

SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DO HAITI – UMA INTRODUÇÃO

Ronaldo Bordin

Maria Ceci Misoczky

INTRODUÇÃO

Este texto foi produzido a partir de documentos oficiais do Ministério da Saúde Pública e População (MSPP), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e dados que constam do site da Organização Mundial da Saúde (OMS). Saliente-se, especialmente quanto aos documentos que se referem à organização dos serviços de saúde, que se tratam em sua maioria de proposições não efetivamente implementadas. Neste sentido, cabe destacar que muitos destes documentos podem servir de base para nossa ação com relação à organização da rede de serviços, sempre ressaltando o aspecto da cobrança de taxas em todo e qualquer serviço de saúde vinculado ao MSPP. Frente a este fato chamamos a atenção para a rede de serviços operada pela Brigada Médica Cubana (BMC) que, diferente da rede da maior parte das Organizações Não Governamentais (ONGs), vem tendo um caráter de permanência e, na prática, vem demonstrando à população e aos gestores do MSPP como se organiza e se oferece serviços de qualidade e resolutivos sem a cobrança dos usuários.

Abaixo estão, sinteticamente, apresentadas algumas variáveis sociodemográficas e de mortalidade, vinculadas ao tipo de demanda gerada ao sistema nacional de saúde haitiano.

Saliente-se a variação da magnitude dos dados, na dependência das fontes empregadas. Situação que evidencia a carência ou inexistência de sistemas de informações em saúde de corte nacional ou, quando existentes, que se comuniquem entre si.

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

A República do Haiti ocupa o terço oeste da ilha Hispaniola, segunda maior do Caribe, compartilhada com a República Dominicana. Administrativamente, o Haiti está dividido em 10 departamentos, 41 distritos, 135 comunas (municípios) e 565 seções comunais (MSPP, 2005).

Demografia: Com uma área de 27.750 km² e uma população estimada para 2009 de 10.033.000, apresentou uma taxa de crescimento populacional anual de 2,1 (1995-2000) a 2,49% (2008, estimada), passando a 0,2% em 2009, dependendo da fonte. Apresenta uma dinâmica populacional caracterizada por progressiva urbanização, emigração para países próximos e troca populacional nas regiões de fronteira com a República Dominicana.

São características desta população (OPAS, 2007; 2010):

- 64% vivendo em área rural, 21% na região metropolitana de Port-au-Prince e 15% em outras áreas urbanas em 2000. Em 2009, a população em área urbana seria de 48% (incremento de 12% da população total);
- 36% da população com menos de 15 anos de idade e apenas 6% acima de 65 anos de idade, com idade média de 21 anos (2009);
- Taxa de nascimento bruta de 33/mil hab. e taxa de fertilidade geral reduzida de 4,4 para 3,4 criança/mulher no período 2000-2009;
- Expectativa geral de vida ao nascer de 54,4 anos (52,8 para homens, 56 para mulheres);
- Coeficiente de mortalidade infantil: 64 óbitos em menores de um ano/mil nascidos vivos (2009);
- Profissionais e técnicos qualificados emigrando especialmente para os Estados Unidos da América (Flórida e New York), Canadá e ilhas vizinhas;
- Remessas externas para familiares no Haiti correspondem a 8,3% da renda doméstica;
- 52,9% da população alfabetizada.

Economia: na década 1990-2000 o crescimento do Produto Interno Bruto foi de 1,2%, com uma inflação estimada de 15% e aumento do preço dos alimentos de 10,4%, piorando a situação de pobreza da população haitiana (MPHP, 2005).

- Inquérito realizado em 1999-2000 encontrou 67% da população vivendo em situação de pobreza; 31,4% das casas com mais de sete moradores e 46% das famílias com apenas uma peça para dormir;
- Estimativa para 2003: 80% da população abaixo da linha de pobreza extrema (menos de US\$ 1 por pessoa/dia): 50% vivendo com menos de US\$ 100/ano e 30% com menos de US\$ 200/ano;
- Elevada concentração de renda: 4% da população possui 66% da riqueza;
- Todos os anos cerca de 20 mil toneladas de terra arável são perdidos para o mar devido ao desmatamento e erosão. Situação agravada pela produção de carvão vegetal por todo o país (apenas 3% de mata nativa preservada) e forte pressão agrícola em encostas íngremes (OPAS, 1998);
- O setor informal (usualmente mulheres) e a agricultura perfazem 96% da população trabalhadora, mas sem nenhum serviço público focado aos mesmos.

PERFIL DE MORBIMORTALIDADE

Mortalidade: desde 1997 o Ministério da Saúde Pública e da População (MSPP) e a OPAS

vem promovendo a certificação de óbitos. Em 1999, um total de 7.997 atestados foi emitido, cobrindo cerca de 10% do total de óbitos. Nesta amostra, as principais causas de óbito foram: doenças infectocontagiosas (37,5%), doenças do sistema circulatório, causas externas (4,3%) e neoplasias (2,7%). Enquanto causas específicas de óbito, Aids (5,2%), diarreia e gastroenterite infecciosa (5%) e acidentes cerebrovasculares (3,5%) foram as mais frequentes.

