

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

PAULINY JUNIOR MOI-MEME

Os planos nacionais de saúde do Brasil e do Haiti: Análise com base nas Funções
Essenciais de Saúde Pública

Porto Alegre

2017

PAULINY JUNIOR MOI-MEME

Os planos nacionais de saúde do Brasil e do Haiti: Análise com base nas Funções
Essenciais de Saúde Pública

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Moi-meme, Pauliny Junior

Os planos nacionais de saúde do Brasil e do Haiti: Análise com base nas Funções Essenciais de Saúde Pública. / Pauliny Junior Moi-meme. -- 2017. 163 f.

Orientador: Roger dos Santos Rosa .

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Saúde Pública. 2. Planejamento em Saúde. 3. Política de saúde. 4. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. 5. Gestão em saúde. I. dos Santos Rosa , Roger , orient. II. Título.

PAULINY JUNIOR MOI-MEME

Os planos nacionais de saúde do Brasil e do Haiti: Análise com base nas Funções
Essenciais de Saúde Pública

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Data de aprovação: 12 de junho de 2017

Banca Examinadora

Prof. Dr. CAMILO DARSIE DE SOUZA
Universidade de Santa Cruz do Sul

Prof. Dr^a CRISTIANNE MARIA FAMER ROCHA
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. RONALDO BORDIN
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dedico este trabalho à memória do meu pai,
Pauligène Moi-meme, falecido.
Exemplo de abnegação.

AGRADECIMENTOS

A Organização dos Estados Americanos (OEA) e o Grupo Coimbra das Universidades Brasileiras (GCUB) pela concessão da bolsa durante todo o período deste Mestrado.

Ao Prof. Roger dos Santos Rosa pelo acolhimento, dedicação, acompanhamento, paciência, sugestões e apoio que foram fatores fundamentais para dar continuidade a este trabalho.

A Liberal Jean e Nirva Poisson pela amizade, carinho e apoio incondicional.

Ao José Camilo Botero Suaza pela genuína amizade, por estar sempre pronto a me ouvir, por aconselhar, apoiar durante esse caminho, por ser o irmão que nunca tive, por acreditar e compartilhar os meus sonhos, pelas cervejas e cafés tomados juntos.

A Cindy Botero Pérez pela amizade, conselhos e apoio.

A Kesta Saint-Val pela amizade e compreensão.

Aos Professores da banca examinadora por aceitarem o convite.

A Nadège Jacques pelo acolhimento no início do mestrado, pelas dicas e apoio.

Ao Elisé Moi-meme que, sem ele, todas essas realizações não seriam mais do que meras quimeras.

RESUMO

Frente aos diferentes desafios da saúde pública na contemporaneidade, do desafinamento das autoridades dada a falta de coesão na execução dos diferentes programas em saúde pública e as necessidades reais da população, reconhecemos a importância de questionar o lugar dado às Funções Essenciais da Saúde Pública (FESP) na elaboração dos planos nacionais de saúde. Neste trabalho, mediante uma análise de documentos, utilizando uma metodologia descritiva, foram examinados os Planos Nacionais de Saúde do Haiti e do Brasil, respectivamente denominados Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2015 e *Plan Directeur de Santé* (PDS) 2012-2022, usando como referencial as Funções Essenciais de Saúde. O objetivo é de determinar se no processo de elaboração dos dois planos foram consideradas as FESP. Foram levantadas as particularidades estruturais dos planos, a existência de metas e de indicadores e ressaltadas as semelhanças e diferenças de cada um. Os dois planos têm estruturas diferentes: o do Haiti abrange mais anos e maior quantidade de páginas. As doze FESP consideradas para análise foram identificadas nos dois planos. Houve diferença substancial na forma de sua abordagem. Haiti aposta muito na implementação de um Sistema de Informação Sanitária para reforçar as duas funções que abordam o tema de análise da situação de saúde e a vigilância em saúde. O Brasil demonstra um interesse especial em melhorar a Atenção Básica a Saúde, através de equipe multidisciplinar, aprimorando o processo de trabalho e diminuindo as inequidades que existem na atenção ao cidadão, ações que abarcam várias FESP. No PDS em alguns momentos não foi possível identificar os indicadores e algumas metas um pouco fora de alcance. O Plano Nacional de Saúde por ser um documento de abrangência nacional pautou algumas ações que não cabem dentro da esfera de responsabilidade do Governo Federal.

Palavras chaves: Saúde Pública. Planejamento em Saúde. Política de saúde. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. Gestão em saúde.

RÉSUMÉ

Dû aux différents défis de la Santé Publique dans le monde contemporain, aux inadéquations des autorités en raison du manque de cohésion dans la mise en œuvre des différents programmes de santé publique et des authentiques besoins de la population, nous reconnaissons la légitimité de remettre en question la place accordée aux Fonctions Essentielles de Santé Publique dans le processus d'élaborations des Plans Nationaux de Santé. Par une analyse documentaire, nous comptons scruter les plans nationaux de santé de la République d'Haïti et du Brésil, respectivement intitulé *Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2015* et Plan Directeur de Santé (PDS) 2012-2022, en ayant comme cadre d'analyse 12 Fonctions Essentielles de Santé Publique définies par l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS). Notre objectif est de déterminer si les fonctions ont été prises en compte dans le processus d'élaboration des plans, mais également de dégager les particularités structurelles des 2 plans, l'existence d'indicateurs et d'objectifs définis et surtout de mettre en évidence les similitudes et différence d'approches des FESP rencontrées. Structurellement, les deux plans laissent entrevoir certaines divergences. Les douze fonctions considérées pour l'analyse ont été identifiées dans les deux plans, l'une abordée plus profondément que l'autre. Haïti, en dehors du fait qu'il aspire au renforcement de la gouvernance de l'autorité nationale, mise surtout sur la mise en place d'un système national d'information sanitaire en adéquation avec les FESP abordant la thématique de analyse de la situation de santé et veille sanitaire. Le Brésil pour sa part démontre un intérêt particulier pour la réduction des inégalités à travers les différentes actions prévues dans le PNS surtout celles en lien avec les soins de santé primaire et en misant la qualité des soins qui épousent en partie certaines idées véhiculées par les FESP. Parfois dans le PDS on dénote une absence d'indicateurs ou des objectifs frisant l'utopie. Le PNS pour être un document à portée nationale sous l'obédience du gouvernement central projette certaines actions en dehors de son champ d'activité légalement défini.

Mots Clés : Santé Publique. Planification de la santé. Politique de santé. Politique, planification et administration de la santé Gestion de la santé.

ABSTRACT

Due to the different challenges of public health in the contemporary world, to the inadequacies of the authorities due to the lack of cohesion in the implementation of the various public health programs and the genuine needs of the population, we recognize the legitimacy of questioning the place accorded to the Essential Public Health Functions in the process of drawing up National Health Plans. Through a literature review, we intend to scrutinize the National Health Plans of the Republic of Haiti and Brazil, respectively *Plano Nacional de Saúde (PNS)* 2012-2015 and Plan of Health (PDS) 2012-2022, using as framework of analysis the 12 Essential Public Health Functions as defined by the Pan American Health Organization (PAHO). Our objective is to determine whether the functions have been taken into account in the planning process, but also to identify structural features of the plans, existence of defined indicators and objectives and above all highlight similarities and differences in the approaches of the EPHF's encountered. Structurally, both plans point to some divergences. The twelve functions considered for analysis were identified in the two plans, one approach deeper than the other. Haiti, apart from the fact that it aspires to strengthen the governance of the national authority, relies above all on the establishment of a national health information system in line with the EPHF's addressing the issue of health situation analysis and health surveillance. Brazil, for its part, demonstrates a particular interest in reducing inequalities through the various actions provided for in the PNS, especially those related to primary health care, and by focusing on the quality of care that partly espouses certain ideas conveyed by EPHF's. Sometimes in the PDS there is a lack of indicators or some objectives bordering on fantasy. The PNS to be a document of national scope under the obedience of the federal government projects certain actions outside its field of activity legally defined.

Keys Words: Public health. Health planning. Health policy. Health Policy, Planning and Management. Health Management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Funções essenciais e campos de ação da saúde pública

Figura 2: Coincidência entre as FESP definidas, o mecanismo conceitual proposto, o NPHPSP e o estudo Delphi-OMS

Figura 3: As Funções Essenciais de Saúde Pública

Figura 4: Mapa da República do Haiti

Figura 5: Estrutura do MSPP segundo nível de resolutividade e administrativa

Figura 6: Estrutura de financiamento do Sistema de Saúde do Haiti.

Figura 7: Estruturas de gestão do SUS

SUMÁRIO

1. Introdução	15
2. Objetivos.....	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos	18
3. Procedimentos metodológicos.....	19
4. Referencial Teórico.....	22
4.1 Funções Essenciais de Saúde Pública	22
5. Contexto do estudo.....	31
5.1 Haiti	31
5.1.1 Características do país	31
5.1.2. Divisão administrativa.....	31
5.1.3 Administração pública.....	32
5.1.4 Aspectos demográficos, econômicos e sociais	33
5.1.5 Perfil de saúde do Haiti.....	35
5.1.6 O Sistema de Saúde do Haiti	36
5.1.6.1 Política Nacional de Saúde (PNS)	37
5.1.6.2 Componentes do sistema de saúde.....	37
5.1.6.3 Princípios básicos do sistema de saúde.....	38
5.1.6.4 Estrutura do Ministério de Saúde Pública e da População (MSPP).....	38
5.1.6.5 Organização do sistema de atendimento	41
5.1.6.6 Financiamento do Sistema de Saúde do Haiti.....	45
5.1.6.7 Plano Diretor de Saúde do Haiti (2012-2022).....	47
5.2 Brasil	53
5.2.1 Características do país	53
5.2.2 Divisões regionais e administrativo-políticas.	53
5.2.3 Aspectos econômicos e sociais	54
5.2.4 Perfil de saúde do Brasil.....	57
5.2.5 O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil	60
5.2.5.1 Aspectos gerais	60
5.2.5.2 Doutrina e princípios do SUS	62
5.2.5.3 Organização do sistema	64
5.2.5.4 Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil	65
5.2.5.5 Estruturas de gestão do SUS.....	67
5.2.5.6 Plano Nacional de Saúde (2012-2015)	68

6. As Funções Essenciais de Saúde Públicas nos Planos Nacionais de Saúde do Haiti e do Brasil.....	71
6.1 Função Essencial nº 1: Monitoramento e Análise da situação de saúde da população.	73
6.2 Função Essencial nº 2: Vigilância de saúde pública, investigação e controle de riscos e danos na saúde pública.	77
6.3 Função Essencial nº 3: Promoção da saúde.	83
6.4 Função Essencial nº 4: Participação social e reforço do poder (“empowerment”) dos cidadãos em saúde.	89
6.5 Função Essencial nº 5: Desenvolvimento de políticas e planos que apoiem os esforços individuais e coletivos em saúde pública e contribuam à gestão sanitária nacional.	92
6.6 Função Essencial nº 6: Regulamentação e fiscalização em saúde pública.....	100
6.7 Função Essencial nº 7: Avaliação e promoção do acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários.	104
6.8 Função Essencial nº 8: Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública.	108
6.9 Função Essencial nº 9: Garantia e melhoria da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos	114
6.10 Função Essencial nº 10: Pesquisa em saúde pública	117
6.11 Função Essencial nº 11: Capacidade de gestão para organizar sistemas e serviços de saúde.	119
6.12 Função Essencial nº 12: Redução do impacto de emergências e desastres em saúde.	121
7. Das semelhanças e diferenças de abordagem das FESP nos dois Planos Nacionais de Saúde.....	123
7.1 Monitorização e análise da situação de saúde da população	123
7.2 Vigilância de saúde pública, investigação e controle de riscos e danos na saúde pública.	127
7.3 Promoção da saúde	129
7.4 Participação social.....	130
7.5 Desenvolvimento de políticas e planos que apoiem os esforços individuais e coletivos em saúde pública e contribuam à gestão sanitária nacional.....	133
7.6 Regulamento e fiscalização em saúde pública.....	134
7.7 Avaliação e promoção do acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários	135
7.8 Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública	136
7.9 Garantia de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos	139
7.10 Pesquisa, desenvolvimento e implementação de soluções inovadoras em saúde pública	140
7.11 Capacidade de gestão para organizar sistemas e serviços de saúde.....	142
7.12 Redução do impacto de emergência e desastres em saúde	142

8. Considerações finais	144
REFERÊNCIAS	147
ANEXO.....	160
Quadro de macro-funções e componentes.....	160

1. Introdução

A sociedade contemporânea enfrenta uma multiplicidade de problemas no âmbito da saúde pública. Os desafios neste campo são multifacetados e precisam de um grau ainda maior de compromisso político e de planejamento para serem resolvidos. A concepção de planos nacionais de saúde que contemplem as “Funções Essenciais de Saúde Pública” (FESP) pode colaborar nesse sentido por abranger de forma sistemática questões que abarcam o conjunto de necessidades, desejos e expectativas da população.

Os planos nacionais de saúde deveriam alinhar suas agendas com os problemas reais da população, aprimorando sua resolutividade e eficiência, podendo ter como eixo fundamental as Funções Essenciais de Saúde Pública. Na medida em que as FESP são consideradas como indispensáveis, as políticas públicas em saúde orientadas por essas funções podem contribuir fortemente para aumentar o nível de desempenho da saúde pública. As FESP serão descritas e detalhadas neste trabalho na seção 4.1.

Apesar dos avanços em saúde, na região das Américas segue existindo um grau muito elevado de inadequação das políticas públicas em relação aos verdadeiros problemas da população, sobretudo dos mais vulneráveis. As reivindicações na área da saúde seguem o mesmo ritmo do tempo da iniciativa “A saúde pública nas Américas” que foi:

dirigida à definição e medição das FESP como base para melhorar a prática da saúde pública e para fortalecer a liderança da autoridade sanitária em todos os níveis do Estado. Esta iniciativa, que está sendo coordenada pela divisão de Sistemas e Serviços de Saúde (HSP), inclui todas as unidades técnicas da sede, assim como as Representações da OPAS nos países, contando com a participação do Diretor Emérito da Organização, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, como assessor do projeto, e o desenvolvimento dos instrumentos de medição do desempenho das FESP em conjunto com os Centros para o Controle de Doenças nos Estados Unidos (CDC) e o Centro Latino-Americano de Investigação em Sistemas de Saúde (CLAISS). (OPAS, 2000, p.4).

Entretanto, os povos nas Américas continuam vocalizando por mais saúde, com acesso universal efetivo e mais equidade. As autoridades nacionais, muitas vezes, parecem desafinadas frentes às práticas de saúde pública e,

fundamentalmente, às suas funções essenciais, absorvidas que estão por agendas neoliberais de grandes potências.

Nesta era de mudanças e de apropriação de outro modo de vida, incensado pelas novas tecnologias, de agravos tanto sobre o meio ambiente quanto ao ser humano, frente às desigualdades sociais e à pobreza cada vez mais crescente, frente a problemas administrativos e de gestão no setor da saúde, diante da falta de recursos humanos e econômicos e das políticas de austeridade das quais é vítima a saúde pública, há razões suficientes para se colocar a seguinte pergunta: Brasil e Haiti estão, de alguma forma, adotando o referencial das “Funções Essenciais de Saúde Pública” como guia na elaboração de seus planos nacionais de saúde?

A pergunta é pertinente já que na primeira década do século XXI muitos países da região têm tido inúmeras prioridades, mas escanteiam a prioridade “saúde da população” na sua forma mais integral.

A proposta é analisar tal questão em dois países da região das Américas com perfis muito distintos, que são o Haiti e o Brasil. Pode-se afirmar que o fosso entre ricos e pobres, tanto no primeiro quanto no segundo país, é abissal. Portanto, razões diversas, e por vezes até diferentes de um ou outro país, dificultam a acessibilidade ao sistema de saúde, quer seja universal ou não.

O fato representa o descumprimento de uma das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) que advoga “o desenvolvimento de ações dirigidas a superar barreiras de acesso as intervenções de saúde pública” (OPAS, 2000) e também “a facilitação da vinculação de grupos vulneráveis aos serviços de saúde (sem incluir o seu financiamento) e aos serviços de educação para a saúde, promoção da saúde e prevenção de doença” (OPAS, 2000).

Esse trabalho pretende analisar se nos planos nacionais de saúde do Haiti e do Brasil foram tomadas em consideração as FESP.

A justificativa desta pesquisa centra-se na procura de respostas à falta de articulação das políticas públicas em saúde em relação às diversas problemáticas

sociais e sanitárias. Apesar dos problemas do sistema de saúde do Brasil, o país se posiciona como uma referência no âmbito da saúde coletiva pelo grau de consolidação atingida. Diz-se que “[...] o Sistema Único de Saúde do Brasil trouxe ganhos em termos de produtividade nas ações e serviços e na condição de saúde populacional, que constitui talvez objetivo último da implantação de um sistema de saúde público [...] (BARBOSA, 2013, p.93)”. Por outro lado, o enfoque comparativo pretende também contribuir com o aporte de novas ferramentas no setor do planejamento da saúde pública no Haiti.

Pessoalmente, trazemos esse questionamento por sua relevância no percurso realizado como estudante internacional no mestrado e que mergulha nesta vivência da saúde coletiva na sua dimensão global. Assim, abordar um tema que transcende os limites territoriais do Brasil traz razões suficientes para apoiar o reforço de redes capazes de abrir nosso horizonte a mais diversidade e alimentar a riqueza do saber neste campo.

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral

- Analisar de forma comparativa os planos nacionais de saúde do Haiti e do Brasil considerando o referencial das Funções Essenciais de Saúde Pública.

2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são:

- Descrever estruturalmente e organizacionalmente os dois planos de saúde.
- Descrever quais e como as Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) foram utilizadas para a elaboração de cada plano.
- Identificar metas e indicadores de avaliação para cada atividade descrita nas Funções Essenciais de Saúde Pública.
- Ressaltar similaridades e diferenças dos planos de saúde no uso das Funções Essenciais de Saúde Pública como ferramenta para elaboração dos planos.

3. Procedimentos metodológicos

Trata-se de uma pesquisa aplicada de cunho descritivo, com uma abordagem predominantemente qualitativa. “As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relação entre as variáveis” (GIL, 2002, p.42). Na mesma ordem, para TRIVIÑOS (1987, p. 110) “Os estudos descritivos exigem do pesquisador uma série de informações, sobre o que se deseja pesquisar”. São exemplos de pesquisa descritiva os estudos de caso, a análise documental e a pesquisa *ex-post-facto* (GERHARDT e SILVEIRA, 2009).

Referindo-se à abordagem qualitativa, MINAYO (2006, p. 57) afirma que “... as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para a análise de discursos e de documentos”. A autora referindo-se ainda à pesquisa qualitativa declara que se caracteriza pela “sistematização progressiva, de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, também é utilizada para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias” (MINAYO, 2006, p. 57).

A pesquisa descritiva que realiza análise documental se vale “de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa” (GIL, 2002, p.45). Assim, os dados são coletados “a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não-fraudados); [e] tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, na investigação histórica, a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências” (GERHARDT e SILVEIRA, 2009, p.69).

Além disso, “a pesquisa documental recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias,

relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão, etc.”(MATOS e VIEIRA, 2002, p.40 *apud* FONSECA, 2002, p. 32).

Neste estudo, foram considerados fundamentalmente três documentos públicos oficiais para análise:

- (i) O Plano Nacional de Saúde 2012-2015 do Brasil (BRASIL, 2012);
- (ii) O Plano Diretor de Saúde 2012-2022 do Haiti (HAITI, 2013);
- (iii) As Funções Essenciais de Saúde Pública, da OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) - Agenda Provisória da 126ª sessão do Comitê Executivo (OPAS, 2000).

O referencial utilizado para análise foi o das “Funções Essenciais de Saúde Pública” (OPAS, 2000).

As Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) foram consideradas na sua totalidade, tanto as macro-funções quanto seus componentes. Inicialmente, foi examinada a presença ou não de cada uma das FESP com os seus respectivos componentes em ambos os planos de saúde com ênfase nos mais importantes. Foi utilizada a análise de conteúdo com objetivo de “organizar os dados de forma que fique possível o fornecimento de respostas para o problema proposto” (GERHARDT e SILVEIRA, 2009, p. 81). Todas as funções essenciais e seus componentes foram considerados como categorias para analisar os dois planos. A relação das macro-funções e de seus componentes está no ANEXO.

Sob o referencial das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP), foram analisados os dois planos de saúde para identificar se estavam contempladas ou não, e ressaltar as semelhanças e divergências nos documentos em uma base comparativa. Buscou-se evidenciar se os planos nacionais estavam dotados de metas e indicadores de avaliação.

Também foi feita uma análise estrutural e organizacional dos planos que serviu como uma apresentação dos documentos sob os pontos de vista físico e organizacional. Os parâmetros considerados foram os seguintes: (i) período de

tempo que abrange cada plano; (ii) número de páginas de planos; (iii) existência de diferentes versões do plano; (iv) existência de anexos; e (v) organização geral do documento (*adaptado de* PORTUGAL, 2010).

Os resultados dessa leitura crítica foram discutidos à luz de referências bibliográficas que tratam do tema.

4. Referencial Teórico

4.1 Funções Essenciais de Saúde Pública

Neste capítulo, trataremos sobre as Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) que, no início do século XXI, se constituíram em pauta para a saúde nas Américas e também uma forma para alcançar os objetivos de “Saúde para Todos”.

A saúde pública evoluiu na transição do século XX para o século XXI e passou por um processo de transformação e de reformulação de seus conceitos básicos. Trata-se de uma questão de ficar a par com os avanços tecnológicos e também responder melhor às necessidades da população. Para entrar no tema, devemos pautar inicialmente o que é “saúde pública” antes de examinar o que são suas “funções essenciais”.

Na contemporaneidade, o tema é variado e abordado em diversos ângulos, dependendo da posição daquele que o analisa. Segundo PIRES FILHO (1987), “para alguns, saúde pública é algo não bem definido, sob certos aspectos confuso, complicado e em certo sentido, ainda que sendo o próprio campo de trabalho dessas pessoas, se configura como algo que não lhes diz respeito direto ou imediato”. Será que a saúde pública passa às vezes por uma crise identitária?

Os titubeamentos do conceito da saúde pública inserem-se na busca do ideal para a população no que diz respeito à saúde na sua forma mais abrangente possível. GEORGE (2011) corrobora ao citar ARNALDO SAMPAIO pra quem “Saúde Pública, num século, evoluiu do conceito estreito do saneamento do meio físico para o conceito lato de preservação integral da Saúde do Homem”.

Por isso, ARENAS RODRIGÁÑEZ (1992 *apud* PRADO, 2011) afirma que

O conceito de saúde pública variou com o passar do tempo e segundo as diferentes culturas. É dizer: saúde (pública) é um conceito evolutivo, que deve estar relacionado ao momento histórico concreto e aos objetivos e conhecimentos culturais dos distintos povos.

E é justamente o que GEORGE (2011) admite ao dizer que “o pensamento conceptual terá que compreender a evolução das intervenções atuais reservadas à Saúde Pública”.

O conceito de saúde pública não foi muito alterado desde a definição de Wislow em 1920. Nesta segunda década do século XXI, a definição mais difundida é a da *Organização Mundial da Saúde (OMS)*: “a ciência e a arte de promover, proteger e recuperar a saúde, por meio de medidas de alcance coletivo e de motivação da população (*apud* PRADO, 2011)”. Definição que deixa vislumbrar o predomínio da dimensão populacional da saúde pública.

Todavia, para o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (BRASIL/CONASS, 2007, p.18):

A saúde pública é parte integrante do sistema de saúde e a definição das funções essenciais apoia-se no conceito de saúde pública como uma ação coletiva do Estado e da Sociedade Civil para proteger e melhorar a saúde dos indivíduos e das comunidades. É uma noção que ultrapassa as intervenções de base populacionais ou comunitárias e que inclui a responsabilidade de garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade.

O bem estar que se persegue com a saúde pública no desenvolvimento de suas funções essenciais é para o coletivo e com o coletivo. O coletivo remete às vezes a uma dimensão infinita e vaga e a saúde pública, para alcançar seus objetivos, precisa muito de interação e integração de vários outros setores e sobretudo o envolvimento profundo e responsável do Estado. Afinal, "O Estado é a instituição que coordena e mobiliza as condições para o cumprimento das Fesp (BRASIL, 2007, p.18)". Assim, para melhorar, promover, proteger e recuperar a saúde da população, cabe definir as funções que permitem alcançar tais objetivos.

O desafio da saúde pública reside em dispor de instrumentos, mecanismos e estratégias capazes de acompanhar as reformas no setor da saúde e melhorar o estado de bem estar do coletivo mediante uma forte participação social e *empowerment* das autoridades sanitárias nacionais. “As reformas setoriais enfrentam o desafio de fortalecer a função dirigente da autoridade sanitária e uma parte importante desse papel diretor consiste em dar cumprimento às funções essenciais de saúde pública (FESP) que competem ao Estado em seus níveis central, intermediário e local” (OPAS, 2000, p.4).

Nesta mesma ordem de ideias, reportamos que a OPAS (2002, *apud* CATANELI, 2013, p.16), disserta sobre a origem das Funções Essenciais da Saúde Pública (FESP) as quais seriam:

fruto de uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), na década de 1990, conhecida como [*A Saúde Pública nas Américas*], fundamentada na importância de fortalecer as funções essenciais que competem ao Estado na perspectiva de melhorar a prática de saúde pública e construir instrumentos capazes de avaliar a situação dos sistemas, identificando áreas críticas e reforçando a liderança das autoridades sanitárias em relação ao sistema de saúde.

Decorrente desta iniciativa, a definição adotada para as Funções Essenciais de Saúde Pública foi condição para melhorar a prática da saúde (MUÑOZ *et al.*, 2000; OPAS, 2000; BRASIL e CONASS, 2007). Em outras palavras, é um conjunto de atuações realizadas com uma visão concreta, necessárias para alcançar o objetivo central da saúde pública que é melhorar a saúde da população. O termo essencial se considera com algo indispensável como fundamental para a realização dos objetivos e caracterização da saúde pública (OPAS, 2002).

Para SILVESTRE (2007, p.65), as FESP são entendidas como “condições que permitem um melhor desempenho das práticas em saúde pública, e à construção de instrumentos para medir o grau efetivo que as mesmas são levadas a cabo”. MACEDO (2001, p.14, *apud* WITT, 2005, p. 23) entende que as FESP são “(...) o conjunto de ações e responsabilidades que devem ser desenvolvidas e assumidas para a realização de seu objeto central (finalidade): o melhoramento da saúde das populações”.

De modo tal, podemos entender conforme MUNÓZ *et al.* (2000, *apud* CATANELI, 2013, p.16) que

No escopo da iniciativa “A Saúde Pública nas Américas” e objetivando fortalecer as Funções Essenciais de Saúde Pública, foram elaboradas categorias operacionais que permitiram à Opas desencadear nos países das Américas uma avaliação dos processos de transformação do setor saúde, tanto por parte do Estado como da Sociedade Civil, e para tanto, vários projetos foram desenvolvidos destacando-se a elaboração de um instrumento para avaliação do exercício das Funções Essenciais de Saúde Pública e a para a condução de uma avaliação da prática da saúde pública em cada país das Américas, medindo o nível e o desempenho das suas funções essenciais .

A OPAS considera as FESP como uma das decisões mais importantes da iniciativa “A Saúde nas Américas”. BRASIL (2007) reforça ao referir-se às FESP como "Uma das decisões mais importantes para o seu fortalecimento foi o de adotar

a definição de indicadores e padrões para a avaliação do seu desempenho, tornando a sua prática consistente e identificando as capacidades institucionais necessárias para seu desempenho geral". Neste sentido, a OPAS acredita que "Se as funções são bem definidas para incluir todas as capacidades requeridas para uma boa prática de saúde pública, estará assegurado o bom funcionamento em cada um dos campos de ação ou áreas de trabalho da saúde pública" (OPAS, 2000; p.5-6). O quadro a seguir explica melhor o tema.

