



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE  
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA  
(ILACVN)**

**SAÚDE COLETIVA**

**ANÁLISE COMPARATIVA DOS SISTEMAS DE SAÚDE DO HAITI E DO BRASIL  
ENQUANTO AO MODELO DE GESTÃO, MODELO DE ATENÇÃO, MODELO DE  
FINANCIAMENTO E RECURSOS HUMANOS**

**INDY PLANCHER**

Foz do Iguaçu  
2018



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE  
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA (ILACVN)**

**SAÚDE COLETIVA**

**ANÁLISE COMPARATIVA DOS SISTEMAS DE SAÚDE DO HAITI E DO BRASIL  
ENQUANTO AO MODELO DE GESTÃO, MODELO DE ATENÇÃO, MODELO DE  
FINANCIAMENTO E RECURSOS HUMANOS**

**INDY PLANCHER**

Trabalho de conclusão de curso de graduação do curso de SAÚDE COLETIVA apresentado ao Instituto Latinoamericano de Ciências da Vida e Natureza (ILACVN) da Universidade Federal da Integração Latinoamericana (UNILA) como parcial para obter o título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Dr. Antulio Hoyos Rivera

Foz do Iguaçu  
2018

**INDY PLANCHER**

**ANÁLISE COMPARATIVA DOS SISTEMAS DE SAÚDE DO HAITI E DO BRASIL  
ENQUANTO AO MODELO DE GESTÃO, MODELO DE ATENÇÃO, DE MODELO DE  
FINANCIAMENTO E RECURSOS HUMANOS**

Trabalho de conclusão de curso de graduação do curso de SAÚDE COLETIVA apresentado ao Instituto Latinoamericano de Ciências da Vida e Natureza (ILACVN) da Universidade Federal da Integração Latinoamericana (UNILA) como parcial para obter o título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Dr. Antulio Hoyos Rivera

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Dr. Dr. Antulio Hoyos Rivera  
UNILA

---

Profa. Rosana Álvarez Callejas  
UNILA

---

Profa. María Cerez Pereira  
UNILA

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ do 2018

### ***Dedicatória***

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angustia. E a todos que contribuíram direta ou indiretamente em minha formação acadêmica.*

## **AGRADECIMIENTO**

Agradeço a todos que contribuíram no decorrer desta jornada, em especialmente: A Deus, a quem devo minha vida. A minha família que sempre me apoiou nos estudos e nas escolhas tomadas. A Evelyn Ariana Cabrera Reinoso por sempre me incentivar e compreender nos momentos difíceis. Ao orientador Prof. Dr. Dr. Antulio Hoyos Rivera que teve papel fundamental na elaboração deste trabalho. Aos meus colegas pelo companheirismo e disponibilidade para me auxiliar em vários momentos.

PLANCHER, Indy. **ANÁLISE COMPARATIVA DOS SISTEMAS DE SAÚDE DO HAITI E DO BRASIL ENQUANTO AO MODELO DE GESTÃO, MODELO DE ATENÇÃO, MODELO DE FINANCIAMENTO E RECURSOS HUMANOS**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Integração Latino americana, Foz de Iguazu, 2018.

## **RESUMO**

O presente trabalho visa analisar comparativamente alguns aspectos relevantes dos sistemas de saúde do Haiti e do Brasil, de forma a buscar elementos específicos à gestão das políticas públicas no setor da saúde. Ressaltando que o Brasil representa a maior economia da America Latina, enquanto o Haiti a pior economia do continente Americano. A partir de dados obtidos em bases de informação com acesso público sobre tais sistemas de saúde e revisão de literatura acadêmica em caracterização de sistemas de saúde internacionais, efetuou-se uma síntese dos seguintes elementos, tais como o modelo de gestão, modelo de atenção, modelo de financiamento e dos recursos humanos. A partir desses aspectos identificamos as semelhanças e as diferenças entre sistemas de saúde do Brasil e do Haiti.

**Palavras-chaves:** Sistemas de Saúde, Saúde pública, políticas públicas de saúde, gestão de políticas públicas, atenção básica.

PLANCHER, Indy. **ANÁLISE COMPARATIVA DOS SISTEMAS DE SAÚDE DO HAITI E DO BRASIL ENQUANTO AO MODELO DE GESTÃO, MODELO DE ATENÇÃO, MODELO DE FINANCIAMENTO E RECURSOS HUMANOS**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Integração Latino-americana, Foz de Iguaçu, 2018.

### **ABSTRACT**

The present study aims to comparatively analyze some relevant aspects of the health systems of Haiti and Brazil, in order to seek specific elements to the management of public policies in the health sector. Noting that Brazil represents the largest economy in Latin America, while Haiti is the worst economy in the Americas. Based on data obtained from information bases with public access to such health systems and review of the academic literature on the characterization of international health systems, a synthesis of the following elements was made, such as the management model, care model, model of funding and human resources. From these aspects we identify the similarities and differences between health systems in Brazil and Haiti.

**Keywords:**Health systems, Public health, public health policies, management of public policies, basic care.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÃO**

Figura 1: Ilustração da divisão do território haitiano .....	25
Figura 2: Ilustração da divisão do território brasileiro .....	27
Figura 3: As diretorias departamentais de saúde no mapa geográfica do Haiti.....	45



## LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Quadro 1: Estrutura do Sistema da Saúde do Brasil. ....	39
---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Ilustração piramidal da Organização do sistema de Saúde do Haiti.....	37
Gráfico 2: Esquema da divisão dos setores dentro do sistema de saúde Haitiano.....	38
Gráfico 3: despesas em saúde pública (% do total das despesas em saúde).....	42
Gráfico 4: Despesas em saúde pública no Brasil (% do total das despesas em saúde).....	43
Gráfico 5: Modelo de gestão do SUS .....	47
Gráfico 6: Modelo de atenção no Haiti.....	51
Gráfico 7: Hierarquização dos níveis de atenção.....	53

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Numero das instituições sanitárias no Haiti por setores em (%) da OPA 2018 .....	55
Tabela 2: Número de profissionais por setores para 10 mil habitantes, da OPA, 2018.....	55
Tabela 3: Número de médicos no setor público/departamentos para 10 mil habitantes no Haiti, da OPA, 2018 .....	55
Tabela 4: Número de médicos dos setores combinados (públicos e privados) /departamentos para 10 mil habitantes no Haiti da OPA, 2018. ....	56
Tabela 5: Evolução no número de médicos e da população entre 1920-2017 no Brasil. ....	57

## LISTA DE SIGLAS

MSPP: Ministère de la Santé Publique et de la Population

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização mundial da Saúde

OPAS: Organização Pan-americana da Saúde

EMMUS: Enquete Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services

IHSI: Institut Haitien de Statistique et de L'informatique

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico

PIB: Produto Interior Bruto

PNUD: Programa das nações Unidas pelo Desenvolvimento

BRICS: Brasil, Rússia, Índia, China, Sudafrica

CAP: Caixas de Aposentadoria e Pensão

SESP: Serviço Especial de Saúde Pública

CLT: Consolidação das Leis do Trabalho

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social

CONASP: Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

AOPS: Association des Oeuvres Privées de santé

ONG: Organização Não Governamental

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

CONASP: Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

AIS: Ações Integradas De Saúde

SAMHPS: Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social

SUS: Sistema Único de Saúde

CIT: Comissão Intergestores Tripartite

ANS: Agência nacional de Saúde

POI: Programação e ornamentação integradas

FUNRURAL: Fundo Rural

UCS: Unité comunale de Santé

CF: Constituição Fédéral

FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz

FUNASA: Fundação Nacional de Saúde

ANVISA: Agência Nacional da Vigilância Sanitária

CONASS: Conselho Nacional

CIB: Comissão Intergestore Bipartite

CIT: Comissão intergestores Tripartite

HIV: Vírus Imuno Humano

AIDS: Síndrome da imunodeficiência adquirida

PSF: Programa de Saúde da Família

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

DSD: Direções de Saúde Departamentais

MINUSTAH: Mission des Nations Unies pour la Stabilisation d'Haiti

# CONTEÚDO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>CAPÍTULO I:</b> .....	19
1.1 SISTEMAS DE SAÚDE .....	19
1.2 BREVEHISTÓRIA DA SAÚDE E DA DOENÇA .....	19
1.3A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL DO SER HUMANO.....	22
1.4 A SAÚDE COMO OBJETO DE POLÍTICAS PÚBLICAS .....	23
<b>CAPÍTULO II: A SITUAÇÃO SÓCIA DEMOGRÁFICA DO HAITI E DO BRASIL</b> 24	
2.1 HAITI.....	24
2.1.1DIVISÃO GEOGRÁFICA DO HAITI.....	24
2.1.2AS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DO HAITI.....	25
2.2 BRASIL .....	26
2.2.1DIVISÃO GEOGRÁFICA .....	26
2.2.2 ESTRUTURA E SISTEMA POLÍTICO .....	27
2.2.3 ECONOMIA .....	28
<b>CAPÍTULO III: HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO HAITI E NO BRASIL</b> .....	29
3.1 HISTÓRIA SANITÁRIA DO HAITI.....	29
3.1.1 A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO HAITIANA DE 1987 .....	31
3.2 HISTÓRICOS DE SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO .....	31
3.2.1 A IMPORTÂNCIA DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE .....	35
3.2.2 IMPORTÂNCIA DO MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL NA CRIAÇÃO DO SUS. ....	35
<b>CAPÍTULO IV: OS SISTEMAS DE SAÚDE DO HAITI E DO BRASIL</b> .....	37
4.1 A ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE DO HAITI .....	37
4.2 A ESTRUTURA DO SISTEMA DA SAÚDE DO BRASILEIRO SUS .....	39
<i>Comentário</i> .....	40

<b>CAPÍTULO V: OS MODELOS DE FINANCIAMENTO, DE GESTÃO, DE ATENÇÃO, E ESTRUTURAS DO SUS E DO SISTEMA DE SAÚDE HAITIANO.....</b>	<b>41</b>
5.2 O MODELO DE FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE HAITIANO .....	41
5.1 O MODELO DE FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SUS.....	42
5.3 MODELOS DE GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE HAITIANO .....	45
5.4O MODELO DE GESTÃO DO SUS .....	46
5.5 MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE NO HAITI E NO BRASIL .....	49
5.5.1 NO HAITI .....	49
5.5.2 NO BRASIL .....	51
<b>CAPÍTULO VI: .....</b>	<b>54</b>
6.1 INFRAESTRUTURAS E RECURSOS HUMANOS .....	54
Haiti .....	54
Brasil .....	56
Comentário .....	57
<b>ANALISES E RESULTADOS .....</b>	<b>59</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>61</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>62</b>

## INTRODUÇÃO

A saúde se define como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência enfermidades”. A saúde passou, então, a ser mais um valor da comunidade que do indivíduo. É um direito fundamental, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica. A saúde é, portanto, um valor coletivo, um bem de todos, devendo cada um gozá-la individualmente, sem prejuízo de outrem, solidariamente, com todos (GOUVEA 1960). Formulado em 1986, na 8<sup>va</sup> Conferência Nacional de Saúde, o conceito ampliado de saúde aprovado pelos delegados da conferência, inclui alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde como condições necessárias para se garantir a saúde.

Portanto, a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, um estado saudável, não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OTTAWA 1986)

Nessa mesma perspectiva a República do Haiti através da sua constituição estipula no artigo 19 da constituição de 1987, que “O Estado tem a obrigação imperativa de garantir o direito à vida, à saúde, ao respeito pela pessoa humana, a todos os cidadãos sem distinção, de acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos”. Portanto, a República do Haiti assinou ao longo dos anos acordos internacionais cuja declaração universal dos direitos humanos, que faz da saúde um direito básico a todos os cidadãos.

Porém, os indicadores de saúde do Haiti são os piores da região, situação que vêm provocando perguntas em relação à responsabilidade do Estado Haitiano, confirmada na constituição, e firmada via dos diferentes acordos internacionais assinados em favor do Haiti, ou pelos países parceiros tendo, por exemplo, a nova parceria assinada no dia 28 de março de 2017 em Porto Príncipe Haiti entre a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e o Governo do Canadá que tem como objetivo de reduzir as taxas de mortalidade materna e abordar os problemas de saúde dos recém-nascidos e as crianças em baixa idade no Haiti.



No Brasil durante a VIII Conferência Nacional de Saúde que ocorreu no ano de 1986 foi amplamente discutido o conceito de saúde, e com base na Carta de Ottawa foi adotado o “conceito ampliado de saúde” que consta tanto na Constituição Nacional Brasileira (1988) quanto na Lei Orgânica da Saúde (1990).

O presente trabalho visa a descrever e analisar comparativamente os sistemas de saúde do Haiti e do Brasil a partir de suas principais características qualitativas (descrição da operacionalização do sistema de saúde), Tanto quanto aos seus modelos de gestão, de atenção, de financiamento e de suas capacidades no que tange aos recursos humanos que contém ambas as estruturas, de forma a prover evidências quanto à diretriz das políticas públicas de saúde no interior de tais sistemas de saúde, principalmente na atenção primária à saúde, pois ela se considera a base para um sistema de saúde funcional.