São especificidades da mortalidade registrada em 1999, segundo grupos populacionais (OPAS, 2007):

- Principais causas de óbito entre menores de 4 anos de idade foram doenças infecciosas intestinais (12,1%), infecções do período perinatal (10,2%), má nutrição (9,1%) e infecções respiratórias agudas (6,9%), totalizando 38,3% do total de óbitos para esta faixa etária;
- Entre escolares de 5-14 anos de idade, doenças infecciosas e parasitárias representaram 24% dos óbitos registrados, seguidos de causas externas (10%). Estima-se que cerca de 20% da população nesta faixa etária esteja em situação de vulnerabilidade;
- Entre adolescentes e jovens, que totalizam 8% do total de óbitos do país em 1999, Aids foi a principal causa de óbito (5,8% dos registros). As principais causas entre os adolescentes foram causas externas (assalto e homicídio), tuberculose, febre tifoide e causas relacionadas ao parto – taxa de fertilidade de mulheres entre 15-19 anos foi de 80/mil em 2000. Cerca de 70% dos adolescentes foram expostos a situações de violência sexual;
- Aids é a principal causa de óbito entre 15-49 anos de idade (21,6% dos óbitos com diagnóstico), seguida de infecções intestinais e causas maternas (problemas relacionados à hipertensão arterial e eclampsia). Taxa de mortalidade materna foi de 523 por cem mil nascidos vivos;
- Doenças do aparelho circulatório (39%), seguido de neoplasias malignas do aparelho digestivo, tuberculose e Aids foram as principais causas de óbito com diagnóstico validado entre pessoas com 60 anos ou mais.

A questão das doenças infectocontagiosas pode ser explicada pelo fato de que nenhuma cidade no Haiti possui sistema de esgotamento sanitário (apenas unidades de tratamento isoladas de águas residuais). Práticas ruins de eliminação de dejetos estão poluindo quase todas as 18 fontes de fornecimento de água de Port-au-Prince. Para piorar, os sistemas de drenagem são insuficientes e ineficientes, com tempestades gerando graves inundações.

Ainda que doenças do aparelho respiratório não constem entre as causas mais frequentes de óbito, certamente devem estar entre as de morbidade. Acrescido à poeira residual presente em todos locais, fruto ainda do terremoto e más condições do sistema de transporte, deve ser acrescida a questão da poluição ambiental pelos veículos a motor e sua deficiente manutenção.

Outros Problemas com Impactos na Saúde:

- Constante realocação e migração levando a desestruturação familiar, em área rural ou urbana, com inexistência de programa específico voltado a esta situação;
- Economia centrada na economia informal, sem cobertura de ações de saúde do trabalhador;
- Estimava-se para 1998 que 7% da população do Haiti tivesse algum tipo de incapacidade, metade delas em menores de 15 anos de idade. Cegueira é a incapacidade mais frequente, atingindo 1% da população;
- A localização geográfica do Haiti o torna suscetível a furações e terremotos;
- Malária, dengue e filariose linfática possuem seus vetores presentes, sendo o primeiro endêmico;
- Baixa cobertura de doenças preveníveis por vacinação, levando a ocorrência de epidemias, como a de difteria (1999), sarampo e tétano neonatal (2000), poliovírus (2001), ainda que o número total de casos seja desconhecido;
- Entre as zoonoses, em 1995-2000 foram relatados 22 casos de raiva humana, a maior parte na região metropolitana de Port-au-Prince. Antrax é endêmico em alguns Departamentos, mas sem dados à disposição;
- HIV/Aids afetava 4,5% da população, incluindo 13 mil novos casos/ano de gestantes HIV positivo (30% dos recém-natos infectados). Em 2000, prevalência de 5,6% para sífilis e 3,8% para hepatite B entre mulheres grávidas.

SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE HAITIANO

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

O sistema de saúde haitiano é composto por:

- O setor público – Ministério de Saúde Pública e da População (MSPP) e o Ministério de Assistência Social;
- O setor privado com fins lucrativos – todos os profissionais de saúde na prática privada;
- O setor misto, sem fins lucrativos – servidores do Ministério da Saúde trabalhando em instituições privadas (ONGs) ou entidades religiosas;
- O setor privado sem fins lucrativos – ONGs, fundações, associações, etc.;
- O sistema de saúde tradicional.

Os serviços de saúde atingem 60% da população, contando com um total de 371 unidades de saúde, 217 centros de saúde e 49 hospitais. Os demais 40% da população

empregam práticas tradicionais de atenção à saúde (OPAS, 2010), índice que pode chegar a 80% em alguns Departamentos. Já estimativas do próprio MSPP apontam que 47% da população não tem acesso a serviços básicos de saúde e 50% a medicamentos essenciais, segundo informações que constavam na apresentação feita por representante do MSPP em Seminário na FIOCRUZ no dia 25 de maio de 2011.