Figura 1: Funções essenciais e campos de ação da saúde pública

Âmbitos de Aplicação FESP	Saúde Ambiental	Saúde Ocupacional	Saúde Materno-Infantil (SMI)	Doenças Crônicas	Outras
FESP					
Exemplos					
Monitoração da situação de saúde	Monitoração de riscos ambientais	Monitoração de riscos em locais de trabalho	Monitoração dos riscos e problemas de SMI	Monitoração dos riscos de doenças crônicas	
Fiscalização e regulamentação	Fiscalização do cumprimento de normas ambientais	Fiscalização de leis referentes a proteção do trabalhador	Vigilância do cumprimento das leis que protegem as mães e os filhos	Fiscalização e regulamentação para estimular condutas que previnam maior dano à saúde	

Fonte: (OPAS, 2000, p.6)

É importante destacar que a iniciativa da OPAS não foi a primeira tentativa de definir e avaliar as FESP - importantes esforços foram investidos neste sentido anteriormente. Entre as primeiras experiências que constituem as ações pioneiras podemos ressaltar o Estudo Delphi da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Projeto Nacional de Medição de Padrões e Desempenho da Saúde Pública nos Estados Unidos (NPHPSP, na sigla em inglês) (OPAS, 2000; OPAS, 2002; BRASIL, 2007).

O estudo Delphi da Organização Mundial da Saúde teve como objetivo redefinir as FESP e também obter uma convergência das opiniões internacionais sobre as características destas funções (OPAS, 2000; BRASIL, 2007). Para as necessidades do estudo, foram consultados 145 peritos de forma sequencial e a nível global. Assim foram propostas nove (9) funções essenciais: (i) Prevenção,

vigilância e controle de doenças transmissíveis; (ii) Monitoramento da situação de saúde; (iii) Promoção da saúde; (iv) Saúde ocupacional; (v) Proteção ambiental; (vi) Legislação e regulamentação em Saúde Pública; (vii) Gestão em Saúde Pública; (viii) Serviços de saúde pública específicos; e (ix) Cuidados de saúde para grupos vulneráveis e populações de alto risco (OPAS, 2000; BRASIL, 2007; MUÑOZ *et al.*, 2000).

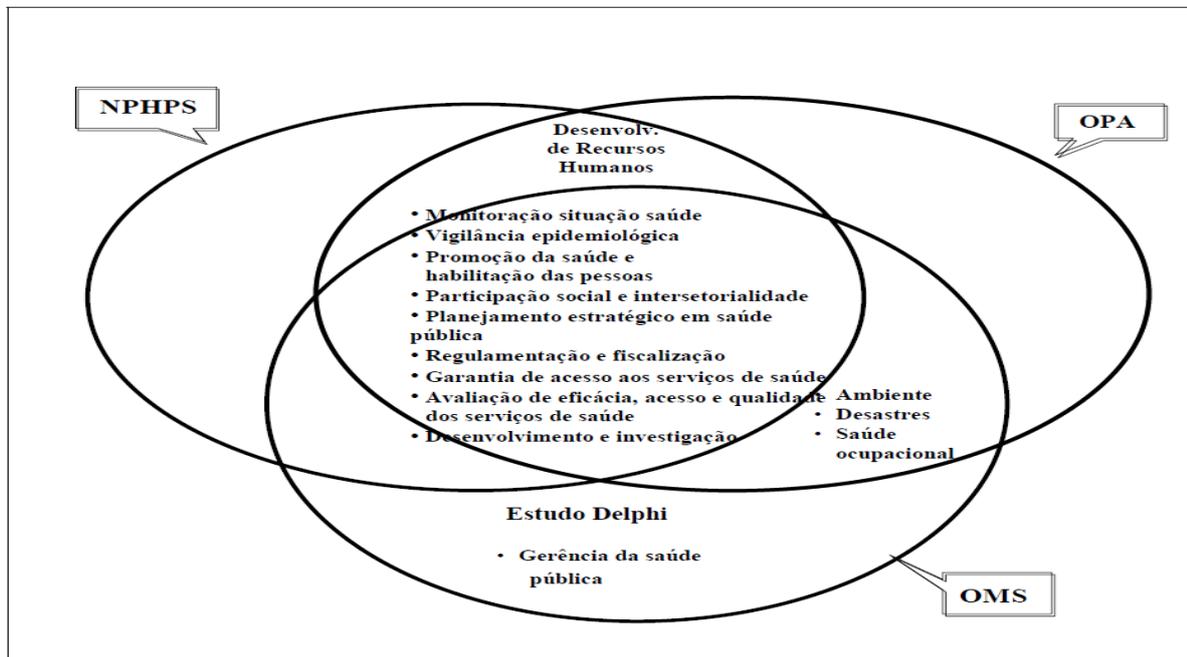
As tentativas dos Estados Unidos para definir as FESP iniciaram já nos anos 1988 quando o Instituto de Medicina dos Estados Unidos definiu que os três grupos de funções para a estruturação da saúde pública seriam avaliação, desenvolvimento de políticas e garantia de proteção em saúde (OPAS, CDC, & CLAISS, 2001).

Na década de 1990, “Nos EUA foi organizado um comitê, liderado pelo Escritório para a Prática da Saúde Pública e pelo Escritório de Prevenção de Doenças e Promoção de Saúde do CDC, que em 1994 aprovou o documento ‘A Saúde Pública nos Estados Unidos da América’” (BRASIL, 2007).

Nesse documento, identificou-se a visão (população saudável em comunidades saudáveis), a missão (promover a saúde física e mental, e prevenir as doenças e as incapacidades), e os objetivos de saúde pública como: (i) prevenção de epidemias e da propagação de doenças; (ii) proteção contra o dano causado por fatores ambientais; (iii) prevenção de incapacidades; (iv) promoção de condutas saudáveis; (v) resposta a desastres e assistência a comunidades atingidas; e (vi) garantia da qualidade e acesso a serviços de saúde. O mesmo documento definiu dez “serviços essenciais” de saúde pública, que vão desde o “monitoramento do nível de saúde para identificar problemas de saúde na comunidade” até a “investigação de enfoques e soluções inovadoras para os problemas de saúde”. Esses serviços originaram o Programa Nacional de Padrões de Desempenho da Saúde Pública (NPHPSP) (BRASIL, 2007, MUÑOZ *et al.*, 2000).

Na região das Américas, inicialmente o processo liderado pela OPAS foi desenvolvido com o objetivo de determinar os progressos da definição das FESP e também estabelecer os pontos de convergência dos diferentes enfoques da OPAS, da NPHPS e da OMS. A figura a seguir fornece uma ideia aproximada:

Figura 2: Coincidência entre as FESP definidas, o mecanismo conceptual Proposto, o NPHPSP e o estudo Delphi-OMS



Fonte: OPAS, (2000 p.10)

Foi identificado na intersecção das três análises similaridades substanciais nos avanços pelos três estudos.

No guia para a Aplicação do Instrumento de Medição do Desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública, a OPAS explicou que

Existem duas funções no estudo da OMS e nas considerações iniciais da OPAS que representam importantes esferas de ação da saúde pública. Utilizando um enfoque funcional em vez de uma "área de ação", essas duas funções (saúde ambiental e saúde ocupacional) podem ser tratadas como áreas de atuação em saúde pública nas quais todas as funções essenciais localizadas na intersecção dos três enfoques devem ser aplicadas para melhorar o funcionamento da saúde pública nessas esferas de ação. A preparação para desastres implica ações e capacidades muito específicas que não são comuns ao restante das funções essenciais e podem ser tratadas, portanto, como uma função separada (OPAS, CDC e CLAISS; 2001, p. 7).

O CONASS (2007, p.20), em tentativa de explicar a mesma figura, interpretou que "o estudo da OMS definiu uma função específica para a gestão em saúde pública, cuja avaliação foi primordial na região. Algo similar ocorreu com o desenvolvimento de recursos humanos em saúde pública, incluído como uma função no projeto do NPHPSP e nos estudos prévios da Opas".

A iniciativa das OPAS numa primeira tentativa definiu 12 Funções Essenciais de Saúde Pública. Todavia, depois de serem submetidas a um teste em três países (Jamaica, Colômbia e Bolívia), essas experiências permitiram a definição de 11 funções (OPAS, 2002).

O fato confirma a visão da OPAS (2002, p.66) sobre as FESP que considera que “não se trata de um número de funções pré-estabelecidas senão fruto de um processo de análise, definição de critérios básicos, de discussão e ensaios de campo que levaram a sua determinação”.

A seguir, apresenta-se a lista das 12 FESP como foram publicadas no Relatório da 126ª Sessão do Comitê Executivo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS):

- Função Essencial nº 1: Monitoramento e Análise da situação de saúde da população.
- Função Essencial nº2: Vigilância de saúde pública, investigação e controle de riscos e danos na saúde pública.
- Função Essencial nº 3: Promoção da saúde.
- Função Essencial nº 4: Participação social e reforço do poder (“empowerment”) dos cidadãos em saúde.
- Função Essencial nº 5: Desenvolvimento de políticas e planos que apoiem os esforços individuais e coletivos em saúde pública e contribuam à gestão sanitária nacional.
- Função Essencial nº 6: Regulamentação e fiscalização em saúde pública.
- Função Essencial nº 7: Avaliação e promoção do acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários.
- Função Essencial nº 8: Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública.
- Função Essencial nº 9: Garantia de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos.
- Função Essencial nº 10: Pesquisa, desenvolvimento e implementação de soluções inovadoras em saúde pública.

- Função Essencial nº 11: Capacidade de gestão para organizar sistemas e serviços de saúde.
- Função Essencial nº 12: Redução do impacto de emergências e desastres em saúde.

Por uma razão puramente acadêmica, o documento considerado para fazer a análise foi a primeira versão com as dozes funções. A lista final, tal como publicada no livro da OPAS “*La Salud Pública en las Américas*” em sua versão espanhol e na Medição do Desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública publicado em 2011, não evidenciam muitas diferenças exceto pela retirada da FESP nº 11.

Figura 3: As Funções Essenciais de Saúde Pública

Funções Essenciais de Saúde Pública	
FESP 1	Monitoramento, avaliação e análise da situação de saúde
FESP 2	Vigilância de saúde pública, investigação e controle de riscos e danos em saúde pública
FESP 3	Promoção da saúde
FESP 4	Participação dos cidadãos em saúde
FESP 5	Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão em saúde pública
FESP 6	Fortalecimento da capacidade institucional de regulamentação e fiscalização em saúde pública
FESP 7	Avaliação e promoção do acesso equitativo aos serviços de saúde necessários
FESP 8	Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública
FESP 9	Garantia e melhoria da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos
FESP 10	Pesquisa em saúde pública
FESP 11	Redução do impacto de emergências e desastres em saúde

Fonte: OPAS, CDC e CLAISS; 2001: p.14

A existência destas duas versões de fontes oficiais apoia a tese do caráter dinâmico das FESP. Segundo a OPAS (2002), “A lista de FESP definidas está sujeita a melhorias e não visa representar todas os pontos de vista que existem sobre esse tema no âmbito da saúde pública”.

Além da definição das FESP na sua forma genérica existem seus componentes que permitem a medição de desempenho das FESP e também a definição de indicadores para cada uma delas. Neste sentido:

Deve-se ter em mente que este instrumento constitui um primeiro esforço de medição e avaliação da capacidade institucional em termos de saúde pública nos países da Região. Sem dúvida, esse esforço é suscetível a aperfeiçoamento no futuro, especialmente se os países utilizarem o instrumento para orientá-los nos esforços voltados à melhoria da prática de saúde pública (OPAS, CDC e CLAISS; 2001, p.13).

A lista completa dos componentes de cada função está no Anexo e para uma melhor apropriação dos Instrumentos de Medição de desempenho, os convidamos a ler o livro *“La Salud Pública en las Américas”*.

O instrumento assim criado constitui uma ferramenta fundamental nos processos de reformas dos sistemas de saúde. Neste sentido vários países da região e de outras regiões do OMS tinham usado os resultados da medição do desempenho das FESP para operar reformas nos sistemas de saúde, elaborar planos de ações regionais em saúde, ajudar no monitoramento e avaliação e na formação adaptada de recursos humanos. Como exemplo na Comunidade Latino Americana e do Caribe, citam-se os seguintes países: Argentina, Brasil, *Colômbia*, *Eastern Caribbean Region* (Anguilla, Barbados, British Virgin Islands, Dominica, Grenada, St. Lucia, St. Kitts & Nevis, St. Vincent & Grenadina), Guatemala, Honduras, Peru, Panamá, Puerto Rico entre outros países fora da região (MARTIN-MORENO *et al.*, 2016; OPAS, 2008).

5. Contexto do estudo

Neste capítulo, encontram-se duas seções que abordarão aspectos relacionados ao contexto, ou seja, sobre ambos os países acerca dos quais trata o estudo. A primeira seção apresenta uma descrição do Haiti (5.1) enquanto a segunda seção aborda aspectos do Brasil (5.2). Com esse capítulo, espera-se fornecer uma ideia geral do Haiti e do Brasil.

5.1 Haiti

5.1.1 Características do país

A República do Haiti, conhecida como a Pérola das Antilhas ¹, está localizada no Caribe, ao leste da República Dominicana, compartilhando a Ilha de Haiti. Apresenta uma área de 27.750 km², predominantemente montanhosa.



Fonte: Mapa Mundi, 2017

De acordo com o artigo 8º da Constituição do país, de 1987, o território da República do Haiti inclui a parte ocidental da ilha do Haiti, bem como as ilhas adjacentes: La Gonâve, La Tôtue, Île à Vache, Les Cayemites, La Navase, La Grande Caye e outras ilhas do Mar Territorial. O país é delimitado ao leste pela República Dominicana, ao norte pelo Oceano Atlântico, e ao sul e ao oeste pelo mar do Caribe ou mar das Antilhas.

5.1.2. Divisão administrativa

¹ Nome dado a Santo Domingo, antiga colônia da França, pelos colonos devido a enorme quantidade de açúcar que se produzia na ilha. Também expressão utilizada nos anos 1960 quando o Haiti estava no auge da indústria do turismo.

O artigo 9º da Constituição estipula que o território do Haiti está dividido em departamentos, distritos, municípios, bairros e seções municipais. As seções municipais, em número de 570, são a menor divisão territorial e administrativa do país, administradas por um Conselho Administrativo da Seção Municipal. O município tem autonomia administrativa e financeira e é dirigido por um Conselho Municipal, cujo presidente é o prefeito municipal.

Os distritos ou “*arrondissement*” (termo em francês) agrupam vários municípios e os departamentos, a maior divisão administrativa do país, correspondem a um conjunto de distritos. O Haiti está dividido em dez departamentos: o *Ouest, Sud, Sud-Est, Grand-Anse, Nippes, Nord, Nord-Ouest, Nord-Est, Centre e Artibonite*. *Port-au-Prince*, a capital do país, é o centro das decisões políticas e administrativas. As áreas urbanas de seis municípios do departamento *Ouest*, incluindo *Port-au-Prince*, formam a área metropolitana.

5.1.3 Administração pública

O artigo 234-1 da Constituição do Haiti divide a Administração Pública Nacional em (i) Administração do Estado; e (ii) Administração das Coletividades Territoriais. A "Administração do Estado" também se divide em Administração Central, órgãos do Poder Judicial, órgãos do Poder Legislativo e órgãos das Instituições Independentes (HAITI, 2005).

O mesmo Decreto-Lei estabelece a função da Administração Central:

A Administração Central do Estado participa em estabelecer os objetivos dos serviços desconcentrados, na avaliação das necessidades e na repartição dos meios necessários para seu funcionamento e no aporte de contribuições técnicas necessárias e a avaliação do desempenho (HAITI, 2005).

A administração pública no Haiti atinge as coletividades e as demais entidades descentralizadas mediante uma forma de desconcentração. O artigo 7º do mesmo Decreto-Lei estipula que “a desconcentração é a regra geral das distribuições de competências e dos meios aos diferentes entidades da

Administração Central do Estado” (HAITI, 2005). A Administração Central reúne os órgãos do Poder Executivo, os serviços tecnicamente desconcentrados, os serviços territorialmente desconcentrados, os serviços tecnicamente descentralizados ou estabelecimentos públicos (HAITI, 2005).

A função de cada entidade é determinada pela lei, por esse motivo os órgãos do Poder Executivo são responsáveis por formular e fornecer as orientações gerais da política pública. Para alcançar seus objetivos, esta entidade é capaz de elaborar projeto lei ou/e regulamento e, além disso, participa nas decisões do governo e de sua implementação. Os órgãos do Poder Executivo são a Presidência, o Primeiro Ministro (Governo), o Conselho dos Ministros e os Ministérios.

5.1.4 Aspectos demográficos, econômicos e sociais.

Segundo o “Institut Haïtien de Statistique et d’Informatique” (IHSI), a população haitiana foi estimada em 10,9 milhões de habitantes para 2015. A maioria (37%) está concentrada na região metropolitana do país. De acordo com a mesma fonte, a população haitiana apresenta uma estrutura jovem. Pessoas com menos de 15 anos representam 36,5% da população, aqueles com idade entre 15 e 64 anos 58,3 %, enquanto a população com 65 anos e mais anos 5,1 %. Metade da população de todo o país é composta por mulheres. Essa pequena diferença é observada para todas as idades ativas particularmente entre 10 e 39 anos (HAITI, 2015).

Segundo o Banco Mundial, o Haiti é classificado como um país de baixos rendimentos, com um Produto Interno Bruto (PIB) de 8,7bilhões de dólares americanos, renda bruta *per capita* de US\$ 812 em 2014 e esperança de vida ao nascer de 63 anos em 2013. Um total de 58,3% da população haitiana vive abaixo da linha de pobreza. Em 2014, a taxa de crescimento do PIB foi de 2,7% e a inflação de 4,6%. A economia, após o terremoto² de doze de janeiro de 2010, busca

²Em 12 de janeiro de 2010 o Haiti foi atingido por um terremoto de grau sete na escala de Richter. Quase 1,5 milhões pessoas foram afetadas, 300 000 mortos e 1,3 milhões foram acolhidas nos abrigos temporários. As perdas materiais foram substanciais também 313 000 casas destruídas ou afetadas, 1300 escolas e 50 hospitais e centro de saúde. As perdas financeiras giram em torno de 7,9 milhares de dólares (LaCROIX, 2010).

paulatinamente a estabilidade e o crescimento. Os resultados, após seis anos, parecem pouco evidentes, mas um progresso considerável tem sido feito na educação, na moradia, na infraestrutura urbana e no turismo. No entanto, muitos desafios permanecem e os progressos em algumas áreas continuam a ser limitados para um impacto significativo no desenvolvimento e na redução da pobreza.

Até o final do século XX, a economia do país era essencialmente agrícola, mas, em torno da primeira década do século XXI, diante dos problemas de erosão dos solos, da falta de infraestruturas adequadas e de investimento sustentável no setor e da balança importação-exportação deficitária, o setor agrícola tem sido muito afetado, desvalorizado e não priorizado, mas ainda representa cerca de 26% do PIB. Segundo a *Chambre de Commerce et de l'Industrie d'Haiti* (CCIH), os principais produtos exportados pelos diferentes setores da atividade econômica são cacau, café, manga e óleos essenciais, além de produtos da indústria de transformação, da indústria têxtil e o artesanato. Para preencher as lacunas causadas pelo mau desempenho da produção nacional, a importação da maioria dos produtos de necessidades básicas, tais como o arroz, produtos de petróleo e derivados é muito elevada (CCIH, 2015).

Nos aspectos sociais, o Banco Mundial coloca a Haiti como um dos países com maior desigualdade social no mundo, com índice de Gini de 0,61 em 2012. A maioria dos haitianos vive em situação precária com menos de US\$ 2 por dia. O acesso à educação, à saúde, à água potável, à energia de forma global e universal continua ser um grande desafio para as gerações futuras. Os resultados da pesquisa *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services V* (EMMUS V), a maior pesquisa no setor saúde no Haiti, mostraram que 74% das mulheres e 79% dos homens são alfabetizados e apenas 15% das mulheres e 9% dos homens de 15 a 49 anos não têm nível de instrução (CAYEMITTES *et al.*, 2013).

A mesma pesquisa mostra, além disso, uma forte desigualdade de sobrevivência entre os mais ricos e os mais pobres. Assim, para a saúde materna e infantil, por exemplo, a taxa de mortalidade neonatal e pós-natais atingem, respectivamente, 32/1.000 e 30/1.000 entre os 20% mais pobres em comparação com 27/1.000 e 24/1.000 entre os 20% dos mais ricos. O risco de morrer entre o

primeiro e o quinto aniversário é quase quatro vezes maior entre os 20% mais pobres (44/1.000) que entre os 20% mais ricos (12/1.000). Quase dois terços da população (61%) vive em comunidades dispersas, o que enfraquece as estratégias de atendimento (CAYEMITTES *et al.*, 2013).

5.1.5 Perfil de saúde do Haiti

As principais causas de morbidade são doenças infecciosas transmissíveis (tuberculose e outras infecções agudas respiratórias e crônicas, HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, doenças como filariose, malária, dengue); doenças de origem hídrica; zoonoses, tais como o antrax (especialmente prevalente em algumas regiões do país como Cul de Sac e Bainet) e a raiva humana; e as doenças crônicas (doenças cardiovasculares, neoplasias e diabetes) e traumas (HAITI, 2013).

As doenças cardiovasculares e as neoplasias, devido a sua incidência e prevalência cada vez maiores, tornaram-se uma preocupação crescente de saúde pública, sugerindo que o Haiti está passando por uma transição epidemiológica (HAITI, 2013).

Alguns indicadores de morbidade que ajudam a compreender a situação haitiana:

- Prevalência da HIV/AIDS: 2,2%;
- Incidência de tuberculose: 132 / 100.000;
- Prevalência de tuberculose: 306 / 100.000 habitantes;
- Prevalência de infecções respiratórias agudas (IRA) em crianças: 20,4%. (As IRAs estão no topo da lista nos últimos quatro anos, seguidas por malária, anemia e parasitoses intestinais);
- Prevalência de malária: 4,9%;
- Prevalência de dengue clássica: 0,72 / 100.000 habitantes;
- Neoplasia em mulheres com idades entre 15 anos e mais idade: 1417/100.000 de 1980 a 1990.

Os dados anteriormente apresentados são do Plano Diretor de Saúde 2012-2022, mas existe uma variabilidade de um documento dito oficial para outro que demonstra também a inconsistência do sistema de informação sanitária.

Os padrões de doenças específicas do sexo feminino são dominados por infecções relacionadas com a HIV/AIDS, doenças oportunistas, deficiências nutricionais, patologias relacionadas com a gravidez e o puerpério.

Segundo dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a taxa bruta de mortalidade em 2012 era de 8,7/1.000 habitantes e a esperança de vida para o mesmo ano de 62,7 anos. A taxa de fecundidade, segundo a mesma fonte era de 3,2 no mesmo ano (UNICEF, 2012).

No que diz respeito às causas específicas de mortalidade, a mortalidade infantil deve-se especialmente às diarreias, às infecções respiratórias agudas e às deficiências nutricionais. De acordo com estimativas das Nações Unidas, a mortalidade materno-infantil é de 350 por 100 mil nascidos vivos. A primeira causa de mortalidade nos adultos é a hipertensão arterial, seguida pela HIV/AIDS e diarreia aquosa (HAITI, MSPP, 2013).

A alta morbi-mortalidade das doenças ditas da pobreza tem contribuído para a manutenção do círculo vicioso da pobreza no Haiti pelo fato de que os jovens são os mais afetados, com perda de dias de trabalho, provocando efeitos danosos sobre a economia nacional.

5.1.6 O Sistema de Saúde do Haiti

O direito à saúde da população é reconhecido pela Constituição do Haiti que em seu artigo 23 afirma: "O Estado está vinculado à obrigação de fornecer os meios para assegurar uma proteção adequada a todos os cidadãos e também a manutenção e restauração da sua saúde, fornecendo as infraestruturas necessárias" (HAITI, 1987). Esta tarefa é delegada ao Ministério da Saúde Pública e da População (MSPP), que norteia suas ações à luz da Política Nacional de Saúde por ele elaborada em consulta com outros setores e conforme a política geral do governo central. O Ministério da Saúde Pública e da População (MSPP), desde 1996, nas suas políticas, reconhece que todos os haitianos têm o direito fundamental a cuidados de saúde preventiva e curativa de qualidade, sem discriminação.

5.1.6.1 Política Nacional de Saúde (PNS)

No Haiti existe uma Política Nacional de Saúde que norteia as ações do governo. Segundo o MSPP

A Política Nacional de Saúde (PNS) é a expressão das políticas e visão do estado no setor da saúde, que inclui as orientações gerais as quais todos os envolvidos no sistema devem seguir, independentemente do seu estatuto (privado, público ou misto). A PNS é desenvolvida de acordo com a missão do MSPP respeitando a visão do Estado e tendo em conta as prioridades para atender às necessidades reais da população. Portanto, a PNS é a ferramenta prevista para guiar o sistema (HAITI, MSPP, 2013).” (Texto original em francês).

A PNS tal como se conhece hoje em dia, apesar dos ajustes em função das mudanças na situação sanitária, é fruto da luta popular dos anos 80 que levou ao fim da ditadura. A primeira Política Nacional de Saúde foi publicada em 1982 sob o nome “Grandes orientações do Ministério de Saúde Pública e da População” e foi mantida, apesar dos distúrbios políticos e das mudanças no poder, até o ano 1991 (BIJOU, 2008). A política nacional de saúde tende a honrar um preceito da Constituição 1985 que consagra o direito do povo a saúde, aos serviços sociais e a moradia decente. Então, a política nacional sempre buscará dar satisfação aos ideais da Constituição e alinhar seus objetivos com a realidade sócio-sanitária nacional, regional e global.

5.1.6.2 Componentes do sistema de saúde

O sistema é composto de: (i) elementos superestruturais, especialmente como a política nacional de saúde; (ii) elementos estruturais, encontrados em diferentes níveis institucionais e (iii) componentes da infraestrutura, que incluem as instituições prestadoras de serviços. Os setores público, privado e misto são os três estatutos possíveis de entidades que operam neste sistema cuja regulação é assegurada pelo Ministério da Saúde.

5.1.6.3 Princípios básicos do sistema de saúde

Com objetivo de cumprir sua missão, o MSPP se baseia sobre certos princípios básicos que constituem as diretrizes das suas ações:

- Entende-se por Universalidade a garantia aos todos haitianos um acesso fácil à rede de serviços
- O princípio da Integralidade garante cuidados de saúde a cada indivíduo de forma abrangente.
- O princípio da Equidade pretende oferecer aos usuários um serviço de saúde com qualidade similar, independentemente do seu lugar de residência e situação socioeconômica.
- O princípio da Qualidade obriga os prestadores fornecer um serviço de alta qualidade.

5.1.6.4 Estrutura do Ministério de Saúde Pública e da População (MSPP)

O Decreto-Lei de 05 de janeiro de 2006, no jornal *Le Moniteur* (Jornal Oficial da República do Haiti) traz a informação sobre a organização e o funcionamento do MSPP. O MSPP é o órgão do poder executivo responsável pela formulação da Política Nacional de Saúde, como parte da política geral definida pelo Chefe do Governo. O Ministério garante a regulação e o controle de qualquer ação pública ou privada no setor da saúde.

Ao abordar este aspecto do sistema de saúde do Haiti, devemos considerar que o sistema está no centro de algumas mudanças para melhorar o desempenho e a governança e, desta forma, tornar-se mais eficiente e com melhoria do atendimento aos usuários. Contudo, os esforços feitos pelo Ministério de Saúde Pública para que sejam efetivas as reformas organizacionais têm sido bloqueados no parlamento haitiano.

O Ministério de Saúde e da População faz parte da Administração Central mais especificamente dos Órgãos do Poder Executivo. Para levar a cabo sua missão, a estrutura organizacional do Ministério da Saúde Pública e da População foi claramente definida no Decreto-Lei de 5 de janeiro de 2006.

A estrutura do Ministério da Saúde Pública e da População (MSPP) compõe-se de:

- Escritório do Ministro
- Direção Geral
- Direções Centrais
- Unidades de Coordenação Centrais
- Direções Departamentais
- Coordenações das Unidades Municipais da Saúde.

Escritório do Ministro

O Escritório do Ministro compreende as seguintes estruturas de apoio: o Gabinete do Ministro e sua secretaria particular. O gabinete é um órgão de concepção, de reflexão, de conselho, cuja missão é assistir o Ministro na formulação e na aplicação da política setorial (política de saúde) do Ministério. De outro lado, a secretaria particular do Ministro está encarregada de todas as questões administrativas do Ministro e garante, ao mesmo tempo, o monitoramento das mesmas.

Direção Geral

A Direção Geral está sob a subordinação do Ministro e é um órgão de gestão, de monitoramento, de coordenação, de controle das diferentes unidades, direções e dos serviços territoriais desconcentrados que têm a missão de implementar as políticas setoriais do Ministério. É encabeçada por um profissional que deve ter ampla experiência em saúde pública, conhecido como Diretor Geral e suas atribuições são definidas por leis. Para cumprir sua missão, a Direção Geral é apoiada pela seguinte estrutura:

- Secretaria,
- Unidade de Apoio à Descentralização Sanitária (UADS),
- Unidade de Programação e de Avaliação (UPE),
- Unidade Jurídica.