A realização desse trabalho é fruto de uma longa convivência no Haiti tanto como estudante de medicina quanto usuário do Sistema em vigor nesse país. Experiência que evidenciou para as mentes menos avisadas que, a escassez de pesquisa científica no Haiti, constitua um desafio maior para o desenvolvimento econômico e social do país. De acordo com o artigo “Poser la problematique de la recherche a l’universite”, do diário Le Nouvelliste Haiti; o estado Haitiano nunca manifestou nenhum interesse em investir em pesquisa científica; tendo em conta os regimes ditatoriais dos Duvaliers de 1957 a 1986, que usavam o controle da educação superior como meio de prevenção as revoltas populares.

Portanto as duas únicas fontes financeiras para a pesquisa científicas no Haiti até agora, além de serem externas; de acordo com a professora Marie Gisele Pierre da Universidade Quisqueya (UNIQ), se revelam inadequadas; com um valor de dez mil dólares americanos (US \$ 10.000) concedidos a cada dois anos para pesquisas pela agência Universitária da francófona (AUF).

E noutro lado, o financiamento da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), com apenas US \$ 25.000 (vinte e cinco mil dólares) distribuídos em dois anos. Essa escassez de produção científica no Haiti vem atrasando tanto o desenvolvimento econômico, social e sanitário do país, quanto às possíveis pesquisas atuais devido à quase inexistência de trabalho científico realizado no Haiti desde então. Dai surgiu à necessidade de realizar esse trabalho de pesquisa bibliográfica, comparando os Sistemas de saúde do Haiti, com o Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto aos seus modelos de gestão, de financiamento, de atenção e estruturas dos ambos os sistemas de saúde, de maneira que

primeiramente este trabalho se torna uma referência para os próximos estudos a serem realizados na área de saúde do Haiti. Em segundo lugar, uma fonte de inspiração usando o Sistema Único de Saúde (SUS) como modelo bem sucedido, no que diz respeito ao seu modelo de financiamento, de gestão, de atenção, onde se envolvem principalmente os três entes federativos com a participação da sociedade para a implantação de um sistema de saúde Universal e descentralizado no Haiti.

## **CAPÍTULO I:**

### **1.1 SISTEMAS DE SAÚDE**

O sistema de saúde é constituído pelo conjunto de elementos que determinam o estado de saúde de uma população. Vistos por este ângulo, os serviços de saúde representam apenas os determinantes da saúde e podem não ser os mais importantes (CRAIG et al., 2006; PINCUS et al., 1998; MOLINARI, 2004).

Sistemas de saúde são construções que tem por objetivo garantir meios adequados para que os indivíduos façam frente a riscos sociais, tais como o de adoecer e necessitar de assistências, para que os quais, por meios próprios, não teriam condições de prover. Dessa forma, os sistemas de saúde têm como compromisso primordial garantir o acesso aos bens e serviços disponíveis em cada sociedade para a manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos (Política e Gestão Pública em saúde, P.114; Hucitec Editora, 2015)

Regido por princípios diversos, certos sistemas de saúde apresentam estruturalmente características distintas de um ao outro que os conferem o caráter centralizado no caso o sistema do Haiti e descentralizado no caso do Sistema Único de Saúde (SUS).

### **1.2 BREVEHISTÓRIA DA SAÚDE E DA DOENÇA**

Hoje, o conceito adotado mundialmente é o da Organização Mundial da Saúde que a define como: “um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.” (OMS, 1946); Porém, a saúde não foi sempre assim tratada no decorrer da sua evolução histórica, pois, verificou-se que a saúde “vai desde a concepção mágica religiosa, passando pela concepção simplista de ausência de doença, até chegar a mais abrangente concepção adotada pela Organização Mundial da Saúde”(CZERESNIA, 2003).

É necessário conhecer a história da saúde para entender sua abordagem nos dias atuais, Pois ela tem suas raízes em eras muito antigas. Apontando tal importância sobre a história da saúde e da doença anota-se:

Que a saúde e a enfermidade são algo mais que fenômenos biológicos; de que em torno dos cuidados, dos mecanismos de controle das curas estão dimensões relevantes da história da saúde e da doença [...] e que o processo saúde-doença diz respeito não apenas à salubridade ou a insalubridade de nossos países, mas é revelador, constituinte e formador de aspectos cruciais da modernidade e da história social, política, intelectual e cultura. (HOCHMAN; XAVIER; PIRES-ALVES, 2004, p. 45)

Partindo-se da idéia de saúde como concepção religiosa, pode-se dizer, então, que a preocupação com a saúde de forma coletiva, veio com as primeiras epidemias que afetaram um número maior de pessoas, fazendo com que se pensassem a causa delas. Na Bíblia, têm-se registros de doenças, como a lepra (atualmente hanseníase), que afetava a vida de muitas pessoas ainda na época antes de Cristo, trazendo a preocupação de isolar os leprosos para se evitar o contágio do restante da população, pois entendiam que a doença era contagiosa, além de que era vista como um castigo divino.

Leproso é aquele homem, imundo está; o sacerdote o declarará totalmente por imundo, na sua cabeça tem a praga. Também as vestes do leproso, em quem está a praga, serão rasgadas, e a sua cabeça será descoberta, e cobrirá o lábio superior, e clamará: imundo, imundo. Todos os dias em que a praga houver nele, será imundo; imundo está, habitará só; a sua habitação será fora do arraial. (LEVÍTICO 13:44-46).

Ainda nessa concepção religiosa, na Idade Média, a Igreja exerceu grande influência na política e conseqüentemente no que tange a saúde. Pois, seguindo o ensinamento bíblico acima referido, a doença era tratada como um castigo divino e os doentes eram isolados. No entanto, essa conduta de isolar os doentes acabou por atrasar os avanços científicos na área da saúde, pois comprovavam apenas a falta de tratamento da população, conforme se demonstra na visão de Sevalho (1993, p.5):

“Ressaltando que na idade média as casas de assistência aos pobres, abrigos de viajantes e peregrinos, mas também instrumentos de separação e exclusão quando serviam para isolar os doentes do restante da população.”

Passada essa era de domínio da Igreja, surge então à fase de racionalismo e de grande avanço científico, é o chamado iluminismo. Nesse período, juntamente com a ciência, os conhecimentos da área de saúde tiveram um enorme avanço, isto porque,

“o ser humano que acompanhava o nascimento da ciência moderna era conquistador e proprietário da natureza, não mais seu partícipe e observador harmonioso. Esta perspectiva abriu caminho para as práticas terapêuticas intervencionistas”. (SEVALHO, 1993)

A partir daí começou a pensar as possibilidades e maneiras de se evitar as contaminações pelas epidemias que prevaleciam na época. Esse pensamento mais racional levou a grandes descobertas na área da ciência, como a forma de prevenir algumas doenças e também controlar as epidemias. Em seguida a desigualdade, o surgimento das cidades provocado pela nova moda de produção gera condições favoráveis pela aparição de novas enfermidades. Como bem é apontado:

Os graves problemas sociais do início do capitalismo industrial, as desastrosas condições de vida e trabalho, geradas pela formação e crescimento dos núcleos urbanos e pela necessidade cada vez maior de expandir o capital industrial, à custa da exploração da força de trabalho e da pobreza. (SEVALHO, 1993, p. 6);

Percebendo-se então, que as questões sociais influenciavam nas condições de saúde da população, e pela primeira vez ouviu-se o termo medicina social, como afirma Sevalho (1993, p. 6):

Para Sevalho (1993, p.6), Uma penetração do conhecimento médico no domínio do ambiente social, aplicado ao panorama mercantilista da Alemanha e da França do SÉCULO XVIII e ao capitalismo incipiente da Inglaterra industrial do século XIX, fez nascer a medicina social no entrelaçamento de três movimentos apontados por Foucault (1979).A polícia médica alemã, uma medicina de Estado que instituiu medidas compulsórias de controle de doenças, a medicina urbana francesa, saneadora das cidades enquanto estruturas espaciais que buscavam uma nova identidade social, e, por último, uma medicina da força de trabalho na Inglaterra industrial, onde havia sido mais rápido o desenvolvimento de um proletariado.

Ressaltando que:somente na metade do século XIX, em 1848, a expressão medicina social ganharia registro. Surgiu na França e, embora concomitante ao movimento geral que tomou conta da Europa, num processo de lutas pelas mudanças políticas e sociais. (NUNES, 1998, p.108).

Porém, com os avanços científicos resultando em descobertas novas e depois da emergência do capitalismo a teoria de Louis Pasteur “*teoria da uni causalidade*” abriu novos caminhos para o entendimento das doenças como a existência de germes.

A partir dessas novas descobertas e dos novos conceitos não sociais de doença que a saúde passou a ser biomédica centrada na doença e não no indivíduo, como analisa Nunes (1998, p. 109):

Foi somente a partir da segunda metade do século XIX, marcado pelas investigações de Pasteur e Koch, que se inauguraria a Era do Germe, e que transformaria dramaticamente a medicina de “uma profissão orientada para as pessoas para orientada para a doença.”

### **1.3A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL DO SER HUMANO**

A definição moderna de saúde mais utilizada foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ajudou a expandir o pensamento da saúde para além de uma visão limitada, biomédica e fincada na patologia para um domínio mais positivo que inclui o “bem-estar”. Também, ao explicitar e incluir as dimensões sociais e mentais do bem-estar, a OMS radicalmente estendeu as responsabilidades dos profissionais de saúde e sua relação com todo o conjunto da sociedade. (MANN ET AL, 1994);

Ainda segundo Mann *et AL* (1994), a definição de saúde feita pela OMS destacou a importância da promoção da saúde, definida como um processo que seria capaz de fazer com que as pessoas pudessem aumentar o controle sobre sua própria saúde, podendo ser capazes ainda de identificar problemas e aspirações, satisfazer suas necessidades e interagir com o meio ambiente, introduzindo assim o conceito de participação na esfera da saúde pública.

Dentro deste contexto, a Declaração de Alma-Ata (1978) enfatizou:

A saúde como um objetivo social, cuja realização requer a ação de muitos atores como os setores econômicos e sociais, além do próprio setor de saúde. Assim, o conceito moderno de saúde abarca diversos fatores e agentes da e na sociedade para que a saúde seja entendida e respeitada como um dos direitos fundamentais de todo ser humano.

O estado de bem-estar físico, mental e social, que proporciona a saúde, é um direito humano fundamental e sua realização no mais elevado nível possível é o mais importante

objetivo universal cuja realização requer ações de outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde, (A Declaração de Alma-Ata 1978).

Ainda, a idéia do direito à saúde aparece na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), em seu artigo 25:

“Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle”.

Portanto, O direito à saúde é reconhecido formalmente como um direito humano voltado à preservação da vida e dignidade humana. Pode-se dizer que, nesse aspecto, há absoluta concordância entre o direito vigente, nas leis internacionais e nacionais (Brasil, Haiti), e a moralidade comum. Por isso, acredita-se que o respeito e a proteção ao direito à vida e à saúde sejam obrigações morais e legais simples de serem cumpridas.

Secundo Ventura, é importante lembrar que a efetivação do direito à saúde possui relação íntima com a realização de outros direitos humanos, que abrangem outras dimensões da vida humana. (VENTURA, 2010)

#### **1.4 A SAÚDE COMO OBJETO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

As políticas públicas: podem ser definidas como “conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público” (LUCCHESI, 2002, p. 03). (Höfling, 2001) compreende as políticas públicas: “como as de responsabilidade do Estado quanto à implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolvem órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada”. Portanto, as políticas públicas de saúde fazem parte do campo de ação do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e “consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade” (LUCCHESI, 2002, p. 03).

## **CAPÍTULO II: A SITUAÇÃO SÓCIA DEMOGRÁFICA DO HAITI E DO BRASIL**

### **2.1 HAITI**

A República do Haiti se localiza no Mar do Caribe, ocupando aproximadamente a terça parte mais ocidental da Ilha de Santo Domingo, ou Española, em uma área total de 27 750 km<sup>2</sup> (ESTADOS UNIDOS, 2017), o que representa superfície equivalente à do estado brasileiro de Alagoas, dividido em nove departamentos (BRASIL, 2017). Suas exportações, com peças de vestuário representam mais de 80% do valor total, são realizadas, em proporção de mais de 80%, para os Estados Unidos (BRASIL, 2015). A população estimada de 10,5 milhões vive com uma renda per capita anual equivalente de 1800 dólares, menos de um oitavo da brasileira, posicionando o país nesse quesito em 209º em ranqueamento de 230 países e territórios (ESTADOS UNIDOS, 2017).

Termos como “quase-Estados”, “estados falidos” ou “estados colapsados” têm sido usados na literatura internacionalista e de ciência política (JACKSON, 1993) ao se referir a Estados que, apesar de possuírem independência e serem reconhecidos no âmbito da sociedade internacional (WATSON, 2004), são profundamente pobres, politicamente instáveis e mostram constantes dificuldades para garantir direitos básicos como à vida, a segurança e a justiça.

O Haiti se encontra classificado entre estes Estados de forma inequívoca, sendo o único país das Américas a estar entre os 60 países considerados mais frágeis o tercil superior da lista, posicionando-se no décimo lugar de um ranqueamento internacional bem reputado nesse tipo de classificação e análise (FOREIGN POLICY, 2016).