Uma consulta médica aumentou 48 vezes do final da década de 1980 aos anos 2000, passando de 25 para 1.200 Gourdes, agregando às barreiras geográficas de acesso aos serviços de saúde a barreira econômica. Problemas na infraestrutura de estradas, transporte, eletricidade, telefonia, etc., dificultam ainda mais o acesso aos serviços de saúde. Inquérito Nacional realizado em 2007 identificou que 20% dos pacientes que foram atendidos caminharam cerca de 5km até a unidade de saúde. Destes, 17% caminharam acima de 2h para chegar ao seu destino. Em área rural, 60% da população vive a 15km do hospital ou dispensário mais próximo (OPAS, 2010).

O Governo do Haiti, ao lançar o Programa Econômico e Social de 2004 caracterizava o sistema nacional de saúde como deficiente, envolvendo:

- Fragmentação dos setores público e privado;
- Total de 722 estabelecimentos prestadores de atenção à saúde, sendo 37% destes pertencentes ao Ministério da Saúde – 25 hospitais, 28 centros de saúde com leitos, 42 centros de saúde sem leitos e 174 dispensários. Os demais 60% correspondem a 328 estabelecimentos privados e 1120 mistos, explorados pela maioria dos funcionários e pagos pelo setor público;
- Estabelecimentos de saúde com deficiências de manutenção e infraestrutura;
- 83% das taxas de consultas ocorrem em áreas urbanas e em clínicas privadas;
- Médicos geralmente possuem um segundo emprego e empregam as dependências dos hospitais para uso pessoal. Pagamentos muitas vezes são realizados diretamente aos médicos, sem conhecimento do estabelecimento.

Em resposta a esta situação, o Governo haitiano lançou o Programa Econômico e Social em 2004, que considerava a saúde um condição essencial ao bem-estar da população. Neste Programa, definiu-se que saúde era afetada por (MPHP, 2004):

- Alimentação saudável e balanceada;
- Habitação digna em um ambiente saudável e acolhedor;
- Prática apropriada das regras básicas de higiene pública e privada;
- Comportamento cidadão responsável quanto às causas das doenças mais comuns, particularmente enfermidades infecto-contagiosas. Reconhecendo que para tal torna-se necessário uma renda condigna e adequado nível educacional;

Levar a atenção primária à saúde a todas as 565 seções comunais, garantindo acesso aos

serviços de saúde a toda a população, foi definido como primeiro objetivo desta política. As ações governamentais no setor saúde passaram a interrelacionar os princípios de “equidade, solidariedade e justiça social”, envolvendo três linhas centrais de intervenção:

- Desenvolvimento da atenção primária à saúde;
- Descentralização e regionalização do sistema nacional de saúde; e,
- Fortalecimento e desenvolvimento das instalações de saúde pública.

Neste tripé se estruturou o documento de proposição da Política Nacional de Saúde, publicado em 1996 e revisado em 1999, objetivando reduzir a mortalidade e morbidade, a promoção e prevenção da saúde e uma gestão eficiente dos recursos.

Para tal, esta política se estruturou em dez linhas estratégicas principais, quais sejam (MPHP, 2004):

- Atenção primária à saúde;
- Reorganização do sistema de saúde;
- Desenvolvimento de um método de financiamento efetivo e eficiente;
- Fortalecimento da participação comunitária;
- Desenvolvimento de coordenação multisetorial;
- Coordenação e articulação com diferentes participantes;
- Desenvolvimento de uma política de recursos humanos adequada;
- Desenvolvimento da pesquisa;
- Introdução de legislação defendendo os interesses da população; e,
- Integração da medicina tradicional.

Primeiro Nível do Sistema de Saúde

Para atingir a seus objetivos, o sistema nacional de saúde seria reorganizado em 3 níveis (primário, secundário e terciário – Figura 1), sendo o primeiro nível composto por um microssistema, composto pelas Unidades Comunitárias de Saúde (UCS) e pelos Hospitais Comunitários de Referência (HCR) (Figura 2).

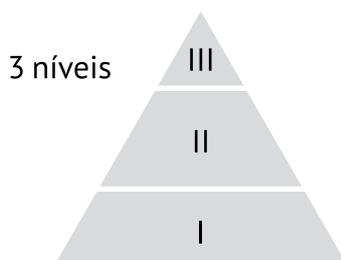


Figura 1 - Estrutura piramidal em níveis do sistema nacional de saúde do Haiti

As unidades comunitárias de saúde (UCS), porta de entrada do sistema de saúde, possuiriam uma área geográfica de atuação definida, com uma população adscrita de 150.000 a 250.000 pessoas. A participação no desenvolvimento do sistema de saúde ocorreria via comitês participativos, o conselho de saúde da UCS, os Comitês Locais de Saúde e Comitês de Gestão (MPHP, 2004). É importante destacar que o primeiro destes Comitês foi criado em Carrefour e teve sua primeira reunião em julho de 2011, por iniciativa das autoridades departamentais de saúde.



Figura 2 - Estrutura do microsistema das unidades comunitárias de saúde.

