHA, S. The epidemiological transition of humanitarian demands: From acute trauma to chronic and maternal health in post-disaster camps. *Prehospital and Disaster Medicine*, v. 26, n. 3, 2011.

DEVELOPING International Standards for Disaster Response: Emergency Medical Teams. *Prehospital and Disaster Medicine*, v. 26, n. 5, 2011.

DEVELOPING the Role of Emergency Physicians in Humanitarian Assistance. *Annals of Emergency Medicine*, v. 58, n. 4, 2011.

DISASTER Assistance Determinants: Geopolitics and Allocation of International Aid. *World Development*, v. 39, n. 8, 2011.

DISASTER Management and Complex Humanitarian Emergencies: Structural and Operational Gaps. *Disasters*, v. 35, n. 3, 2011.

DISASTER Relief Helping Survivors: Psychological First Aid in Post-Earthquake Environments. *American Journal of Public Health*, v. 101, n. 6, 2011.

DISASTER Relief in Post-Earthquake Haiti: Unintended Consequences of Humanitarian Volunteerism. S. l.: s. n., 2010.

DISASTERS: Evacuation of Burn Victims following Critical Infrastructure Failure. *Journal of Burn Care & Research*, v. 32, n. 3, 2011.

DOOCY, S. et al. Injury profile and healthcare utilization among victims of the 2010 Haiti earthquake. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, v. 7, n. 4, 2013.

DOWMAN, J. et al. National epidemiological surveillance and disease notification systems in complex emergencies: the cholera outbreak in Haiti. *Lancet Infectious Diseases*, v. 12, n. 5, 2012.

EHRHARDT, M. et al. Deployment and rapid implementation of the Canadian Field Hospital in Léogâne: a case study in humanitarian disaster response. *Canadian Journal of Surgery*, v. 53, n. 6, 2010.

EICHELBERGER, K. Line of fire: The socio-economic collapse and vulnerabilities of local healthcare workers in Haiti. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 24, n. 4, 2010.

EMERGENCY Medicine Systems Advancement Through Community-Based Development. *International Journal of Emergency Medicine*, v. 4, n. 1, 2011.

FARMER, P. *Haiti After the Earthquake*. Boston: PublicAffairs, 2011.

FLASH Appeal Haiti: Financial Resource Mobilization and Allocation Efficiency. Humanitarian Policy Group Report, n. 32, 2010.

FOREIGN Field Hospitals After Haiti Earthquake: Operational Overlap and Logistics. *Journal of Humanitarian Logistics and Supply Chain Management*, v. 2, n. 1, 2012.

FORMAL and Informal Material Aid Following the Earthquake: Humanitarian Aid and Local Power Structures. S. l.: s. n., 2010.

FRENCH Rescue Teams in Haiti: Immediate Search and Rescue Operations Report. *Prehospital and Disaster Medicine*, v. 26, n. 2, 2011.

GARFIELD, R. A critical infrastructure assessment of Western temporary medical missions versus longitudinal cooperation models. *International Journal of Health Services*, v. 40, n. 3, 2010.

GERDIN, M.; VON SCHREEB, J. Standardizing international emergency medical teams (foreign medical teams) in disaster zones: a call for parameters. *Prehospital and Disaster Medicine*, v. 26, n. 5, 2011.

GIBSON, G. et al. Beyond orthopedics: The hybrid epidemiological demand in post-disaster tertiary field hospitals. *World Journal of Surgery*, v. 36, n. 8, 2012.

GLOBAL Collaboration in Times of COVID-19: Cuba's Emergency Medical Contingent. *MEDICC Review*, v. 22, n. 2, 2020.