A Direção Geral também é responsável pelo Centro de Informação e de Formação em Administração da Saúde, dos Hospitais Universitários (HU), das Direções Centrais Técnicas e Administrativas, as quais totalizam onze, e das Direções Desconcentradas que são dez correspondentes ao número de departamento geográfico.

Direções Centrais

As Direções Centrais, divididas em Direções Técnicas e Direção Administrativa, são em número de dez no Ministério da Saúde.

As Direções Técnicas são:

- População e de Desenvolvimento Humano
- Organização dos Serviços de Saúde,
- Formação e de Aperfeiçoamento nas Ciências da Saúde
- Saúde da Família
- Cuidados de Enfermagem
- Promoção da Saúde e da Proteção do Meio Ambiente
- Farmácia, do Medicamento e da Medicina Tradicional
- Epidemiologia, de Laboratório e de Pesquisa.

A Direção Administrativa está composta por:

- Direção de Administração e do Orçamento
- Direção dos Recursos Humanos

Unidades de Coordenação Central

- Unidade de Coordenação das Doenças Infecciosas e Transmissíveis, DTS/HIV/SIDA, Tuberculose, Malária, Filariose Linfática , Hanseníase.

Essa Unidade está dividida em quatro outras unidades técnicas de coordenação:

- DTS/HIV/SIDA, Tuberculose, Malária e Filariose Linfática, Hanseníase;
- Unidade de Coordenação Nacional do Programa de Vacinação;
- Unidade de Coordenação Nacional de Programa de Nutrição;
- Unidade de Coordenação de Seguridade dos Hospitais.

A Lei Orgânica define a função de cada entidade e as missões específicas de cada unidade e direção.

Direções Departamentais

As Direções dos Departamentos Sanitários são entidades desconcentradas do *Ministère de la Santé et de la Population* (MSPP) e correspondem à subdivisão territorial do país. Suas atribuições principais são:

- (i) Aplicar a política sanitária do Governo a nível regional.
- (ii) Planificar as ações necessárias para a implementação das políticas definidas pelo Ministério de Saúde.
- (iii) Garantir em colaboração com os demais atores (Direção dos Hospitais Departamentais e Comunitários de Referência, as Coordenações dos UCS, as Equipes técnicas) o fornecimento de cuidados preventivos e curativos tal como definidos pelo MSPP.
- (iv) Coordenar, supervisionar e controlar instituições sanitárias públicas e privadas além das Organizações Não Governamentais que trabalham baixo sua jurisdição.

Os Departamentos sanitários estão compostos de:

- Escritório Departamental
- Hospital Departamental
- Coordenações das Unidades Municipais de Saúde
- Hospitais Municipais de Referência
- Estabelecimento de saúde de atenção básica (agente de saúde, voluntários, dispensários, centro de saúde com ou sem leito).

No marco das transformações estruturais que passa o sistema de saúde haitiano, o MSPP apresenta (em uma estrutura administrativa menor que as Direções Departamentais) as Coordenações das Unidades Distritais de Saúde, conhecido com sigla de UAS, unidades são hoje consideradas como "o micro sistema de base do novo modelo" (HAITI, 2015). A implementação das Coordenações das Unidades Distritais de Saúde é um processo que, na maioria dos Distritos, ainda está na fase de estagnação devido à falta de vontade política.

5.1.6.5 Organização do sistema de atendimento

A estrutura do sistema de cuidados tem como níveis: (i) primário; (ii) secundário e, (iii) terciário, com um grau de complexidade gradiente.

- **Nível Primário**

O nível primário é dividido em três níveis denominados *Echelon*.

O Nível 1 inclui o **Centro Comunitário de Saúde (CCS)** situado no bairro e/ou na seção municipal e mais frequentemente nas regiões rurais. Oferece serviços básicos (curativo, promoção e prevenção) de saúde a uma população de cinco mil a seis mil pessoas. A enfermeira ou técnica de enfermagem é profissional mais qualificado no CCS e supervisiona o trabalho dos Agentes Polivalentes Comunitários de Saúde (ASCP, na sigla em francês).

O Nível 2 refere-se ao **Centro de Saúde**. Existem duas variantes: um rural e outro semiurbano. Fornecem cobertura a uma população de vinte e cinco mil a trinta mil habitantes e têm capacidade de dez a quinze leitos. Os profissionais com o nível mais qualificado são médicos gerais e enfermeiros.

O Nível 3 é o **Hospital Comunitário de Referência**. O tipo do hospital vai depender do tamanho do distrito e do nível de estruturação urbana do município. Exerce uma função de apoio ao Centro de Saúde e sua equipe, tem um nível maior de resolutividade e com uma gama de serviços de saúde mais ampla. Tem uma capacidade de cinquenta leitos e serve uma população de 250 mil a 300 mil pessoas.

O Pacote de Serviços Essenciais (PSE)³ que oferece o MSPP a este nível é fornecido por instituições de natureza pública, privada com fins lucrativos, privada sem fins lucrativos (principalmente Organizações Não Governamentais (ONGs) e os classificados como «misto» em que setor público e privado operam em co-gestão da instituição para atender as necessidades de saúde da população.

- **Nível Secundário**

³Trata-se de um conjunto de intervenções essenciais e integrado, escolhido dentre os mais eficazes que o Estado, em função dos recursos disponíveis, compromete-se a colocar à disposição de toda a população, no objetivo de melhorar o nível de saúde. Cabe-se destacar também que os serviços incluídos nos Pacotes Essenciais de Serviços não sempre estão presentes no sistema público.

Faz referência principalmente ao Hospital Departamental, que é estrutura fundamental para a referência desde o nível primário. O Hospital departamental se localiza na capital do Departamento, abrange uma população de 450 000 a 550 000 pessoas. Sua capacidade resolutiva abarca os quatro serviços de base (Pediatria, Cirurgia, Ginecologia e obstetrícia e Medicina Interna) assim como as subespecialidades.

- Nível Terciário

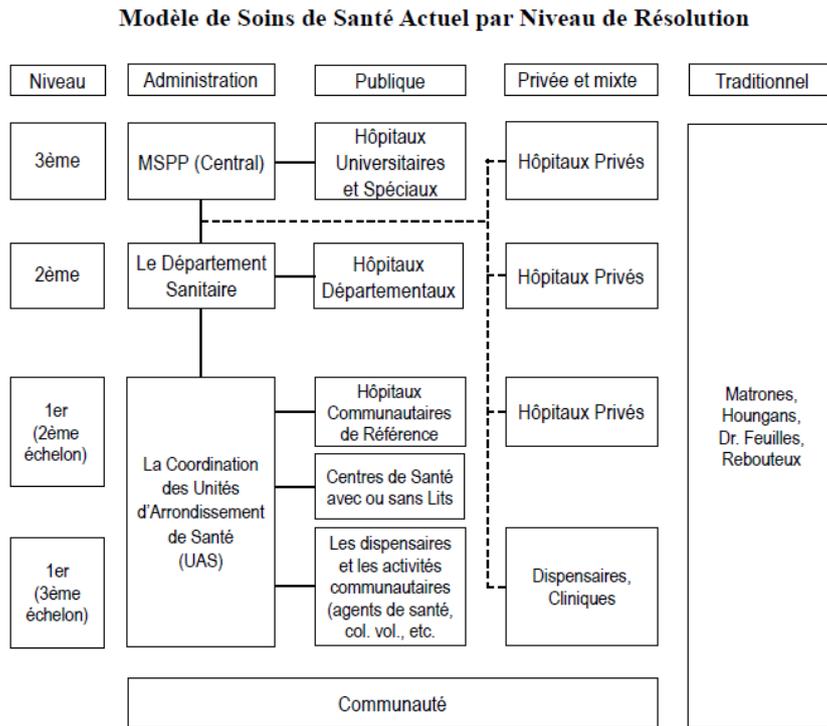
Agrupa os Hospitais Universitários ⁴ e outras Instituições de saúde especializadas.

Esse sistema de atendimento é encabeçado por um sistema administrativo que, de igual maneira, é dividido em três níveis. O Nível 1 é representado pelas Coordenações das Unidades Distritais de Saúde. O Nível 2 é assegurado pela Direção do Departamento Sanitário. Finalmente, o Nível 3 correspondente ao nível central, ou seja, ao Ministério de Saúde Pública e da População.

A figura a seguir esquematiza a estrutura do Ministério de Saúde em suas duas vertentes, (i) nível administrativo e (ii) nível de complexidade e de resolutividade.

⁴Evidentemente, há enormes diferenças entre um hospital universitário (HU) no Haiti e um hospital universitário no Brasil. No Haiti, os HU abrangem as referências no conjunto do território nacional, e com as especialidades e subespecialidades das mais frequentes, faltando estruturas e recursos humanos.

Figura5: Estrutura do MSPP segundo nível de resolutividade e administrativa.



Fonte :MSPP, Plan Directeur de Santé 2012-2022, octobre 2012

Cabe destacar que o setor saúde no Haiti compreende também um setor privado de atendimento, bem forte ao lado do setor público, e não menos importante um setor de medicina “tradicional” (popular).

Segundo o Relatório sobre as Instituições Sanitárias do MSPP, em 2011, o Sistema contava com 908 instalações sanitárias distribuídas da seguinte forma: 278 instituições públicas (30,6%), 419 instituições privadas (46,1%) e 211 instituições mistas (23,2%) (HAITI, MSPP, 2012).

O Governo do Haiti fornece serviços de saúde que atingem apenas parte da população. Segundo CAYEMITTES *et al.* (2007), essa parte coberta representa somente 60% da população haitiana. A situação obriga a população a procurar outras fontes de prestação de serviços de saúde. Os habitantes da área urbana que têm capacidade econômica utilizam o setor privado enquanto o estrato mais baixo, que vive na área rural, recorre às vezes à medicina tradicional.

5.1.6.6 Financiamento do Sistema de Saúde do Haiti

O Haiti ao final da primeira década do século XXI enfrentou muitos problemas como catástrofes naturais e tumultos políticos que afetaram de forma substancial o crescimento econômico, o que, por sua vez, acentua ainda mais as desigualdades, inequidades e ineficiências no setor. O país estagnou em um imbróglio de corrupção e subdesenvolvimento que, ao longo dos anos, afetou muito a parcela de recursos econômicos destinados à saúde.

O setor da saúde é subfinanciado sobretudo quando se compara com países com o mesmo Produto Interno Bruto (PIB). As despesas em saúde no Haiti correspondiam em 2010 8 a 9,6% do PIB. No que diz respeito aos gastos totais em saúde por habitante, depois de período estacionário entre 1995 até 2002, cresceu muito em 2010 devido ao efeito do "terremoto" (durante aquele momento o Haiti foi beneficiário da generosidade da ajuda internacional) e até 2013 chegava a 160 dólares internacionais.

Entretanto, parte do gasto público em saúde conhece logo após um declínio notável. Segundo uma nota informativa do MSPP sobre as despesas em saúde, a parte que o estado gasta na segunda metade dos anos 90 situava-se em torno de 30 a 40%, entre 20 e 30% nos anos 2000 a 2011, para passar a ser inferior a 10% em 2012, especificamente 9% e 8% em 2013.

A seguir, descreve-se como o sistema de saúde do Haiti é financiado. A fonte de informações é o Relatório das Contas Nacionais de Saúde 2010-2011 (*Compte Nationaux de Santé 2010-2011*). Assemelha-se a uma ouvidoria interna das despesas do MSPP.

Segundo o Relatório os fundos para o financiamento do sistema de saúde em Haiti provêm de três fontes:

- (i) Famílias;
- (ii) Estado (público); e
- (iii) Cooperação Externa.

O financiamento do setor público

As fontes são os impostos cobrados sobre as famílias e as empresas, independentemente do tamanho. Parte dos valores arrecadados são atribuídos a instituições públicas incumbidas de financiar ou prestar serviços de saúde à população. O orçamento do MSPP é o canal através do qual os fundos são administrados para garantir a entrega de serviços de qualidade a toda a população.

O financiamento da cooperação externa.

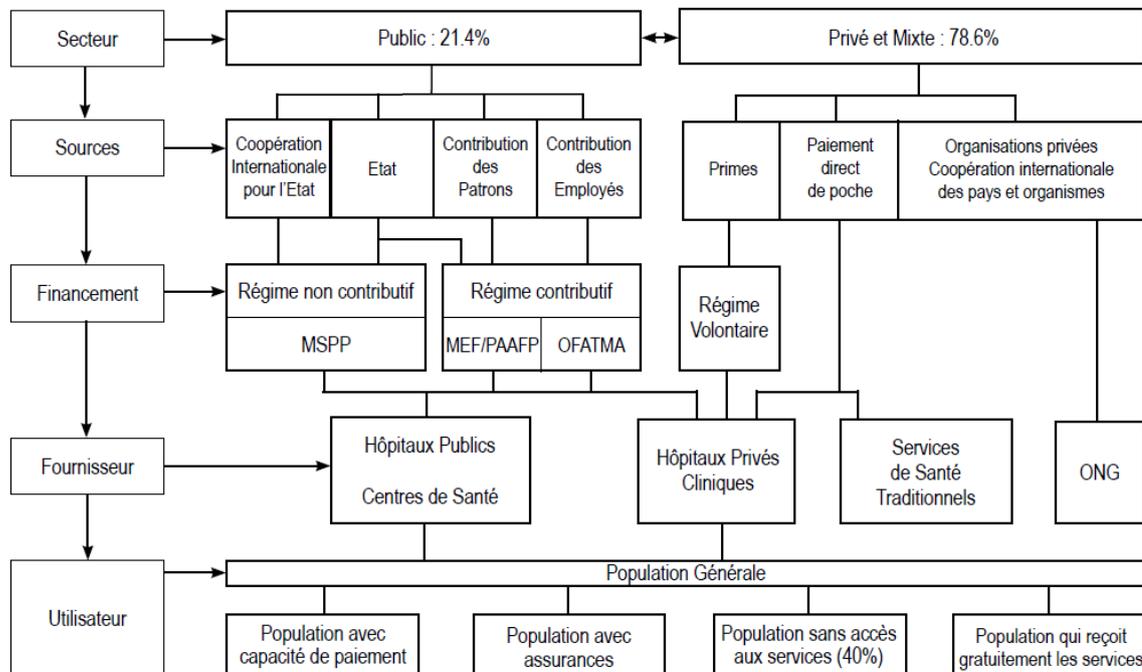
O sistema de saúde do Haiti tem uma dependência crônica da ajuda externa. Mais de uma dúzia de doadores estabeleceram parceria com o MSPP através de doações e empréstimos. Eles intervinham tanto com despesas de capital quanto em despesas correntes. São os principais parceiros de financiamento dos programas prioritários (Tuberculose, HIV/SIDA, Saúde Reprodutiva, Programa de Vacinação, Malária, Atenção Integrada às Doenças da Infância, Nutrição, cólera etc.). Os Fundos de Cooperação Externa (empréstimos ou doações) provêm de fontes bilaterais e multilaterais. O financiamento é canalizado através de agências doadoras bilaterais, algumas das quais tratam diretamente com o estado e outras com organizações não-governamentais (ONGs), enquanto o financiamento multilateral transita através de agências das Nações Unidas que, na maioria das vezes, cooperam diretamente com os fornecedores.

O financiamento das famílias

As despesas das famílias no financiamento da saúde no Haiti são consideráveis. Elas intervêm através de pagamentos diretos no momento da aquisição de serviços, que podem ser um obstáculo ao acesso. A utilização do seguro como um serviço de pagamento indireto ocorre por meio de contribuições das companhias de seguros. Os custos dos cuidados para as famílias são menores em instituições públicas do que em estruturas privadas. A maior parte das despesas das famílias é dedicada à compra de medicamentos e honorários médicos em instituições privadas.

Na figura seguinte, apresenta-se a estrutura do financiamento do Sistema de Saúde do Haiti.

Figura 6: Estrutura de financiamento do Sistema de Saúde do Haiti.



Fonte : Plan Directeur de Santé 2012-2022, MSPP, octobre 2012

5.1.6.7 Plano Diretor de Saúde do Haiti (2012-2022)

O Haiti na segunda década do século XXI encontra-se em uma etapa importante não somente porque é o período pós-terremoto de 2010, mas também devido à situação socioeconômica, acrescentada às repetidas crises políticas. Essa conjuntura fez com que as metas traçadas para orientar o país no caminho do desenvolvimento fossem na maioria das vezes um fracasso. Vive-se no Haiti uma crise de liderança que obstaculiza a tentativa de mudança do *status quo* de corrupção, falta de infraestrutura básica e também muita pobreza, alimentando, de modo geral, o círculo vicioso do subdesenvolvimento.

Logo depois da ditadura dos Duvalier⁵, em 1986, durante um longo processo de aprendizagem democrática, os novos líderes foram incapazes de desenhar uma

⁵ François Duvalier e Jean-Claude Duvalier (1957-1986)

política social abrangente, considerando os principais problemas das classes sociais mais vulneráveis. As catástrofes naturais são citadas entre outras, até hoje, como responsáveis pela lentidão do país no sentido de alcançar a melhoria da situação dos pobres.

No setor da saúde, muitos problemas decorreram da instabilidade política, da falta de visão dos líderes políticos, das catástrofes naturais, da ajuda internacional dispersa que, muitas vezes, não se coaduna com as grandes linhas de visão do Ministério da Saúde. Os problemas inerentes ao sistema foram acumulados ao longo do tempo, resolvidos pela metade ou simplesmente não priorizados. Ao revisar o documento da Política Nacional do Haiti (2012), podem-se ressaltar as seguintes dificuldades no sistema de saúde:

- Alta mortalidade e a morbidade dominada essencialmente pelas doenças infecciosas e transmissíveis;
- Acessibilidade limitada à atenção básica;
- Distribuição desproporcional dos recursos destinados à saúde;
- Educação sanitária muito baixa;
- Problemas de governança e de liderança.

Essas dificuldades foram abordadas em documentos anteriores, tanto no Plano Nacional Estratégico de Reforma do Setor da Saúde 2005-2010 quanto na Política Nacional de Saúde de 1996 (revisada em 1999) e também no Plano Intermediário de Saúde de 18 meses (março 2010-dezembro 2011). Entretanto, os resultados esperados e pautados naqueles documentos não foram atingidos, o que levou a uma necessidade de atualização e adequação segundo a nova realidade social, econômica e política em que se encontra o Haiti depois do terremoto.

A experiência de elaboração de um plano de saúde é relativamente nova se tivermos em conta que o Haiti existe como estado há mais de 200 anos. O primeiro foi escrito em 1975, como uma forma de adesão ao Plano Regional de Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde. Este Plano foi caracterizado pela regionalização do setor saúde dando origem a um distrito de saúde mais estruturado (BIJOU, 2008). Apesar de intensas pesquisas, não foi localizado planos de saúde entre 1975 e 2005.

Então, em 2005 foi elaborado o Plano Quinquenal de 2005-2010 e, logo após, devido à situação de emergência que vivia o Haiti, um plano especial: o Plano Intermediário, de março 2010 a dezembro 2011. Atualmente, encontra-se em execução o Plano Diretor de Saúde (PDS), elaborado para dez anos (2012-2022), acerca do qual será descrito o processo de elaboração logo a seguir.

Aborda-se a seguir o processo de realização do maior documento do MSPP, o Plano Diretor de Saúde (PDS) 2012-2022 que, junto com a Política Nacional de Saúde (PNS), “constitui o marco estratégico geral concebido para orientar as respostas dos problemas sanitários através dos componentes governamentais, da sociedade civil e da cooperação internacional. Aqueles documentos representam uma base referencial as quais todos os atores têm que se submeter para qualquer iniciativa no setor da saúde ou ligada à mesma” (HAITI, 2013).

A Diretora Geral do Ministério da Saúde Pública e da População (MSPP) no momento da publicação do Plano Nacional de Saúde, Dra. Marie Guilaine Raymond Charité, declarou que “o presente documento (Plano Nacional de Saúde) traduz a visão a curto e médio prazo do governo haitiano que almeja um sistema de saúde unificado, eficiente, eficaz e igualitário, que impulsiona o setor no caminho de maior responsabilidade, maior integração e capacidade de resposta” (MSPP, HAITI, 2013).

O motivo de um novo plano de saúde deve-se à evolução da situação sanitária do país, assim como à necessidade de atualizações das ações em saúde e compatibilização com a realidade. Os esforços do Ministério da Saúde para a melhoria dos índices sanitários na ilha não serão nunca recompensados se não estiverem acompanhados de um plano bem definido e que os atores implicados atuem para sua realização.

O ano 2011 não foi somente o ano do vencimento do Plano Intermediário de Saúde, o Ministério de Saúde também carecia de um plano que poderia orientar as políticas de saúde em prazo mediano, depois do período de urgência pós-terremoto. A situação pós-terremoto, agravada pela epidemia de cólera e acrescentada das

novas visões dos dirigentes do setor e vontade política de atualizar a Política Nacional de Saúde, foram as bases para a realização do novo Plano de Saúde.

Contudo, esse plano integra uma perspectiva ainda mais ampla que consiste “em melhorar a eficiência do Ministério de Saúde em termos de oferta e utilização dos serviços de saúde” conforme, a Ministra de Saúde, Florence Duperval Guillaume, declarou durante a publicação do documento. A Ministra também fez o relatório dos desafios a enfrentar pelo sistema de saúde durante os dez próximos anos, período de duração do plano de saúde:

- Reforçar as medidas para melhorar a governança global;
- Mobilizar recursos financeiros para a saúde;
- Disponibilizar recursos humanos de qualidade (competentes e motivados) e também em quantidade suficiente nos departamentos de saúde;
- e
- Eliminar os obstáculos no acesso aos cuidados de saúde.

Para elaborar o Plano Diretor de Saúde 2012-2022, o processo foi encabeçado pela Direção Geral através de sua Unidade de Planificação e de Avaliação (UPE). Para elaboração do documento, foi montado um Comitê Diretor que liderava o processo e facilitar ao mesmo tempo a integração de todos os setores e os parceiros do MSPP. O processo foi iniciado em dezembro de 2011 e desenvolveu-se em duas etapas: as assembleias departamentais de saúde foram seguidas por uma assembleia nacional com a participação de todos os setores da vida nacional, realizada em *Port-au-Prince*, no período 16-19 de fevereiro de 2012. As assembleias departamentais não foram objeto de muita divulgação. Porém, muitos temas foram debatidos numa base inclusiva e de muita representatividade.

Segundo reportagem feita pelo jornal “*Le Nouvelliste*”, na assembleia departamental da Direção Sanitária Oeste, que ocorreu no mesmo período que outros cinco departamentos, entre 20-22 dezembro 2011, havia a participação do prefeito da cidade, dos especialistas em saúde pública e de organização não governamental entre outros setores do departamento. As discussões foram em torno dos temas governança, descentralização, oferta de cuidados e serviços de saúde, recursos humanos e financiamento.

Depois da finalização das assembleias departamentais, realizou-se a Assembleia Nacional de Saúde. Os temas debatidos foram os mesmos, mas a questão do monitoramento e da avaliação foi incluída em todos os temas debatidos. Outra particularidade da assembleia nacional foi que os participantes foram divididos em grupos correspondentes a cada tema. Com o objetivo de garantir um trabalho mais metódico, foram criados subtemas e a problemática foi formulada na forma de pergunta. O relatório da assembleia nacional foi publicado pelo MSPP sob o título em francês: *“Rapport Des EtatsGénéraux de laSanté 16 – 19 janvier 2012.”*

O tema de governança foi dividido da seguinte forma: (i) Visão; (ii) Governança interna; (iii) Regulação; (iv) Liderança; (v) Planejamento estratégico e operacional; (vi) Vigilância sanitária; (vii) Reforço do quadro de financiamento; (viii) Gestão das estruturas de saúde; (ix) Autonomia dos hospitais; (x) Articulação com outras políticas públicas; (xi) Reforço do quadro de cooperação; e (xii) Gestão de imóveis e equipamentos.

Para abordar a descentralização, o tema foi dividido em: (i) Gestão de recursos humanos; (ii) Regulação das profissões do setor da saúde; (iii) Formação dos recursos humanos; (iv) Melhoria da atração do setor; (v) Planificação e dotação dos recursos humanos; (vi) Financiamento do desenvolvimento dos recursos humanos; e (vii) Monitoramento e avaliação do desempenho dos recursos humanos.

O tema Oferta de serviços e cuidados de saúde abrangeu: (i) Conteúdo da oferta de serviços; (ii) Cobertura; (iii) Disponibilidade da acessibilidade; (iv) Integração dos serviços e dos cuidados; (v) Inspeção sanitária; (v) Doenças epidêmicas emergentes e re-emergentes (cólera, zoonoses, etc.); (vi) Doenças crônicas e degenerativas (diabetes, hipertensão arterial sistêmica, asma, etc.); (vii) Saúde mental; (vii) Saúde bucal; (viii) Pessoas com necessidades especiais; (ix) Promoção da saúde; (x) Medicina tradicional; e (xi) Gestão dos riscos e desastres.

Para facilitar as discussões, o grupo de financiamento foi dividido nos seguintes subtemas: (i) Proteção e seguridade social; (ii) Capitalização do sistema de saúde/ Mobilização dos recursos; (iii) Recuperação do custo; (iv) Coordenação das fontes e mecanismos de financiamento; (v) Gestão financeira; e (vi) Disponibilidade da informação financeira.

A metodologia utilizada foi exposta no Relatório da Assembleia Nacional (HAITI, MSPP, 2013). Para alcançar as metas pautadas, os temas foram discutidos durante três dias. Ao final, as plenárias permitiram a interação entre os diferentes grupos e a apresentação dos resultados do seu trabalho, o que resultou um debate muito enriquecedor. Todas as discussões foram norteadas pela visão do setor da saúde:

Ao longo dos próximos vinte e cinco anos, num contexto de desenvolvimento socioeconômico articulado e dinâmico, o sistema de saúde haitiano haverá atingido um nível de evolução tal que a morbidade e a mortalidade terão diminuído significativamente. Os Haitianos e as Haitianas terão um acesso igualitário aos serviços e cuidados de saúde de qualidade por meio de um pacote mínimo de serviços que responda à necessidade e tenha em conta as eventuais mudanças no perfil epidemiológico e demográfico (HAITI, MSPP, 2013).

Além disso, outra preocupação do Ministério é a integração da saúde de todos os setores. Porém, chegar a tal patamar parece ser dificultado pela pouca participação ativa dos representantes das comunidades mais vulneráveis na elaboração dos planos e, quando presentes, suas vozes são desconsideradas por questões de relação de poder.

5.2 Brasil

5.2.1 Características do país

O Brasil, país oficialmente denominado República Federativa do Brasil, é um dos maiores do mundo em termos de território e de população. Localizado na América do Sul, com 8,5 milhões quilômetros quadrados é mais de 300 vezes maior que o Haiti e representa aproximadamente 47% do conjunto dos países da região. Faz fronteira com a maioria dos países na região exceto Chile e Equador. De tamanho continental, é uma antiga colônia de Portugal, do qual conquistou sua independência em 1822 e tornou-se República em 1889. Sua população é a quinta maior do mundo, com uma estimativa de 209 milhões para 2016, resultante de acentuada miscigenação. Em 2008, cerca da metade da população se autoclassificava, em termo de raça e cor de pele, como parda (43,8%) ou preta (6,8%) e 0,6% se autoclassificava como indígena (THE LANCET, 2011, p.11).

5.2.2 Divisões regionais e administrativo-políticas.

O Brasil oficialmente divide-se em cinco regiões: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-oeste que são consideradas macrorregiões. Segundo a Constituição Federal da República Federativa do Brasil, a organização político-administrativa compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos (art. 18). A República é constituída de 26 estados, um distrito federal e 5.563 municípios (THE LANCET, 2011). O Brasil é uma república democrática com pluralidade política, presidencialista em que o Presidente da República é o Chefe de Estado e também o Chefe de governo.

A estrutura do Estado brasileiro organiza-se em três poderes, independentes e harmônicos entre si: o Legislativo, que elabora leis; o Executivo, que atua na execução de programas ou prestação de serviço público; e o Poder Judiciário, que

soluciona conflitos entre cidadãos, entidades e o estado (BRASIL, 2009a). Os estados e os municípios no Brasil possuem certo grau de autonomia mesmo que em vários aspectos dependam do poder central.