Este microsistema, porta de entrada ao sistema de saúde, seria dividido em:

- Primeiro subnível, composto por entidades provendo serviços de saúde do pacote básico (mínimo) de serviços, incluindo promoção, prevenção e cuidados curativos. Atua em uma área geográfica e população de potenciais usuários definidas, prestando atendimento ambulatorial compreendido no pacote básico de serviços, complementado pelas demais instâncias do sistema (referência e contra-referência). Representaria a porta de entrada do sistema de saúde, agregando uma rede de consultórios médicos, clínicas, centros de saúde com e sem leitos. Provê o acesso à população de um grupo de serviços, o Primeiro Nível dos Serviços de Saúde.
- Segundo subnível, representado pelo Hospital Comunitário de Referência (HCR), local de encaminhamento de todas as entidades do primeiro subnível. Prestaria quatro serviços básicos: medicina interna, cirurgia, pediatria e gineco-obstetrícia. O planejamento estrutural prevê 10 leitos para cada 10.000 habitantes.

Já o Centro de Saúde (CS) seria um serviço multipropósito voltado a prover cuidados curativos e preventivos básicos e de promoção para uma população em torno de 10.000 habitantes. Está equipado para realizar consultas médicas e atividades preventivas, parto e leitos para observação de pacientes, além de prestar atendimentos de urgência 24 horas ao dia. Referencia pacientes ao subnível seguinte do sistema, o Hospital Comunitário de Referência (HCR).

Na previsão do sistema, clínicas e centros de saúde sem leitos seriam destinadas a se converterem em centros de saúde (CS), enquanto os centros de saúde com leitos, dependendo da distribuição no espaço geográfico, em Hospitais Comunitários de Referência (HCR).

O Hospital Comunitário de Referência (HCR) seria, então, referência para as unidades comunitárias de saúde (UCS), atendendo uma população entre 150.000 e 250.000 pessoas. Teria capacidade para atender emergências, tratamento médico complexo para crianças e adultos e certas intervenções cirúrgicas (como emergências obstétricas). Empregaria medicamentos genéricos essenciais, integrantes da relação nacional de medicamentos, adequados para esta instância do sistema.

O HCR poderia referenciar e providenciar transporte para o Hospital Departamental, que deteria serviços especializados como oftalmologia, ortopedia, urologia, oncologia, além de Hospitais Universitários e Especializados. Além de contra-referenciar às unidades comunitárias de saúde (UCS).

O **Pacote Básico de Serviços**, nesta instância do sistema, seria composto por (MPHP, 2004):

- Atenção geral à infância;
- Atenção à gestação, parto e saúde reprodutiva;
- Atenção às emergências médicas e cirúrgicas;
- Atenção odontológica básica;
- Combate às doenças transmissíveis;
- Limpeza do meio-ambiente e abastecimento de água potável;
- Disponibilidade e acesso a medicamentos essenciais; e,
- Educação participativa para a saúde.

Aqui se faz necessário um esclarecimento para evitar confusões devido à utilização, pelo MSPP, da denominação *pacote básico de serviços*. Esta expressão foi consagrada a partir da edição, pelo Banco Mundial, em 1992, do Relatório do Desenvolvimento Mundial *Investing in Health*. Nele se encontra a proposição de um pacote essencial básico para os países em desenvolvimento, baseado em análises de custo-efetividade de uma série de intervenções sobre uma lista de doenças frequentes nestes países. A seguir se transcreve partes do texto contido na *Box 1* do relatório:

Melhorar o gasto governamental em saúde – O desafio para a maior parte dos governos é concentrar os recursos na compensação das falhas do mercado e financiar, de modo eficiente, serviços que vão beneficiar particularmente os pobres. Várias direções para as políticas respondem a estes desafios: reduzir o gasto governamental em serviços terciários, no treinamento de especialistas e em intervenções que trazem pouco ganho de saúde para o dinheiro gasto; financiar e implementar um pacote de intervenções de saúde pública para lidar com as externalidades substanciais que cercam doenças infecciosas, prevenção da AIDS,

poluição ambiental, e comportamentos (tais como dirigir embriagado) que colocam outros em risco; financiar e assegurar a provisão de um pacote de serviços clínicos essenciais. A abrangência e composição deste pacote só pode ser definida por cada país, levando em consideração as condições epidemiológicas, preferências locais, e renda. Em muitos países o financiamento público [...] do pacote clínico essencial ofereceria um mecanismo politicamente aceitável [...].

Promover a diversidade e a competição – O financiamento governamental da saúde pública e de um pacote essencial de serviços clínicos, nacionalmente definido, deixaria o restante dos serviços clínicos para serem financiados privadamente ou por seguro social [...]. (WORLD BANK, 1993, p.6)

A ressalva a ser feita é que o pacote essencial ou básico de serviços (como é denominado pelo MSPP) na proposta do Banco Mundial e como, de fato, foi implementado em países que não assumem a saúde como um direito de todos, supõe o financiamento público e o acesso a estes serviços. No caso do Haiti, o Pacote Básico de Serviços descreve o que as organizações vinculadas ao MSPP ofereceriam, independente do financiamento vir das famílias, ou seja, independente de todos os serviços serem pagos pelos usuários. Significa também, que os demais serviços só estarão disponíveis no setor privado, com custos mais elevados e, portanto, barreiras ainda mais significativas de acesso.