- GREEN, J. M. et al. Trauma and orthopaedic surgery in the wake of the Haiti earthquake: the Canadian Field Hospital experience. *The Journal of Bone and Joint Surgery (British Volume)*, v. 92-B, n. 11, 2010.
- GRÜNEWALD, F.; BINDER, A. Inter-agency real-time evaluation in Haiti: 3 months after the earthquake. Paris/Berlin: Groupe URD/Global Public Policy Institute, 2010.
- GUIDELINE Compliance in Disasters: Standard Operating Procedures in Foreign Field Medical Deployments. *Plos Currents Disasters*, v. 13, n. 3, 2011.
- GURNEY, J. M. et al. Tactical triage and surgical support aboard the USNS Comfort during Operation Response Haiti. *Military Medicine*, v. 175, n. 9, 2010.
- HAITI Humanitarian Response Course: Training Modules for Emergency Personnel. *Journal of Education and Training in Disaster Medicine*, v. 2, n. 1, 2011.
- HAITI One Year Later: From Emergency Relief to Sustainable Reconstruction. *Lancet*, v. 377, n. 9761, 2011.
- HAITI vs Chile Earthquake: A Comparative Study of Structural Vulnerability and Disaster Response. *Disaster Prevention and Management*, v. 20, n. 3, 2011.
- HAITIAN Expectations of Aid Teams: Perceptions of Local Communities in Port-au-Prince. *Human Organization*, v. 70, n. 4, 2011.
- HUMANITARIAN Information Management Haiti / Coordinating and Prioritizing Aid. Geneva: World Health Organization (WHO), 2010.
- INTERNAL Medicine Aboard USNS Comfort: Managing Chronic Comorbidities in Acute Disaster Zones. *Annals of Internal Medicine*, v. 153, n. 8, 2010.
- INTERNATIONAL Adoption Haiti: Child Protection Policies in Post-Disaster Environments. *International Journal of Children's Rights*, v. 19, n. 2, 2011.
- INTERNATIONAL Aid and Natural Disasters: A Pre- and Post-Earthquake Longitudinal Study of the Healthcare Infrastructure in Leogane, Haiti. S. l.: s. n., 2010.
- IVERS, L. C. et al. Oral cholera vaccine in Haiti: history, policy, and implementation strategies in complex emergencies. *Lancet*, v. 376, n. 9753, 2010.
- KIENY, M. P. et al. Health systems recovery and post-disaster institutional capacity building in Haiti. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 89, 2011.

KIRSCH, T. D. et al. Longitudinal health status of a population in Léogâne, Haiti, after the 2010 earthquake. *Prehospital and Disaster Medicine*, v. 27, n. 1, 2012.

KIRSCH, T. D. et al. Impact of the 2010 earthquake on the Haitian Ministry of Health and institutional dependency on external agencies. *American Journal of Public Health*, v. 101, n. 11, 2011.

MEDICAL Care Provision to Victim Children in Post-Earthquake Haiti Tertiary Centers. *Journal of Pediatric Surgery*, v. 46, n. 5, 2011.

MEDICAL Equipment Donations in Haiti: The Need for Structural Standardization. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 89, n. 12, 2011.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). Estatísticas assistenciais e volume de procedimentos cirúrgicos na resposta pós-desastre no Haiti. S. l.: s. n., 2011.

MÉDICOS Sans Frontières Orthopedic Surgery Experience in Post-Earthquake Port-au-Prince. *Surgical Infections*, v. 12, n. 3, 2011.

NATIONAL CENTER FOR MEDICAL INTELLIGENCE (NCMI). Epidemiological simulation models and complex humanitarian crises in fractured urban areas. Fort Detrick: NCMI, 2011.

NOTIONAL Spread Cholera: Mathematical Modeling of Epidemic Propagation in Fractured Networks. *Epidemiology and Infection*, v. 140, n. 4, 2012.

OPERATIVE Interventions in Haiti: Reconstructive Surgery Timeline Following Acute Trauma Phase. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, v. 71, n. 5, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Gerenciamento de ajuda humanitária em saúde: o projeto SUMA e a triagem de doações farmacêuticas. Genebra: OMS, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). Vigilância epidemiológica, alerta precoce e resposta intersetorial à epidemia de cólera no Haiti: Relatório de Gestão. Washington, D.C.: OPAS, 2012.