Os estados possuem a liberdade de criar leis autônomas, mas que são subordinadas à Constituição Federal Brasileira. Dentro dos estados existe ainda outra divisão, os municípios. Esses também possuem leis próprias, que devem seguir os moldes estipulados pela nossa constituição. Dentro dos territórios municipais é possível encontrar outra divisão de proporção menor, que os subdivide em distritos (FREITAS, 2016, Homepage)

No nível central, existe uma estrutura prevista pela Constituição Federal que executa o plano de governo em articulação com as estruturas descentralizadas do poder:

No Brasil, a formulação, a implantação e o acompanhamento das políticas públicas de nível federal estão a cargo dos ministérios, secretarias especiais, autarquias, agências reguladoras e conselhos. O presidente da República pode, por meio de lei especial, criar, modificar a estrutura e extinguir ministérios, secretarias e órgãos da administração pública (BRASIL, 2009b).

5.2.3 Aspectos econômicos e sociais

O Brasil é classificado, segundo o Banco Mundial, como um país de renda média/alta. Segundo a mesma fonte em 2016, encontra-se em uma conjuntura econômica e política desfavorável causando a contração do seu PIB anual. Mesmo assim, segue uma potência na região e uma referência econômica e política estratégica. Entre 2003 e 2014, o Brasil deu um salto enorme na redução da pobreza e também das desigualdades sociais e se posicionou como referência nesses aspectos. "A renda dos 40% mais pobres da população cresceu, em média, 7,1% (em termos reais) entre 2003 e 2014, em comparação aos 4.4% de crescimento da renda da população total" (Banco Mundial, 2016). Os avanços econômicos e sociais haviam colocado o país no patamar dos dez países mais ricos do mundo com respeito ao PIB em 2011 (*JOURNAL LE MONDE*, 2011). Dados de 2014 do Banco Mundial, revelam que o PIB atingiu US\$ 2,417 trilhões com tendência a decréscimo.

Nas últimas décadas, diversos programas sociais foram instituídos para preencher lacunas deixadas por anos de crescimento econômico sem políticas públicas inclusivas. “O enfrentamento da exclusão social passou a ser compreendido como parte integrante do esforço maior voltado a superação do subdesenvolvimento do Brasil” (GUERRA, POCHMAN, SILVA, 2015, p.23). As políticas de inclusão social, de luta pela saúde, de acesso à educação e de redução do analfabetismo foram contempladas na agenda dos últimos governos. A série do periódico “The Lancet” sobre “A Saúde no Brasil”, publicada em 2011, apontou que:

Entre 1991 e 2008, o Produto Interno Bruto brasileiro duplicou e seu coeficiente de Gini caiu em 15%, passando de 0,637 para 0,547, embora ainda esteja entre os maiores do mundo. O índice de pobreza diminuiu de 68% em 1970 para 31% em 2008 – essa melhoria pode ser atribuída a uma combinação de políticas sociais, como o sistema de seguridade social, o programa de transferência condicionada de renda chamada Bolsa Família (que, em 2008, distribuiu R\$ 13 bilhões – cerca de US\$ 7,2 bilhões – entre 10,5 milhões de famílias) e aumentos no salário-mínimo (p. 1779).

As mudanças possibilitam também que uma parcela maior da população tivesse acesso aos serviços de base como saneamento básico, eletricidade, água potável e tecnologia da informação.

Em 1970, apenas 33% dos domicílios tinham água encanada, 17% possuíam saneamento básico e menos da metade tinha eletricidade. Em 2007, 93% dos domicílios dispunham de água encanada, 60% tinham acesso a serviço de esgoto e a maioria, a eletricidade. A posse de bens de consumo também aumentou; em 2008, mais de 90% dos domicílios possuíam um refrigerador e um aparelho de televisão, 75% tinham telefones celulares, 32% tinham um computador pessoal e 80% dos brasileiros com 15 anos. (The Lancet, 2011 p. 1779)

A educação também esteve no centro das grandes mudanças dos últimos anos no Brasil. A luta contra a pobreza e as inequidades sociais passa necessariamente por um acesso universal a uma educação de qualidade. Assim, “a taxa de analfabetismo na população de 15 e mais anos de idade apresentou uma redução de 20%, entre 2001 e 2008” (BRASIL, 2007, p. 30). O aumento do nível educacional ajudou muito na queda da taxa de fecundidade, de prevenção de doenças transmissíveis e outros agravos decorrentes dos mesmos.

Outro desafio social do Brasil foi a redução do desemprego. Na segunda metade do primeiro decênio deste século a tendência do desemprego foi de decréscimo. SANTOS (2013, p.?), explica que “[...], a taxa média de desemprego no país foi mais de 12% em 2003 e de menos de 6% em 2011”. A taxa de desemprego no Brasil era uma das maiores do mundo em 2003 e uma das menores em 2011 (*op. cit.*). O fato teve uma repercussão inegável sobre as desigualdades sociais.

Ao respeito, na obra “Atlas da exclusão social no Brasil” os autores expressam que “concomitante com a maior expansão econômica houve uma redistribuição da renda, sobretudo na base da pirâmide social, bem como a elevação da participação do rendimento do trabalho na renda nacional” (GUERRA *et al.*, 2014, p. 23). Apesar de que, nos últimos anos, a taxa voltou a subir afetando, sobretudo os jovens adultos, situação decorrente da crise política que vive o Brasil.

A redução da pobreza foi um elemento constante nas políticas públicas dos últimos governos, pois conseguiu tirar da pobreza “28 milhões de brasileiros na pobreza e levar 38 milhões para a classe média” (BRASIL, 2011).

A despeito desses esforços nos últimos, o “gigante Sul Americano” situa-se entre os países com grande desigualdade social com ainda não muito tempo atrás “16,2 milhões de pessoas vivendo na extrema pobreza” (BRASIL, 2011). Essa situação foi bem apontada por DA SILVA e FURTADO (2014, p.2) ao dizerem que “apesar de alguns progressos, o Brasil continua a conviver com contrastes que justificaram ser chamado, em 1974, de Belíndia, e, em 2014, de Italordânia, pela Revista *The Economist*, misturando, neste último caso, a parte rica com PIB *per capita* próximo ao da Itália com a mais pobre com PIB próximo ao da Jordânia.”

Então, a despeito de seu desenvolvimento vertiginoso, o Brasil foi incapaz de forma cabal de caçar seus “velhos demônios” representados pela desigualdade social, inacessibilidade à saúde, pobreza, entre outros problemas.

Em 2015/2016, o Brasil atravessou uma crise econômica e política peculiar. Há potencial retrocesso em alguns direitos adquiridos pelas mobilizações sociais. A realidade econômica de hoje traz a saudade dos tempos de opulência - é a época das vacas magras e de políticas de austeridade, de cortes em alguns programas sociais e de aumento sustentado da taxa de desemprego.

5.2.4 Perfil de saúde do Brasil

Uma das maiores conquistas do Brasil no último quarto do século XX foi o Sistema Único de Saúde (SUS), decorrente de várias lutas sociais. Antes da Constituição Federal de 1988, consagrando a saúde como um direito da população brasileira, o perfil epidemiológico foi dominado pelas doenças infecciosas e transmissíveis tais como a febre amarela, varíola, tuberculose, sífilis e endemias rurais.

Em 1930, as doenças infecto-parasitárias foram responsáveis por 46% do total de óbitos, valor com considerável declínio quando comparado a 1985, que representou 7%. Entretanto, ao analisarmos a situação em relação aos óbitos por doenças cardiovasculares, em 1930 representaram 12% e em 1985, 33% dos óbitos totais. Neoplasias e mortes por causas externas tiveram aumento proporcional de 3% para 12% (PRATA, 1992, p. 170).

O progresso econômico do Brasil, julgado pela redução das desigualdades sociais, permitiu o acréscimo do poder aquisitivo das famílias, o acesso à informação e melhor educação que provocou mudanças substanciais nas condições de vida da população e entrada em uma transição epidemiológica. Os avanços econômicos e sociais no Brasil mexeram muito em alguns determinantes sociais do estado de saúde da população. Ocorreu, segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), (BRASIL, CONASS, 2011, p. 21), um “incremento expressivo no acesso a rede geral de instalação sanitária, a rede geral de água, a coleta de lixo, a escolaridade de boa qualidade e a redução da pobreza extrema.”

O cenário epidemiológico foi se transformando com o ritmo das mudanças econômicas e sociais. Para corroborar esse ponto de vista, o CONASS acrescentou que houve uma “queda importante da fecundidade, aliada ao grande incremento da expectativa de vida, aumento da relevância das doenças crônicas não transmissíveis e das causas externas são manifestações contemporâneas dessas mudanças” (BRASIL, CONASS, 2011, p. 20).

Os problemas de saúde foram mudando ao longo dos tempos e a realidade sócio-sanitária melhorada. A busca da universalidade do SUS foi uma constante.

Nos primeiros momentos, houve predominância das doenças da pobreza para logo depois aparecerem as doenças da modernidade. Assim, as transformações no âmbito social e econômico trouxeram mudanças notáveis no perfil epidemiológico do Brasil.

Segundo dados do Ministério da Saúde, “o perfil de morbidade da população brasileira é caracterizado pela crescente prevalência e incidência de doenças crônicas não transmissíveis, pela persistência de doenças como emergentes e reemergentes, bem como pela alta carga de acidentes e violências” (BRASIL, 2011, p.14).

A maioria dos dados apresentados aqui são oriundos do livro “Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas”, publicado em 2015, que fornece um panorama do cenário epidemiológico.

- A taxa de fecundidade total (TFT) teve uma estabilização de 1,67 filho/mulher, entre 2010 e 2013. Existem algumas diferenças entre as regiões Nordeste e Sul, mas a tendência é a queda em todo o país;
- A taxa de mortalidade infantil entre 1990 e 2010 passou de 47,1 a 16/1.000 nascidos vivos (NVs). A partir de 2010, a queda tem sido mais lenta alcançando, em 2013, 14,5/1.000 NVs, com uma concentração maior no componente neonatal precoce;
- No ano de 2013 foram registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) 1.210.474 óbitos para o Brasil. A taxa de mortalidade geral padronizada (TMGp), em 2013, atingiu o valor de 5,7 por 1.000 habitantes. A TMGp do sexo masculino foi 1,6 vezes maior que a do sexo feminino. Dos três grandes grupos de doenças da OMS, as doenças não transmissíveis representaram 72,8% do total e as causas externas, 13,3%. Considerando as causas específicas de morte, no Brasil, as cinco principais em 2013 foram: doenças cerebrovasculares (DCV), infarto agudo do miocárdio (IAM), pneumonias, diabetes e homicídios. O perfil de mortalidade segundo sexo se manteve diferente: nas mulheres continuam predominando as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e, nos homens, duas causas externas – homicídios e acidentes de transporte terrestre (ATT);

- Com respeito às doenças transmissíveis no grupo de “doença com potencial epidêmico”, a dengue teve em 2014 uma incidência de 291,5 casos por 100 mil habitantes. No caso da febre maculosa brasileira entre 2007 a 2014 foram notificados 14.164 casos suspeitos dos quais 7,21% (1.022) confirmados, a raiva humana e canina teve uma queda drástica entre 2000 e 2014, apenas 178 casos de raiva humana foram notificados, do seu lado a transmissão vetorial da doença de chagas foi interrompida;
- Em 2015, foram notificados 38.332 casos prováveis de febre de chikungunya (taxa de incidência de 18,7 casos/100 mil hab.), dos quais 13.236 foram confirmados;
- Em 2016, até a semana epidemiológica 16, foram notificados 120.161 casos prováveis de febre pelo vírus Zika no país (taxa de incidência de 58,8 casos/100 mil hab.), distribuídos em 1.605 municípios, dos quais 39.993 foram confirmados;
- As doenças preveníveis por vacinas são doenças controladas no Brasil devido a uma ampla cobertura vacinal. A poliomielite e a rubéola são doenças com transmissão interrompida. Todavia, ocasionalmente doenças como coqueluche e sarampo apresentam esporadicamente algum surto. Os últimos casos de sarampos foram casos importados.
- Entre 2011 e maio de 2015 foram notificados mais de 15 milhões de casos de Doenças Diarreicas Agudas (DDA);
- O grupo de doenças decorrentes ou perpetuadora da pobreza são alvos de ações coordenadas para sua eliminação no Brasil. Obviamente, doenças como a hanseníase, cuja prevalência em 2013 foi de 1,42/10 mil habitantes (equivalente a 28.485 indivíduos em tratamento), denota a situação de desigualdade que vive ainda o Brasil. O tracoma é ainda outro problema de saúde que o Brasil está investindo muito esforço para a eliminação da cegueira decorrente, tendo sido notificados em 2014 30.927 casos, detectados entre 680.218 pessoas examinadas em 544 municípios, de 23 unidades federadas (UFs). A filariose linfática e a oncocercose estão em fase de eliminação e pre-eliminação respectivamente. Outros desafios para o Brasil são a malária e a tuberculose tendo sido, com respeito à última, diagnosticados 72 mil novos casos de 2005 a 2014;

- No Brasil, estimaram-se aproximadamente 734 mil pessoas vivendo com HIV/Aids no ano de 2014, correspondendo a uma prevalência de 0,4%. Em 2013, a mortalidade por AIDS foi 5,7 por cada 100 mil habitantes. Segundo o último estudo feito no Brasil, a prevalência da sífilis em gestantes foi 0,85% entre 2010-2011 e com relação à sífilis congênita em 2013, atingiu a 4,7 casos por 1.000 nascidos vivos. Em 2014 foram diagnosticados cerca de 6.000 e 18.000 casos de hepatite A e C respectivamente enquanto a Hepatite B em 2012 acumulou aproximadamente 10 mil casos;
- Em 2013, morreram 151.683 pessoas por causas externas no Brasil, com taxa de mortalidade de 75,5 óbitos por 100 mil habitantes (26,4 óbitos por 100 mil mulheres; 125,5 óbitos por 100 mil homens). Neste mesmo ano, ocorreram 56.214 mortes por homicídios, 37,8% do total de óbitos por causas externas e a taxa de mortalidade foi de 28,1 mortes por 100 mil habitantes.

5.2.5 O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil

Nesta seção, será abordado o Sistema Único de Saúde que engloba tanto serviços próprios do subsetor público quanto serviços contratados do subsetor privado.

O sistema de saúde brasileiro pode ser subdividido em pelo menos quatro grandes grupos a partir do seu financiamento: (i) o Sistema Único de Saúde, de acesso universal, gratuito e financiado com recursos públicos (impostos e contribuições); (ii) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores; (iii) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares, de acesso restrito a essas clientelas, financiado com recursos públicos e dos próprios servidores – junto com o anterior forma os chamados sistemas de “clientela fechada”; e (iv) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato ou *out-of-pocket* (RIBEIRO *et al.*, 2004 *apud* MENEZES *et al.*, 2006, p. 313).

5.2.5.1 Aspectos gerais

Em 1988, no Brasil, foi aprovada a “Constituição Cidadã” que estabeleceu a saúde como “direito de todos e dever do Estado” e apresenta, como pontos básicos, que as necessidades individuais e coletivas são consideradas de relevância pública e o atendimento um dever do Estado. A assistência médico-sanitária integral passou a ter caráter universal e destinar-se a assegurar a todos o acesso aos serviços.

A Constituição Federal de 1988 definiu que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede hierarquizada e regionalizada e constituem um “sistema único” organizado com base nas diretrizes de (i) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; (ii) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e (iii) participação da comunidade. Estabelece, ainda, que o custeio desse sistema deverá ser essencialmente com recursos da União, dos estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (REIS *et al.*, 2006).

Por isso que “o Sistema Único de Saúde (SUS) é, reconhecidamente, uma das maiores conquistas do povo brasileiro nos últimos 22 anos, por revelar-se a política pública mais incluyente desde então (CONASS, 2011, p. 7)”. O SUS é um legado das lutas sociais da era democrática. É também a garantia de um dos direitos fundamentais da população brasileira. O Sistema Único de Saúde do Brasil foi estabelecido pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, inspirada na Constituição Federal do Brasil que consagra a “saúde como direito de todos e dever do Estado.” No seu art. 2º dessa lei “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.”

O conceito de unicidade do termo “único” do sistema de saúde preconizado na legislação não deve ser entendido como forma única de organização em todo o território nacional. É preciso levar em consideração as enormes desigualdades identificadas no país, sejam elas de natureza cultural, econômica ou social. (...) A expressão “único” que consta na Constituição e na Lei 8.080/90 deve ser entendida como um conjunto de elementos de natureza doutrinária ou organizacional, comuns aos diversos modelos ou sistemas de saúde existentes ou que possam vir a existir. Do ponto de vista doutrinário, englobaria a universalidade, a equidade e a integralidade e, do ponto de vista organizacional, a descentralização, a regionalização e o controle social (BRASIL, 1993).

De acordo com o artigo 200 da Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde tem como funções:

- (i) Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- (ii) Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- (iii) Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- (iv) Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- (v) Incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
- (vi) Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- (vii) Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- (viii) Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

5.2.5.2 Doutrina e princípios do SUS

O SUS é norteado por um conjunto de princípios e doutrinas que de forma geral é impregnado em cada ação ou serviços que no sistema se leva a cabo. As doutrinas e os princípios podem ser encontrados no livro do Ministério da Saúde denominado “ABC do SUS – Doutrinas e Princípios”, publicado em Brasília em 1990. A continuação as diferentes explicações dos princípios e doutrinas do SUS tirados do livro citado anteriormente.

As bases do sistema são as seguintes:

Universalidade: É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal.

Equidade: É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.

Integralidade: É o reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; e as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

Regionalização e hierarquização: Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos em uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços de oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas). O acesso da população à rede de serviços de saúde deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Resolubilidade: É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

Descentralização: É entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob a responsabilidade do governo estadual, e, o que for

de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Buscou-se uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde - é o que se chama municipalização da saúde. Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos.

Participação dos cidadãos: É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve dar-se nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Outra forma de participação são as Conferências de Saúde, periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde.

5.2.5.3 Organização do sistema

O SUS no geral tem uma estrutura complexa, resultante de uma mistura público-privado. O usuário pode usar os serviços contratados do setor privado pelo SUS ou do próprio setor público. O modelo do sistema público de saúde brasileiro é centrado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade. Isto denota que se estrutura em níveis de maior ou menor complexidade de ações e serviços de saúde, conforme dispõem, ainda, os arts. 8º e 7º, I, da Lei 8.080/90.

Nesse sentido, o modelo de atenção à saúde, que se centra em níveis de complexidade dos serviços, deve ser estruturado pela atenção básica, principal porta de entrada no sistema, a qual deve ser a sua ordenadora. A hierarquização se compõe da atenção primária ou básica; atenção secundária e terciária ou de média e alta complexidade (ou densidade tecnológica) (SANTOS, 2011).

A organização dos serviços de saúde à população é dividida em três níveis de complexidade: atenção básica ou baixa complexidade, média complexidade e alta complexidade. Todos os níveis têm atendimentos específicos.

Atendimento primário: A atenção básica são os serviços oferecidos por unidades básicas de saúde (UBS). O usuário deve procurar esse atendimento, que

serve de porta de entrada para o sistema de saúde, para que seja classificado o tipo de assistência necessária.

Atendimento secundário: O atendimento secundário ou de média complexidade atende casos de urgência e de emergência. Nesse tipo de atenção, enquadra-se o atendimento de clínicas médicas, pediátricas, consultas ambulatoriais eletivas e de especialidades e se necessário, é referenciado para atender serviços de alta complexidade.

Atendimento terciário: A atenção terciária ou de alta complexidade atende os casos mais graves, incluindo internações, cirurgias, partos de risco, especialidades e assistência em unidade de terapia intensiva (UTI).

5.2.5.4 Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil

O sistema de saúde brasileiro é financiado por meio de impostos gerais, contribuições sociais (impostos para programas sociais específicos), desembolso direto e gastos dos empregadores com saúde. Especificamente quanto ao financiamento do SUS, tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal (The LANCET, 2011).

Como o subsetor público deve ser acessível a todos os brasileiros sem distinção, seu financiamento é feito pelo poder público com recursos das três esferas do governo: União, Estado e Municípios. Na União, conta com recursos do orçamento da seguridade social e nos Estados e Municípios recursos próprios (impostos estaduais e municipais) e as transferências da União principalmente as referentes aos Fundos de Participações dos Estados (FPE) e aos dos Municípios (FPM). Também os recursos públicos servem para aquisição de serviços de saúde no setor privado.

O orçamento da seguridade social destina ao SUS os recursos necessários, previsto em proposta elaborada pela direção nacional, tendo em vista as metas estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, bem como de outras fontes como ajudas, contribuições, doações alienações patrimoniais, rendimentos de capital,

taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados pelo SUS, e rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais. Já

o subsistema privado de saúde se imbrica com o setor público oferecendo serviços terceirizados pelo SUS, serviços hospitalares e ambulatoriais pagos por desembolso direto, medicamentos e planos e seguros de saúde privados. Parte dessa oferta é financiada pelo SUS e o restante, por fontes privadas.” (The LANCET, 2011, p.20)

Cada esfera de governo está obrigada a destinar um percentual de recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços do SUS, sendo nos estados 12% da arrecadação própria mais as transferências do Fundo de Participação dos Estados, nos municípios 15% da arrecadação própria mais as transferências do Fundo de Participação dos Municípios conforme disposto em Lei Complementar específica. Na União, até 2015, a correção se dava pela variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior quando uma emenda constitucional vinculou a percentual da receita corrente líquida e outra limitou os reajustes posteriores à variação da inflação.

Considerando-se que o montante de recursos para o financiamento conta a participação majoritária da União (cerca de 55%), o SUS exige um sistema de transferências entre as esferas de governo, consubstanciado pelos Fundos de Saúde (Nacional, Estadual e Municipal), espécies de contas que vinculam os recursos disponíveis ao setor de modo a dificultar sua aplicação em outras áreas da administração” (USP, Faculdade de Medicina, 2011, p.12).

A Lei 8.080/90 no seu art. 36 define os fundamentos da administração do SUS e estipula que

o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

A legislação segue definindo a importância dos planos de saúde no processo de planejamento do SUS ao afirmar que “Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.”

Para receberem os recursos financeiros para a saúde, os municípios, estados e Distrito Federal (DF) devem contar com:

- Fundo de saúde;
- Conselho de saúde;
- Plano de saúde;
- Relatórios de Gestão;
- Contrapartida dos recursos para a saúde no respectivo orçamento; e
- Comissão para elaboração do plano carreira, cargos e salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos a sua implantação.

5.2.5.5 Estruturas de gestão do SUS

A gestão do SUS tem um caráter descentralizado, referindo-se a cada um dos entes da federação (União, Estado, municípios). A articulação entre o político e o administrativo permite manter a funcionalidade do sistema. No âmbito nacional, a gestão é representada pelo Ministério da Saúde, a nível estadual a máxima autoridade é a Secretaria Estadual de Saúde e nos municípios é a Secretaria Municipal de Saúde. Também na gestão do SUS, a comunidade participa por meio dos conselhos que constituem uma instância de controle social.

A matriz gerencial do SUS permite a coexistência do nível técnico e político com mecanismos de participação direta. Ela é constituída por três instâncias: instituição gestora, comissões interinstitucionais e os colegiados participativos. As instituições gestoras são os organismos encarregados de apresentar as soluções técnicas para a efetivação das políticas de saúde, além de exercer as atividades de gestão, planejamento, controle e avaliação do sistema em seu âmbito de competência.

As comissões intergestores são espaços em que as esferas de governo realizam os pactos para a operacionalização do sistema, ou seja, representam um arranjo para enfrentar as dificuldades advindas do modelo federativo. São compostas por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Nacionais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e deliberam sobre assuntos técnicos e políticos diversos, tais como a definição dos tetos financeiros de repasse para cada Estado e a habilitação de estados e municípios nas Modalidades de Gestão (USP, Faculdade de Medicina, 2011).

Figura 7: Estruturas de gestão do SUS



Fonte: SOUZA, (2002, p.36)

Essas estruturas políticas representam grande inovação na governança em saúde no Brasil, pois permitiram que maior número e variedade de atores participassem do processo de tomada de decisão e definiram áreas de responsabilidade institucional com mais clareza que no passado, assegurando que cada nível de governo apoiasse a implementação da política nacional de saúde (The LANCET, 2011).

5.2.5.6 Plano Nacional de Saúde (2012-2015)

No Brasil, para compactuar e alinhar todos os interesses no âmbito da saúde e também encarar as diversas problemáticas, o planejamento no SUS apresenta-se como pedra angular no atingimento dos objetivos. As apostas do SUS são enormes e suas ambições parecem, para alguns setores da sociedade brasileira, utópicas. Então, para os gestores do SUS, antecipar o futuro é uma tarefa árdua, mas obrigatória frente à necessidade de manter os alcances e vencer os desafios. A busca da maximização dos resultados com os poucos recursos financeiros dispostos deve ser um constante nas ações executadas.

Cabe ressaltar, no que tange aos orçamentos públicos, que a administração pública do Brasil conta com três instrumentos: (i) o Plano Plurianual – PPA; (ii) a Lei

de Diretrizes Orçamentárias - LDO; e (ii) e a Lei Orçamentária Anual - LOA. É importante conhecer a existência desses instrumentos, pois todo o planejamento em qualquer área da administração pública dependerá deles. O PPA, com vigência de quatro anos, tem como função estabelecer as diretrizes, objetivos e metas de médio prazo da administração pública. A LDO enuncia as políticas públicas e respectivas prioridades para o exercício seguinte. Por último, o objetivo da LOA é estimar a receita e fixar a programação das despesas para o exercício financeiro (BRASIL, 2016).

O pivô na elaboração dos instrumentos é o Poder Executivo segundo informação do sitio na internet da Câmara dos Deputados que aponta que “todas as leis orçamentárias são de iniciativa do Poder Executivo que as envia, sob a forma de proposta, para apreciação e aprovação do Poder Legislativo. Cabe ao Chefe do Poder Executivo sancioná-las e executá-las. Compete ao Poder Legislativo acompanhar e fiscalizar sua execução (BRASIL, 2016).”

Então,

... os órgãos da saúde (Ministério e Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde) necessariamente deveriam realizar seu planejamento para a definição das despesas de custeio e de capital, na conjuntura global dos demais órgãos da administração em cada esfera de governo. Explicita-se aí a importância do planejamento e da existência de instrumentos que contemplem o conjunto de objetivos e metas estabelecidas para orientar a alocação dos recursos públicos (VIEIRA, 2009, p.1567).

O planejamento no SUS é um processo ascendente que implica forte participação cidadã. De fato, no âmbito do SUS o planejamento incumbe às três esferas do governo. De modo mais claro, “o Plano de Saúde é um instrumento de gestão que consolida, em cada esfera de governo, o processo de planejamento na área da saúde para um período de quatro anos, compondo a base das atividades e da programação de cada nível de gestão do SUS”. Mas aqui vamos abordar apenas o Plano Nacional de Saúde (PNS). O PNS em questão é o do período 2012-2015.

O PNS como instrumento de gestão tem como

...função principal orientar e estruturar as linhas de atuação programáticas que serão entregues à população na forma de ações e serviços de Saúde (BRASIL, 2013, p.18).

No Brasil os planos de saúde tem uma vigência quadrienal. O processo de elaboração do plano atual iniciou-se

em fevereiro de 2011, quando foram aprovadas, pelo Colegiado de Gestão do Ministério da Saúde, o cronograma e as etapas de sua montagem, desde a análise da situação de saúde brasileira até a formulação das propostas de ação (BRASIL, 2013, p.9).

Até sua aprovação em 2011 pelo Conselho Nacional de Saúde, a intensa participação social foi marcante. Além disso, a bidirecionalidade foi garantida através de diálogo com os níveis subnacionais (Estados e Municípios).

Outra fase importante com que se articulou a elaboração do PNS foi o processo de alinhamento com o Plano Plurianual (instrumento de gestão do Governo federal). O mesmo que se conhece como compatibilização aponta a integração entre as funções administrativas do planejamento e orçamento federal (BRASIL, 2013).

6. As Funções Essenciais de Saúde Pública nos Planos Nacionais de Saúde do Haiti e do Brasil

Neste capítulo, serão apresentados os resultados das comparações das Funções Essenciais de Saúde Pública entre os Planos Nacionais de Saúde do Brasil e do Haiti segundo cada função.

Planejar de modo geral sempre foi uma preocupação humana. De um lado, por uma necessidade de gestão eficaz do tempo, e de outro, uma obsessão com a eficiência nos resultados e de não deixar nada ao azar. No contexto de saúde pública, o termo planejamento tem ainda um peso maior por lidar com a vida humana e do coletivo respectivamente.

Neste mesmo sentido e de maneira mais explícita, um editorial da Revista de Saúde Pública cita um grupo de peritos da Organização Pan-americana de Saúde que definiu a finalidade do planejamento como "racionalizar as atividades..., submeter ao cálculo o que antes se deixava ao sabor do acaso, organizar o que não estava organizado e substituir adaptações espontâneas pela intervenção deliberada".