Neste contexto, foram traçados os seguintes objetivos, para serem atingidos até 2008 (MPHP, 2004):

- redução de ao menos 50% na mortalidade materna;
- redução de ao menos 50% nas taxas de mortalidade infantil e infanto-juvenil;
- redução de 30% na incidência da infecção HIV/Aids;
- redução de 30% na mortalidade associada ao HIV/Aids;
- redução de 10% na transmissão vertical HIV/Aids;
- redução de 30% na incidência de tuberculose;
- redução de 50% na mortalidade associada a malária;
- redução de 50% nas desordens associadas à carência de iodo;
- controle de algumas doenças (como a filariose linfática) e eliminação (ex.: tétano neonatal) ou erradicação (poliomielite, sarampo) de outras.

Por óbvio, estes resultados não foram atingidos, tendo em vista que as propostas não foram de fato implementadas e, mesmo que tivessem sido, as metas eram ambiciosas demais e envolveriam aspectos não diretamente relacionados com os serviços de saúde.

Para que estas metas fossem atingidas, os objetivos envolvendo a estruturação do sistema nacional de saúde, foram agregados em 8 ações, quais sejam (MPHP, 2004):

- descentralização do sistema de saúde;
- melhorar o fornecimento de cuidados de saúde;

- revitalizar e ampliar a rede hospitalar pública, de forma a aumentar a oferta de cuidados de saúde e melhoria da qualidade;
- melhorar a regulamentação do setor, dando ferramentas ao MPHP para gerenciar todo o setor, fortalecendo a sua liderança e papel regulador;
- modernizar o sistema de informações em saúde;
- formar recursos humanos capazes de assegurar que toda a população receba serviços de saúde de qualidade;
- garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais, segundo a nomenclatura não-proprietária;
- aumentar e racionalizar os recursos financeiros, de forma a permitir melhoras na provisão de serviços de saúde, em um contexto de reforma setorial.

Especificamente quanto aos recursos humanos em saúde, naquele momento eram características da formação desses profissionais (MPHP, 2004):

- 7 instituições responsáveis pela formação de médicos e enfermeiros;
- existia apenas um serviço médico público para treinar 80 médicos/ano e 6 clínicas privadas, que treinavam 230 médicos/ano;
- Cuba, desde 1999, proporcionava treinamento para 100 médicos/ano, escolhidos entre os dez Departamentos do Haiti que deveriam prestar 2 anos de serviço nessas áreas – de fato, os médicos formados em Cuba regressaram ao Haiti sem ter obtido nenhum posto de trabalho. Em consequência, vários já saíram do país em busca de trabalho e sobrevivência;
- apenas 24 farmacêuticos formados anualmente;
- entre 80 a 200 enfermeiros formados anualmente, sendo que 35 a 50 eram anteriormente parteiras;
- as quatro escolas nacionais para auxiliares de enfermagem encontravam-se fechadas desde 1986;
- incremento explosivo de escolas privadas paramédicas a partir de 1990, muitas sem reconhecimento ou acreditação governamental – cerca de uma centena fornecendo diplomas não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

O Plano Estratégico Nacional pela Reforma do Setor Saúde (abril de 2005) reafirmou todos os elementos acima. Ainda que previsto para o período 2005-2010, a avaliação das metas traçadas ficou obscurecida pelo terremoto de 12 de janeiro de 2010.

Se previamente ao terremoto a situação de saúde do Haiti era no mínimo preocupante, após o mesmo ficou insustentável. Por exemplo, antes do terremoto o Haiti apresentava (MSPP, 2010):

- a maior mortalidade infantil das Américas (57/mil nascidos vivos), devido princi-

palmente ao grupo de causas neonatais, infecções respiratórias agudas, diarreia, anemia e desnutrição crônica;

- uma das mais altas mortalidades maternas do mundo (630 por 10.000 nascidos vivos), com apenas ¼ dos nascimentos ocorrendo em serviços de saúde e apenas 18% das mulheres em idade fértil com acesso a métodos anticonceptivos;
- prevalência de HIV/Aids de 2,2% e taxa de detecção de tuberculose de 70%.

Naquele momento o sistema nacional de saúde apresentava uma cobertura de 53% da população. Segundo o Ministério da Saúde haitiano, esta dificuldade de acesso era parcialmente compensada pelo emprego da medicina tradicional como primeira instância de busca pela atenção à saúde (MSPP, 2010).

Enquanto estrutura, o sistema de saúde possuía no primeiro nível pouco mais de 600 unidades comunitárias de entrada dos serviços de saúde, com ou sem leitos, e 45 hospitais comunitários de referência (HCR). Dez hospitais departamentais compunham o segundo nível e 6 hospitais universitários (5 em Port-au-Prince) o terceiro nível de assistência. Além de uma rede formal de 54 unidades comunitárias de saúde (UCS).