#### **2.1.1 DIVISÃO GEOGRÁFICA DO HAITI**

O território do Haiti é constituído principalmente pela parte ocidental da ilha de Hispaniola, geralmente denominada "Terra alta ou montanhosa", à qual LaGonave é adicionada, Ilha da Tartaruga, Cayemites e Ilha a Vaca. O Haiti é dividido em dez departamentos, quarenta e um distritos, cento e trinta comunas e quinhentos e sessenta e cinco seções comunais. (MSPP 2011)





constitua a maior parte da força de trabalho com mais de dois terços da população em idade ativa. As fazendas são, acima de tudo, fazendas de subsistência de pequena escala, onde o café, o cacau, o sisal, o algodão e as mangas são as principais exportações (IHSI, 2010). A explosão demográfica e a falta de competitividade em relação aos produtos importados enfraqueceram consideravelmente esse setor, cuja produção é cada vez mais destinada a mercado interno com produtos como milho, arroz, frutas. A capital, Port-au-Prince, concentra a maioria das atividades industriais do país: as principais produções são componentes eletrônicos, têxteis e bolas de beisebol. (MSPP 2011).

## **2.2 BRASIL**

O Brasil é o maior país da América do Sul e o quinto do mundo em extensão territorial. Com proporções continentais, estende-se por uma área de 8.514.876,599 km<sup>2</sup>. Ao norte, é cortado pelo Equador, enquanto ao sul, pelo trópico de Capricórnio. São mais de 206 milhões de habitantes que vivem em sua maioria nas cidades, segundo o Censo de 2010. A população formou-se pela interação entre os povos europeu, africanos e nativos indígenas. Mais tarde, depois da libertação dos escravos negros, o país recebeu várias correntes imigratórias (alemães, italianos, espanhóis, japoneses e sírio-libaneses) que contribuíram também para a formação étnica atual da população. A maioria dos brasileiros é negra (50,74%). Os brancos correspondem a 47,73% dos habitantes (IBGE 2010).

### **2.2.1 DIVISÃO GEOGRÁFICA**

O Brasil é dividido em cinco regiões – marcadas por grandes diferenças culturais e 27 unidades federativas, seus Estados. A região Norte inclui Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. A Floresta Amazônica e as grandes reservas indígenas ficam nessa região, a mais extensa do país.

O Nordeste brasileiro reúne Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe. Sua costa conta com grande número de praias, muitas ainda preservadas ou mesmo desertas. É também no Nordeste que se encontra o sertão, área mais seca do Brasil. Do Centro-Oeste fazem parte os estados de Goiás, Mato Grosso, Mato

Grosso do Sul e o Distrito Federal, onde fica a capital brasileira, Brasília. O Pantanal, região que abriga uma das maiores reservas de biodiversidade do planeta, também está nessa região. O Sudeste compreende Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo. É a região mais industrializada do país e tem o maior PIB do Brasil.

O Sul brasileiro contém Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina. É a região que reúne os melhores índices de desenvolvimento humano do país (PNUD BRASIL).

**Figura 2: Ilustração da divisão do território brasileiro**



Fonte: Google. Mapa Brasil

### 2.2.2 ESTRUTURA E SISTEMA POLÍTICO

O Brasil é uma República Federativa Presidencialista, formada pela União, Estados e municípios, nos quais o exercício do poder as atribui a órgãos distintos e independentes. O chefe de Estado é eleito pelo povo por um período de quatro anos. As funções do chefe de Estado e chefe de governo são acumuladas pelo presidente da República. Os Estados têm autonomia política. O sistema político brasileiro é multipartidário, ou seja, admite a formação legal de vários partidos políticos (PNUD BRASIL, 2018).

### 2.2.3 ECONOMIA

O país é a maior economia da América Latina, e décimo do mundo. O Brasil vem expandindo sua presença nos mercados financeiros internacionais e faz parte de um grupo de cinco economias emergentes formada por Brasil, Rússia, Índia, China, e África do Sul, conhecido com BRICS. Os setores agrícolas, minerador, manufatureiro e de serviços são os mais fortes no país. Equipamentos elétricos, aeronaves, suco de laranja, automóvel, álcool, têxtil, minério de ferro, aço, café, soja e carne são alguns dos principais produtos exportados pelo Brasil. (Ministério do turismo, 2018)

## **CAPÍTULO III: HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO HAITI E NO BRASIL**

### **3.1 HISTÓRIA SANITÁRIA DO HAITI**

O primeiro evento sanitário registrado na linha de tempo foi a epidemia de febre amarela que incidiu no Haiti, durante a guerra da independência, e vitimou o general Leclerc e grande parte do Exército francês (James 2012). Falar de uma epidemia do ponto de vista histórico e social, fugindo das tradicionais análises centradas no biológico, significou rememorar os fatos da Guerra da Independência, da primeira revolta vitoriosa protagonizada por escravos negros (Figolé, 2008; James, 2012). Significou rememorar a epopéia revolucionária, quando os escravos da ilha de São Domingos se apropriaram do conceito de igualdade para exigir a aplicação dos Direitos do Homem e do Cidadão apregoados pela Revolução Francesa e fizeram uma revolução que foi decisiva para a destruição do sistema colonial das Índias Ocidentais (Dubois, 2009, 2011).

Uma revolução que frustrou os planos megalômanos de Napoleão e abriu caminho para que homens como Bolívar e San Martín começassem as guerras de independência (Grandin, 2014). Dessa maneira, a revolução haitiana não foi apenas um acontecimento-chave da época, foi o indicador de que a terra da liberdade se referia, na realidade, ao Haiti, e não à França (Ferrer, 2012). Para entender o Haiti e os haitianos, afirma Dubois (2009, 2011), é preciso retornar ao início, e o mesmo se aplica à história sanitária de um país.

Desde a independência, em 1804, no contrato social inicial do país, ficou estabelecida uma recusa radical dos haitianos à escravidão e ao controle colonial francês. O século XX foi marcado pelos quase vinte anos de ocupação militar americana (1915- 1934), por conflitos sangrentos, pela ditadura de Duvalier uma das mais ferozes do continente, por epidemias e doenças ligadas à pobreza, à fome e à má qualidade de vida.

Uma dessas epidemias deveu-se à framboesia, piã ou boubá, uma doença negligenciada, com elevada prevalência no Haiti, principalmente entre os agricultores. Trazida da África pelos escravos, a doença já havia sido reconhecida na ilha de São Domingos no século XVI (Beghin, 1969). O piã encontrou no Haiti um terreno favorável para sua propagação devido ao clima tropical úmido e às habitações pobres de chão batido, que favorecem a transmissão do treponema pela aglomeração e pela falta de água, além da precariedade ou ausência de serviços

de saúde. Nos anos 1940, o piã tornou-se uma catástrofe nacional, atingindo 40 a 60% da população, com um milhão e meio de casos. Nessa década, foram organizadas as primeiras campanhas de massa contra a treponematose utilizando a penicilina.

O médico François Duvalier, futuro ditador, participou dessas campanhas e aproveitou a visibilidade que obteve nesse trabalho como plataforma para tomar o poder (Beghin, 1969).

A emergência de conflitos, intervenções externas e o regime autoritário causaram forte impacto na economia, na organização social e no perfil de agravos da população. Durante o século XX, o acesso aos serviços de saúde no Haiti foi precário, principalmente no meio rural, havendo como única alternativa, para grande parcela da população, os sistemas populares de cura, operados por cuidadores vinculados às religiões de matriz africana. (Beghin, 1969)

O quadro sanitário do país, por sua vez, mostrava uma prevalência elevada de doenças associadas à pobreza, à fome e aos insuficientes/ineficientes padrões higiênicos (Beghin, 1969).

Outra doença mencionada, que causou perdas econômicas consideráveis, foi a epidemia de febre Porcina africana que ocorreu nos anos 1970, ainda que fosse uma doença que não atingia humanos(Charles,1967).

Apareceram muitos questionamentos na discussão grupal, havendo os que pensavam nessa epidemia como produzida artificialmente, a fim de quebrar a economia dos pequenos criadores rurais, baseada na suinocultura e perfeitamente adaptada ao país.

As recomendações tipo “polícia sanitária” fizeram com que o plantel de porcos fosse totalmente eliminado, o que representou uma perda econômica inigualável e o empobrecimento de grande parte da população rural (Charles, 1977; Haiti..., 2011).

Esse evento ocorreu durante a ditadura de Duvalier, e, em seguida, foi introduzida uma nova raça de porcos procedentes dos EUA, mais frágeis e difíceis de manter. Outra vez, a epidemia representou um desequilíbrio social que produziu desestruturação social e econômica, particularmente nas áreas rurais do país, ficando patente a inter-relação entre pobreza, crises sociais e doenças (Breilh, 2006).

O itinerário temporal encerrou com a notificação da recente epidemia de cólera que assolou o país, em outubro de 2010, na região do rio Artibonite. Havia mais de cem anos que não ocorria cólera no Haiti, ficando claro que a contaminação partiu de casos exógenos. A epidemia significou cerca de seiscentos mil casos e sete mil mortes, onerando o já combalido

sistema de saúde do país com a atenção aos doentes e as demandas relativas ao saneamento e abastecimento de água.

O primeiro relatório sobre a origem da cólera no Haiti indicou que o foco partiu do campo dos soldados nepaleses acantonados nas proximidades de Artibonite, que descarregaram matéria fecal nas águas do rio que abastece a região. (Formação em epidemiologia e vigilância da saúde: Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti, P.502).

A ocupação militar do país pela Minustah, a vinda de soldados portadores do vibrião da cólera, as precárias condições de alojamento desses militares, ocasionando a contaminação das águas no país, e a postura “neutra” da ONU, que se eximiu da responsabilidade pela epidemia (Zanella, Beraldo, 2012).

### **3.1.1 A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO HAITIANA DE 1987**

#### **No artigo 19 da constituição Haitiana de 1987:**

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

#### **No artigo 22 da constituição Haitiana de 1987:**

O Estado é obrigado a garantir a todos os cidadãos em todos os meios adequados para assegurar a proteção, manutenção e recuperação da sua saúde através da criação de hospitais, centros de dispensários.

### **3.2 HISTÓRICOS DE SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO**

No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro, então capital do Brasil, apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população como a varíola, a malária, a febre amarela e a peste. Rodrigues Alves, então presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro (POLIGNANO, 2001).

Oswaldo Cruz procurou organizar a diretoria geral de saúde pública, criando uma seção demográfica, um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre-amarela, a inspetoria de isolamento e desinfecção, e o instituto soroterápico federal, posteriormente transformado no Instituto Oswaldo Cruz (POLIGNANO, 2001).

Oswaldo Cruz adotou o modelo das 'campanhas sanitárias', destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais. Havia, nesta época, uma estrutura administrativa de saúde centralista, tecnoburocrática e corporativista. Uma estrutura ligada a um corpo médico geral proveniente da oligarquia de origem agrária que dominou a República Velha (LUZ, 1991).

A crescente intervenção médica nos espaços urbanos foi recebida com desconfiança e medo pela população. A natureza autoritária das campanhas sanitárias gerou oposição de parte da população, políticos e líderes militares. Tal oposição levou à Revolta da Vacina, em 1904, episódio de resistência a uma campanha de vacinação obrigatória contra a varíola (POLIGNANO, 2001).

Em 1920, Carlos Chagas, então sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, ligado ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação. Chagas criou órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas (POLIGNANO, 2001).

No início do século XX o desenvolvimento de políticas sociais se constituiu em uma estratégia de incorporação de segmentos de classe média e dos trabalhadores urbanos ao projeto político de industrialização e modernização do país (CARVALHO; BARBOSA, 2010)

A história da Previdência Social inicia em 24 de janeiro de 1923 quando foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Eloi Chaves. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's). Além das aposentadorias e pensões, esses fundos proviam os serviços funerários, médicos e também alguns medicamentos obtidos por preço especial para os contribuintes (POLIGNANO, 2001).

Na década de 1930 surgiram os primeiros Institutos de Aposentadorias e Pensões, que contando com financiamento parcial do Poder Executivo, constituíram as principais organizações de política social no país. Estes institutos foram criados por Getúlio Vargas e favoreciam as camadas de trabalhadores urbanos mais aguerridos em seus sindicatos e mais fundamentais para a economia agroexportadora até então dominante (LUZ, 1991).



Nestes institutos os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários) e não por empresa. E só podiam fazer parte deles os membros da comunidade, localizados nas ocupações definidas em lei que contribuíssem para a Previdência Social (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Na Era Vargas as ações de saúde coletiva chegaram ao auge do sanitarismo-campanhista. No período 1938 a 1945 o Departamento Nacional de Saúde é reestruturado e dinamizado, articulando e centralizando as atividades sanitárias de todo o País. Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública - SESP, com atuação voltada para as áreas não cobertas pelos serviços tradicionais (CUNHA; CUNHA, 1998).

A promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) em 1960 padronizou o cardápio de serviços de saúde a que todos os segurados teriam direito, independentemente do instituto a que estivessem filiados (CARVALHO; BARBOSA, 2010). A LOPS também buscou unificar o regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho). Entretanto eram excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e naturalmente os servidores públicos e de autarquias e que tivessem regimes próprios de previdência. Foi só com a promulgação da Lei 4.214/1963 que instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) que os trabalhadores rurais foram incorporados ao sistema (POLIGNANO, 2001).

Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social, pelo governo militar, unificando todas as instituições previdenciárias setoriais. A criação do INPS significou para a saúde previdenciária a consolidação da tendência à contratação de produtores privados de serviços de saúde, como estratégia dominante para a expansão da oferta de serviços (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Com a criação do INPS foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos (pró-labore), o que propiciou a estes grupos se-capitalizar, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares (POLIGNANO, 2001).

Segundo Carvalho e Barbosa (2010) as conseqüências dessa política logo apareceram, corroendo a capacidade gestora do sistema e reforçando a sua irracionalidade:

[...] de um lado, a baixa capacidade de controle sobre os prestadores de serviço contratados ou conveniados, já que cada paciente era considerado como um “cheque em

branco”, tendo a Previdência Social de pagar as faturas enviadas após a prestação dos serviços; e de outro, era quase impossível um planejamento racional, já que os credenciamentos não obedeciam a critérios técnicos, e sim a exigências políticas. (CARVALHO; BARBOSA, 2010, p.18).

O Plano de Pronta Ação formulado em 1974 foi umas das tentativas de disciplinar a oferta de serviços de saúde. Seu objetivo era universalizar o atendimento médico, principalmente o atendimento de emergência. A Previdência Social comprometia-se a pagar esse atendimento tanto à rede pública quanto à rede privada, independentemente do vínculo previdenciário do paciente (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

A criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1977, representou um projeto modernizante, racionalizador, de reformatação institucional de políticas públicas. O INAMPS pretendia articular as ações de saúde entre si e elas com o conjunto de políticas de proteção social (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

O INAMPS entra na década de 1980 vivendo o agravamento da crise financeira no País e tendo que equacioná-la, não simplesmente como gestor da assistência médica aos segurados, mas também como responsável pela assistência médica individual ao conjunto da população (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Na tentativa de conter os custos e combater as fraudes o governo criou em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) ligado ao INAMPS. O plano inicial propôs a reversão gradual do modelo médico- assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados às populações urbanas e rurais, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização, da criação do domicílio sanitário, da montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial (POLIGNANO, 2001).

Os dois programas mais importantes da CONASP foram o de implantação do Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) que era voltado a disciplinar o financiamento e o controle da rede assistencial privada contratada e programa de implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) com a finalidade de revitalizar e racionalizar a oferta do setor público, estabelecendo mecanismos de regionalização e hierarquização da rede pública das esferas governamentais, até então completamente desarticuladas (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Enquanto o SAMHPS permitia melhorar os controles institucionais sobre os gastos hospitalares, viabilizando maior racionalidade para planejar, os AIS constituíam o principal caminho de mudança estratégica do sistema. A partir dos AIS o sistema caminhou progressivamente para a universalização de clientela, para a integração/unificação operacional das diversas instâncias do sistema público e para a descentralização dos serviços e ações em direção aos municípios (CARVALHO; BARBOSA, 2010, p.24).

A Programação e Ornamentação Integradas (POI) muito contribuíram para a mudança da cultura técnica institucional, pois foi através dela que os Estados e Municípios foram vistos como co-gestores do sistema de saúde, e não simplesmente como vendedores de serviços ao sistema federal (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

### **3.2.1 A IMPORTÂNCIA DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

A VIII Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, teve grande representatividade e disseminou politicamente um projeto democrático de reforma sanitário voltado a universalização do acesso, à equidade no atendimento, à integralidade da atenção, à unificação institucional do sistema, à descentralização, à regionalização, à hierarquização da rede de serviços e à participação da comunidade (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

### **3.2.2 IMPORTÂNCIA DO MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL NA CRIAÇÃO DO SUS.**

A implementação do SUS começou em 1990, mesmo ano da posse de Fernando Collor de Mello, que seguiu uma agenda neoliberal e não se comprometeu com a reforma sanitária. Ainda assim, em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS. O projeto da reforma sanitária foi retomado em 1992, após o impeachment do presidente Collor (PAIM et AL, 2011).

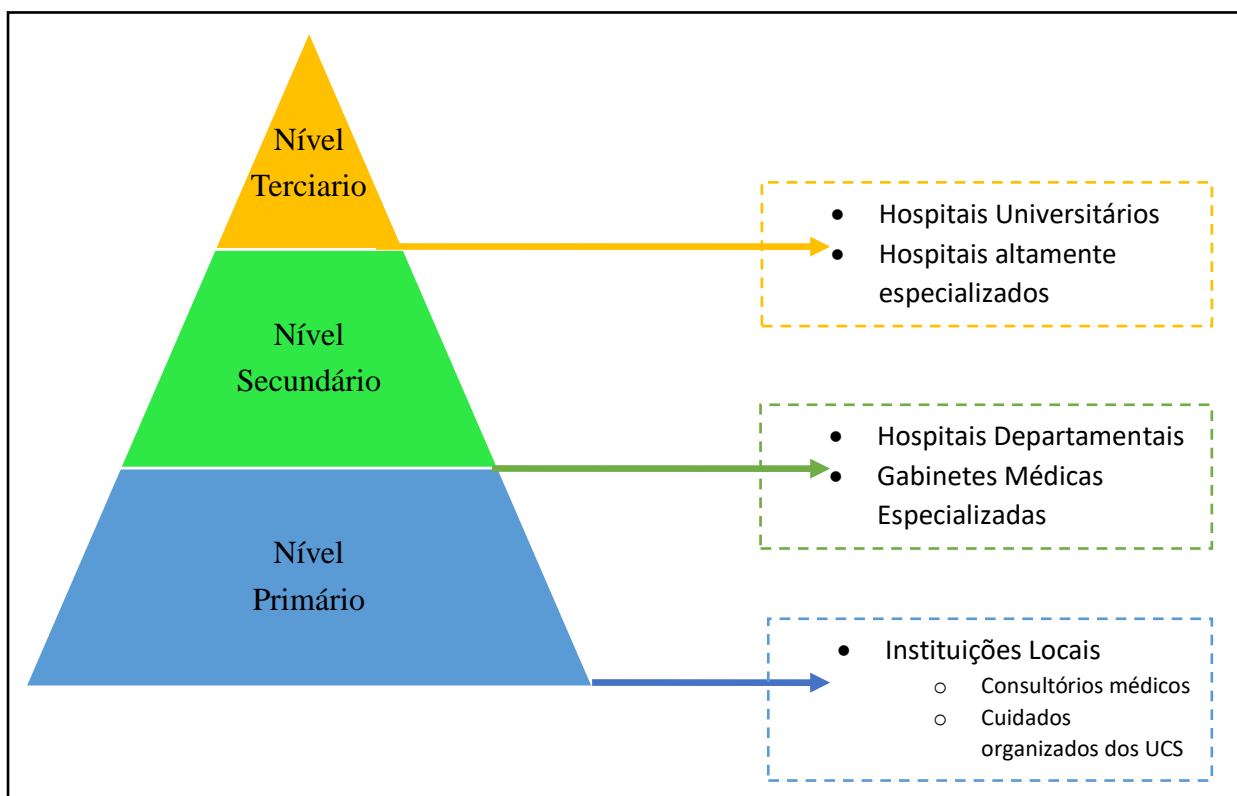
A Lei 8.080/90 definiu os papéis institucionais de cada esfera governamental no plano da gestão da saúde, a estrutura de financiamento e as regras de transferência de recursos entre os diferentes níveis de governo, por meio dos Fundos de Saúde (CARVALHO; BARBOSA, 2010). Entretanto Collor não hesitava em vetar, quando da aprovação do SUS, os artigos referentes à participação da comunidade, entre outros temas de interesse da Reforma Sanitária. Esse veto à lei da saúde levou o movimento sanitário a pressionar o poder legislativo para uma tomada de posição, no que seria logo depois traduzido na nova Lei 8.142 (BRASIL, 2006).

## CAPÍTULO IV: OS SISTEMAS DE SAÚDE DO HAITI E DO BRASIL

### 4.1 A ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE DO HAITI

Os artigos 19 e 23 da constituição da República do Haiti estipulam que o estado tem obrigação de garantir o direito a saúde e a obrigação de fornecer a todos os cidadãos, em todo o território nacional, os meios adequados a manutenção, proteção e recuperação da saúde.

Gráfico 1: Ilustração piramidal da Organização do sistema de Saúde do Haiti



Fonte: autor, 2018 / MSPP, 2010

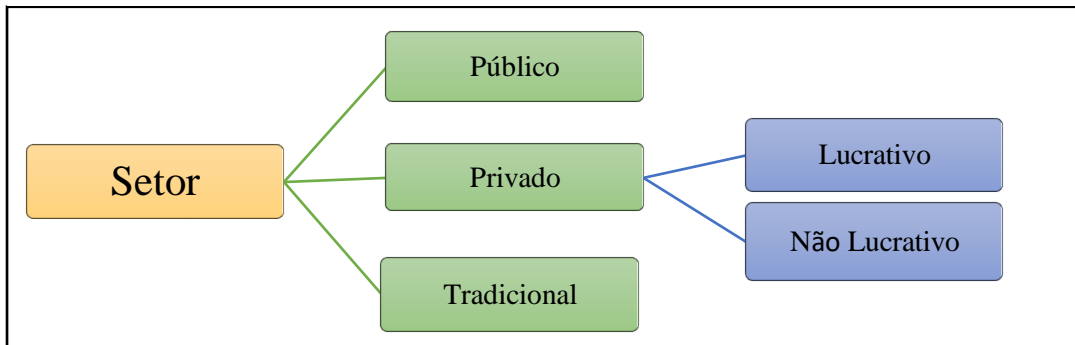
O sistema de saúde haitiano é organizado de acordo com uma pirâmide de cuidados composta de três níveis:

1- O nível primário, a base da pirâmide, consiste em instituições locais bem como consultórios médicos e cuidados organizados dentro do UCS.

2- O nível secundário representa instituições como hospitais departamentais bem como gabinetes médicas especializadas permitindo o uso de cuidados especializado.

3- Nível terciário, topo da pirâmide, é constituído por hospitais universitários e hospitais especializados.

**Gráfico 2: Esquema da divisão dos setores dentro do sistema de saúde Haitiano.**



Fonte: autor, 2018. MSPP, 2010

No entanto, três setores compartilham a prestação de cuidados e serviços dentro do sistema de saúde Haitiano temos:

O setor público representado por um conjunto de organizações que se enquadram nos serviços públicos de saúde, mas sofre de falta de credibilidade devido às suas inúmeras falhas organizacionais e estruturais.

O setor privado que é dividido em dois sub-setores, O setor privado sem fins lucrativos composto em grande parte de organizações sem fins lucrativos Governamentais e missionários.

O setor privado com fins lucrativos

O setor tradicional de cuidados, representado por curandeiros tradicionais (bokor, hogan, curandeiros. Este setor ocupa um lugar importante dentro do sistema porque é consultado com mais frequência como primeiro recurso da população, independentemente da sua filiação social e seu grau de fortuna ou nível de educação. Esses curandeiros tradicionais permanecem muito disponíveis e acessíveis no campo, oferecendo maior acessibilidade geográfica e cultural.

## 4.2 A ESTRUTURA DO SISTEMA DA SAÚDE DO BRASILEIRO SUS

Conforme a Constituição Federal de 1988 (CF-88), a “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Assim foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que abrange desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

**Quadro 1: Estrutura do Sistema da Saúde do Brasil.**

<b>ÓRGÃO</b>	<b>SIGLA</b>	<b>FUNÇÃO</b>	<b>Participação</b>
Ministério da Saúde	MS	Formular, normatizar, fiscalizar, monitorar e avaliar políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde.	Comissão Intergestores Tripartite (CIT)
Secretaria Estadual de Saúde	SES	Participa na formulação das políticas, e ações de saúde	Comissão Intergestores Bipartite (CBT)
Conselhos de Saúde	CS	Formular estratégias e controlar a execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo	Comissão Intergestores Tripartite (CIT)
Conselho Nacional de Secretário da Saúde	CONASS	Representar os entes estaduais e do Distrito Federal na CIT	Comissão Intergestores Bipartite (CBT)
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde	CONASEMS	Representar os entes municipais na CIT	Comissão Intergestores Bipartite (CBT)
Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde	COSEMS	Representar os entes municipais	Comissão Intergestores Bipartite (CBT)

Fonte: o autor, 2018.

Entenda se por:

Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foro de negociação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS

Comissão Intergestores Bipartite (CIB), foro de negociação e pactuação entre gestores estaduais e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

### *Comentário*

Nas ambas as constituições, os dois estados estão se comprometendo a fornecer serviços de saúde de qualidade e integral as suas respectivas populações, sendo considerado como direito de todos e dever do estado. Para tal, o Brasil e Haiti compartilham algumas semelhanças em relação à divisão dos sistemas de saúde dos ambos os países em nível primário, secundário e terciário. Por isso os serviços de saúde do Haiti e do Brasil vêm desenvolvendo por suas partes umas estruturas, que estabelecem uma repartição territorial dos papéis de cada ente que compõe a organização de cada um desses países. O Brasil difere do Haiti nesse aspecto por ser um estado federativo cujos estados gozam de uma autonomia administrativa junto com os municípios. Por outro lado, o Haiti que politicamente organizado em um estado centralizado cujos seus dez departamentos que compõem a integralidade do território Haitiano, são subordinados administrativamente pelo governo central a través do ministério de saúde nesse ramo. Portanto os departamentos, os municípios sofrem de maneira crônica a ausência de investimento e de inovação na área da saúde provocando um dano maior na saúde das populações dependentes. Apesar de possuir uma estrutura semelhante ao Sistema Único de Saúde (SUS). O sistema de saúde do Haiti continua disfuncional, pois os poderes regionais se concentram nas figuras políticas de tais regiões em vez pessoas com carreiras dentro dos serviços de saúde eleitos em conselho, com a participação das populações locais para assumir as diretorias departamentais e municipais do território nacional. Portanto, o modelo Brasileiro com estruturas intermediário que servem para descentralizar os poderes como as criações dos conselhos regionais, municipais, das comissões, constituíram um bom caminho para a criação de um sistema de saúde efetivo e universal no Haiti.