Os planos nacionais de saúde são considerados instrumentos fundamentais na área de planejamento em saúde. Para TEXEIRA, VILASBÔAS, JESUS (2010, p. 51), o Plano é um:

...documento que resulta de um processo que contempla a realização da Análise da situação de saúde da população e do sistema de saúde, seguido dos Objetivos correspondentes a cada Problema identificado e priorizado e dos Módulos operacionais a estes vinculados para serem desenvolvidos pelos órgãos responsáveis em cada uma das instituições gestoras.

O nosso trabalho baseia-se em dois documentos oficiais fundamentalmente que são os planos nacionais de saúde.

Então, consideramos utópico iniciar uma análise dos documentos sem antes uma breve apresentação física, estrutural e organizacional dos mesmos.

Para o Haiti, chama-se de Plano Diretor de Saúde (PDS), e no caso do Brasil, Plano Nacional de Saúde (PNS).

O PDS do Haiti é um documento escrito em língua francesa e disponível no site do *Ministère de la Santé Publique et de la Population* (MSPP). A versão utilizada para o fim deste trabalho é a eletrônica. O PDS apresenta 163 páginas, sem contar os elementos pré-textuais.

O plano é estruturado em quatro partes:

- (i) Análise situacional do Setor da Saúde
- (ii) Orientações da Política Nacional de Saúde de 2012
- (iii) Plano Diretor de Saúde 2012-2022
- (iv) Implementação, monitoramento e avaliação do Plano Diretor de Saúde.

As partes são subdivididas em capítulos, exceto a terceira parte que é dividida primeiramente em seção e logo em capítulo. O plano no consta de anexo e, além disto, segundo as pesquisas feitas não existe outra versão sobre outro nome.

O Brasil apresentou um documento mais condensado, em língua portuguesa, de 108 páginas, com a ressalva dos anexos, referências e elementos pré-textuais. Decorrentes de debates construtivos com cunho técnico e político, o PNS 2012-2015 foi dividido em duas partes. A primeira aborda as condições de saúde da população brasileira, o acesso às ações e serviços e questões estratégicas para a gestão do SUS, enquanto a segunda parte aponta as diretrizes e metas a serem alcançadas (BRASIL, 2013). O PNS foi aprovado contendo em seus objetivos 16 diretrizes, 111 metas e 29 indicadores.

6.1 Função Essencial nº 1: Monitoramento e Análise da situação de saúde da população.

O monitoramento e a “Análise da Situação de Saúde” (ASIS) da população como FESP é considerada um instrumento valioso de gestão e de planejamento. Atualmente, não se concebe projetar os grandes eixos norteadores de um sistema de saúde sem previamente contextualizar a situação de saúde da população nem monitorar as ações previstas. A análise da situação é vista como uma foto, um retrato de um determinado momento, que mobiliza e convida a tomar ação. Embora a analogia com o ato de fotografar possa parecer simplista, evoca-se a foto como uma obra de arte que passa por um longo processo criação.

De uma maneira mais formal, a ASIS tem como objetivo “produzir informação e conhecimento útil para orientar a ação em saúde coletiva” (BRASIL, 2015, p.10). A informação gerada ao longo deste processo permite o monitoramento da saúde da população, constante atualização e melhor identificação das necessidades em saúde visto que o fim último da ASIS

é influenciar o processo decisório, auxiliando na priorização, na formulação e na avaliação das políticas de saúde. Ela pode, então, ser entendida como um dos instrumentos da saúde coletiva baseada em evidências (SCBE) em um movimento espiralar de ação, produção de dados, informações, conhecimento e sua interferência para a modificação da ação (BRASIL, 2015, p.11).

A FESP nº 1 é composta por um conjunto de componentes listados em anexo e é considerada um atributo inerente aos sistemas de saúde pública. Cada país, segundo o nível de consolidação de seu sistema de saúde, aborda-a de forma diferente ou de acordo com um grau de importância diferente no seu processo de planejamento estratégico.

O Brasil, por questão de diferença evidente em relação ao Haiti no que diz respeito à tradição de planejamento e certo grau de descentralização e autonomia dos entes descentralizados, não priorizou a ASIS no PNS 2012-2015. Enfatizou muito mais ações para a diminuição das desigualdades sociais, com ações estratégicas para atingir aos grupos mais vulneráveis, privilegiando a intersetorialidade. Para tanto

O MS participará de ações intersetoriais para geração de renda e moradia, em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o Ministério das Cidades. Com o Ministério do Trabalho e Emprego, atuará na constituição de projetos de geração de renda e economia solidária e as iniciativas para reinserção social (BRASIL, PNS, 2011).

Não obstante, uma ação de saúde relativa à FESP nº 1 que foi tratada no PNS 2012-2015 correspondeu ao objetivo de melhorar a interpretação de dados e a tomada de decisão com base no sistema de informação em saúde e comunicação. O MS se comprometeu a desenvolver e a consolidar a gestão da informação do SUS, “para propiciar transparência e subsidiar a tomada de decisão, envolvendo, entre outros, o aprimoramento da coleta e do tratamento dos dados relativos ao quesito raça/cor em todos os instrumentos adotados pelos serviços do SUS, tanto próprios, quanto conveniados ou contratados” (BRASIL, 2011).

Para o Haiti, a ASIS como ação sistemática é algo novo no sistema de saúde. A elaboração do “*Plan Directeur de Santé (PDS)*” constituiu um passo importante na direção de uma cultura de administração e gestão diferentes. A intervenção de múltiplas ONGs na área da saúde, sem convergência das ações, enfraquece a autoridade do Ministério da Saúde. Por isso, o plano haitiano dedica um capítulo ao “reforço da liderança e da governança” do MSPP em que uma das principais preocupações é “a identificação das necessidades em saúde da população e das desigualdades relativas aos serviços e cuidados em saúde, e outros serviços essenciais afins” (tradução livre⁶).

As informações coletadas pelas unidades de saúde, tanto privadas quanto públicas, durante muito tempo costumavam ser encaminhadas por “mensageiros”. Essa situação dificultou em muito a análise e a interpretação tempestiva das informações em saúde. Nas projeções para os próximos dez anos, o MSPP indicou como vital para o setor da saúde dispor de um Sistema Nacional, Único, de Informações para a Saúde que denominará SISNU. Com o SISNU, o objetivo do MSPP é assegurar em âmbito nacional “Produzir e disponibilizar dados e informações sanitárias oportunas e confiáveis a todos os níveis do sistema de saúde” (tradução livre do autor). Segundo expectativa correspondente a FESP nº 1, o MSPP utilizará as informações geradas a partir do SISNU para a “produção sistematizada

⁶« Identification des besoins en santé de la population et des iniquités par rapport aux services et soins de santé et autres services essentiels liés à la santé(HAITI, 2013, p.43) ».

de mapa sanitário, a publicação de anuário estadístico anual e a análise da situação de saúde”.

O uso dos indicadores para a análise da situação da saúde é fundamental no diz respeito ao *Plan Directeur de Santé 2012-2022* que “tem em conta os indicadores de que norteiam o modelo de prestação de serviços e de cuidados escolhido na construção do sistema de informação com o objetivo de atualizar sistematicamente o mapa sanitário”. Na mesma ordem de ideias, o plano estabelece a intenção de a Autoridade Sanitária de seguir produzindo enquetes sobre mortalidade, morbidade e utilização de serviços (EMMUS), únicas desse tipo no Haiti.

O Brasil e o Haiti não priorizaram a FESP nº 1 da mesma forma, como já mencionado anteriormente, por uma questão de prioridades e grau de consolidação dos respectivos sistemas de saúde no que diz respeito ao monitoramento e à análise da situação de saúde. A grande semelhança é o uso da ASIS para a identificação e diminuição da desigualdade no acesso a serviços de saúde e um enfoque mais aos mais vulneráveis.

Os grupos ditos minoritários mais vulneráveis são os que mais sofrem desta situação no Brasil porque «as populações negras, indígenas, mulheres e LGBTs podem se deparar com um tratamento menos preparado e até mesmo preconceituoso ao chegar no sistema de saúde – tanto público, quanto privado» (UFSC, 2016). O PNS atribui uma atenção especial a tais grupos.

No Haiti, as causas das desigualdades nem sempre têm relação com as etnias ou a raça, mas são barreiras decorrentes das dificuldades econômicas e geográficas, entre outras, que obstaculizam o acesso a cuidados de saúde. Por outro lado, também o uso da intersetorialidade se assemelha nos dois planos. Em ambos os casos serve para acrescentar recursos e diversificar as fontes.

As metas identificadas no PNS do Brasil não são específicas da ASIS já que a FESP nº 1 vem sendo objeto da publicação *Saúde Brasil*, com frequência anual, que esboça um panorama geral da saúde no Brasil. Desta forma “a publicação tem cumprido o papel de divulgar conteúdos técnicos sobre a situação e tendências dos principais indicadores de saúde no Brasil, e de fortalecer a tomada de decisão baseada em evidências no âmbito de nossas instituições de saúde” (OPAS, 2014).

Ainda assim, é importante ressaltar que existem metas para as ações previstas no plano e que se relacionam com a FESP nº 1.

O Haiti considera como prioritário o desenvolvimento de parcerias com outros setores para poder explorar ao máximo os recursos e almeja atingir 50% das parcerias no triênio 2013-16 para alcançar 100% no triênio 2019-2022. Não foi determinada meta alguma para reforço do Sistema de informação embora seu objetivo seja conseguir que 100% das Unidades Distritais de Saúde atinjam o uso do sistema de informação padronizado. Outra meta do MSP almeja alcançar que 90% das decisões tomadas sejam baseadas nos dados geados pelo Sistema de Informação em Saúde (SIS) (HAITI, MSPP, 2013).

6.2 Função Essencial nº 2: Vigilância de saúde pública, investigação e controle de riscos e danos na saúde pública.

Abordar a vigilância em saúde no contexto de planejamento é fundamental. A área de vigilância em saúde pública é vital, quando consideramos o tema abordado nesta dissertação. Nas FESP's, no que diz respeito a «vigilância em saúde pública», o assunto é colocado juntamente com «investigação e controle de riscos e danos na saúde pública» com o objetivo de que as ações sejam realmente transformadoras de práticas. O caráter dinâmico da vigilância em saúde pública permite sua adaptação a diversos campos da saúde coletiva; desde a vigilância epidemiológica até a vigilância sanitária passando pela promoção a saúde, a vigilância da situação de saúde, vigilância em saúde ambiental, vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária.

FLORES *et al.* (2015) apontam que

a vigilância em saúde (VS) constitui um processo contínuo sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção de saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças bem como para a promoção da saúde (p.923).

A fim de melhorar a prática da saúde pública, as autoridades nacionais de saúde deveriam enfatizar a FESP relativa a vigilância em saúde pública nos seus planos de saúde. O destaque contribuirá, tal como foi apontado em documento da OPAS sobre o tema, para «melhorar a saúde e qualidade de vida, reduzir a desigualdade no acesso a saúde, salvaguardar a saúde da população e reduzir o fardo da doença».

A situação da vigilância nos dois países é bem diferente, revelando as dicotomias no nível do planejamento tanto em um quanto no outro. No Haiti, a sistematização das ações de vigilância é ainda embrionária, ainda que exista um Sistema de Informação Sanitária (SIS) desde os anos 1980, mas com um desempenho medíocre (MSPP, 2013).

A mesma fonte citada anteriormente aborda um pouco os diferentes problemas relativos ao sistema de vigilância no Haiti. Então, para o MSPP

... os problemas são evidentes tanto na organização do sistema de vigilância epidemiológica quanto no seu funcionamento: os dados são recolhidos principalmente através de postos sentinela que carecem de representatividade, cobertura geográfica e integridade; a análise de dados não é feita de forma sistemática; a investigação, a confirmação e a validação dos dados são insuficientes. A retroalimentação das informações é muito carente especialmente no nível periférico ainda que bastante regular ao nível central (Tradução do autor)(MSPP, 2016, p.8)

Do outro lado, no Brasil, fora dos consideráveis avanços no setor da vigilância, ARREAZA e MORAES (2010 *apud* OLIVIERA e CRUZ, 2015)

ressaltam a necessidade de formulação de abordagens metodológicas alternativas e mais abrangentes, capazes de gerar reflexão acerca da sustentabilidade do modelo de VS no País. No entanto, ainda imperam limites ao espaço de autonomia dos entes federativos no Brasil, perpetuando um excesso de verticalidade nos programas e decisões, o que dificulta mudanças em direção à integração das vigilâncias na perspectiva da democratização das práticas de saúde.

Na sequência, será ressaltado como foi pautada, nos documentos de planejamento nos dois países (Brasil e Haiti), a questão relacionada com a vigilância em saúde tal como foi considerado nas Funções Essenciais da Saúde Pública.

O tema da vigilância é amplamente abordado no PNS 2012-2015 do Brasil, cuja Diretriz 7 foi consagrada completamente às ações a serem implementadas nesta área. A Diretriz 7 pode ser lida da seguinte forma : "Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção da saúde e vigilância" e projeta as ações a serem objetos de atenção, vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, das não transmissíveis e das imunopreveníveis, bem com a capacidade de resposta do País às emergências e desastres; igual será prioridade o fortalecimento da promoção da saúde especificamente a vigilância em saúde ambiental e a implantação da política nacional de saúde do trabalhador.

Em relação às doenças transmissíveis, destacam-se

as ações voltadas ao diagnóstico e tratamento precoce, bem como ao controle e eliminação de agravos, com ênfase na redução do número de óbitos por dengue, na ampliação da taxa de cura da tuberculose, na redução da incidência da malária e da Aids, na eliminação da hanseníase e no diagnóstico precoce das hepatites virais, sem descuidar das demais enfermidades, sejam aquelas negligenciadas – como esquistossomose, filariose, tracoma –, sejam endêmicas, emergentes e reemergentes (BRASIL, 2012).

O Brasil projetou a disponibilidade das tecnologias necessárias para alcançar as metas relativas à vigilância em saúde pública. O fato decorre da situação que a autoridade nacional deve fornecer ou dispor das infraestruturas e tecnologias necessárias para desenvolver trabalho de pesquisa e também potencializar a capacidade de resposta frente uma determinada epidemia ou surto. Primeiramente, foi destacado o “repasse de tecnologia pra monitoramento da infestação por *Aedes aegypti*” e, a seguir, a

implantação do centro de estudos e pesquisas em desastres naturais na Fundação Oswaldo Cruz; a implantação do sistema gerenciador de ambiente laboratorial (GAL) nas unidades do sistema nacional de laboratórios de saúde pública (Sislab),...; a implantação e ampliação de técnicas de biologia molecular para diagnóstico de doenças nos laboratórios centrais de saúde pública (Lacen); a capacitação dessas unidades para realização de análises de qualidade de produtos e insumos de saúde (BRASIL, 2012).

Também foi destaque a vontade manifesta da “eliminação do vírus selvagem da rubéola e da síndrome da rubéola congênita” (BRASIL, 2012). São ações que se encaixam na capacidade do sistema de saúde de controlar as doenças infecciosas. Outras ações previstas no PNS relacionadas com a vigilância são com respeito a vigilância sanitária em que

os esforços serão concentrados na qualificação e expansão das ações de vigilância sanitária, a serem executadas de forma transversal e integrada à política nacional de saúde, com o

objetivo de prevenir e controlar os riscos oriundos da produção, comercialização e uso de bens e serviços mediante o monitoramento do risco sanitário, o controle sanitário, a regulamentação sanitária e a coordenação do sistema nacional de vigilância sanitária. Estarão inseridos nesses esforços o controle sanitário de viajantes, meios de transportes, infraestrutura e prestação de serviços nas áreas portuárias, aeroportuárias, fronteiras e recintos alfandegados (BRASIL, 2012).

Aquele trecho do PNS lança o debate da multidisciplinaridade do setor da vigilância, não apenas com foco sobre as doenças transmissíveis, mas um olhar abrangente sobre os conjuntos de fatores capazes de incidir na saúde da população.

Na era da globalização e tendo o Brasil o objetivo de reafirmar sua posição estratégica de potência econômica na América do Sul, e também por compartilhar fronteiras com a maioria dos países da região, considera-se necessário o estabelecimento de uma relação de cooperação para melhoria da situação de saúde da população.

O PNS aborda o tema da cooperação internacional em saúde na Diretriz 14 que trata da “promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira” (BRASIL, 2012). Particular ênfase foi dada sobre o fortalecimento do sistema de saúde do Haiti, da cooperação técnica internacional em saúde com América Latina, Caribe como também a Comunidade de países de língua portuguesa. De outro lado, acerca do mesmo tema, o Ministério da Saúde prevê o “compartilhamento e divulgação das experiências do SUS, apoiando o seu desenvolvimento” (BRASIL, 2012).

No plano do Haiti, a questão da vigilância parece também ter um lugar privilegiado. Em especial, se considerarmos nessa situação os múltiplos esforços que o país fez e a que foi imposto pelas forças das circunstâncias, como a epidemia de cólera⁷. A visão do MSPP com respeito à vigilância epidemiológica é clara e bem definida “assim, o Haiti terá um sistema único de coleta dos indicadores epidemiológicos essenciais sobre as doenças prioritárias, detecção e notificação de alertas, análise e divulgação de informações e resposta”.

⁷Jenson D, Szabo V, the Duke FHI Haiti Humanities Laboratory Student Research Team. Cholera in Haiti and Other Caribbean Regions, 19th Century. *Emerging Infectious Diseases*.2011;17(11):2130-2135. doi:10.3201/eid1711.110958.

O Plano Diretor de Saúde no que diz respeito à vigilância aponta “a vigilância integrada das doenças e resposta” e para alcançar propõe o “estabelecimento de um sistema de vigilância e de alerta precoce fiável e controle das epidemias”. O estabelecimento do sistema de vigilância e alerta precoce viável é considerado como elemento essencial que pode permitir melhor controle das epidemias (MSPP, 2012).

Para o Haiti, isso implica reforçar as capacidades do sistema de vigilância em consonância com os regulamentos internacionais, as capacidades institucionais de resposta precoce, e o sistema de gestão e de informação em período de crise. Para o controle das epidemias, o MSPP manifesta a intenção de realizar: (i) Controle individual e coletiva; (ii) Ações preventivas; (iii) Reforço das ação de prevenção; (iv) Reforço do sistema de gestão da informação em período de crise; e (v) Avaliação de epidemias (MSPP, 2012).

A vontade do MSPP em controlar as doenças infecciosas leva também a “desenvolver estratégias de controle das doenças infecciosas em colaboração com a República Dominicana e também a elaboração de plano de ação em conjunto e a definição das responsabilidades específicas de cada parte”. Pode-se encontrar também no Plano Diretor uma vontade de respeito dos compromissos internacionais na área da saúde.

Outra das prioridades pautadas no Plano Diretor de Saúde do Haiti é a questão da "redução da mortalidade e morbidade das doenças imunopreveníveis" e também o reforço da vigilância dessas doenças. A luta contra as doenças transmissíveis é um assunto que se faz repetitivo no documento oficial.

O Capítulo 4 se dedica exclusivamente a este tema sob o título de «luta contra as doenças transmissíveis» e o objetivo é a redução da prevalência e mortalidade ligadas às doenças transmissíveis, mediante a prevenção, o rastreamento e o tratamento (MSPP, 2012). As diferentes estratégias são a luta contra DST-HIV/SIDA, tuberculose, doenças de transmissão vetoriais (malária, dengue, filariose), zoonose (raiva, leptospirose, hanseníase) (MSPP,2012).

As metas foram claramente definidas em ambos os documentos. O PNS 2012-2015 foi mais específico na definição de suas metas projetando a ampliação da cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, passando de 64,4% em 2009 para 85% até 2015, reduzir a prevalência da hanseníase de 1,75/10 mil

habitantes para 0,98/10 mil em 2015. Outras metas foram traçadas também como a redução dos óbitos por dengue e da incidência parasitária anual por malária. Outra prioridade bem pautada no documento é a redução da incidência da AIDS de 20,1/100 mil hab. em 2009 para 18,9/100 mil hab. até 2015, além da ampliação da cobertura vacinal. As metas norteiam as ações de planejamento durante triênio de execução.

Do lado haitiano as metas são estabelecidas em função do estado do indicador em 2012, que foi o ano da publicação do Plano Diretor de Saúde até o ano alvo, que é 2022. No que diz respeito à gestão dos acordos, tratados internacionais e a estruturação do sistema de vigilância e de informação, conforme as normas internacionais, o país projeta a execução de 100% independentemente do triênio que se considera. As metas para melhoria dos serviços oferecidos no Laboratório Nacional não foram definidas assim como as relacionadas à taxa de prevalência das doenças controláveis por vacinação. A taxa de cobertura vacinal era de 80,4% em 2012 e o MSPP quer passar para 98,0%.

6.3 Função Essencial nº 3: Promoção da saúde.

A promoção da saúde é um tema transcendental na implementação das políticas públicas de saúde, e transversal nas diferentes diretrizes dos planos de saúde já que é considerada, segundo a Carta de Ottawa, como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002) e também, segundo GUTIERREZ (1994 *apud* GUTIERREZ *et al.*, 1997), a promoção da saúde

é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a níveis individual e coletivo.

A importância deste assunto é decorrente do fato que “a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (BUSS, 2000). Então, desde a Conferência de Ottawa, os esforços são unânimes no objetivo de empoderar a sociedade e responsabilizar os governantes sobre o tema da promoção da saúde.

A seguir, colocaremos em evidência como foi abordado o tema da promoção da saúde nos Planos Nacionais de Saúde dos dois países. Teremos em conta também as metas correspondentes para cada subcomponente desta FESP.

No que diz respeito a essa FESP, no PNS2012-2015 por meio da Diretriz nº 7, o Brasil abordou de maneira frontal o assunto com o temática de “Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde” (BRASIL, 2011). Nesta diretriz do plano se define claramente os objetivos do Brasil na área da promoção da saúde, os quais foram as seguintes:

No tocante à política de promoção da saúde, deverão ser enfatizadas, em conjunto com estados e municípios, medidas que estimulem a prática da atividade física, a alimentação saudável, a prevenção e o controle do tabagismo – cujas medidas serão mantidas e expandidas – e a construção da cultura de paz, entre as quais campanhas e projetos sistemáticos de comunicação e

educação. Entre as prioridades, figurará o programa “Academia da Saúde”, voltado a popularizar a prática de exercícios físicos e tornar a população mais próxima dos serviços prestados, sobretudo no âmbito da atenção básica. Buscar-se-á estabelecer estratégias que contribuam para a inclusão de lideranças sociais – por exemplo sacerdotes e sacerdotisas, parteiras e benzedeiras – como agentes promotores de saúde e parceiros do SUS (BRASIL, 2011).

Através deste trecho do PNS podemos nos dar conta de sua dimensão abrangente, relativa à FESP de promoção da saúde. Assim foram abordadas questões como a intersetorialidade, a participação comunitária, o empoderamento dos cidadãos e a colaboração com os líderes das comunidades.

Outros temas relacionados à promoção da saúde foram tocados no PNS especificamente em relação a “saúde ambiental”. Particular ênfase sobre o controle da qualidade da água de consumo humano, a ampliação da cobertura dos sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário de forma sustentável, a promoção da gestão sustentável da drenagem e do manejo de águas pluviais e a ampliação das coberturas vacinais.

Entre outros aspectos que foram destaque no PNS, encontra-se “a promoção do aleitamento materno até os dois anos de idade (exclusivo até os seis meses e introdução de alimentos complementares saudáveis em tempo oportuno) e fortalecimento da rede Amamenta Brasil e da estratégia nacional de alimentação complementar saudável” (BRASIL, 2011). Também o destaque foi posto sobre o “fortalecimento de ações educativas e preventivas dirigidas à população adolescente e jovem” (BRASIL, 2011) e além disso é prioridade do Ministério da Saúde do Brasil “o fortalecimento, ampliação e qualificação das redes de atenção integral às mulheres, crianças e adolescentes em situação de sofrimento psicossocial” (BRASIL, 2011).

O Plano Diretor de Saúde 2012-2022 do Ministério de Saúde do Haiti abordou o tema relativo à Promoção da Saúde com uma riqueza de detalhes e em diferentes capítulos, o que evidencia a transversalidade do assunto. A promoção da saúde foi considerada como uma prioridade na Política Nacional de Saúde. O capítulo 8 do plano foi exclusivamente dedicado ao tema de promoção da saúde que o MSPP compreende da seguinte forma,

A Promoção da Saúde através os eixos como desenvolvimento de Políticas Públicas favorável para a saúde, criação de ambientes

propícios para a saúde, o fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de competências pessoais e a reorientação dos serviços de saúde, fornece uma estrutura para melhorar a qualidade de vida da população. Ao defender a ação sobre os determinantes sociais saúde, é muito cedo no processo saúde-doença e reduz significativamente o peso das despesas de saúde. Preconizando as ações dos determinantes sociais, nosso objetivo é de forma antecipada ao processo saúde-doenças, conseguir consideravelmente a redução do peso das despesas em saúde. Com a finalidade de que as pessoas conseguem ter mais controle sobre sua saúde e também de fazer as melhores escolhas. A implementação das intervenções de Promoção da Saúde será feita progressivamente, mantendo-se dentro de uma perspectiva sustentabilidade [Tradução do autor]⁸ (HAITI, 2013).

Os diferentes atores que o MSPP considera como chave para a implantação da sua política no que diz respeito à promoção da saúde são os seguintes: os decisores (membros do poder executivo, do parlamento, altos funcionários estaduais, e os dirigentes dos coletividades territoriais), os líderes formadores de opinião (a imprensa, os líderes religiosos, os líderes naturais), a população em geral. A Autoridade Sanitária haitiana também considera o fato de ter como alvo os decisores e os líderes da comunidade com meios para sensibilizá-los sobre os determinantes de saúde para incentivar sua participação e apoio nas intervenções. Importante também descartar o que o Ministério espera da população: transmissão de informação específicas em termos de comportamentos saudáveis e melhor utilização dos serviços pelos grupos alvos, e o fortalecimento da capacidade para organizar-se para uma participação comunitária mais efetiva. As ações relativas à promoção da saúde são divididas em duas: A participação comunitária e a comunicação e educação para a Saúde (HAITI, 2013).

Com a participação comunitária, o governo haitiano visa «promover uma parceira dinâmica entre trabalhador do sistema de saúde e as comunidades e a contribuição das mesmas na elaboração de programas integrais de desenvolvimento local». E do outro lado com a comunicação e educação para a Saúde a ideia de « a promoção de comportamentos que contribuem na luta com as doenças e assim

⁸ La Promotion de la Santé à travers les différents axes que sont l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé, la création d'environnements favorables à la santé, le renforcement de l'action communautaire, le développement d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé offre un cadre de travail pour l'amélioration de la qualité de vie de la population. En prônant l'action sur les déterminants sociaux de la santé, elle agit très en amont du continuum santé-maladie et permet de réduire considérablement le poids des dépenses de santé. Comme finalité, elle vise à conférer aux individus les moyens d'avoir un plus grand contrôle sur leur santé et aussi, à leur donner la possibilité d'opérer les meilleurs choix. La mise en œuvre des interventions de Promotion se fera de manière progressive, tout en s'inscrivant dans une perspective de pérennité.

como também a promoção dos serviços de saúde no objetivo de aumentar a sua utilização».

No capítulo referente ao “fortalecimento da liderança e da governança”, o MSPP aposta muito na gestão da intersetorialidade e no reforço das parcerias. No que diz respeito à Promoção da Saúde, o MSPP faz apelo a colaboração de vários ministérios do aparato estatal e de entidades organizadas da vida civil. O apoio previsto nesta área do Ministério dos Assuntos Sociais e do Trabalho é o "apoio a promoção da saúde, das iniciativas de luta contra a adição ao álcool, ao tabaco, droga para seus grupos alvos, tudo isso em parceria com os Ministério da Cultura, da Comunicação, da Educação Nacional e da Formação Profissional e também do Ministério da Condição Feminina" (HAITI, 2013). Do Ministério da Juventude, Esporte e Ação Cívica se espera "a Promoção da Saúde especificamente a luta contra a adição ao álcool, cigarro, drogas pelos jovens, isso em parceria com o Ministério da Justiça, da Cultura, da Comunicação, dos Assuntos Sociais e do Trabalho e da Educação". Ao Ministério da Condição Feminina compete conjuntamente com o MSPP "a promoção da saúde e da utilização do Planejamento Familiar para as mulheres" e de outro lado, de maneira mais específica, o MSPP se compromete a promover de forma integral a Saúde Materna.