O próprio Ministério da Saúde definiu o sistema de saúde existente como contendo “grandes problemas de organização, funcionalidade e gestão, tanto no micro como no macro, resultando em uma prestação fragmentada de serviços de saúde, muito acessíveis, mas com pouco controle de qualidade” (MSPP, 2010). Esta situação envolvia cinco carências principais, entre outras, que eram:

- baixa cobertura, com 47% da população sem acesso a cuidados de saúde devido a barreiras geográficas e financeiras (50% das famílias apontaram o alto custo dos serviços como impeditivo);
- financiamento em saúde reduzido e ineficiente, com 5,7% do PIB destinado à saúde no biênio 2006-2007, ou US\$ 32 por habitante/ano, sendo que grande parte do financiamentos e dá por conta dos pagamentos efetuados pelos pacientes – 44% do financiamento do sistema vem do orçamento das famílias, 48% da cooperação externa e apenas 8% do orçamento público;
- fraca descentralização e disfunção organizacional;
- falta de profissionais de saúde e baixa produtividade – 5,9 médicos e enfermeiros por mil habitantes, longe dos 25 por mil preconizados pela OMS, além de inexistência de plano de carreira, baixos salários, condições de trabalho questionáveis, etc.;
- a questão do sangue, via Programa Nacional de Segurança Transfusional.

O terremoto, entre outras situações, gerou as seguintes complicações (MSPP, 2010):

- nos 3 Departamentos afetados, 60% dos hospitais foram gravemente danificados ou destruídos;

- o deslocamento de 1,2 milhão de pessoas para outros Departamentos (“refugiados internos”), aumentando a pressão sobre o sistema de saúde e equipamentos públicos destes e criando um contingente populacional que passou a residir em tendas ou moradias improvisadas, invariavelmente sem esgotamento sanitário e água potável à disposição;
- estimativa de 217.000 mortos, mais de 250.000 feridos (Packard & Bryant, 2010), 10.000 pessoas com deficiências diversas, mais de 4 mil amputações realizadas, 400 tetraplégicos e um grande número de pessoas com problemas de saúde mental pós-terremoto;
- desestruturação econômica e destruição da infraestrutura e dos equipamentos públicos (transporte, telefonia, saneamento básico, etc.), trazendo consigo agravos à saúde como as de veiculação hídrica (ex.: cólera, hepatite, gastroenterites infecciosas), carenciais (ex.: desnutrição) e expansão de doenças com vetores presentes (ex.: malária, febre amarela, filariose), sem falar nas doenças de transmissão sexual (ex.: Aids e, em sua esteira, tuberculose; sífilis).
- redução na oferta dos serviços de saúde, pela destruição da capacidade instalada ou diminuição do número total de profissionais de saúde (feridos em consequência do sismo ou êxodo), levando a uma desorganização plena dos serviços de saúde pública;
- piora da já pequena capacidade de gestão do Ministério da Saúde, seja na coordenação, infraestrutura, equipamentos ou recursos humanos.

Frente às consequências advindas do terremoto e a constatação de que não existia conhecimentos na área de engenharia apropriados para lidar com a situação, seja em sua prevenção, seja em seu enfrentamento, o Haiti passou a ser palco de um amplo cenário de ajuda internacional. Leque que abrangeu desde a ajuda de governos à presença de ONGs e missões religiosas.

Do ponto de vista do sistema de saúde, o Governo haitiano, naquele momento, optou por duas estratégias, paralelas e comunicantes entre si: (a) resposta às necessidades da população afetadas pelo terremoto (situação de emergência); (b) processo de reestruturação do sistema nacional de saúde. Para tal reafirmou o direito de acesso aos antigos e novos grupos vulneráveis a um conjunto de benefícios (pacote mínimo) sem que as barreiras financeiras e geográficas se constituíssem em empecilho a este acesso por um período de 6 meses. Já a estruturação dos serviços seguiria a normativa da atenção primária em saúde, com serviços descentralizados e de complexidade crescente, buscando o incremento de cobertura dos serviços de saúde e cobrir o déficit de acesso público aos mesmos.

A estratégia adotada para incremento da cobertura dos serviços, além do apoio ao setor público e privado sem fins lucrativo, envolvia quatro áreas estratégicas: (a) definição do modelo a implementar; (b) fortalecimento da liderança do Ministério da Saúde sobre os componentes do sistema de saúde e das funções essenciais da saúde pública; (c) investimento

maciço em recursos humanos; e, (d) fortalecimento da logística em transporte, comunicações e materiais e medicamentos essenciais.

Retomando a questão do pacote mínimo de serviços de saúde, este passou a incorporar ações de prevenção e promoção, além de intervenções curativas adaptadas às condições de saúde pós-terremoto. Além dos serviços públicos, os serviços mistos e privados integram o rol dos prestadores de serviços. A estratégia de acesso aos cuidados passaria por:

- estruturação de uma rede de serviços de saúde no primeiro nível (SSPE), com 260 novas unidades de saúde a serem construídas em cinco anos, com emprego de cartão de saúde simplificado e integração às demais instâncias do sistema;
- construção de 30 novos hospitais, para conformar o segundo nível de assistência;
- fortalecimento dos hospitais universitários e incorporação de pelo menos um serviço de reabilitação física.