## **CAPÍTULO V: OS MODELOS DE FINANCIAMENTO, DE GESTÃO, DE ATENÇÃO, E ESTRUTURAS DO SUS E DO SISTEMA DE SAÚDE HAITIANO**

### **5.2 O MODELO DE FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE HAITIANO**

No geral, o estado haitiano dedica de 7% a 11% do orçamento nacional ao setor de saúde do estado. Grande parte dos recursos do setor de saúde vem da assistência externa, especialmente em termos de investimento e operações. (EMMUS III)

Porem as fontes de financiamento para cuidados são diversas. As despesas são feitas por pagamentos diretos de usuários, menos por seguros privados, pelos poucos seguros sociais públicos e pelo Estado. Uma pesquisa conduzida pelo Banco Mundial em 1997 constatou que o gasto anual com saúde per capita estava em torno de US \$ 25, dos quais 14% provinham do orçamento nacional, 30% da ajuda internacional e 36% dos próprios pacientes. (MSPP, ReformGuidanceDocument)

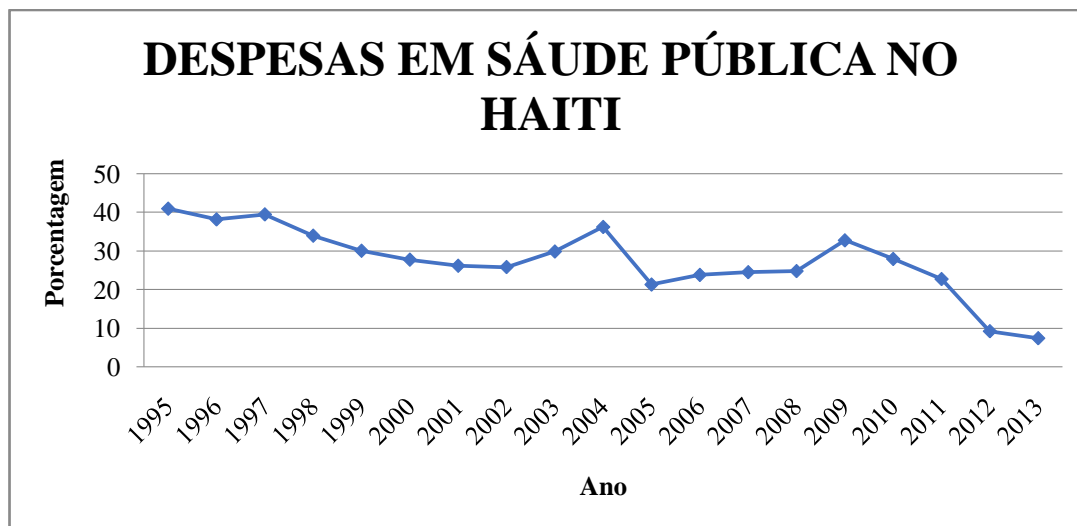
Apesar das necessidades em serviços de saúde do povo Haitiano, de acordo com o relatório do Banco mundial, no dia 27 de junho 2017, a melhora da situação sanitária não parece preocupar as autoridades Haitianas, pois o gasto com saúde pública per capita é de apenas US \$ 13 por ano, o que é inferior à média de US \$ 15 para países de baixa renda. O orçamento estatal do Haiti destinado à saúde tem diminuído constantemente nos últimos 12 anos, com uma queda de 16,6% do orçamento nacional em 2004 - um número acima da média da região da América Latina e do Caribe - para 4,4% do orçamento nacional atual. (BANCO MUNDIAL, 2017)

A ajuda internacional diminuiu consideravelmente nos últimos anos, uma vez que os principais doadores deixaram atualmente de fornecer seus apoios financeiros ao governo Haitiano. Alguns deles continuam a intervir principalmente através de organizações não governamentais (ONG). "Alguns outros também apóiam as atividades de supervisão técnica do MSPP de acordo com quatro eixos principais: vigilância sanitária, controle de doenças prioritárias (mortalidade materna e HIV / AIDS), saneamento ambiental, organização da UCS e suporte de programa drogas essenciais. (Documento de Orientação do MSPP)

Esse apoio também é encontrado no nível departamental na forma de reforço técnico e financeiro para determinados programas. As direções de saúde departamentais (DSD) são

muito dependentes do MSPP para a afetação financeira, de tomada de decisão e de recursos humanos.

Gráfico 3: despesas em saúde pública (% do total das despesas em saúde)



Fonte: Banco Mundial

No gráfico #3, observamos as despesas feitas pelo estado Haitiano no Sistema de Saúde do Haiti. Percebemos que as maiores investimento em saúde pública do Haiti remontam aos anos de 1995e 1997com um investimento de 40 a 39% , a partir daí teve uma grande caída ate 25% em 2002. Em2004 teve um aumento de 36%,e cai de novo para 21% em 2005.Com o pouco investimento que teve nos anos seguintes ele subiu para 33% em 2009.Desde então o investimento continua caindo para os níveis mais baixo ate 7% em 2013.

## 5.1 O MODELO DE FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SUS

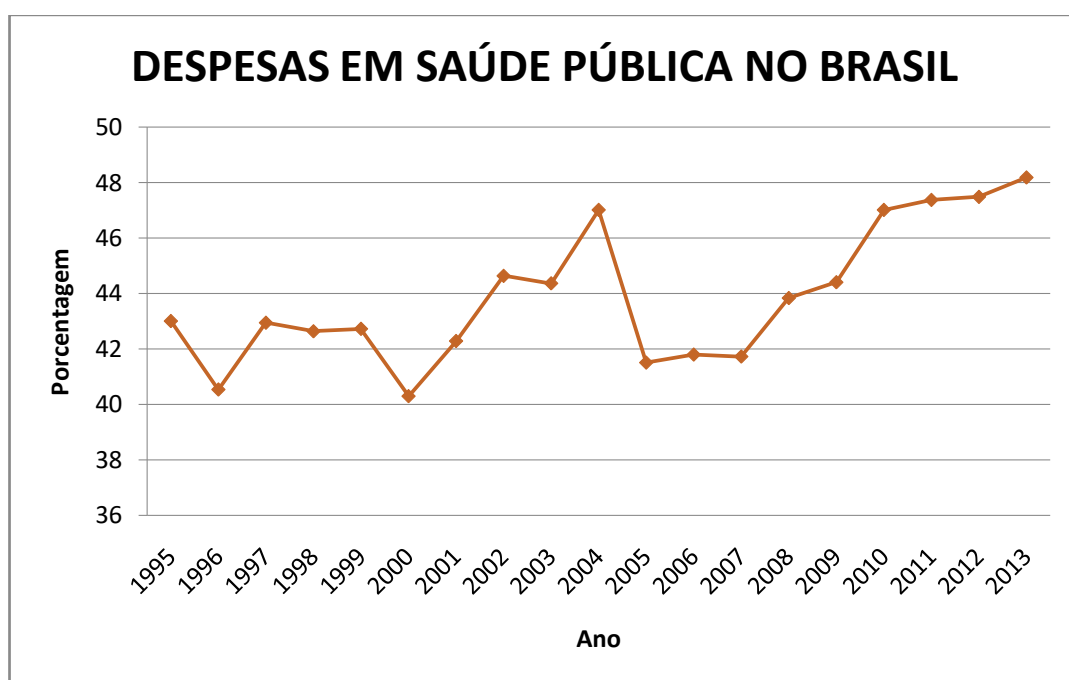
O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é feito pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, como determina a Constituição Federal de 1988. O estabelecimento das fontes de recursos para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde atende a um dos pilares da "Seguridade Social", fazendo valer o direito de acesso da população. (MS)

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, define os percentuais de investimento financeiro de cada um no SUS. Municípios e o Distrito Federal devem aplicar no

mínimo 15% da arrecadação de imposto em ações e serviços públicos de saúde por ano. Já o Estado, 12%. Para o governo federal, o total aplicado deve corresponder ao valor comprometido no exercício financeiro antecedente, adicionado do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior ao da lei orçamentária anual. (MS)

Porem segundo os dados publicados na quinta-feira, 17 de maio 2018, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) revela que o governo brasileiro destina para a saúde um porcentual de 7,7% de seu orçamento geral, que da um gasto per capita em saúde de US\$ 336 dólares.

**Gráfico 4: Despesas em saúde pública no Brasil (% do total das despesas em saúde)**



Fonte: Banco Mundial

No gráfico #4; observamos as despesas feitas pelo estado Brasileiro no Sistema Único de Saúde (SUS) dos anos 1995 ate os anos 2013. Nesse gráfico percebemos uma grande oscilação entre diminuição e aumento. Nos anos 1996 e 2000 houve os dois períodos com menor despesa em saúde no Brasil 40%.A partir dos anos 2000 houve um aumento considerável ao longo de quatro anos em 2004 chegou a 47%.E depois diminui em 2005 para 41,8%;A partir daí se iniciou um breve aumento que estourou em 2010 para 47,7% e continua crescendo ate 2013 para 48,1%.

## *Comentários*

O financiamento do sistema único de saúde SUS envolve todos os entes federativos do Brasil de uma maneira ordenada respeitando o compromisso do estado Brasileiro em relação ao fornecimento de serviços de saúde de qualidade para toda a população de maneira gratuita. Enquanto o estado Haitiano continua falhando com esse compromisso, de fornecer serviços gratuitos de saúde para a população. Situação explicada pela ausência de fiscalização neste aspecto do sistema de saúde Haitiano. Além do desinteresse do Estado em investir no sistema e saúde, as regras de financiamento e a escolha dos doadores têm uma influência decisiva no planejamento e na priorização das intervenções do MSPP, em detrimento das orientações da política nacional de saúde. O MSPP é política e tecnicamente fraco demais para vencer. As Diretorias exercem pouca influência sobre a administração e gestão das organizações sanitárias em sua jurisdição. Paradoxalmente em sua área de serviço, essas diretorias muitas vezes têm de assumir funções de coordenação intra e intersetorial "ex officio" no lugar da administração geral, sem qualquer delegação oficial real desses poderes. O setor privado lucratividade está sujeita a forte concorrência e custos mais elevados. Este setor opera com auto-regulação e não está sujeita a nenhum controle MSPP, que permite que uma influência significativa das leis do mercado surja no sistema e os efeitos perversos que o acompanham. Essa desorganização favorece desperdício de recursos destinados para saúde visto que em grande parte o recurso vem das organizações internacionais a traves de ONG's do Sistema de saúde do Haiti.

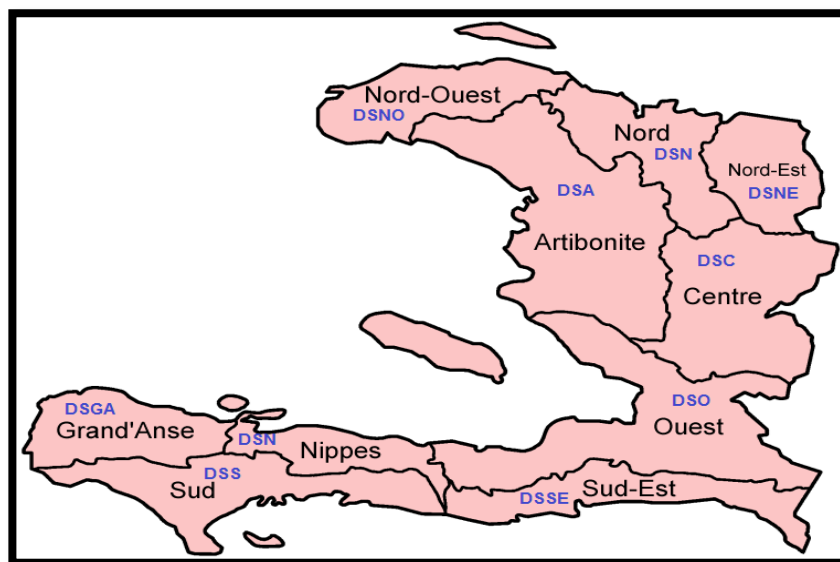
Além do investimento próprio do Estado Haitiano que diretamente do ministério da saúde e da população (MSPP) em constante diminuição cada ano como percebemos no gráfico acima. O Haiti para remediar a essa situação crítica do financiamento do sistema de saúde, poderia adotar o modelo de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) envolvendo todos os departamentos que constituem o estado haitiano a través dos impostos recolhidos nesses departamentos de maneira a criar fundos regionais. A través de regras e leis definindo, quanto e como deve injetar esse dinheiro nos fundos de saúde desses departamentos e municípios de cada departamento que constitua a integralidade do estado do Haiti.