A promoção da Participação Comunitária foi deixada sob responsabilidade das diferentes municipalidades e outras entidades das Coletividades Territoriais. Da comunidade, o MSPP considera a solidariedade comunitária, individual e coletiva como algo para valorizar e reforçar e também espera participação na promoção da saúde e desenvolvimento sanitário (op. cit.).

No objetivo de reduzir os riscos e danos à saúde dos escolares e dos usuários do sistema público de saúde, o MSPP projeta em parceria com outras entidades da área a “Melhoria do saneamento dos espaços escolares e estabelecimentos de saúde”. Abordando o tema de Saúde Escolar, o Plano Diretor prevê “a promoção da higiene e comportamento saudável das crianças nas escolas e também dos países”.

No tocante ao capítulo 5, que aborda o tema da “luta contra as doenças não transmissíveis”, o Ministério enfatiza a sensibilização da população para a dinamização do processo de conscientização sobre os danos decorrentes das

doenças não transmissíveis. Aqui, consideramos importante ressaltar algumas decisões do ministérios a respeito: sensibilização da população sobre os fatores de risco relacionados a diabetes e hipertensão arterial, sensibilização sobre as doenças oftálmicas, sensibilização das crianças no primeiro ciclo escolar e a população adulta sobre higiene bucal e dental, sensibilização da população em geral e o público alvo em particular (homens e mulheres em idade reprodutiva) para o rastreamento precoce dos cânceres do colo uterino, das mamas, e de próstata, sensibilização da população sobre os efeitos negativos das drogas e álcool. Também foi abordada a questão da promoção de uma alimentação saudável.

Para os anos cobertos pelo PNS, o Brasil se comprometeu a «ampliar a cobertura vacinal com a tetravalente em menores de um ano de idade, passando de 62,39% para 70% o percentual de municípios com 95% de cobertura vacinal». Com respeito a atividade física, o engajamento foi «implantar as academias de saúde, chegando a quatro mil unidades em 2015». «Apoiar 1.125 comunidades remanescentes de quilombos e rurais com ações de controle da qualidade da água na gestão e estruturação de medidas de saneamento» foi outro compromisso do Ministério da Saúde relativo ao empoderamento das comunidades mais vulneráveis. A meta é apoiar 1.500 municípios com ações de controle da qualidade da água na gestão e estruturação dos serviços de saneamento, por meio do apoio a 320 municípios de um lado e 800 do outro - os primeiros na gestão ou na estruturação dos serviços de saneamento, nas sedes e/ou nas áreas rurais e nos segundos com capacitação na gestão dos serviços de saneamento, com ênfase na elaboração de planos municipais de saneamento básico.

Foi planejado também implantar obras de saneamento básico em 375 comunidades remanescentes de quilombos, 750 comunidades rurais, tradicionais e especiais, incluindo assentamentos da reforma agrária, ribeirinhos e reservas extrativistas, entre outras. Foi pautado de beneficiar 400 municípios com implantação ou ampliação de sistema de resíduos sólidos urbanos e para 500 outros a implantação de melhorias sanitárias domiciliares.

No que diz respeito ao Plano Diretor, os tópicos para seus 10 anos de aplicação serão relatados nas linhas seguintes. As metas relacionadas à “melhoria da salubridade nos ambientes escolares e estabelecimentos de saúde” não foram determinadas no plano - apenas os indicadores a serem usados estão contidos no

texto. Para a saúde da mulher, no eixo da promoção da saúde materna, a meta é de conseguir 90% das mulheres acompanhadas no pré-natal até chegar a 100% no último triênio. Para a imunização, o indicador é a taxa de prevalência das doenças preveníveis por vacinas, para o qual não consta meta alguma para os 3 triênios. Para a promoção da nutrição e da alimentação saudáveis e também do aleitamento materno, o indicador é o número e a porcentagem de instituições que oferecem serviço de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento psicomotor e aleitamento materno. Partindo de uma linha de base, o objetivo é atingir mais de 50% no triênio 2013-2016. As metas para os triênios seguintes foram deixadas para serem definidas posteriormente.

Para a saúde escolar, três temas se relacionam com a promoção: a promoção da saúde em ambiente escolar, a promoção e a manutenção de um ambiente escolar saudável, a promoção das creches. Os indicadores propostos são: Documento que trata sobre saúde escolar finalizado, número de e porcentagem de escola “amigo da higiene” para o qual não foram definidas metas. Em realidade, para nenhum dos indicadores definidos na área de saúde escolar foram definidas metas, nem no que diz respeito ao quesito de higiene e promoção de comportamento. Contudo, o alvo para o último triênio é atingir 100% das escolas com ao menos duas disciplinas esportivas.

A revisão dos indicadores definidos no marco do enfrentamento das doenças não transmissíveis demonstra que ainda não foram traçadas as metas. Especificamente relativo ao tema de promoção de saúde, o indicador escolhido foi “a quantidade de mensagem/propagandas informativas e educativas relativas à saúde” para o qual não foi definida meta alguma.

6.4 Função Essencial nº 4: Participação social e reforço do poder (“empowerment”) dos cidadãos em saúde.

No livro *Caminhos da saúde pública no Brasil*, FINKELMAN (2002) dissecou minuciosamente a importância da “Participação social e reforço do poder (empowerment) dos cidadãos em saúde”. Para ele:

As autoridades sanitárias devem ter capacidade para reforçar o poder dos cidadãos e a participação das organizações comunitárias para mudar seus hábitos de vida e ser parte ativa do desenvolvimento do comportamento de ambientes saudáveis para influir nos fatores que afetam sua saúde e a entrega de serviços de saúde individual e coletivo (p.302).

No Brasil, a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) abarcava na sua gênese um conjunto de setores heterogêneos que constituiu na época o que se conhece sob o nome de *Reforma da Saúde*, exemplo de participação cidadã. Os órgãos de controle são reconhecidos pelas leis brasileiras, denominados como conselhos de saúde e presentes em todos os entes governamentais do Brasil. Na opinião de KRUGER (2000)

Os Conselhos podem ser instrumentos privilegiados para fazer valer os direitos, rompendo com as tradicionais formas de gestão, possibilitando a ampliação dos espaços de decisões/ações do poder público, impulsionando a constituição de esferas públicas democráticas e sendo potenciais capacitadores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos e de interlocução ético-política com o Estado (p. 122).

A questão da Participação parece ser um tema recorrente nos Planos Nacionais de Saúde do Brasil, com certa variação no grau de prioridades. A Diretriz nº 12 foi o espaço para abordar o tema sob o título “Implementação de novo modelo de gestão e instrumento de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa, com resultados, participação social e financiamento estável”. Destaca-se que o assunto participação acompanha as questões relativas à gestão e ao financiamento.

Diante a necessidade de reforçar o novo modelo de gestão promovido neste PNS, o Ministério pretende aliar à essa estratégia, a ampliação da participação social

com vistas ao aprimoramento do SUS e a consolidação das políticas de promoção da equidade em saúde. Os conselhos de saúde deverão ser também fortalecidos, mediante, por exemplo, o apoio à ampliação da capilaridade das resoluções e deliberações deles oriundas, à diversificação de participantes - com ênfase na participação de lideranças dos movimentos sociais-e às melhorias de suas estruturas e funcionamento. Nesta mesma linha, estará a promoção do papel dos conselhos na qualificação da gestão do SUS e o reconhecimento da educação popular como elemento de ampliação da participação social e do cuidado da saúde. Igualmente as conferências de saúde serão foco de atenção, como a mobilização de todas as esferas em torno do compromisso para com estes espaços de participação.

Do outro lado, o Plano Diretor de Saúde, aponta a participação comunitária desde o capítulo 1 que aborda a *intersectorialidade*. No item 1.3 para o MSPP “a comunidade tem uma função privilegiada na implementação do Plano Diretor de Saúde”. No mesmo capítulo, o Ministério considera “a comunidade como a razão de ser do sistema; ela é ao mesmo tempo ator, usuário e constituinte”.

O PDS define funções das quais as mais relevantes para a FESP que estamos analisando são: utilização informada e racional dos serviços e dos cuidados, adesão a um sistema de plano de saúde determinante para o funcionamento e impacto do sistema de saúde, participação na avaliação da qualidade dos serviços e da satisfação dos usuários, participação no desenvolvimento do sistema de saúde mediante cotizações para os serviços recebidos e a participação nos comitês locais de saúde.

No entanto, de forma mais específica, o tema da participação comunitária é foco do capítulo 8 item 8.1, em que a participação comunitária insere-se numa visão de desenvolvimento e *empowerment* das comunidades. Pelo que se precisa de reorganização das intervenções nas comunidades para garantir participação efetiva durante as tomadas de decisões e as contribuições dos cidadãos em todas as etapas do processo e das programações definidas. Para tal fim, a implementação da estratégia se faz mediante as Unidades Distritais de Saúde com participação dos atores locais. A participação comunitária promove a redinamização da parceria entre os funcionários da área da saúde e as comunidades, parceria que permite a implementação de programa integral de desenvolvimento local.

O plano descreve as seguintes áreas de intervenção: desenvolvimento e implementação de uma estratégia nacional de participação comunitária, desenvolvimento das normas de estabelecimento e funcionamento das estruturas de participação comunitária, implementação e reforço das estruturas de participação comunitária, mobilização social e comunitária, implementação nas Unidades Distritais de Saúde dos conselhos e comitê segundo normas estabelecidas.

No tocante às metas e aos indicadores, o mais relevante compromisso do Brasil neste sentido foi a realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde, mas também foi projetada a “realização de seis encontros nacionais envolvendo lideranças do campo e da floresta, do movimento de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais, da população em situação de rua, dos ciganos e dos gestores do SUS até 2015”. Outra meta relacionada à FESP *participação comunitária* foi “realizar 10 seminários envolvendo as 700 comunidades quilombolas até 2015, com participação de gestores, profissionais de saúde e lideranças das comunidades”.

No Plano Diretor de Saúde, o indicador para medir e projetar as metas dessa FESP se resume ao “número e percentagem de Unidade Distrital de Saúde utilizando as estruturas de participação comunitária segundo as normas”. Os dados iniciais não estavam disponíveis no momento da elaboração do plano. Para o 1º triênio (2012-2016), o objetivo é alcançar 10 das 41 Unidades Distritais de Saúde (UAS) previstas, para o 2º triênio (2016-2019) 30 em 41 UAS e no 3º triênio (2019-2022) 41 das 41 UAS previstas.

6.5 Função Essencial nº 5: Desenvolvimento de políticas e planos que apoiem os esforços individuais e coletivos em saúde pública e contribuam à gestão sanitária nacional.

Essa FESP remete à essência do rol da autoridade nacional relativo à planificação e gestão do processo de saúde coletiva.

Segundo FINKELMAN (2002),

A autoridade sanitária deve ter a capacidade para definir, de forma participativa, objetivos de saúde pública em todos os níveis, que possam ser medidos, consistentes e orientados à redução de iniquidades coerentes com o contexto político, econômico e social do âmbito nacional, estatal e municipal. Esta capacidade institucional para a gestão de sistema de saúde pública inclui a planificação e a formulação de objetivos sanitários, a implementação de respostas aos problemas identificados e a avaliação de resultados; implica o desenvolvimento de competências e a tomada de decisões baseadas na evidência; mecanismos de liderança e comunicação efetiva; desenvolvimento organizacional e gestão de recursos públicos e privados; e, finalmente, o desenvolvimento das capacidades para a cooperação internacional em saúde pública (p. 297).

A seguir, apontaremos as ações pautadas nos planos nacionais do Brasil e do Haiti com respeito ao “Desenvolvimento de políticas e planos que apoiem os esforços individuais e coletivos em saúde pública e contribuem à gestão sanitária nacional”.

Cabe destacar que o cumprimento dessa função logo se alcança com a existência dos planos nacionais de saúde nos dois países. Foi demonstrado em capítulo anterior que os processos de elaboração foram tanto inclusivos e participativos.

Por exemplo, o PNS 2012-2015 se inscreve nestas linhas:

... tem por objetivo aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde/SUS para que a população tenha acesso integral a ações e serviços de qualidade, de forma oportuna, contribuindo assim para a melhoria das condições de saúde, para a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 2011).

A abordagem não foi exclusiva de uma diretriz no PNS. Foi transversal a cada uma das diretrizes. A diretriz que mais enfatizou sobre o tema foi a Diretriz nº 12 que menciona a “Implementação de novo modelo de gestão e instrumento de reação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável” (BRASIL, 2011, p. 94). O

primeiro parágrafo dessa diretriz tenta englobar as ações que a autoridade nacional brasileira projeta fazer relativamente à FESP tratada neste texto.

O fortalecimento de mecanismos – de caráter federativo e intergovernamental – que viabilizem a gestão regionalizada e compartilhada configurará uma prioridade, que deverá contribuir para a universalidade, integralidade e equidade em saúde e, neste sentido, estarão o estímulo e apoio à consolidação das Comissões Intergestores Regional (CIR). No âmbito das CIR, buscar-se-á fortalecer o processo de pactuação, a partir de instrumento que confira materialidade e corrobore para a institucionalidade dos compromissos de gestão e dos processos de contratualização. Uma estratégia desse novo modelo consistirá na elaboração e atualização do mapa da saúde, visando estabelecer parâmetros para investimentos em saúde (BRASIL, 2012).

Outra diretriz que se assemelha muito com a FESP tratada, é a Diretriz nº 13 em que a ideia central é “Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS” segundo a qual,

Essa diretriz envolverá questões relacionadas à organização interna ao Ministério da Saúde, buscando a efetividade na execução das ações de responsabilidade direta do governo federal e da garantia de melhor controle da aplicação dos recursos transferidos aos estados e municípios. As medidas decorrentes deverão manter relação sistêmica com os demais entes da federação, visando o aprimoramento do SUS. Qualificar o processo de planejamento constituirá condição para que se alcance resultados organizacionais e se maximize o uso dos recursos, seja de infraestrutura, seja financeiro ou da força de trabalho. Tal desafio requererá uma ação sistêmica, em que estejam envolvidos o Ministério da Saúde e seus órgãos vinculados, assim como as demais esferas de gestão do SUS, com a adoção de pressupostos conceituais e metodológicos, conforme preconizado pelo Pacto pela Saúde no tocante ao Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). (BRASIL, 2011).

O Brasil pretende mediante essa diretriz promover em todas as esferas do SUS maior democratização, participação e transparência com pleno envolvimento dos atores estratégicos “a partir do aprimoramento dos objetivos organizacionais e da estruturação de processos de planejamento nos vários espaços institucionais de decisão, bem como do debate sobre as políticas e construção de consenso”.

Para alcançar seus objetivos dentro das iniciativas a serem implementadas se destacam:

- o acompanhamento, avaliação e controle interno da gestão do SUS, com foco em resultados.
- a implementação federativa de uma cultura voltada para a ouvidoria ativa como instrumento de gestão.
- o monitoramento das demandas recebidas pelo sistema integrado das ouvidorias de serviços de saúde.
- o desenvolvimento institucional da gestão orçamentária, financeira e contábil do Fundo Nacional de Saúde e dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde;
- o fortalecimento da capacidade de gestão no SUS por meio do uso de ferramentas de economia da saúde, da produção de informações sobre investimentos em estruturação física e tecnológica e apoio à gestão de projetos de cooperação técnica nacional e internacional;
- a institucionalização da cultura de planejamento, monitoramento e avaliação que integre as diversas áreas do MS, com ênfase na construção coletiva, no desenvolvimento institucional e no aprimoramento da articulação interministerial;
- a incorporação do quesito raça-cor e etnia no planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços;

No tocante à regulação, o PNS ressalta que configurarão temas estratégicos a articulação da lógica sanitária com a lógica econômica; a incorporação tecnológica (dimensão essencial para pautar a estratégia de inovação com foco na saúde); preços (redução de custos e estímulo à produção e inovação nacional); a regulação sanitária e propriedade intelectual; e a ética em pesquisa, por intermédio dos Comitês de Ética em Pesquisas/CEP e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). Deverá ser mantida e apoiada a interface entre os CEP e o Conep no tocante a esclarecimentos e monitoramento do termo de consentimento”.

Podemos nos dar conta nos pontos anteriormente citados que o objetivo visado é sempre *“o desenvolvimento de políticas e planos que apoiem os esforços individuais e coletivos em saúde pública e contribuam à gestão sanitária”*.

O Plano Diretor do Haiti, no seu capítulo I que trata do tema “reforço da liderança e da governança”, sub-capítulo de administração e coordenação do sistema nacional de saúde, insiste acerca da necessidade de *“indicação das necessidades da população em saúde e também das inequidade com respeito aos serviços e cuidado em saúde e outros serviços essenciais ligados à saúde”*. Por isso em parceria com os órgãos competentes, se prevê a implementação dos mecanismos de articulação e coordenação, assim com ferramentas necessárias para o ótimo funcionamento do setor saúde.

Para uma melhoria da administração e da coordenação geral do Sistema Nacional de Saúde, o Haiti quer (i) modernizar a administração do MSPP (Reorganização e reabilitação dos escritórios administrativos centrais e departamentais e distritais); (ii) Organizar e institucionalizar o ciclo de gestão no setor da saúde; e (iii) Desenvolver e implementar os quadros e calendários de gestão.

O MSPP também se engaja no fortalecimento da gestão dos serviços de saúde. Segundo o estabelecido pelo Plano Diretor de Saúde “trata-se de reforçar a organização e prestação de serviços e cuidados de saúde preventivos, curativos e de reabilitação, seguidos das políticas institucionais, estratégicas, planos, modelos de cuidado, normas, padrões, procedimentos previamente estabelecidos e aprovados pelo Ministério da Saúde”. Para alcançar esse objetivo, o MSPP considera fundamental que “o fortalecimento da gestão dos serviços e dos cuidados de saúde implica o fortalecimento das Direções Departamentais de Saúde assim como as Unidades Distritais de Saúde que devem garantir a produção sustentável de serviços e cuidado de saúde de qualidade, acessíveis a toda a população”.

Mais detalhadamente, o que o MSPP busca é “a integração de todas as ações a serem tomadas na área da saúde obedecendo à uma programação única”. Também ressaltou a necessidade de “planejamento cíclico dos programas, seguimento e avaliação e monitoramento das intervenções no setor, do cumprimento e execução dos objetivos do orçamento do setor da saúde”.

Outra medida que parece apoiar ação de aprimoramento do planejamento no Haiti é a questão da “gestão e coordenação da abordagem contratual” cuja principal intervenção se inscreve no “estabelecimento de mecanismos contratuais para

fornecimento dos serviços com gestão e alocação de recursos baseada no desempenho”.

No que diz respeito ao regulamento e a normas do sistema, os campos de intervenção do MSPP se centram nos seguintes aspectos: “desenvolvimento e implementação das políticas públicas, códigos, leis e regulamentos sanitários; coordenação integral das intervenções e programas do MSPP; fortalecimento da capacidade de resposta concertada, única e rápida aos diferentes níveis da pirâmide de gestão do MSPP; fortalecimento dos mecanismos de comunicação e de interação; implementação de uma cultura de resultado, imputabilidade e prestação de conta”.

Vários outros temas são abordados no documento, entre os quais o mais relevante para a FESP nº 5 é a respeito do “estabelecimento de normas e técnicas administrativas para ajudar a população e a gestão dos serviços essenciais e recursos disponíveis para a saúde”. Os subcampos de intervenção dessa ação prevêm o “desenvolvimento, divulgação e standardização da implementação do pacote essencial de serviços de saúde no sistema; elaboração/atualização, implementação das normas consideradas como prioritárias mediante as avaliações do quadro normativo técnico e administrativo do setor da saúde”.

Para um melhor controle financeiro, o Plano Diretor considera importante a “divulgação e controle aplicando as normas e os procedimentos de execução orçamentária; desconcentração do orçamento; alocação proporcional do orçamento da saúde entre os diversos pontos da Política Nacional de Saúde e do Plano Diretor”. No subcapítulo que trata da importância “do fortalecimento dos serviços de saúde e dos recursos disponíveis”, o Haiti engaja-se em: “racionalizar a disponibilidade dos recursos para a melhoria da oferta de serviços; fortalecimento da coordenação, da integração e da complementaridade nas intervenções do MSPP e seus parceiros; reabilitação e construção de instituições sanitárias”.

Nesta mesma lógica, com o objetivo de fortalecer a gestão dos serviços e cuidados de saúde e da capacidade de gestão das Direções e Escritórios departamentais, dos hospitais e outras estruturas hospitalares públicas, o Plano Diretor dedica-se a (i) Assegurar o desempenho e a eficiência do sistema de saúde; (ii) Elaborar/atualizar e implementar planos de fortalecimento das Direções

Departamentais; (iii) Dotar matérias e insumos estratégicos necessários; (iv) Aplicar as normas e procedimentos de gestão indicados pelo MSPP; e (v) Desenvolver e implementar um sistema de gestão padronizado para os hospitais e demais instituições públicassegundo sua categoria.

No PNS, consideramos a meta do Ministério de Saúde de “realizar a 15ª Conferência Nacional de Saúde” fundamental para melhoria do planejamento no sistema.

Na mesma direção, “Promover a assinatura de contratos de ação pública, com definição de responsabilidades recíprocas na rede federativa em relação à população, em 80% das comissões intergestores regionais (CIR) até 2015” tem estreita relação com a FESP tratada neste capítulo.

No que diz respeito à Diretriz nº 13, as metas traçadas que mantêm uma relação com a FESP nº 5 são as seguintes: apoiar a implementação de 125 ouvidorias/ano com sistema informatizado, apoiar o desenvolvimento institucional da gestão orçamentária, financeira e contábil em 100% dos fundos estaduais e municipais de saúde anualmente, implantar e implementar o indicador nacional de acesso e qualidade em saúde, e realizar quatro mil ações de controle interno e auditorias com foco nos contratos de ação pública até 2015.

O Plano Nacional de Saúde do Haiti, acerca da Coordenação Geral do Sistema Nacional de Saúde, define 3 indicadores com suas respectivas metas para os triênios 2013-2016, 2016-2019, 2019-2022: informes periódicos do MSPP refletindo o desempenho do setor de saúde (70%,100% e 100%); percentagemde informes de atividades periódicas produzidos conforme os padrões de qualidade (50%, 80% e 100%); e percentagem de mecanismos e procedimentos implementados no marco da coordenação da ajuda externa ao desenvolvimento (100% para todos os triênios).

Para aplicar e medir as decisões tomadas no marco do campo de intervenção relacionadas com a *Administração e Coordenação do Sistema Nacional de Saúde*, dois indicadores foram definidos: (i) revisão; e (ii) aplicação da Lei relativa à organização do MSPP. Para os dez anos de aplicação do Plano Diretor de Saúde, as etapas definidas foram: em 2012,lei submetida como projeto ao parlamento; 2013-2016,lei votada; e 2016-2022, lei em aplicação.

O indicador correspondente ao “Desenvolvimento de uma programação única e integrada” (percentagem de órgão do sistema sanitário que tem programação única e integrada) foi pautado para ser cumprido em 100% nos dez anos de aplicação do Plano Diretor de Saúde. A “gestão e coordenação da abordagem contratual” o será medida pelo “percentagem de estabelecimento de saúde contratado pelo MSPP” com o objetivo de alcançar paulatinamente a totalidade das instituições.

Para ter o controle do “estabelecimento de normas técnicas e administrativas para ajudara população e a gestão dos serviços essenciais e dos recursos disponíveis para a saúde”, o MSPP se apoia sobre dois indicadores. O primeiro trata da disponibilidade do Pacote Essencial de Saúde (PES): já no primeiro triênio está planejado para que seja disponível e sua implementação nos anos subsequentes atinja a até 70% implementado no último triênio. O segundo é o “quadro normativo e regulamentar terminado e divulgado para chegar até o completo seguimento das normas e regulamentos até o triênio 2019-2022”.

No marco da gestão financeira, os dois indicadores utilizados (alocação das despesas de saúde realizadas por campos e alocação das despesas de saúde realizada por nível central e departamental) têm suas metas a serem determinadas. No que diz respeito ao “seguimento financeiro”, o indicador do MSPP corresponde a 25% no triênio 2019-2022 como percentagem das despesas do Tesouro Público para a aquisição de insumos estratégicos necessários para prestação de cuidados essenciais de saúde.

O fortalecimento da gestão dos serviços de saúde e dos recursos disponíveis para a saúde tem como eixo de controle o número de infraestruturas sanitárias fortalecidas segundo as normas em vigor. A meta é atingir 100% das instituições. Para fortalecer a capacidade de gestão das Direções e Escritórios departamentais, o MSPP quer alcançar 10 Direções Departamentais e 41 UAS com um dispositivo de fortalecimento da capacidade e com uma oferta de serviço de saúde de qualidade.

Outro objetivo é alcançar 100% das instituições sanitárias com um sistema de gestão dentro das normas. Para operacionalizar a “Implementação e monitoramento de manutenção do dispositivo de saúde”, o MSPP se baseia sobre a “percentagem de instituição sanitárias credenciadas”. As metas são atingir 8 em 10

dos Hospitais Departamentais operacionais; 41 dos 41 Hospitais Comunitários de Referência; 141 dos 141 Centros de Saúde; e 570 dos 570 Centros Comunitários de Saúde até 2022 com um crescimento progressivo.

6.6 Função Essencial nº 6: Regulamentação e fiscalização em saúde pública.

Para EKO (2014), a FESP nº 6 compreende as questões relacionadas com

a capacidade de gerar novas leis e regulamentações para assegurar a qualidade dos serviços de saúde e promover ambientes saudáveis; a proteção dos cidadãos em suas relações com o sistema de saúde; e a execução de fiscalização, controle e auditoria de produtos, ações, serviços e estabelecimentos para garantir o cumprimento da regulamentação de forma oportuna, correta, consistente e completa (p. 35).

Cabe também assinalar a necessidade de as Autoridades Nacionais de Saúde enfrentarem as novidades na área da saúde, a introdução de novas tecnologias, e as normas internacionais que resultam da adesão de Governos nacionais a alguns tratados. É muito improvável imaginar a administração das grandes questões em Saúde Pública sem uma legislação ou regulamento adaptados.

Na mesma ordem de ideias, FINKELMAN(2002) declara que

As autoridades devem ter a capacidade para desenvolver o marco regulatório para proteger a saúde pública e fiscalizar o seu cumprimento, assim como gerar leis e regulamentos que favoreçam a promoção da saúde e a construção de espaços saudáveis e a promoção da saúde e protejam os cidadãos em sua relação com os sistemas públicos e privados de saúde. Para elaborar este marco regulatório, deve-se levar em conta o desenvolvimento das FESP, as normas nacionais e os avanços da ciência e da tecnologia. Quanto às funções de fiscalização, propõe-se orientar os esforços à educação e à prevenção da corrupção e de transgressões (p. 303).

A análise dos Planos Nacionais de Saúde do Brasil e do Haiti a respeito da FESP nº 6 parte da premissa que em ambos os países já existem regulamentações e mecanismos de fiscalização dos serviços de saúde e das práticas de saúde pública.

Na Diretriz nº 3 do PNS 2012-2015, o Brasil menciona o tema na abordagem da atenção integral à saúde da mulher. Essa referência aparece como “desenvolvimento de protocolos unificados nas áreas jurídica, da saúde e da assistência social para o atendimento integrado de vítimas de violência sexual”. Mais adiante, na Diretriz nº 8, no mesmo objetivo de manter e promover as boas práticas em Saúde Pública e mais especificamente na assistência farmacêutica, o Ministério

de Saúde aponta “a garantia do cumprimento das normas sanitárias – inclusive as boas práticas farmacêuticas – em todas as fases da assistência farmacêutica pública e privada, desde a pesquisa, até a dispensação e uso” e na Diretriz 10 reforça “no fortalecimento da produção pública para atender as demandas do MS e regular o mercado e ampliar o acesso aos medicamentos, articulando programas da assistência farmacêutica com a modernização da rede de laboratórios públicos”. Para seguir na mesma ordem de ideias, também é considerado de importância “a definição e pactuação de medidas intersetoriais que possibilitem a utilização de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, com base nos conhecimentos tradicionais afro-brasileiros e indígenas”.

A Diretriz nº 9 é a que mais abordou o tema relativo à FESP nº 6. Trata o tema “Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar, com articulação da relação público-privado, geração de maior racionalidade e qualidade no setor saúde”. A respeito, estabelece “As estratégias de aperfeiçoamento da regulação da saúde suplementar enfatizarão o estímulo às operadoras para que busquem a acreditação dos serviços e promovam a melhoria de sua gestão; o aperfeiçoamento do programa de qualificação em relação à satisfação dos beneficiários e à atenção à saúde do idoso; e o incentivo aos prestadores para o monitoramento da qualidade de seus serviços”. Há claramente uma vontade do Ministério no sentido da proteção dos cidadãos que consomem planos de saúde. Nesse sentido, “Outra prioridade será a divulgação da informação organizada ao cidadão na oferta de planos de saúde e no acesso aos serviços, de forma a favorecer a sua escolha, bem como a entrega, com qualidade, do produto contratado”.