Atrelado à construção de um sistema regionalizado, descentralizado, com mecanismos de referência e contra-referência, de complexidade crescente, o estudo de mecanismos de pré-pagamento e criação de fundos de solidariedade para garantir a sustentabilidade das intervenções em saúde, especialmente a extensão de cobertura. E aqui se retoma a questão da barreira econômica aos serviços de saúde já que, ainda que se definam valores afirmados como “simbólicos”, para uma população que majoritariamente se encontra abaixo do nível de pobreza, qualquer taxa se converte em dificuldade de acesso.

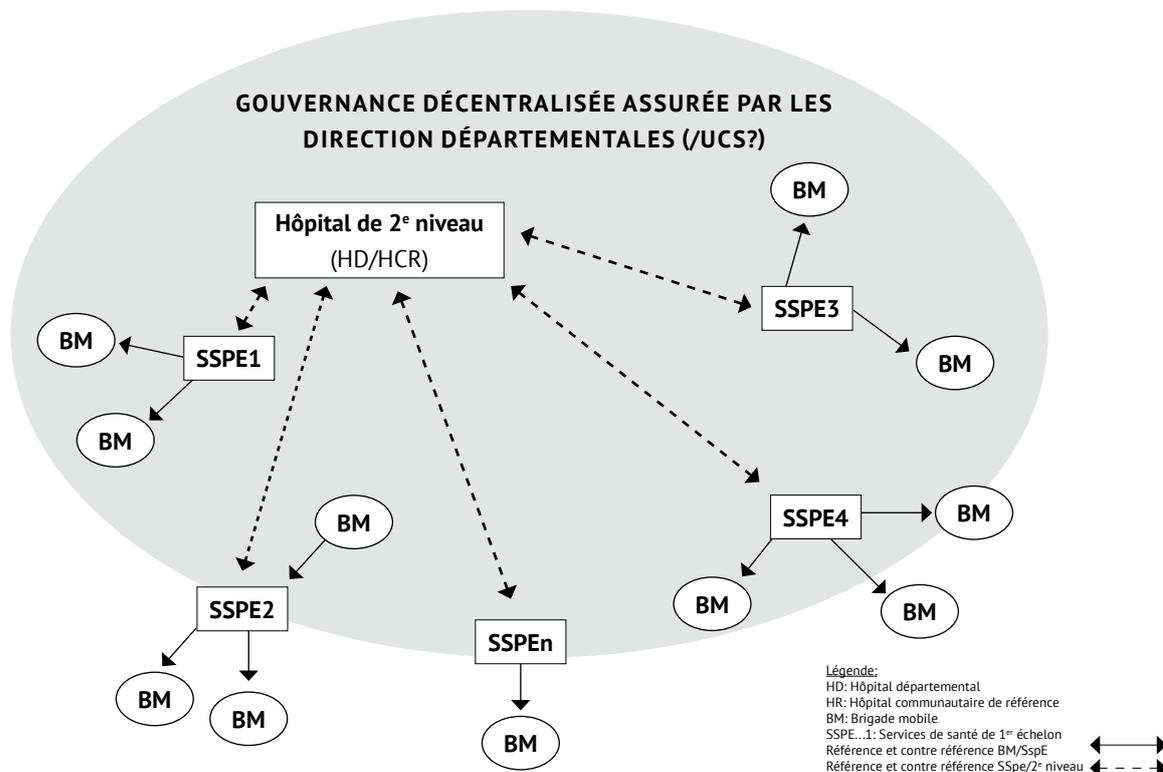
Frente à nova realidade que se apresentou, o objetivo maior do sistema nacional de saúde passou a ser garantir disponibilidade e acesso aos serviços de saúde à população, levando em consideração as necessidades criadas pelo terremoto de 12 de janeiro de 2010. Para tal, 8 objetivos específicos foram definidos (MSPP, 2010):

- garantir a prestação de serviços nos campos / grupamentos populacionais;
- assegurar a continuidade dos serviços em todas as estruturas do setor saúde;
- identificar as estruturas afetadas e desenvolver planos de reconstrução;
- definir prioridades para reabilitação dos afetados pelo terremoto;
- facilitar acesso aos serviços financeiros e criar mecanismos específicos para os grupos vulneráveis (gestantes, menores de cinco anos de idade, deficientes e pessoas com problemas psicológicos pós-terremoto);
- fortalecer a governabilidade do MSPP para executar as funções essenciais de saúde pública e a capacidade de resposta a desastres;
- reforçar as medidas de saúde pública e saneamento;
- implementar o acordo de parceria entre os setores público e privado.

No desenho do sistema de saúde pós-terremoto surgiriam as brigadas móveis, vinculadas aos serviços de saúde de primeiro nível e em zonas/campos de realojados com menos de

5.000 pessoas e os pontos fixos (temporários, em grupamentos acima de 5.000 pessoas), o que também não foi implementado.

Abaixo, a nova figura de como seria o microsistema do primeiro nível de atenção à saúde.