### 5.3 MODELOS DE GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE HAITIANO

O MSPP é a entidade reguladora do sistema, que deve fornecer governança, financiamento, criação de recursos e coordenação das funções de prestação de serviços no sistema de saúde. Na sua configuração atual o sistema de saúde Haitiano possui três níveis de gerenciamento; O nível estratégico que é representado pelo Ministro e pela alta administração que gerencia o sistema em nível nacional. O nível tático, com oito diretorias centrais e duas coordenações responsáveis pelo desenvolvimento de padrões e procedimentos e pela garantia de sua aplicação. E por fim, o nível operacional que consiste de um grupo de organizações de saúde sob a supervisão de dez Direções Departamentais de Saúde e duas Coordenações. (DESS-MGSS, Travail de finprogrammelastructureorganisationnelledusystème de santéenhaïti; MSPP HAITI)

A gestão do sistema é feita principalmente através de uma abordagem de projeto, a política de saúde é segmentada em programas, que se tornaram diretorias técnicas. Devido a disfunções da estrutura central, muitos parceiros confiaram em programas verticais ou no ambiente associativo / não governamental. Isso resulta em uma ação descoordenada dos múltiplos atores, o que provoca duplicações, inconsistências estratégicas, hiperconcentração em alguns sites em detrimento de outros totalmente abandonados. (MSPP, document d'orientation de laréforme du secteur santé)

Figura 3: As diretorias departamentais de saúde no mapa geográfica do Haiti



Fonte:MSPP

Na figura #3, estão representando as dez diretorias de saúde de cada departamento que constitui o território da república do Haiti, e as Ilhas que compõem cada estado onde não tem estruturas sanitárias representativas.

#### **5.40 MODELO DE GESTÃO DO SUS**

Os princípios e diretrizes do SUS, dispostos na Constituição Federal e na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabelecem que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) seja fundamentada na distribuição de competências entre a União, os estados e os municípios. (MS)

Dessa forma, cabe às três esferas de governo, de maneira conjunta, definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorar o nível de saúde da população, gerenciar e aplicar os recursos orçamentários e financeiros, definir políticas de recursos humanos, realizarem o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas de saúde, entre outras ações.

Os gestores do SUS são o Ministro da Saúde, em nível nacional, o Secretário de Estado da Saúde, em nível regional, e o Secretário Municipal de Saúde. Eles podem dividir funções, mas todos devem ser parceiros para garantir a saúde da população.

#### **União**

É responsabilidade de a União coordenar os sistemas de saúde de alta complexidade e de laboratórios públicos. Por meio do Ministério da Saúde, a União planeja e fiscaliza o SUS em todo o País. O MS responde pela metade dos recursos da área; a verba é prevista anualmente no Orçamento Geral da União.

#### **Estados**

É papel dos governos estaduais criarem suas próprias políticas de saúde e ajudar na execução das políticas nacionais aplicando recursos próprios (mínimo de 12% de sua receita) além dos repassados pela União. Os Estados também repassam verbas aos municípios. Além disso, os estados coordenam sua rede de laboratórios e hemocentros, definem os hospitais de referência e gerenciam os locais de atendimentos complexos da região. (MS)

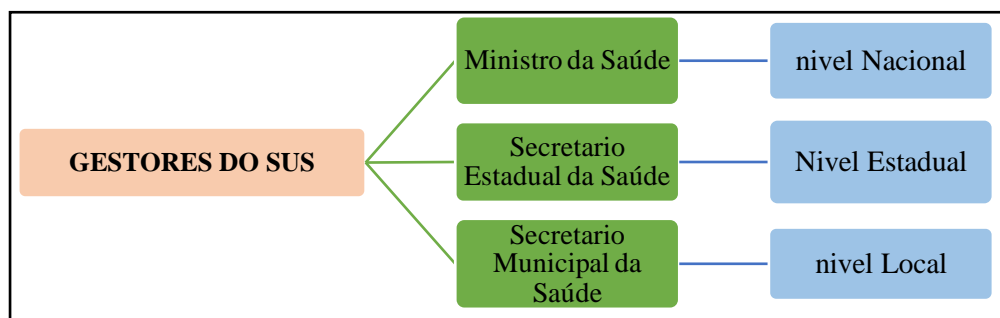
## Municípios

É dever de o município garantir os serviços de atenção básica à saúde e prestar serviços em sua localidade, com a parceria dos governos estadual e federal. As prefeituras também criam políticas de saúde e colaboram com a aplicação das políticas nacionais e estaduais, aplicando recursos próprios (mínimo de 15% de sua receita) e os repassados pela União e pelo estado. Igualmente os municípios devem organizar e controlar os laboratórios e hemocentros. Os serviços de saúde da cidade também são administrados pelos municípios, mesmo aqueles mais complexos. (MS)

## Distrito Federal

Em relação ao Distrito Federal, acumulam-se as competências estaduais e municipais, aplicando o mínimo de 15% de sua receita, além dos repasses feitos pela União. (MS)

**Gráfico 5: Modelo de gestão do SUS**



Fonte: o autor, 2018.

## Comentários

A repartição do papel de cada ente federal na gestão do SUS vem facilitando o cumprimento do compromisso do estado Brasileiro assumido na constituição federal de 1988, que estipula que “a saúde e direito de todos e um dever do estado”. Assim permitindo uma autonomia administrativa dos ditos entes federativos na tomada das decisões e medidas necessárias em sincronia com as leis federais para uma boa gestão dos serviços e saúde locais.

Mas no Haiti apesar de que o ministério de saúde publica e das populações (MSPP), é órgão regulador dos serviços de saúde Haitianos, ele não impõe sua liderança sobre os vários atores do sistema, por falta de credibilidade, coerência e transparência administrativa. Os

interesses são freqüentemente divergentes entre os diferentes atores, assim esse departamento não pode desempenhar seu papel de árbitro, facilitador e negociador. A gestão interna do Departamento é muitas vezes paralisada pela excessiva politização do processo decisório. A tomada de decisões é trabalhosa e centralizada, o ministro delega muito pouco poder aos outros atores do departamento. Isso explica a falta de respeito das linhas hierárquicas, sempre prefere recorrer diretamente ao ministro. Até agora, o MSPP não conseguiu influenciar e agilizar o modo de trabalho dos profissionais privados. Portanto eles trabalham fora de um quadro deontológico, uma vez que não é fixado por nenhum órgão, pois não há ordem de médicos no Haiti. As associações de profissionais de saúde no sistema mostram certa indiferença em relação à orientação e gerenciamento geral do sistema, mas também desconfiança do MSPP. Essas corporações não são muito interativas na comunidade e não gozam de grande reconhecimento nacional.

No nível operacional, existe a coexistência de um conjunto de organizações público e privados envolvidos na prestação de serviços. O setor privado com fins lucrativos está engajado em forte concorrência e aumento de custos. Este sector opera com auto-regulação e não está sujeito a qualquer controle pelo MSPP, o que dá origem a uma influência significativa das leis do mercado no sistema e os efeitos perversos que o acompanham. A participação da população no sistema de saúde não é priorizada no atual estado organizacional. Não existe nenhuma estrutura formal dentro das organizações de saúde onde as pessoas possam expressar seu ponto de vista. Apesar de ter uma repartição territorial das diferentes diretorias percebemos que essa estrutura não provoque uma descentralização dos serviços de saúde no Sistema de saúde do Haiti, resultando em uma desorganização dos serviços de saúde Haitianos. Portanto o modelo Brasileiro, onde todos os entes federativos gozam de suas autonomias administrativas podem realizar suas tarefas administrativas e tomar decisões se mantendo dentro da unicidade do sistema de saúde Brasileiro. Esse modelo de gestão do SUS pode ser o caminho para reorganizar o sistema de saúde Haitiano, conferindo a cada um dos dez departamentos que constituem o território haitiano a autonomia suficiente para administrar seus próprios serviços locais e poder suficiente, para fiscalizar os setores privados e mistos que fornecem serviços de saúde para a população definindo as grandes linhas de intervenções e as metas a serem atingidos junto com as municipalidades, que se chamam comunas no Haiti, aos estados que se chamam departamentos no Haiti e com o ministério da saúde no centro administrativo político do país.



## **5.5 MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE NO HAITI E NO BRASIL**

### **Atenção a Saúde**

Atenção à saúde é tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo ações de promoção, proteção, reabilitação e tratamento às doenças. (portal. saúde. gov.br) Atenção à saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde consoante os princípios e as diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS).

#### **5.5.1 NO HAITI**

As entidades especificamente responsáveis pela prestação de serviços de saúde são instituições de saúde (públicas privadas ou mistas). Dependendo da gama de cuidados oferecidos pelas instituições, a plataforma técnica que eles têm e o apoio e apoio que eles podem oferecer. A Diretoria da Organização de Serviços de Saúde do Ministério da Saúde (DOSS), no documento Pacote de Serviços Mínimos (MSP), categoriza as instituições de acordo com uma estrutura piramidal que contém os seguintes três níveis de prestação de serviços:

#### **Nível primário**

O nível primário é subdividido em dois níveis.

Primeiro escalão: Incluem clínicas, centros de saúde sem leito (CSL), centros de saúde com leitos (CAL) e práticas médicas. Essas instituições representam a porta de entrada para o sistema de saúde e permitem que a população acesse os Serviços de Saúde do Primeiro escalão (SSPE).

Secundo escalão: Este segundo nível do sistema de saúde haitiano inclui os hospitais de referência comunitários (HCR). A gama de cuidados prestados por estas instituições inclui intervenções mais delicadas que requerem especialistas para os quatro serviços principais oferecidos: Medicina Interna, Cirurgia, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia (ObGyn), a fim de ter em conta cobrar os casos referidos pelas instituições do primeiro escalão.

**Nível secundário:**

Este nível inclui Hospitais Departamentais e práticas médicas especializadas que permitem o uso de cuidados especializados.

**Nível terciário:**

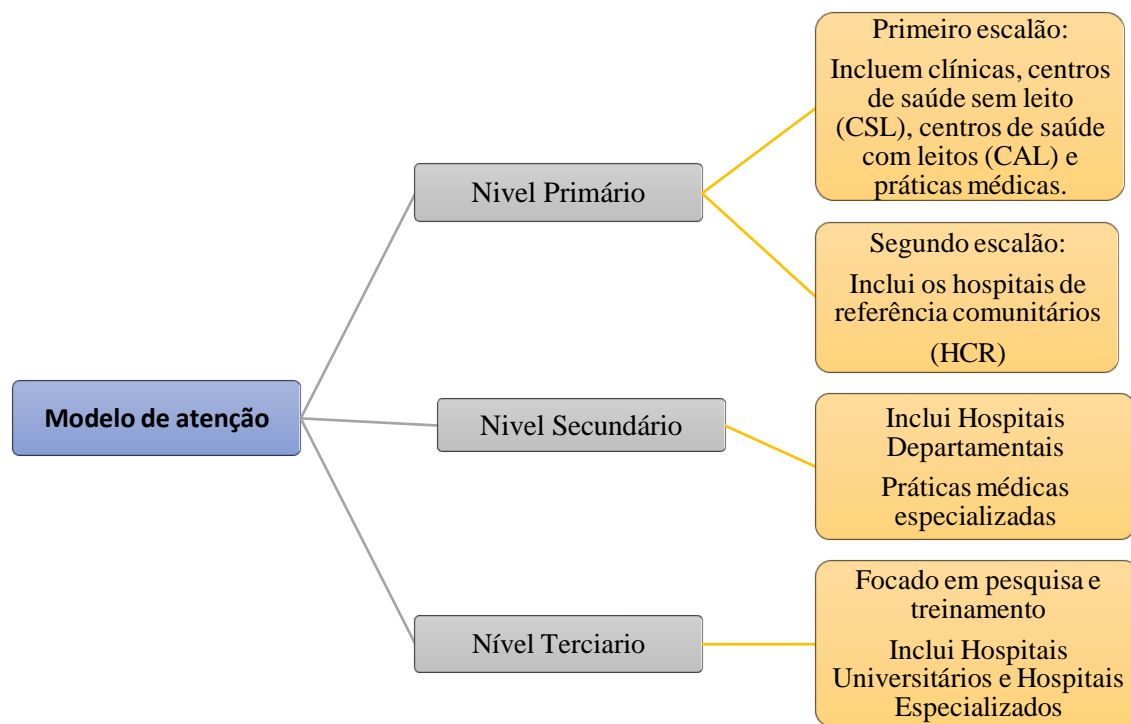
Este nível, focado principalmente em pesquisa e treinamento, inclui Hospitais Universitários e Hospitais Especializados (Psiquiatria, Sanatório...). As instituições de este nível oferecem atendimento de referência nacional.

Conforme definido na Política de Saúde de 1979, o PMS inclui:

- Atendimento integral à saúde das crianças
- A gestão da gravidez, parto e saúde reprodutiva
- Gestão de emergências médicas e cirúrgicas
- A luta contra as doenças transmissíveis
- Atendimento odontológico básico
- Educação participativa em saúde
- Saneamento ambiental e abastecimento de água potável
- Disponibilidade e acesso a medicamentos essenciais

As instituições de saúde, de acordo com seu nível e seu escalão, não são obrigadas a fornecer todos os PMS.