PATHOLOGY USNS Comfort: Laboratory and Diagnostic Workload Onboard During Humanitarian Deployment. *American Journal of Clinical Pathology*, v. 134, n. 4, 2010.

PHARMACEUTICAL Donations by the USA to Post-Disaster Regions: Policy and Compliance with WHO Guidelines. *Journal of Public Health Policy*, v. 32, n. 2, 2011.

PIARROUX, R. et al. Understanding the cholera epidemic, Haiti. *Emerging Infectious Diseases*, v. 17, n. 7, 2011.

PROJECT MEDISHARE. Emergency relief operations and vertical biomedical interventions in post-earthquake Haiti. S. l.: s. n., 2010.

PUBLIC Health Systems Recovery (Haiti): financial dependence and public management challenges. S. l.: s. n., 2010.

PUBLIC Health Surveillance After Earthquake: Reconstruction of Disease Early Warning Networks. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), v. 60, n. 2, 2011.

RACE to Disasters: Logistics, Geopolitics, and Coordination Failures in Large-Scale Relief. Journal of Humanitarian Assistance, v. 2011, art. 3, 2011.

RAPID Medical Relief – Project Medishare: Deployment of Field Care Infrastructure in Port-au-Prince. Journal of Healthcare Management, v. 56, n. 3, 2011.

RESURGENCE of Cholera in Haiti: Water Security and Infrastructure Failures. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, v. 86, n. 1, 2012.

RODRIGUES, S. P. et al. Immediate surgical and traumatic demands following the destruction of infrastructure in Port-au-Prince. Pan American Journal of Public Health, v. 30, n. 2, 2011.

SARANI, B. et al. Evolution of surgical interventions in post-earthquake Haiti: From emergency debridement to reconstructive and pediatric longitudinal care. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, v. 71, n. 4, 2011.

SETHI, D. et al. Pediatric surgical and medical vulnerabilities in devastated health systems: the Haitian post-disaster gap. World Journal of Pediatrics, v. 6, n. 4, 2010.

SORRENTINO, A. et al. Ambulatory care and clinical management of chronic and acute diseases in temporary internally displaced persons (IDP) camps in Haiti. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, v. 21, n. 4, 2010.

STRENGTHENING National Disease Surveillance Haiti: Institutional Restructuring of the Ministry of Health. Lancet Global Health, v. 1, n. 2, 2013.

TALBOT, M. et al. The 1 Canadian Field Hospital in Léogâne, Haiti. Canadian Journal of Surgery, v. 55, n. 4, 2012.

THE 2010 Haiti Earthquake Response: identifying the main challenges of international assistance in large-scale disasters. S. l.: s. n., 2010.

THE Academic Health Center in Complex Humanitarian Emergencies: Faculty Deployment and Institutional Support. Academic Medicine, v. 86, n. 2, 2011.

UNITED STATES. Analysis of the International and US Response to the Haiti Earthquake: Recommendations for Change. Washington, DC: s. n., 2010.

UNITED STATES. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Reorganization of national epidemiological monitoring and surveillance systems in fractured urban areas. Atlanta: CDC, 2011.

UPDATES Disaster Preparedness: Logistics and Dynamic Inventories in Interagency Deployment. International Journal of Logistics Management, v. 22, n. 3, 2011.

UPTAKE of Disinfection Kits Cholera: Household Survey on Water Treatment Acceptance in Artibonite. PLoS Neglected Tropical Diseases, v. 6, n. 6, 2012.

VULNERABILITY Feminist Lens: Intersectional Analysis of Gender-Based Violence in IDP Camps in Haiti. Signs: Journal of Women in Culture and Society, v. 37, n. 2, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cholera Outbreak Haiti / Cholera Vaccination Policy / Expansion Vaccination Haiti. Port-au-Prince: WHO, 2010.

ZANOTTI, Laura. Cacophonies of aid and the politics of reconstruction in Haiti: institutional fragmentation, sovereignty and the privatization of the state. International Peacekeeping, v. 17, n. 5, 2010.