A respeito da fiscalização, o Haiti se compromete a “elaborar/atualizar e implementar leis, projetos de leis, regulamentos e políticas considerados prioritários no momento da avaliação do quadro legal e jurídico do setor da saúde; exercer as funções e mecanismos de supervisão e controle da aplicação das leis, normas e os procedimentos administrativos e técnicos em todos os órgãos do sistema de saúde.”

Na área da assistência farmacêutica, o Plano Diretor de Saúde também promove a “Publicação/divulgação das normas e regulamentos em vigor relativos à produção, importação, distribuição e dispensação de medicamentos e insumos estratégicos no setor em geral”.

De maneira mais detalhada, no capítulo referente a “Higiene pública, proteção da saúde do cidadão e proteção de meio ambiente”, o Haiti advoga a favor de um controle sanitário mais estrito, o que implica inspeção e controle sanitário nos portos, aeroportos e fronteiras terrestres; inspeção e controle sanitários nos lugares públicos, monitoramento da aplicação das normas sanitárias gerais e específicas de higiene, proteção do meio ambiente (controle de água, bebidas, alimentos e produtos comestíveis e controle dos produtos químicos e biológicos).”

Acerca de leis, regulamentos e códigos do MSPP que demonstram o engajamento com uma prática de Saúde Pública de qualidade, citam-se os seguintes:

- Lei que define a organização e o funcionamento do Ministério da Saúde Pública e da População.
- Lei que estabelece o Serviço Social Obrigatório para os estudantes das Universidades que se beneficiam do financiamento público.
- Lei relativa à Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.
- Lei sobre o Serviço Social e a residência dos profissionais e técnicos da saúde.
- Lei que define o quadro legal da vigilância epidemiológica.
- Lei que regulamenta a produção, a distribuição, as condições de importação e exportação e armazenamento e consomção dos medicamentos.
- Lei relativa à criação e organização da Ordem Nacional dos Médicos.
- Lei relativa à criação e organização da Ordem Nacional das enfermeiras e enfermeiros.
- Lei que regula o exercício das profissões da saúde.
- Lei relativa a fortificação dos alimentos com micronutrientes.
- Lei sobre o funcionamento dos estabelecimentos e clínicas do setor privado-lucrativo do cuidado da saúde.
- Lei sobre os serviços públicos em saúde.
- Revisão do código de Higiene pública.
- Lei sobre as profissões médica e paramédicas e suas práticas ilegais.
- Lei de definição clínica da morte e o funcionamento dos morgues privados e públicas.

- Lei sobre a medicina legal.
- Lei que regula o funcionamento dos seguros de saúde.
- Lei sobre o aborto.
- Lei sobre a eutanásia.
- Lei sobre o transporte de pessoas doentes.
- Lei sobre o transporte e gestão de cadáveres em tempo normal e nos casos de catástrofe natural e epidemias.

Com respeito às metas e indicadores, o Brasil projeta “Ampliar o processo de ressarcimento das operadoras ao SUS, aumentando em 4 vezes o número de processos concluídos até 2015” de um lado e do outro lado “Operacionalizar 90% dos acordos de cooperação técnica assinados entre a ANS [Agência Nacional de Saúde Suplementar] e instituições parceiras do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor e Centrais Sindicais”. Note as metas estão nas atividades previstas na Diretriz nº 9.

Na questão do controle sanitário, segue a relação dos diferentes indicadores gerados e suas respectivas metas que foram previstos no Plano Diretor de Saúde do Haiti:

- Existência de um sistema de controle sanitário dos lugares públicos. (1º triênio: sistema estabelecido e funcionamento iniciado; 2º triênio: operação parcial; e 3º triênio: operação).
- Sistema de controle sanitário dos portos, aeroportos e fronteiras terrestres (o mesmo citado no indicador acima).
- Número e percentagem de empresas de produção e importação certificadas (metas a definir)
- Número de leis elaboradas depois da avaliação dos marcos legal e jurídico do setor saúde (1º triênio, 50%; 2º triênio, 70%; e 3º triênio, 85%);
- Percentagem de leis, decretos, regulamentos e políticas públicas aplicados no objetivo de garantir a saúde individual e coletiva (100% dos quadros regulamentários em aplicação durante os 10 anos de execução do plano);
- Número e percentagem de estrutura prestatórias de serviços de saúde acreditados por categorias e tipo (1º triênio, 50%; 2º e 3º triênio, 100%).

6.7 Função Essencial nº 7: Avaliação e promoção do acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários.

As duas palavras chaves desta FESP são *acesso* e *equidade* mas em um contexto avaliativo. Por esse motivo, JESUS e ASSIS (2010) apontam também, ressaltando o alicerce de ambos os conceitos

As dimensões de análise da categoria acesso em busca de uma totalidade concreta teriam que ser alicerçadas no princípio da equidade, no estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção, regionalização, hierarquização e participação popular (p.164).

Para clarificar um conceito abrangente, THIEDE e MCINTYRE (2008 *apud* ASSIS e JESUS, 2012, p. 2868) explicam que o acesso representa “o grau de ajuste” entre os serviços de saúde e a comunidade; acesso é a liberdade de usar serviços de saúde” e é representado por três dimensões: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade.”

Descrevem-se a seguir as diferentes ações propostas nos Planos Nacionais de Saúde do Brasil e do Haiti que podem encaixar-se nas ideias veiculadas pela FESP nº 7. No âmbito dessa FESP, “a autoridade sanitária deve ter capacidade para promover o acesso equitativo aos serviços de saúde individual e coletivo, incluindo o desenvolvimento de ações para superar as barreiras de acesso (FINKELMAN, 2002).”

Vários aspectos do Plano Nacional de Saúde do Brasil evidenciam uma vontade de cumprir a FESP nº 7. Por exemplo, o título da Diretriz nº 1 engloba no geral a essência dessa FESP “Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada”. Com muita propriedade, o PNS defende que será desenvolvida “nova modelagem para a Atenção Básica a populações em situação de vulnerabilidade e iniquidade em territórios específicos”. A prioridade será para a população negra, os membros das Comunidades LGBT, comunidades quilombolas e tradicionais, população em situação de rua, populações do campo e da floresta, pessoas com mobilidades reduzida e pessoas privadas de liberdade.

De maneira mais específica,

serão ampliados e fortalecidos no âmbito do SUS os mecanismos de promoção da equidade e de enfrentamento de disparidades raciais, étnicas, de gênero, orientação sexual e local de moradia, em que se incluem lésbicas, bissexuais, gays, transexuais e travestis; ciganos; população negra; comunidades quilombolas e tradicionais; população em situação de rua; e população do campo e da floresta. Para as pessoas com mobilidade reduzida ou portadoras de outras deficiência “deverão ser implantadas redes loco-regionais de serviços de reabilitação” e também “serão definidas unidades de referência, com vistas a garantir acesso a exames e procedimentos, por intermédio de equipe multidisciplinar e multiprofissional especializada para o atendimento das pessoas com mobilidade reduzida, com autismo – sobretudo em municípios com mais de 50 mil habitantes – e outras deficiências”. Esse esforço envolverá iniciativas estratégicas, como a disponibilidade de intérpretes da língua brasileira de sinais na assistência às pessoas com deficiência auditiva.

O planejado para as pessoas em situação de privação de liberdade é a “expansão no número de equipes de atenção à saúde prisional e implantação do plano nacional respectivo no sistema penitenciário em estados que ainda não se qualificaram neste plano”. E no caso dos adolescentes “deverá ser expandido o número de estados e municípios habilitados na política nacional respectiva”.

Como corolário, o PNS destacou que “para o monitoramento e avaliação das políticas de atenção, o MS promoverá a revisão de seus sistemas de informação, melhorando a confiabilidade e expandindo as possibilidades de uso das informações em saúde para o aprimoramento das referidas políticas” e além disso para completar a ideia

A promoção da equidade em saúde em torno de segmentos em condição de vulnerabilidade (...) será objeto de atenção nesse processo de implementação de novo modelo de gestão. Uma das estratégias prioritárias para tal será a capacitação das equipes de saúde para o atendimento segundo as necessidades e especificidades desses segmentos. Outra estratégia consistirá na definição e pactuação de indicadores e metas diferenciadas para o monitoramento e avaliação de iniquidades em saúde desses segmentos no âmbito do SUS, assim como o estabelecimento de parcerias com outros ministérios.

O Haiti, de sua parte, trata de “fortalecer suas parceiras” para lograr “afetar os recursos preferencialmente aos grupos sociodemográficos de alto risco e das zonas geográficas desfavorecidas”, objetivo que se insere na ideia de promover o acesso equitativo aos serviços de saúde. Também o tema equidade foi ressaltado no subcapítulo que aborda “acompanhamento do financiamento” em que o MSPP em parceira com os órgãos estatais garante a “alocação de recursos para os grupos

vulneráveis e dos bairros pobres. No processo de prestação de cuidados de saúde, prioridade será atribuída aos grupos vulneráveis: as gestantes, crianças de menos de cinco anos, escolares, pessoas com necessidades especiais.” O MSPP se engaja em estabelecer centros de saúde com leitos e hospitais comunitários nas zonas consideradas prioritárias.

A vontade relacionada à “Organização da rede comunitária de serviço” é outro exemplo que se encaixa nesta FESP. Então, “a estratégia do MSPP para garantir serviços e cuidados de saúde ao conjunto da população se materializa através da organização de uma rede comunitária de serviços para garantir o acesso serviços de saúde preventiva de qualidade (Rede constituída de Agentes Comunitários Polivalentes que estão ligados ao Centro Comunitário de Saúde).”

A fim de facilitar a “fidelização” dos usuários orfãos e portadores do HIV, o MSPP desenvolve ação específica para identificação, enquadramento das famílias, e apoio sistemático no que diz respeito à saúde e educação. Atenção particular também é dada às pessoas com mobilidade reduzida. Para o MSPP, trata-se de “contribuir a diminuir a morbidade decorrente da condição, aumentar o acesso ao serviços de saúde desta categoria”.

As metas definidas no PNS 2012-2015 pelo Ministério da Saúde são expostas nas linhas a seguir :

- Ampliar a área física e/ou reformar 23 mil unidades básicas de saúde (UBS).
- Implantar 3.272 UBS, passando de 36.892 unidades em 2011 para 40.164 até 2015.
- Ampliar em 40 mil o número de agentes comunitários de saúde, passando de 245 mil agentes em 2011 para 285 mil até 2015.
- Ampliar em 5.300 o número de equipes saúde da família, passando de 31.660 equipes em 2011 para 36.960 até 2015.
- Ampliar em 7.200 o número de equipes de saúde bucal, passando de 20.400 equipes em 2011 para 27.600 até 2015.
- Implantar 160 novas equipes de saúde no sistema penitenciário, passando de 300 em 2011 para 460 em 2015.
- Implantar 977 equipes de atenção à saúde domiciliar até 2015.

- Implantar 270 redes loco-regionais de serviços de reabilitação, passando de 334 serviços em 2011 para 604 até 2015.
- Reformar e estruturar 58 Casas de Saúde Indígena (CASAI) até 2015

Também no Plano Diretor de Saúde do MSPP, foram definidos os objetivos relativos ao acesso equitativo:

- Cobertura nacional em Atenção Primária à Saúde (a situação em 2012 correspondia a 60% e as projeções para durante a vigência do plano foram: 1º triênio, 70%; 2º triênio, 75%; 3º triênio, 80%).
- Para fortalecer parcerias, utilização do indicador de “percentagem de partido político aderido ao pacto e continuidade do estado na área da saúde (situação em 2012, não disponível; 1º triênio, 80%; 2º triênio, 90%; 3º triênio, 90%).

Para o fortalecimento do acesso aos cuidados e serviços de saúde, elencou-se como indicadores:

- Número de departamentos com um sistema de ambulância funcional, número e percentagem de UAS por departamento que têm um sistema de referência e contra-referência estabelecido segundo as normas e o último número de departamento que possui um sistema de comunicação funcional (não constam metas).
- Número e percentagem de criança exposta recebendo antirretrovirais (meta a definir).
- Taxa de mortalidade decorrente de Aids em idade pediátrica (meta a definir).

6.8 Função Essencial nº 8: Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública.

Para compreender essa FESP é importante entender sua contextualização. Nas palavras de SANTOS (2007), “A educação profissional dos trabalhadores da saúde está intimamente relacionada às concepções de saúde, sociedade, educação e trabalho. Assim, coexistem diferentes termos e conceitos sobre educação, saúde, trabalho e formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde”. Então, a capacitação e formação de recursos humano em Saúde Pública são decorrentes dos próprios avanços da sociedade o que diversifica as necessidades de cuidado e formas de abordagem.

FINKELMAN (2002) define a responsabilidade do Estado neste processo de “desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde coletiva”. Para aquele autor,

as autoridades sanitárias devem ter capacidade de desenvolver os recursos humanos em saúde pública adequados às necessidades de serviços individuais e coletivos. Estes recursos humanos requererão uma formação orientada a: identificar e avaliar as necessidades de serviços de saúde pública; definir e conduzir processos de certificação de profissionais e os processos de garantia de qualidade dos serviços de saúde individual e coletivo; contribuir para formar alianças estratégicas a fim de favorecer os processos de gestão de recursos humanos e desenvolvimento de liderança da saúde pública; desenvolver capacidades para o trabalho multidisciplinar em ambientes de diversidade cultural; desenvolver, formar e capacitar com valores éticos sociais baseados na equidade, solidariedade e respeito aos direitos e à dignidade das pessoas (p.304).

Como as autoridades nacionais do Brasil e do Haiti, no marco do seus planejamentos estratégicos, apoiaram o exercício dessa FESP? Algumas respostas poderão ser encontradas a seguir.

No PNS 2012-2015, o Brasil cabalmente abordou a FESP nº 8 na Diretriz nº 11 cujo título é “Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS”. Também não se pode ignorar as alusões esporádicas ao tema de capacitação de recursos humanos presentes em outras diretrizes.

Para este objetivo, várias ações estão previstas no plano. Então,

para enfrentar o desafio da adequada alocação de médicos e demais profissionais de saúde, de forma a garantir acesso com qualidade de toda a população ao SUS, o Plano coloca em curso eprofundará um conjunto de medidas educacionais, regulatórias e de gestão do trabalho em saúde. O Programa Nacional de Valorização do Profissional da Atenção Básica estimulará médicos, enfermeiros e dentistas recém-formados a atuar por um ou dois anos em municípios e localidades remotas, na Atenção Básica, sob supervisão presencial e à distância, a cargo de universidades públicas. Os locais contarão com a implantação de infraestrutura para que os profissionais possam receber o serviço de teleconsultorias e segunda opinião formativa na resolução dos casos clínicos e de questões envolvendo o processo de trabalho em saúde na Atenção Básica. Está prevista a oferta de curso de especialização em saúde da família por meio do sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e bônus na pontuação para ingresso na Residência Médica e Multiprofissional em Saúde.

Outras ações são previstas também numa visão de adequar a formação com a realidade profissional no terreno. Por esse motivo,

serão ampliados, fortalecidos e alinhados com vistas ao fortalecimento da consolidação das redes de atenção à saúde, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), voltados para adequar o perfil dos futuros profissionais de saúde às necessidades, diretrizes e ao modelo de atenção à saúde estabelecidos no âmbito do SUS.

O SUS não tenciona só formar profissionais do ensino superior, mas também considera de vital importância a capacitação e a formação de profissionais de nível médio. Por tal motivo,

a formação abrangerá, entre outros, agentes de combate a endemias, agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde indígena, técnicos de vigilância em saúde, técnicos em novas áreas (manutenção de equipamento, órtese e prótese, registro de informação em saúde), técnicos e auxiliares em saúde bucal e técnicos em prótese dentária.

Visando o aprimoramento do planejamento estratégico, o Ministério de Saúde aposta na educação permanente de gestores e das equipes de todos os níveis de atenção. Além disso advoga a promoção de medidas para a formação de profissionais no atendimento do idosos, especificamente no cuidado ao paciente com doenças circulatórias na rede de urgência.

Da mesma forma, para o fortalecimento da rede de saúde mental serão implantados pontos de telessaúde nas unidades de atenção à saúde mental, álcool,

crack e outras drogas e também desenvolvidos programas de ação de formação e educação permanente para a rede de atenção e o desenvolvimento de educação para o trabalho. A capacitação de profissionais de atenção primária é uma prioridade para o Ministério da Saúde assim como a capacitação dos profissionais em boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento e em atendimento das urgências obstétricas. Igualmente a ideia do combate ao racismo será desenvolvida por meio de cursos de capacitação dos trabalhadores da saúde em relação ao enfoque racial na saúde, especialmente no combate ao racismo institucional.

No caso do Plano Diretor do Haiti, o MSPP demonstra particular interesse na adequada Gestão dos Recursos Humanos em Saúde. Assim, o tema da formação é primordial e deve ser coerente com o Pacote Essencial de Serviços de Saúde. No Haiti, a formação inicial está a cargo das instituições de ensino enquanto a formação continuada do profissional contratado ou concursado é prerrogativa do MSPP. O cumprimento de tal tarefa se faz através de “workshop, seminário, conferência e cursos de curta duração no país ou no exterior”; atividades que o referido ministério se engaja para realizar durante o período de execução do plano.

No tocante ao curriculum, o MSPP em parceria com o Ministério da Educação trabalha no objetivo de ter profissionais em saúde com alto nível de competência para oferecer serviços de saúde de qualidade. Para tal fim, busca:

- Capacitar a Direção de recursos humanos para preparar a mão-de-obra em Saúde e do MSPP segundo se deseja.
- Monitorar a disponibilidade de recursos humanos multidisciplinares para dar conta do Pacote Essencial de Serviços de Saúde .
- Formar profissionais e especialistas em consonância com as necessidades e as prioridades do sistema.

Também o MSPP quer formar novas categorias de profissionais na área da saúde, tais como agente de vigilância sanitária, reforçar outras, como a categoria dos agentes comunitários, e agir na formação de profissional de nível intermediário. Também cabe destacar o “apoio técnico ao controle do processo de formação dispensado nas Escolas de Enfermagem”.

Para entender melhor as ambições do Ministério de Saúde do Brasil no que diz respeito ao “desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde

pública”, listam-se as metas traçadas decorrentes da Diretriz nº 11 anteriormente citada:

- A iniciativa de apoio ao desenvolvimento da graduação e pós-graduação em áreas estratégicas para o SUS, denominada Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) prevê a sua expansão para atingir um total de 1.000 cursos de graduação da área da saúde.
- Articulado ao Pró-Saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) atingirá até 2014 a meta de concessão de 216 mil bolsas, garantindo a multiprofissionalidade.
- A expansão da Residência Médica e Multiprofissional em Saúde deverá alcançar mais 4.000 bolsas, além das 2.600 que já estão disponibilizadas pelo Pró-Residência. A expansão deve garantir e aperfeiçoar a qualidade dos programas e priorizar a busca pela equalização dos programas pelo território nacional e as especialidades estratégicas em relação aos objetivos estratégicos e política nacional de saúde bem como o perfil sócio-epidemiológico da população e as necessidades regionais.
- A ampliação e qualificação da formação profissional de nível médio dos trabalhadores do SUS envolverá o fortalecimento político, pedagógico, físico e administrativo da Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS (RETSUS). A meta inclui a qualificação pedagógica por meio da licenciatura de 360 professores que compõem os núcleos docentes das ETSUS. O PNS prevê a qualificação de 380 mil técnicos de nível médio como agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate a endemias (ACE). Serão formados 8.700 técnicos de nível médio nas áreas de auxiliar de enfermagem, agentes de saúde indígena, técnicos de vigilância em saúde, radioterapia, hemoterapia, citopatologia e novas áreas – manutenção de equipamentos, órteses e próteses, registro de informação em saúde.
- Implantar 18 núcleos estaduais de telessaúde Brasil até 2015, cobrindo todos os estados.
- Serão inseridos 5.000 profissionais de saúde no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, para atuação em municípios e localidades

desprovidos de atenção à saúde, sob supervisão e garantida a formação por meio de especialização e residência médica e multiprofissional em saúde.

- Capacitar 7.970 profissionais na área de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS e sistemas de informação em saúde.
- Capacitar 200 mil pessoas para o controle social e gestão participativa no SUS (conselheiros, lideranças de movimentos sociais, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Combate às Endemias (ACE), educadores populares e gestores) até 2015.
- Realizar 10 seminários envolvendo as 700 comunidades quilombolas até 2015, com participação de gestores, profissionais de saúde e lideranças das comunidades.
- Capacitar 200 parteiras de comunidades quilombolas.

No caso do Haiti, o Plano Diretor de Saúde também define para a categoria de ação as metas para os 10 anos de execução do plano.

Para lograr dar conta de recursos humanos de qualidade e que corresponda ao perfil adequado, se utiliza como indicador “o número de profissionais de saúde por categorias e por habitantes”, para o qual não foram definidas metas.

No que diz respeito à formação de profissionais e especialistas que correspondem às grandes linhas do PES, se baseia no “grau de aplicação da planificação da mão de obra” (a ser aplicado tal como foi definido no Plano de Saúde).

Para uma melhor avaliação do desempenho e a aplicação do plano de carreira, o indicador corresponde ao “número e percentagem de funcionários por categorias que têm uma avaliação de desempenho individual segundo as normas”. Para as metas se iniciará com uma experiência piloto em 4 Unidades e logo se aspira atingir 100% dos funcionários.

No tocante às reformas necessárias nas faculdades e escolas de formação em ciência médicas e paramédicas segundo as prioridades do setor, os indicadores são: número e percentagem de universidades e escolas paramédicas que aplicam os novos currículos, percentagem de utilização de um plano de acompanhamento para categoria de formação nas práticas dos estudantes (até esse indicador, nenhuma meta foi definida). O último indicador é a “implementação de um sistema

de supervisão da qualidade da formação e do processo de credenciamento dos diferentes profissionais no setor saúde. Neste último caso, o desejo é que esteja em aplicação nos dois últimos triênios.

Para reestruturar a saúde no nível comunitário, o Ministério quer formar mais Agentes Comunitários e de vigilância em concordância com o currículo em vigor. Os indicadores são os seguintes: número e percentagem de municípios que têm agentes comunitários de saúde e de vigilância segundo as normas e percentagem de agentes das duas categorias que são alocados segundo objetivos de coberturas e de padronização (metas a atingir: 100% ao final do ciclo de planejamento).

6.9 Função Essencial nº 9: Garantia e melhoria da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos

A questão da qualidade foi sempre uma preocupação do ser humano, inerente da produção nas indústrias (D'INNOCENZO *et al.*, 2006). Na base deste raciocínio podemos entender a garantia da qualidade na produção de serviços de saúde é fundamental e essencial para a saúde pública já que “parece pouco provável o fato de alguém atuar sobre a vida de seu semelhante sem manifestar a intenção de fazê-lo com a melhor qualidade possível (*op. cit.*)”.

Segundo CARVALHO *et al.* (2004), na área da saúde, qualidade “significa que os envolvidos nos atos de saúde estão constantemente preocupados quanto às propriedades, benefícios e malefícios dos serviços prestados, [e] desenvolvem atividades de aferição e aperfeiçoamento, para uma maior satisfação dos que necessitam desses serviços”. Então, “As autoridades sanitárias devem ter capacidade para desenvolver sistemas de avaliação e garantia de qualidade mediante a geração de normas e padrões de qualidade para a estrutura, processo e resultado das ações de saúde individual e coletiva (FINKEMAN, 2002, p.305)”.

Apresenta-se a seguir aspectos dos dois planos nacionais de saúde que abordam a essência da FESP nº 9. Trataremos de destacar os diferentes componentes aos quais a FESP se refere.

A Diretriz nº 13 do PNS 2012-2015 que trata sobre a “a qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS”, aborda o tema discutido na FESP: “a institucionalização da cultura de planejamento, monitoramento e avaliação que integre as diversas áreas do MS, com ênfase na construção coletiva, no desenvolvimento institucional e no aprimoramento da articulação interministerial”.

O Haiti idealizou a garantia da qualidade nos serviços de saúde no capítulo em que se refere da seguinte forma.

Tanto na política Nacional de Saúde quanto no Plano Diretor de Saúde o monitoramento que visa o fortalecimento a governança do sistema de saúde e a preservação da qualidade dos serviços e cuidado de saúde é considerado como

prioritário. O MSPP implementa um sistema de supervisão que tendo em conta a realidade de cada componente do sistema e que define para cada um os domínios e pontos-chave a serem supervisionados, a frequência, a metodologia, as ferramentas e modo de exportação dos dados decorrentes da supervisão. A validação e a divulgação do Manual e das ferramentas de supervisão é uma prioridade do primeiro triênio do Plano Diretor em Saúde. O controle se encaixa nas mesmas considerações feitas para a supervisão. Neste caso, prioridade será acordada à gestão e ao controle financeiro, cumprimento dos objetivos e resultados pautados. Por isso que uma unidade de ouvidoria interna será implementada com objetivo de fortalecer a dita função e garantir um gerenciamento adequado e transparente dos recursos assim como a performance do sistema.

O trecho parece o que melhor contempla as aspirações do Ministério da Saúde, mas outros esboços aparecem nos demais capítulos. Como por exemplo (i) Assegurar a funcionabilidade das unidades de saúde segundo as normas do MSPP; (ii) Aplicação estrita das normas e regulamento para a certificação, acreditação, autorização de funcionamento e controle dos estabelecimentos de saúde; (iii) Implementação de procedimento de controle de qualidade em todas as estruturas de serviços e cuidados de saúde; e (iv) Garantir a qualidade dos serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento.

No tocante as metas, uma das principais aspirações do Brasil é “implantar e implementar o indicador nacional de acesso e qualidade em saúde”, mas também o PNS 2012-2015 prevê “Realizar quatro mil ações de controle interno e auditorias com foco nos contratos de ação pública até 2015”.

Do lado do Plano Diretor de Saúde, as metas se inserem nos seguintes objetivos:

- Criar/reforçar o marco regulatório e de controle da cobertura e da qualidade da oferta de serviços de saúde, representado pelo seguinte indicador “percentagem de informe periódicos de atividades produzidas conforme os critérios de qualidade. (1º triênio 50%, 2º triênio 80% e último triênio 100%).
- Assegurar-se da qualidade dos serviços de saúde fornecidos à população, cujo indicadores são dois: número e percentagem de

instituições credenciados por UAS (*Unité Arrondissementale de Santé*)/Departamento segundo as normas, número e percentagem de estruturas do MSPP que usam manuais de normas e procedimento. (Não foi definido metas).

Outros indicadores do mesmo objetivo anteriormente citado: número e percentagem de estruturas prestadores de serviços de saúde credenciado por categorias e tipos (1º triênio 50%, 2º e 3º triênio 100%).

6.10 Função Essencial nº 10: Pesquisa em saúde pública

A globalização torna os problemas de saúde pública um pouco mais complexos e ao mesmo tempo apela os diferentes atores do setor a apostar na pesquisa e nas inovações para um adequado enfrentamento dos mesmos. Ao respeito queremos nos apoiar nas palavras de MCKEEE (2016)

Os desafios que a saúde pública enfrenta atualmente são incrivelmente complexos. Das alterações climáticas; uma sucessão aparentemente sem fim de novas doenças emergentes ou re-emergentes, incluindo a resistência antimicrobiana; conflito; migração em massa; e mudanças políticas, econômicas e sociais exigem pensamento inovador por parte dos profissionais de saúde pública, pesquisadores, formuladores de políticas e profissionais.⁹

A FESP nº 10 se refere à necessidade de implementar pesquisas no setor da saúde pública e também ao desenvolvimento de soluções inovadoras capazes de encontrar resposta para os diferentes desafios antes citados. Para explicar melhor a ideia central dessa FESP faremos uso das palavras de FINKELMAN (2002) para quem

As autoridades sanitárias devem ter capacidade para incentivar a investigação e o uso de seus resultados no processo de tomada de decisões, bem como para desenvolver e usar soluções inovadoras em saúde pública cujo impacto possa ser medido e avaliado (p. 305).

A Diretriz nº 10 concentrou o tema da pesquisa em saúde pública no Plano Nacional de Saúde. O PNS engaja o MS a fortalecer a ciência, a tecnologia e a inovação em saúde e ainda se considera essas ações como “vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com a redução da vulnerabilidade do acesso à saúde.”