**Gráfico 6: Modelo de atenção no Haiti**



Fonte: o autor, 2018

No gráfico #6, Percebemos que a atenção primaria do Haiti sofre uma divisão em centro de saúde sem leito e centro de saúde com leito. Aqueles sem leitos se localizam nas regiões de difícil acesso e não dispõem de médicos permanentes. São locais onde acontece primeiro socorro aos pacientes que precisarem ser levados até os centros com leitos.

### 5.5.2 NO BRASIL

A organização do SUS está assentada em três pilares: rede (integração dos serviços interfederativos), regionalização (região de saúde) e hierarquização (níveis de complexidade dos serviços). Estes são os pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde, conforme dispõem o art. 198 da CF. A Constituição ao estatuir que o SUS seja um sistema integrado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada, definiu o modelo de atenção à saúde e a sua forma organizativa.

A atenção integral, como diretriz do Sistema Único de Saúde, está contemplada desde a Constituição Cidadã de 1988. Segundo Mattos (2001), a atenção integral se configura como uma “imagem-objetivo”, isto é, a meta a ser alcançada e que, portanto, dá direcionalidade à

ação e, como tal, aponta a direção de algumas das transformações necessárias para alcançarmos o SUS que queremos.

Na política de atenção convive diferente marcos organizativo, dentre eles a estruturação em níveis de complexidade, a saber: atenção primária ou atenção básica e atenção de média e de alta complexidade.

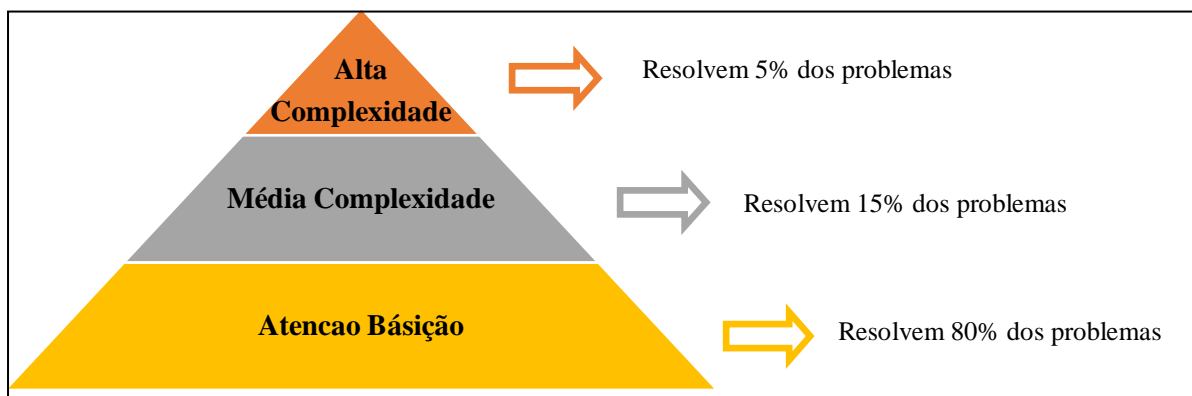
Para Starfield (2002), a Atenção Primária em Saúde, ainda que se constitua como um primeiro nível de atenção tem um papel de organização e integração das redes de atenção à saúde e da promoção, prevenção e recuperação da saúde, garantindo a coordenação e a continuidade do cuidado. Ainda segundo a autora, são consideradas atribuições da Atenção Primária: a garantia de acesso; a porta de entrada; a longitudinalidade (assegurando o vínculo); o elenco integral de serviços; a coordenação de serviços; e o enfoque familiar e a orientação da comunidade.

Até a Constituição de 1988, houve no Brasil a ênfase em dois modelos dicotomizados: um voltado exclusivamente para “recuperar a saúde de indivíduos doentes”, conhecido como modelo hospitalar; e o segundo, um conjunto de estratégias de controle de doenças e fatores de risco organizados em programas verticais e centralizados, que ficou conhecido como modelo sanitarista.

A criação do SUS, em 1988, e a progressiva descentralização de recursos para os municípios a partir de 1990 favoreceram o surgimento de iniciativas de caráter alternativo, que visavam a novos modelos de atenção, com foco na atenção primária (Fausto; Matta, 2007). Ressaltamos que a atenção primaria vem aos longos dos anos criando programas como Pacs, conhecido programa de agentes comunitários de saúde, e Psf conhecido como programa de saúde da família.

Esses programas, segundo Fausto e Matta (2007), surgem como iniciativas focalizadas nas populações mais vulneráveis no sentido de enfrentar elevados índices de morbimortalidade infantil e de epidemias em algumas regiões do Brasil, ao mesmo tempo em que canalizavam recursos para que municípios mais pobres pudessem iniciar algum processo de organização de seus sistemas e redes de saúde.

**Gráfico 7: Hierarquização dos níveis de atenção**



Fonte: UNASUS

UFCSPA

No gráfico #7, é descrito o grau de contribuição dos três níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma hierarquização que define o modo de atendimento proporcional o grau de complexidade de saúde dos Usuários. Também é feito na atenção básica as campanhas de promoção a saúde, prevenção a doenças, campanhas de vacinações e o programa de saúde da família (PSF).

### **Comentário**

Comparativamente ao Brasil percebemos algumas semelhanças nos modelos de atenção a saúde. Pois no Brasil tanto quanto no Haiti temos uma divisão em três pilares que sustentam os sistemas de saúde. Portanto, se dividem em níveis de complexidade. Porém, O Haiti se distancia do Brasil grandemente quando se trata de estratégias e programas desenvolvidos para que a população seja efetivamente contemplada nas suas necessidades em saúde. O Brasil no seu modelo de atenção desenvolve programas com os agentes comunitários de saúde conhecido como programa de agentes comunitários de saúde (PACS), e o programa de saúde da família (PSF) de maneira que a atenção seja integral, reduzindo o fluxo de demandas na média e na alta complexidade. Enquanto o Haiti permanece estagnado de maneira teórica, sem nenhuma estratégia concreta ou oficial que favorece o atendimento integral dos usuários. Portanto, para que o sistema de saúde Haitiano seja efetivo como desejar tanto os usuários Haitianos. O estado Haitiano poderia usar o modelo da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), que constitui um patamar de programas essenciais para prevenir as doenças na população, como programa de saúde da família que não existe no sistema de saúde Haitiano, formação de agentes comunitários um elemento importante para manter a rede de assistência funcional e continua acompanhando o desempenho dos pacientes no seu tratamento através das visitas e cadastramento das famílias, notificando as mudanças, as condições de vidas das populações.

## **CAPÍTULO VI:**

### **6.1 INFRAESTRUTURAS E RECURSOS HUMANOS**

#### **Haiti**

O sistema de prestação de serviços de saúde está estruturado em três níveis: a atenção primária é prestada em cerca de 800 centros de saúde e 45 hospitais de referência comunitária; 10 hospitais departamentais fornecem cuidados secundários; e cinco hospitais universitários e três centros especializados oferecem atendimento terciário. Das mais de 900 instituições de saúde, 38% são públicas, 42% privadas e 20% mistas. Os estabelecimentos privados, com fins lucrativos e sem fins lucrativos, têm uma presença significativa no Haiti, especialmente nas áreas metropolitanas, mas são poucos coordenados com o setor público. (EMMUS III)

Quase metades das unidades de saúde estão localizadas na área metropolitana de Porto Príncipe, onde residem 35% da população. A medicina tradicional tem um peso importante na população que solicita cuidados de saúde. De acordo com a avaliação de recursos humanos em unidades de saúde, realizada pelo Ministério da Saúde em 2016, existem 15.980 profissionais de saúde no setor público e 7.364 no setor privado (23.344 no total). Em todo o país, a proporção é de 1,4 médicos e 1,8 enfermeiros por 10.000 habitantes no setor público e 1 médico e 2,1 enfermeiros no setor privado. A proporção de médicos e enfermeiros é desigual nos departamentos do país. (OPA, 2018)

No setor público, o departamento oeste tem 2,1 médicos por 10.000 habitantes; o norte, 1,8 por 10.000; o Nordeste, 1,3 por 10.000; o Sul, 1,3 por 10.000, e o Noroeste, 0,7 por 10.000. Os outros departamentos têm menos de 1 médico do setor público por 10.000 habitantes. A mesma tendência é observada em médicos dos setores públicos e privado combinado: nos departamentos Oeste, Norte, Nordeste e Sul existem 3,7, 2,6, 2,4 e 2,3 médicos por 10 mil habitantes, respectivamente. O departamento do Noroeste tem 1 médico e Artibonite e Grande'Anse têm 1,2 médicos por 10 000 habitantes.(OPA,2018)

**Tabela 1: Numero das instituições sanitárias no Haiti por setores em (%) da OPA 2018**

Setor	Número das instituições sanitárias (%)
<b>Publico</b>	38%
<b>Privada</b>	42%
<b>Mista</b>	20%

Fonte: o autor, 2018.

A partir da tabela #2, nos vemos que no sistema de saúde do Haiti, o setor privado com 42% das instituições sanitárias do País domina a oferta dos cuidados médicos, o que representa um peso no Bolso dos Usuários, num país onde a constituição garante o direito a saúde de maneira gratuita para sua população.

**Tabela 2: Número de profissionais por setores para 10 mil habitantes, da OPA, 2018**

Setor	Médicos	Enfermeiros
<b>Publico</b>	1.4	1.8
<b>Privado</b>	1	2.1

Fonte: o autor, 2018.

De acordo com a tabela # 2, Quanto tanto no setor privado que publico, há um numero grandemente insuficiente de profissionais de saúde especialmente a figura do medico. Com um medicopara 10 mil habitantes, enquanto a organização mundial da Saúde (OMS) preconiza no mínimo 25 médicos para 10.000 habitantes.

**Tabela 3: Número de médicos no setor público/departamentos para 10 mil habitantes no Haiti, da OPA, 2018**

Setor	Oeste	Norte	Nordeste	Sul	Noroeste	Grand-anse	Nippes	Artibonite	Sudeste	Centro
<b>Público</b>	2.1	1.8	1.3	1.3	0.7	-1	-1	-1	-1	-1

Fonte: o autor, 2018.

Na tabela # 4, percebemos uma grande desigualdade na repartição dos poucos médicos que possui o sistema de saúde do Haiti.

**Tabela 4: Número de médicos dos setores combinados (públicos e privados) /departamentos para 10 mil habitantes no Haiti da OPA, 2018.**

Setor	Oeste	Norte	Nordeste	Sul	Noroeste	Grand-anse	Nippes	Artibonite	Sudeste	Centro
<b>Público + Privado</b>	3.7	2.6	2.4	2.3	1	1.2	NA	1.2	NA	NA

Fonte: o autor, 2018.

Na tabela #4, percebemos que os dados em três departamentos do Haiti, em relação aos números de médicos tanto quanto no setor publico que privado não foram encontrados, ou seja, inexistentes, e também continua a repartição desequilibrada dos médicos, pois percebemos a mesma realidade que se apresenta na tabela 4 onde os nos departamentos oeste e norte são concentrado o maior numero de médicos do Haiti.

## **Brasil**

O Brasil contava,em janeiro de 2018,com 452,80 médicos, o que corresponde à razão de 2,18 médicos por mil habitantes. Na mesma data o numero de registros de médicos nos conselhos regionais de medicina chegava a 491, 468. A diferença de 38, 667 entre o numero de médicos e de registro refere-se às inscrições secundarias de profissionais registrados em mais de um estado da federação. Em 2017, eram 414, 831 médicos e 451 777 registros de médicos. (Demografia Medica no Brasil 20018; P.30)

Um artigo publicado no Jornal estadão no dia 05 de maio de 2017, relata que no Brasil, há 538 Unidades de pronto de atendimento a saúde (UPA) em funcionamento, e cerca de 40 mil Unidades Básicas de saúde (UBS). Em relação aos hospitais há cerca de 6000 cujo 4 4000 são privados, mas o SUS responde pela maior parte dos atendimentos hospitalares do País: 302.542 leitos contra 135.481 particulares, relata jornal folha de São Paulo no dia de 8 de maio de 2018.O BBC Brasil no dia 2 de dezembro de 2017,relatou que no Brasil existe hoje 2910 cursos de medicina,menos de trinta por cento deles abertos a partir de 2013 graças a nova legislação.Com os cursos recém-abertos,o Brasil saltou de um patamar de 17.267 novos médicos formados em 2012 para um potencial de formar 29,996 profissionais por ano.



**Tabela 5: Evolução no número de médicos e da população entre 1920-2017 no Brasil.**

<b>ANO</b>	<b>MÉDICOS</b>	<b>POPULAÇÃO</b>
<b>1920</b>	14.031	30.635.605
<b>1930</b>	15.899	-----
<b>1940</b>	20.745	41.236.315
<b>1950</b>	26.120	51.944.397
<b>1960</b>	34.792	70.992.343
<b>1970</b>	58.994	94.508.583
<b>1980</b>	137.347	121.150.573
<b>1990</b>	219.084	146.917.459
<b>2000</b>	291.926	169.590.693
<b>2010</b>	364.757	190.755.799
<b>2017</b>	451.777	207.660.929

Fonte: Scheffer M.et al; Demografia medica no Brasil 2018.