Do ponto de vista do financiamento do sistema, especialmente do gasto total em saúde, não existem dados pós-terremoto. Entretanto, dados apontam que o gasto total em saúde correspondia a 6,1% do Produto Interno Bruto em 2009, sendo 37,5% proveniente de recursos externos.

Do gasto total em saúde, 77,7% eram privados e 22,1% governamentais (parcela importante em folha de salários). Ou seja, o custeio do sistema era majoritariamente privado, passando de 59,1% em 1995 a 77% em 2009 (OMS, 2010).

Por fim, são muitos os desafios ao sistema de saúde haitiano. Além dos inerentes à estruturação de uma rede de atenção e seus diversos componentes (ex.: infraestrutura física, sistemas de informação em saúde), eles incluem:

- medidas de saúde ambiental (proteção aos aquíferos e tratamento de dejetos), almejando reduzir as doenças de veiculação hídrica, em especial a epidemia de cólera, e a proliferação de vetores (malária, dengue, filariose);
- de vigilância à saúde, em especial em instituir programas de atenção à saúde focalizados em grupos vulneráveis (gestantes, menores de cinco anos, pessoas com incapacidades, idosos);

- intervenção na área de formação de recursos humanos, hoje totalmente desarticulada e desregulamentada, favorecendo à apropriação do público pelo privado, e desestruturada, enquanto inexistência de plano de cargos e salários;
- estabelecimento de mecanismos de proteção social, hoje inexistentes para os idosos e trabalhadores da economia informal (majoritária no país);
- mecanismos de financiamento sustentáveis e coordenação das ações realizadas pelas instituições de ajuda humanitária presentes no país.

O maior desafio, por certo, envolve romper uma tradição arraigada do pagamento para ter acesso aos serviços de saúde. Ainda que denominada de “simbólica” e que corresponda, segundo entrevista realizada, a cerca de 10% de um atendimento ambulatorial privado ou de uma internação hospitalar, esta se configura como uma barreira objetiva de acesso ao sistema nacional de saúde, que termina por reproduzir práticas que podem não ser consistentes com a poupança interna da população ou com a conformação de um sistema público de saúde.

REFERÊNCIAS

JV. Pachar & K. Bryan. El sistema de apoyo internacional para la gestión forense de cadáveres en situaciones de desastre. La experiencia de Haití, 2010. Cuad Med Forense 2010;16(1-2):81-85.

M Bryant, J Benavente, D Huber, M Kripp, J Pollock. Haiti Health Systems 2004 Project – Senior Management Review. USAID: Management Sciences for Health, 2001 [mimeo].

MPHP - Ministry of Public Health and Population. Strategic Plan for Health Sector Reform. Port-Au-Prince: MPHP, 2004 [mimeo].

MSPP - Ministère de la Santé Publique et de la Population. Plan Interimaire du Secteur Santé - Avril 2010 – Septembre 2011. Port-Au-Prince: MSPP, 2010 [mimeo].

MSPP - Ministère de la Santé Publique et de la Population. Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur de la Santé - 2005- 2010. Port-Au-Prince: MSPP, 2005 [mimeo].

PAHO – Pan American Health Organization. Health in the Americas, 1997 Edition. Washington, DC: PAHO, 1998. 2 vol. (Scientific Publication n° 569). ISBN 92 75 11569 9

PAHO – Pan American Health Organization. Health in the Americas, 2007 Edition. Washington, DC: PAHO, 2007. 2 vol. 1212 pp. ISBN 9275116229.

FONTE DE DADOS

Adolescent fertility rate (per 1000 girls aged 15-19 years)

http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=3

Contraceptive prevalence (%)

http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=5

External resources for health as a percentage of total expenditure on health

http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=91

General government expenditure on health as a percentage of total government expenditure

http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=93

Infant mortality rate (probability of dying between birth and age 1 per 1000 live births) -

http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=1

Maternal mortality ratio (per 100 000 live births) - Country reported estimates

http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=372

Prevalence of HIV among adults aged >=15 years (per 100 000 population)

http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=19

Private expenditure on health as a percentage of total expenditure on health

http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=119

Per capita government expenditure on health (PPP int. \$)

http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=108

Per capita total expenditure on health at average exchange rate (US\$)

http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=111

Social security expenditure on health as a percentage of general government expenditure on health

http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=121

NOTA

Após a redação deste artigo o Ministério da Saúde Pública e da População (MSPP) haitiano disponibilizou algumas publicações que atualizam dados existentes até então, entre as quais:

- Ministère de la Santé Publique et de la Population - MSPP. Plan Directeur de Sante 2012-2022. Haiti : MSPP, octobre 2013.
- Ministère de la Santé Publique et de la Population - MSPP. Unité D'Études et de Programmation. Rapport Statistique 2013. Haiti : MSPP, mai 2014.
- Institut Haitien de l'enfance (IHE) et ICF International. 2014. Évaluation de la Prestation des Services Soins de Santé, Haiti, 2013. Rockville, Maryland, USA : IHE et ICF International, march 2014.