**Nota:** Nesta tabela foi usado o numero de registros de médicos, a fonte para população e o censo demográfico do IBGE.

A tabela #6, explica cronologicamente o crescimento de números de médicos no Brasil, a partir dos anos de 1920 ate 2017, junto com o crescimento da população Brasileira. Nota-se, que para a população de 1930 não se aplica. Podemos dizer que desde então o Brasil mantenha seu crescimento em relação a médicos formadosque uma leve diferença anual, mas desproporcionalmente com o crescimento da população.

### **Comentário**

Atualmente, o Brasil tem mais de 440 mil médicos em atividade e uma população estimada em 207 milhões de pessoas, segundo dados do Conselho Federal de Medicina (CFM) e projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para julho de 2017. Enquanto no Haiti para 10 milhões Habitantes não existem dados oficiais em relação ao número de médicos disponíveis no sistema de saúde Haitiano. A ausência desses dados se explica pelo fato que o Haiti e um paísque está em uma situação de instabilidade política constante desde a queda da ditadura em 1986. Portanto a fuga dos cérebros se torna uma preocupação para o

país principalmente na área da saúde. Mais de 40% dos nossos compatriotas treinados no Haiti estão no Canadá, nos Estados Unidos e em alguns países da América do Sul, revela o jornal Le Nouvelliste Haiti. De acordo com Paul E. Farmer, professor da Universidade de Harvard, afirma que 13% dos médicos negros nos Estados Unidos são haitianos e foram treinados no Haiti. "Os médicos saem porque o salário que lhes é oferecido é ridículo, as condições de trabalho não são atendidas e não têm chance de se especializar. No Brasil o salário básico de um clínico geral esta em torno de 7.338 reais em dólar 1.984,10. Enquanto, no Haiti o Salário de um especialista esta em torno de 31 000 à 42 000 gourdes 581,2 dólar. Além da fuga dos médicos e profissionais Haitianos, o estado não investiu na educação superior. Para uma população de 10 milhões de habitantes, o Haiti dispõe uma única universidade pública com uma faculdade de medicina e mais seis faculdades de medicina particulares que oferecem cada ano ao sistema de saúde Haitiano em torno de 100 profissionais da saúde cujo, médicos, dentistas, farmacêuticos e enfermeiros. Enquanto no Brasil cada ano as faculdades de medicina públicas e particulares oferecem para o sistema de saúde Brasileiro em torno de 29.996 profissionais de saúde. Esse número de profissional Brasileiro em saúde resulta do investimento contínuo na educação superior, criando escolas de medicina em todos os estados da federação e facilitando o investimento privado na área do ensino superior a partir da criação da nova legislação. O menor estado Brasileiro Alagoas com uma superfície de 27.768km, produz cada ano cerca de 495 vagas para medicina para 3.322 milhões de Habitantes. Enquanto Haiti com uma superfície 27.768km, para 10 milhões de habitantes produzem em torno de 100 profissionais de saúde cada ano. O Haiti precisa investir, e descentralizar seu ensino superior igual ao Brasil colocando pelo menos uma escola de medicina em cada estado de maneira a facilitar o acesso a essa formação aos jovens que se localizam nos lugares mais afastados.

## ANALISES E RESULTADOS

Assim, verifica-se, no Haiti que o modelo de financiamento adotado se revela deficitário para o sistema, pois o estado do Haiti não tem um modelo padronizado de investimento em saúde, além do recurso insignificante do Estado Haitiano na saúde, os demais investimentos vêm de fontes diversas, sem controle do ministério da saúde, assim constituindo uma porta para a corrupção e desvio de recursos destinados para esta área. Enquanto no Brasil apesar de recursos externos investindo no sistema de saúde, o estado Brasileiro tem um padrão próprio definido na lei, envolvendo todos os entes federais no financiamento dos serviços de saúde garantindo assim o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Em relação aos modelos de gestão e atenção a saúde em vigor nos ambos os países, Brasil e Haiti, se diferenciam ainda mais nesses aspectos: No Haiti, o modelo de gestão adotado, apesar de possuir uma estrutura organizada em três níveis dando assim uma impressão de descentralização; mas na prática, a gestão está voltada para uma abordagem de projeto, implicando uma segmentação em programas na política de gestão preestabelecida, que resulta em uma ação desordenada dos diferentes atores envolvendo no sistema de saúde do país além da disfunção da estrutura central; vem por sua vez descreve o caráter centralizado do sistema de saúde haitiano. Enquanto no Brasil, no Sistema Único de Saúde (SUS), a gestão tem sido configurada seguindo a organização política do território Brasileiro, por ser uma federação, segue a autonomia administrativa que possuem todos os entes federativos. Dessa forma, cabe às três esferas do governo, de maneira conjunta, definir mecanismos de controle dos serviços de saúde e de sua gerência. Enquanto a atenção a saúde, no Haiti ela se aplica de maneira diversificada, pois a estrutura sanitária tem sua própria maneira de operar nesse aspecto; as instituições públicas iguais que das Brasileiras fornecem um atendimento gratuito aos seus usuários, porém por falta de investimentos os atendimentos básicos se revelam na maior parte do país inexistentes, o que leva as populações a procurar o atendimento nas demais instituições sanitárias a caráter privado que fornecerem cuidados a saúde sem levar em conta as políticas em vigor nos países. Tal situação que acaba de alguma maneira enfraquecendo ainda mais a atenção a saúde no Haiti. Enquanto no Brasil a realidade do funcionamento das outras instituições sanitárias como consultórios particulares, hospitais e as instituições de seguro a saúde é outra; pois elas conseguem atender os usuários de acordo com as metas definidas pelo sistema único de saúde, ou seja, sem enfraquecer o sistema de saúde Brasileiro. No que diz respeito aos recursos humanos e estruturas sanitárias que dispõem os ambos os países nos seus sistemas de saúde, o caso do

Haiti é alarmante, a escassez de profissionais básicos como médicos e enfermeiros sem especialidade se faz sentir em todas as regiões do país, o que resulta em mais morte por causa de doenças que podem ser tratadas na atenção básica. Contrariamente ao Brasil, as políticas de saúde da família envolvendo profissionais de saúde com especialidades diferentes, apesar da escassez em médico e outros profissionais que o país tem devido à alta demanda e seu imenso território. Políticas como mais médicos vem suprindo essas necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

## CONCLUSÃO

A previsão do direito à saúde nas Constituições do Haiti e do Brasil se apresenta de forma igual, pois elas fazem da saúde um direito dos cidadãos e um dever do estado. Esse direito constitucional que gozam os cidadãos Brasileiros e Haitianos se materializa a través das instituições sanitárias; das políticas públicas de saúde em vigor nos ambos os países. Ressaltando que, o Brasil, é o maior país da América Latina em termo demográfico e econômico; enquanto o Haiti é uma pequena ilha do Caribe com a menor economia da América Latina. Portanto, o estado Brasileiro teria um desafio maior em relação ao fornecimento de serviços de saúde de qualidade devido ao tamanho de seu território e de sua população, porém usufruindo de uma vantagem, tendo em conta de sua capacidade econômica. No outro lado, o Haiti oferece um espaço geográfico ínfimo, implicando uma cobertura menor por ter uma população inferior de aquela do Brasil; mas sua situação econômica catastrófica vem desafiando o estado Haitiano neste aspecto. O desequilíbrio demográfico e econômico que se percebe na realidade do Haiti e do Brasil, por si mesmo, apresenta suas vantagens para um, e desvantagens para outro, enquanto aos modelos de gestão, de financiamento, atenção a saúde, recursos e estruturas adotadas nos sistemas de saúde dos ambos os países. O que significa a inexistência de um sistema de saúde perfeita, pois cada país, ou sociedade apresenta condições sociais e econômicas que poderiam estar ou não em favor do bom funcionamento do dito sistema. Portanto cabe a cada país implantar políticas públicas de saúde que respondem as necessidades das populações, tendo em conta suas realidades específicas. Concluindo-se, a situação sanitária do Haiti apresenta os piores indicadores de saúde das Américas, o que inclui elevados coeficientes de mortalidade materna e infantil, portanto a necessidade de construir um sistema de saúde adequado e capaz de atender as necessidades sanitárias do povo Haitiano é mais que urgente. O Haiti precisa de profissionais em saúde para implantar um sistema de saúde, para isso o Estado Haitiano pode se inspirar no modelo Brasileiro, facilitando a formação de mais profissionais de saúde implantando mais escolas de medicina pública nos dez departamentos e facilitando o investimento do setor privado na educação.

## REFERENCIAS

**A evolução histórica da Saúde Pública** – Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento- Vol. 1. Ano. 1. Março. 2016, pp : 52-67 ISSN:2448-0959

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS, 1966, Nova Iorque, EUA. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. 1966. Disponível em: Acesso em: 25 ago. 2018.

BARBOSA, Rubens. Política externa de dois governos. **In:fórum de economia da fundação getúlio Vargas**, 8., 2011, São Paulo. Papers... São Paulo: EESP-FGV, 2011.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BONET Gorbea, Mariano. Prólogo. In: SOMARRIBA López, Lorenzo; LLANES Caballero, Rafael A.; SÁNCHEZPérez, María de Jesús. **Cólera em Haití: lecciones aprendidas por la Brigada Médica Cubana**. La Habana: Ciencias Médicas, 2013.

BRASIL, Congresso Nacional. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, **estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs)**. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 71, 29 mar. 2006 a.

BRASIL. Senado Federal. Subsecretaria de edições técnica. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de Outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 42/2003., Brasília, 2004.

CAPONI, S. **A saúde como abertura ao risco**. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CARLOS NETO, Daniel; DENDASCK, Carla; OLIVEIRA, Euzébio de. **A evolução histórica da Saúde Pública** – Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento- Vol. 1. Ano. 1. Março. 2016, pp : 52-67 ISSN:2448-0959

CARPENTIER, Alejo. ***O reino deste mundo***. Rio de Janeiro: Record. 1985.

CASIMIR, Jean; DUBOIS, Laurent. Reckoning in **Haiti: the State and society since the revolution**. In: Munno, Martin (Ed.). *Haiti rising: Haitian history, culture and the earthquake of 2010*. Liverpool: Liverpool University Press. p.126-133. 2010.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. **Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras**. *Trabalho, educação e saúde*, v.6, n.3, p.443-456. 2008.

Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978, Alma-Ata, URSS. ***Cuidados primários de saúde***: relatório da Conferência... Brasília: Organização Mundial da Saúde; UNICEF, 1979.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, Alma-Ata, URSS. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**.

DERBY, Lauren. Haitians, **magic and money: raza and society in the Haitian-Dominican borderlands, 1900-1937**. *Comparative Studies in Society and History*, v.36, n.3, p.488-526.1994.

DUBOIS, Laurent. *Les vengeurs du nouveau monde*: histoire de la révolution haitienne. Port-au-Prince: Editions de l'Universited'Etatd'Haiti. 2009.

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

FERRER, Ada. **Haiti: free soil and antislavery in the revolutionary Atlantic**. *American Historical Review*, n.117, p.40-66. 2012.

FIGNOLÉ, Jean Claude. *Une heure pour l'éternité*. Paris: SabineWespieser. 2008.

**Formação em epidemiologia e vigilância da saúde: Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti**, P.502.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da esperança*: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1992.

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

**Haiti completa dois anos de crise após a saída de Aristide**. Uol Últimas Notícias, 20 abr. 2006. Disponível em:<<http://noticias.uol.com.br/ultnot/efe/2006/04/20/ult1808u63152.jhtm>>.



**Haiti: Peppadepandthecoconcreole.** *The PublicArchive.* Disponível em:  
<http://thepublicarchive.com/?p=2045>.

<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/estrutura-do-sus>

<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/countryinfo.html>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cartografia: **área territorial brasileira.** Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em:  
<<http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/areaterritorial/principal.shtm>>.

JAMES, Cyril Lionel Robert. *Os jacobinos negros: ToussaintL'Ouverture e a revolução de São Domingos.* Rio de Janeiro: Boitempo. 2012.

MANN, Jonathan M et al. **Health and Human Rights.** [S.l.]: 1994.

Mattos, R. A. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A.(Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.* Rio de Janeiro: Cepesc; Uerj; Abrasco, 2005. p .33-46.

Mattos, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: Uerj/IMS; Abrasco, 2001.

Mattos, R. A.; Pinheiro, R. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas.* Rio de Janeiro: IMS; UERJ; ABRASCO, 2003.

Motta, P. R. *Desempenho em equipes de saúde*: manual. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Assembleia Geral das Nações Unidas. Nova Iorque, 1948.

ONU. Office of the High Commissioner for Human Rights. United Nations Staff College Project. **Human Rights**: a basic handbook for UN staff. Genebra, 2000.

POLLAK, Michel. Memória, **esquecimento, silêncio**. *Estudos Históricas*, v.2, n.3, p.3-15. 1989.

SAMPAIO, Nícia Regina. **A saúde como direito fundamental no estado democrático de direito**. 2003. 87f. Dissertação (Mestrado em Direitos Fundamentais) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2003.

TRINDADE, Antonio Augusto Cançado. **Tratado de Direito Internacional dos Direitos Humanos**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1997. v. 1, p. 17.

World Health Organization. **Primary health care**: now more than ever. Geneva, 2008.

ZANELLA, Cristine K; BERALDO, Maria Carolina. **ONU introduz epidemia de cólera no Haiti**. *Le Monde Diplomatique*. Disponível em: <http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1102>.