No que diz respeito à produção e à inovação, a ênfase será “a articulação entre a eficiência e a perspectiva estratégica de capacitar o Brasil nas atividades que permitam superar a dependência estrutural em saúde.” Do outro lado no tocante à produção de conhecimento científico, o MS seguirá com os projetos em execução e será promovido o financiamento de novo tema. Prioridade serão os seguintes temas:

⁹The challenges facing public health today are incredibly complex. Climate change; a seemingly never ending succession of newly emerging or re-emerging diseases, including antimicrobial resistance; conflict; mass migration; and political, economic, and social change all require innovative thinking by public health workers, researchers, policy makers, and practitioners.

epidemiologia, economia em saúde e gestão, saúde ambiental e segmentos populacionais em situação de vulnerabilidade (população negra, quilombolas, LGBT, ciganos, etc).

Também o MS aposta na formação de rede nacional de pesquisa clínica tais como rede câncer, rede nacional de terapia celular, rede dengue, rede malária, rede nacional de pesquisa clínica, rede brasileira de tecnologia em saúde. A criação de institutos nacionais de ciência e tecnologia, são, entre outras iniciativas, prioridades no Plano Nacional de Saúde.

O Plano Diretor de Saúde considera que as ações de pesquisas são capazes permitir a adequação das políticas, dos planos, das estratégias e intervenções. Neste sentido, priorizar ações como (i) análise das interações entre a dinâmica demográfica e saúde da população; (ii) identificação, análise dos determinantes da saúde e de sua evolução; (iii) identificação e análise das barreiras à acessibilidade, à qualidade e à utilização dos serviços de saúde; (iv) análise institucional; (v) pesquisa operacional, fundamental, terapêutico; (vi) pesquisa em medicina tradicional; (vii) outros tipos de pesquisas.

As metas estabelecidas no PNS se inserem nas ações de promover a realização de dois testes clínicos da vacina contra a dengue e de apoio ao desenvolvimento de pós-graduação em áreas estratégicas para o SUS

O Haiti, através de seu Plano Diretor de Saúde, também define algumas metas tais como atingir a porcentagem de 100% de utilização dos resultados das pesquisas e desenvolver estudos sobre a Farmacopeia haitiana.

6.11 Função Essencial nº 11: Capacidade de gestão para organizar sistemas e serviços de saúde.

A FESP nº 11, por seu potencial instrutivo, poderá ajudar no entendimento de sua exclusão ou mesmo a necessidade de retomar a discussão sobre o tema. Concordamos com a situação de retomada na medida em que, no próprio livro *"Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción"*, a OPAS declarou que "Se pueden añadir otras funciones o no, pero las esenciales deben estar siempre presentes" (OPAS, 2002). Considerando essa asserção e o arcabouço primário, a FESP nº 11 foi contemplada.

Essa FESP que se incorporou à lista inicial contempla a capacidade da autoridade nacional no que diz respeito à gestão e à organização dos sistemas e serviços de saúde. A FESP pauta a gestão como motor de construção, implantação, avaliação e de inovação dos sistemas de saúde para enfrentar os problemas de saúde no âmbito populacional. Também enfatiza o processo de tomada de decisão baseada em evidência e além disso um sistema de gestão bem-sucedida e demonstrável.

Certamente os esforços para atingir este patamar estão presentes nos dois planos. Por exemplo, no caso do PNS que projeta a "abertura de uma linha de financiamento de projetos" no que diz respeito ao InovaSUS/Gestão do trabalho. O problema é a mesma encaixa perfeitamente na FESP nº 10. Caso similar ocorre quando se menciona também que são realizados pelas estações da Rede ObservaRH estudos de monitoramento e avaliação das ações e políticas implementadas. Os resultados destas pesquisas subsidiam as tomadas de decisão e o planejamento das estratégias que integram a política de gestão do trabalho e da educação com base em evidências. Como podemos constatar, são ações interligadas que se repetem de uma função essencial para outra. A situação pode explicar porque esta FESP foi excluída logo antes de ser submetida à prova inicial.

Do mesmo modo, vamos analisar no PDS algumas informações relativas à FESP em questão. Para iniciar, o Haiti identifica como prioritária "a gestão eficiente e eficaz dos serviços e recursos". Considera de vital importância o fortalecimento da

capacidade de gestão das Direções Departamentais e para isso o sistema de forma geral precisa ser dotado "de um processo de gestão, de governança, de prestação de serviço e de cuidado; de normas, procedimentos padrão de prestação de cuidado; utilização das ferramentas que oriundas dos diferentes processos". Uma vez mais, os trechos selecionados deixam entrever as similaridades com outras FESPs.

As metas desta Função correspondem às projeções da FESP nº 5, por isso referimos a leitura do capítulo que trata do tema.

6.12 Função Essencial nº 12: Redução do impacto de emergências e desastres em saúde.

Devido à degradação ambiental, especificamente ao aquecimento global, a questão dos desastres naturais está no centro dos debates implicando diversos órgãos governamentais ou não. Nesse sentido, a Organização das Nações Unidas (ONU) reconhece a necessidade de um “aumento da resiliência das nações e das comunidades diante de um desastre” (ONU, 2013 *apud* OPAS e BRASIL, 2014, p.7). Esse foi, inclusive, o tema de uma conferência mundial sobre redução de desastres, ocorrida na cidade de Kobe, Japão, em 2005.

A importância despertada por este tema nos diversos organismos internacionais, como por exemplo a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável 2012, deixa clara a necessidade de ser abordada no âmbito da Saúde Pública. Além disso, segundo os dados do Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED), que mantém uma base de dados sobre alertas de emergências (EM-DAT – Emergency Events Database), nos últimos 20 anos 1,35 milhões pessoas foram mortas por desastres naturais e mais da metade por terremoto. A maioria das mortes ocorre em países em subdesenvolvidos evidenciando que, quanto mais pobre o país, maior a quantidade de mortes por desastres e por 100 mil habitantes (CRED, 2016).

A situação tem enorme impacto sobre as ações de saúde pública. Daí a necessidade de uma FESP sobre “a redução do impacto de emergências e dos desastres”. Nestes, o rol das autoridades nacionais são fundamentais, como o aponta FINKELMAN(2002):

As autoridades sanitárias devem ter capacidade para desenvolver políticas de planificação e execução de ações para a mitigação, preparação e reabilitação prévia para reduzir o impacto das emergências e desastres sobre a saúde pública, incentivando a participação intersectorial, setorial e a cooperação internacional (p.305).

O Plano Nacional de Saúde do Brasil prioriza a consolidação da Força Nacional de Saúde, criada para prestar assistência em situações de riscos e vulnerabilidade tais como alagamento e seca, desabamentos, enchentes, incêndios, epidemias/pandemias, acidentes nucleares, atentados, eventos com aglomeração

(como por exemplo, a Copa Mundial de 2014), circunstâncias de suscetibilidades de população especiais, como povos indígenas e demais comunidades, etc.

O MSPP no Haiti enfatiza sobre aspectos que resumimos aqui em dois grandes grupos. O primeiro diz respeito à preparação para a catástrofe e abrange as ações de comunicação para prevenção frente aos riscos, atualização dos planos de contingência e realimentação dos estoques. O segundo grupo é da gestão de medidas excepcionais em caso de catástrofes, desastres e situação de saúde pública com alcance internacional, englobando o diagnóstico e a coordenação da resposta humanitária em saúde, a avaliação das respostas às catástrofes e urgências, e a gestão das urgências e das vítimas de catástrofes.

As metas definidas não são específicas para a redução do impacto dos desastres mas contemplam alguns subcomponentes da FESP analisada como a aquisição de 2.160 ambulâncias até 2015 e a reforma, ampliação ou equipagem de 231 unidades de atenção especializada dentro das Redes de Atenção às Urgências até 2015.

No caso do Haiti, os diferentes objetivos específicos pautados com respeito à FESP nº 12, envolvem (i) Reforçar a capacidade do sistema de saúde em responder a urgências e catástrofes; (ii) Informar a população sobre comportamentos e medidas que devem ser adotados nas diferentes situações de riscos; (iii) Reduzir o impacto dos riscos e desastres sobre a saúde da população; e (iv) Reduzir a morbimortalidade relacionada aos acidentes, riscos, desastres e catástrofes naturais.

Para a medição destes objetivos, três indicadores e respectivas metas foram definidos. São o (i) número de departamentos com Plano de Contingência de Saúde atualizado (100% é a meta definida); (ii) número e percentagem de Departamento que tem estoque abastecido em materiais de urgência(100 % é a meta definida); e (iii) tendência da morbidade e da mortalidade inerente a desastres e catástrofes naturais (se almeja uma tendência negativa).

7. Das semelhanças e diferenças de abordagem das FESP nos dois Planos Nacionais de Saúde.

As FESP foram definidas por uma organização internacional, a OPAS, que pretendia disseminá-las para os diferentes países da região. Assim, seria definido um padrão de práticas para a saúde pública e seria disponibilizado um instrumento para melhoria do desempenho da saúde pública. No momento da introdução das FESP, foi considerado que “É crucial para melhorar a prática da saúde pública e as ferramentas para melhor o seu estado e áreas nas quais deve ser reforçada”¹⁰ (MUÑOZ *et al.*, 2000).

Neste capítulo, serão abordadas as semelhanças e as diferenças que permeiam os dois Planos Nacionais (Brasil e Haiti) na sua abordagem das FESP. Não pretendemos ser exaustivos, mas serão ventilados vários aspectos. O enfoque centra-se nas formas de projetar o assunto, cuja variabilidade depende de uma infinidade de fatores. Apesar da revisão da literatura realizada, não encontramos trabalhos semelhantes. O mais próximo foi a análise do Plano Nacional de Saúde de Portugal que faz uma análise comparativa dos planos de saúde de varios países no objetivo de servir de base das discussões para definir as “estratégias e políticas de saúde no âmbito do próximo Plano Nacional de Saúde” (PORTUGAL, 2010).

7.1 Monitorização e análise da situação de saúde da população

Ao percorrer a FESP nº 1 que faz referência ao “Monitorizamento e análise da situação de saúde da população”, nos deparamos com certas diferenças que existem nos dois sistemas de saúde. Mesmo não tendo sido elaborados no mesmo período, os dois planos apresentam certa sobreposição no tempo. Tal coincidência temporal poderia insinuar certas similaridades de abordagem. Todavia, a

¹⁰es crucial mejorar la práctica de la salud pública y los instrumentos para valorar su estado actual y las áreas en las que debe ser fortalecida.

saúde pública insere-se em um processo muito dinâmico que depende do contexto socioeconômico, cultural e político.

A pouca atenção dedicada a “avaliação atualizada da situação e tendências de saúde do país e seus determinantes” explica em grande parte a definição de prioridade no PNS 2012-2015. Desde 2004, o Brasil publica anualmente o livro *Saúde Brasil* que constitui uma análise da situação da saúde do país priorizando o principal problema de saúde do ano analisado. O livro *Saúde Brasil* é produzido anualmente pela Coordenação-Geral de Informação e Análise Epidemiológica (CGIAE) do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS).

Na primeira edição cujo título era "*Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde*" foi estabelecido o objetivo da série

(...) fortalecer a capacidade analítica nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), visando a produção contínua e oportuna de evidências epidemiológicas que concorram para o aprimoramento do nosso conhecimento sobre a situação de saúde da população brasileira; sobre a magnitude e tendências históricas dos riscos de adoecer e morrer; sobre as desigualdades em saúde; e sobre as hipóteses explicativas para estes cenários (BRASIL, 2004, p. xi).

Podemos perceber que o Brasil tem uma experiência de mais dez anos na produção de análise da situação da saúde, o que pode explicar as poucas referências ao tema no PNS 2012-2015. O que não quer dizer que não existam críticas ao processo no seu conjunto, mas que não são pertinentes à análise que está sendo realizada.

Neste cenário, considera-se o Haiti como iniciante, apesar de sintomaticamente ser identificado o esforço do MSPP para incentivar a análise da situação da saúde no país. Desde 1987, o MSPP contrata um organismo, o "*Institut Haitien de l'Enfance* (IHE)", para a realização de inquérito no marco do programa de "Pesquisa de Demografia e Saúde (*Demographic and Health Survey* - DHS na sigla em inglês). A DHS é financiada pela Agência dos Estados Unidos para o

Desenvolvimento (USAID) sob o título em francês “*Enquete sur mortalité, morbidité et utilisation des services (EMMUS)*”, realizada cada 5 anos e foca-se sobre uma amostra representativa da população haitiana. Trata-se de inquerito demográfico concebido para fornecer uma estimação atualizada dos principais indicadores demográficos e sanitários de base que ajudaram na planificação, seguimento e avaliação dos programas de saúde e de desenvolvimento no Haiti (HAITILIBRE, 2013).

É quase impossível ignorar as contribuições das pesquisas EMMUS nas tomadas de decisão no nível central, porém com o objetivo de reforço organizacional e operacional do sistema de saúde, mediante o PDS, o MSPP manifesta a necessidade de um “fortalecimento e unificação do sistema de informação, como também o uso sistemático das informações produzidas para a tomada de decisão” (HAITI, 2013).

No que diz respeito à “identificação das necessidades de saúde da população” e “o manejo das estatísticas vitais e a situação específica de grupos de especial interesse ou maior risco” são pautadas certas similaridades em ambos os planos. De um lado o Brasil faz uso de termos com “implementação de política de informação”, “tomada de decisão” assim como a “consolidação da gestão da informação” e, do outro lado, o Haiti projeta a implementação de um Sistema Nacional de Informação Sanitária única.

A questão da identificação de recursos extra-setoriais não foi prioridade no PNS. Provavelmente, deve-se ao fato que as fontes de financiamento da saúde são regulamentadas por leis, especificamente como a Lei Complementar nº 141/2012” (CONASS, 2013, p.15). Mesmo assim o “MS participará de ações intersetoriais para geração de renda e moradia”, ações que não têm nada de específico para conseguir fundos para a saúde mas podem ajudar fortemente a diminuir as desigualdades e suas repercussões sobre o estado de saúde das populações vulneráveis.

Ao contrário, no Haiti, devido ao fato que o financiamento dos serviços de saúde provêm de uma multiplicidade de fontes pública, privada e da ajuda internacional, que a participação do Estado no financiamento representa um 1/3 das

despesas totais em saúde e que 80% serve para pagamento dos funcionários, revela-se importante somar os esforços, procurar fonte novas para substituir a desistência de alguns setores chaves. Então, o Haiti precisa prioritariamente identificar recursos extra-setoriais para melhor financiamento das despesas em saúde.

O MSPP se apoia, literalmente, sobre o aporte das famílias e fundamentalmente de cooperações externas. LAROCHE (2012) declara que “o Haiti é um dos poucos países que se baseia ainda sobre as receitas e misérias do Tesouro Público e o assistencialismo da comunidade internacional para dar satisfação as necessidade saúde de sua população”. Segundo o mesmo autor

Se Haiti quer terminar com o ciclo da pobreza, baixo desempenho e mesmo o fracasso no campo da saúde, e se ele quer garantir cuidados de saúde de qualidade para toda a sua população, deve portanto, adoptar, ao lado e para além destas duas fontes de financiamento acima nomeados, um novo paradigma e uma nova estratégia: a de proteção social em saúde (Tradução livre do autor)¹¹.

Então, é evidente a necessidade do Haiti em apostar por meio do PDS em possíveis fontes alternativas de financiamento capazes de garantir alguma sustentabilidade ao setor.

No tocante ao “desenvolvimento de tecnologia, experiência e métodos para o manejo, interpretação e comunicação da informação aos responsáveis para a saúde pública”, o Brasil não abordou o tema pois já que na gênese do SUS foi previsto um sistema de informação. Pouco depois, no esforço de aprimoramento desse sistema, foi estabelecida uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), lançada em 2003 e com a última atualização em 2016, cujos princípios e diretrizes norteadores resumem-se nas seguintes linhas:

a melhoria da qualidade e do acesso ao sistema de saúde brasileiro; a transparência e segurança da informação em saúde; o acesso à informação de saúde pessoal como um direito do cidadão; o suporte da informação para tomada de decisão por parte do gestor e profissional de saúde; e, por fim, o desenvolvimento institucional do

¹¹Si Haïti veut rompre avec le cycle de la pauvreté, de la sous-performance et même de l'échec dans le domaine de la santé, et si elle veut garantir des soins de santé de qualité à la totalité de sa population, elle se doit donc d'adopter, à côté et en plus de ces deux sources de financement susnommées, un nouveau paradigme et un nouvel ordre stratégique : celui de la protection sociale en santé.

SUS e de todo o sistema de saúde brasileiro, com ganhos de eficiência na redução do número de sistemas de informação em saúde existentes ou sua simplificação, gestão e formação de pessoas, aquisição de insumos, monitoramento e avaliação das ações, logística, pagamento e transferência de recursos e outros processos-meio (BRASIL, 2016, p.7).

Na contramão, no Haiti, a tentativa de implementação de um sistema de informação sanitária teve luz somente em 2008, com o apoio da OPAS. O Sistema de Informação Nacional em Saúde “será um sistema consolidado, que abarca e utiliza todas as informações pertinentes para a planificação, a tomada de decisão e a ação (OPAS, 2010, p.19)”. Entretanto, o sistema fracassou na base devido aos danos provocados pelo terremoto. Então, o tema voltou a ser prioritário no PDS quando foi pautada a implentação de um Sistema de Informação Nacional Único (SISNU).

ALFRED (2013) detectou alguns problemas operacionais desse sistema, como dados incompletos, atraso no processamento dos dados e das informações, práticas de coletas e de processamento que comprometem a confiabilidade dos dados. Esse conjunto de problemas levou o autor a concluir que não existe realmente um sistema de informação sanitária nacional. Sem sombra de dúvida pode-se compreender o interesse do MSPP para “garantir a coleta de dados completos e fededignos no território nacional”.

Mesmo que tenha sido mencionado em ambos os planos a necessidade de produzir informação de alta qualidade, dispõe-se de poucos detalhes sobre as instâncias responsáveis pelo trabalho. Supõe-se que tal omissão possa se dever à ausência ou fraqueza da entidade técnico-administrativa na estruturas de planejamento de ambos os ministérios.

7.2 Vigilância de saúde pública, investigação e controle de riscos e danos na saúde pública.

A vigilância em saúde pública, mesmo sendo um tema de alcance internacional, ainda permanece inerente a cada sistema, devido à dinamicidade em

relação às mudanças do perfil epidemiológico de cada país e muitas vezes de cada cidade.

É evidente que o tema de vigilância de saúde pública foi considerado em ambos os planos. Os dois documentos demonstraram as capacidades de investigação e vigilância de surtos epidêmicos. O PNS detalhou melhor o tema devido certamente à existência de uma rede de laboratórios com cobertura nacional e à disposição de maior quantidade de recursos humanos no setor. O subcomponente que trata da existência de infra-estrutura de saúde pública, entretanto, meramente foi tocado.

Há diferenças quanto às doenças sujeitas à vigilância no Brasil e no Haiti. Para o Brasil, são as seguintes: dengue, tuberculose, malária, hanseníase, hepatites virais, esquistossomose, filariose, tracoma, rubéola, síndrome da rubéola congênita, tétano adulto e neonatal, meningite, pneumonia, influenza sazonal, saúde do trabalhador, vigilância em saúde ambiental e vigilância das violências e acidentes, intoxicação por substância química e doenças crônicas não transmissíveis. Para o Haiti, as que têm prioridade são: controle de medicamentos, AIDS, antrax, tuberculose, malária, dengue, filariose, cólera, diabetes, doenças crônicas não transmissíveis, problemas nutricionais e estado nutricional das grávidas.

A discrepância certamente é oriunda de realidades sócio-demográficas completamente distintas, além de decorrer também dos avanços dos dois sistemas de informação, dos recursos financeiros disponíveis e do perfil epidemiológico. Também é válido destacar que muitas das ações controle/vigilância sanitária implementadas no Haiti dependem da ajuda externa, o que afeta grandemente a sustentabilidade e a perenidade desses programas.

Os planos indicaram programas considerados prioritários com base nas respectivas análises da situação de saúde em ambos os países. Contudo, a abordagem foi diferente nos dois documentos tendo em vista as diferenças substanciais de priorização de problemas de saúde. Mesmo que existam certas similaridades no enfoque dos programas de vigilância, o Haiti ainda está numa etapa embrionária com sérios problemas de sustentabilidade dos programas devido à forte contribuição financeira das cooperações externas.

Contudo, isso quer não dizer que não haja no Brasil vários desafios, tanto no campo da vigilância epidemiológica e como no da vigilância sanitária. As prioridades não são as iguais para ambas. No que diz respeito à vigilância epidemiológica (vigilância em saúde)

faz-se necessária a consolidação de redes de informações eficientes que propiciem a intervenção para o controle não apenas das doenças infecciosas sob vigilância, como também para o enfrentamento de agravos cuja importância tem crescido em termos de morbidade e mortalidade: as doenças cardiovasculares, as neoplasias e as violências (p.122).

No tocante à vigilância sanitária, o Brasil projeta melhorar a mesma:

a atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) precisa se fortalecer, voltada para os interesses da saúde coletiva, envolvendo atividades de pesquisa e regulação dos riscos sanitários, de forma articulada com as políticas de atenção à saúde, vigilância epidemiológica e fomento ao desenvolvimento e provisão de insumos à saúde(p.122).

7.3 Promoção da saúde

Na medida em que a promoção da saúde se baseia na equidade, todo o sistema de saúde que é norteado por esse princípio deveria considerar a promoção da saúde como um pilar fundamental. Sob esse princípio, pode-se entender as similaridades das dois planos nas abordagens do tema, ainda que o fato não retire a autenticidade na implementação e também nas prioridades dos diferentes temas.

No que diz respeito ao tema de promoção da saúde, o PNS prioriza a "alimentação saudável, a prática de atividade física, prevenção e controle de tabagismo, prevenção e controle da obesidade assim como a construção de uma cultura da paz, a saúde ambiental, o aleitamento materno e a luta contra violência sexual e de gênero. Curiosamente, o PDS aborda os mesmos temas com muito poucas diferenças. A ressalva é que no caso do Brasil a luta contra as doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de riscos são temas preocupantes. No Brasil, "para a sustentabilidade do sistema, torna-se imperiosa a organização de redes assistenciais articuladas que deem conta da evolução do perfil demográfico e

epidemiológico brasileiro(FIOCRUZ, 2012, p.143)". O Haiti também orienta ações para enfrentar os problemas inerentes DCNT.

Para o MSPP, o saneamento do ambiente escolar, assim como uma população escolar engajada na promoção da saúde e a incorporação das regras básicas de higiene, são questão fundamentais. Insere-se numa realidade de pouco civismo, pouca implicação social e o respeito do entorno de convívio coletivo e também forma de prevenir os surtos de cólera nas escolas.

A prática de exercícios físicos não ocupou um lugar privilegiado na agenda do MSPP, diferente do Brasil que aposta muito no realização de exercícios físicos como estratégia de promoção da saúde. Exemplo disso são as “Academias da Saúde”, programa implementado em 2011 que é visto como um "novo equipamento da atenção básica com potencial de fortalecer e qualificar as ações de promoção da saúde nas comunidades (BRASIL, 2013 *apud* SÁ GBAR *et al.*, 2016)".

7.4 Participação social

Apesar dos esforços dos dois governos, a busca do princípio da equidade resta como uma questão que afeta o acesso ao cuidado de saúde de qualidade. A falta de *empowerment* das comunidades é evidente, fundamentalmente no Haiti, quando escolhemos como base conceitual a definição de HEIDMANN *etal.* (2006) que entendem *empowerment*

como o fortalecimento das populações, constitui-se numa estratégia importante de promoção que pode ajudar a transformar a realidade de saúde, através do fortalecimento do *empowerment* econômico, político, social e cultural dos múltiplos atores sociais que, em conjunto, possam compreender a determinação do processo saúde e doença e conquistar o direito à vida com ética e dignidade humana (p.357).

Existe certa similaridade das influências da promoção da saúde sobre a organização do sistema de saúde nos dois países, no sentido das ações priorizadas apontadas no parágrafo anterior; assim como o alinhamento das respectivas políticas em promoção da saúde com as estratégias definidas na carta de Ottawa que são: “Implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes

favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforçando a ação comunitária, e desenvolvimento de habilidades pessoais” (CARTA DE OTTAWA, 1986; HEIDMANN *et al.*, 2006).

As grandes diferenças na abordagem desta FESP radicam-se nas disparidades que existem no que diz respeito aos pré-requisitos para saúde e analogicamente deixam brechas na implementação das estratégias de políticas de promoção da saúde. Segundo a Carta de Ottawa (1986), “as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - ecossistema estável – recursos sustentáveis - justiça social e equidade”. E justamente a carta reconhece que “o incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos (*op. cit.*)”. Por este motivo, as diferenças de implementação de promoção da saúde dependem do grau de desenvolvimento destes pré-requisitos nos dois países.

Além dos temas detectados com certas semelhanças nas abordagens, a questão da participação social foi tocada. O Brasil enfatiza mais o fato do controle social por meio dos diversos organismos já existentes. Contudo, o Haiti destaca os eixos que constituem sua estratégias de participação comunitária, desde o desenvolvimento de uma Política Nacional de Participação Comunitaria de Saúde até um melhor envolvimento do cidadão como um real ator.

De maneira estruturante e em vista de um controle social mais rigoroso, tudo indica que o PDS está na fase de criação das bases de uma participação social mais efetiva. Por isso, quando o Brasil menciona “ampliação da participação social”, o Haiti faz uso de uma terminologia que indica algo novo: “desenvolver e implementar uma estratégia nacional para a participação comunitária”.

Outra diferença é também no uso expressões. Se o Brasil claramente refere-se à participação social, no caso do Haiti é “participação comunitária”. Todavia, tal divergência pode situar-se apenas ao nível semântico, pois segundo FIOCRUZ (2017), “a participação social é também denominada “participação comunitária” no contexto da saúde, sendo estabelecida e regulada pela Lei nº 8.142/90, a partir da criação de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, bem como de colegiados de gestão nos serviços de saúde”.

Uma das melhores expressões da participação social no Brasil é a realização das “Conferências Nacionais de Saúde” pautada no PNS 2012-2015. Até 2017, o Brasil já realizou 15 Conferências Nacionais de Saúde. Segundo a FIOCRUZ (2017), as Conferências de Saúde

Consistem em fóruns públicos que acontecem de quatro em quatro anos, por meio de discussões realizadas em etapas locais, estaduais e nacional, com a participação de segmentos sociais representativos do SUS (prestadores, gestores, trabalhadores e usuários), para avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde.

É uma das particularidades do PNS brasileiro que o Haiti não aborda de forma semelhante. Neste contexto, considera-se as conferências de saúde uma forma de facilitação da participação da comunidade ou, ainda melhor, como “um esforço no sentido de fazer valer a democracia popular e a gestão participativa” (FIOCRUZ, 2017).

As divergências notadas nos dois planos no que tange à participação social derivam-se do arcabouço existente já no início da implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Por outro lado, o Haiti permanece envolvido em um processo infindo de transição democrática e de instabilidade política.

Com isso, longe de afirmar que a participação social no Brasil é perfeita, demonstra-se a existência de uma base que apenas precisa ser ampliada, fortalecida e promover melhor o papel dos conselhos na qualificação da gestão do SUS e reconhecer também o saber popular (PNS, 2012). Por outro lado, o Haiti está em uma etapa embrionária, em que se utiliza mais os termos “implementar” e “desenvolver”. Também não há registro na literatura da existência de uma participação comunitária organizada. As comunidades haitianas, na maioria das vezes, são beneficiárias de projetos pré-fabricados, centralizados. Obedecem, assim, a uma agenda neoliberal ou são obrigadas a aceitar a execução de um programa para cumprir as ordens dos países fornecedores da ajuda externa ESQUIVAL (2013) explicam este fato que "no Haiti foram aplicados programas corrosivos, políticas assistencialistas para o povo haitiano sem participação das organizações sociais, que ficaram como espectadores e não protagonistas (p.7)."

7.5 Desenvolvimento de políticas e planos que apoiem os esforços individuais e coletivos em saúde pública e contribuam à gestão sanitária nacional

Os esforços dos países para ter a sua disposição um instrumento de planejamento são palpáveis. O Haiti possui um Plano de Saúde e uma Política Nacional de Saúde que norteiam as grandes decisões na área para o bem coletivo. No Brasil, o planejamento em todas as esferas do SUS tornou-se uma cultura (a cultura do planejamento), que muitas vezes condiciona o financiamento da saúde nos níveis mais descentralizados. Mesmo assim, no que diz respeito ao planejamento, cabem muitas diferenças nos dois enfoques pois as ferramentas de planejamento no Brasil refletem a complexidade da organização administrativa do país.

Nos documentos, o PNS brasileiro deixa vislumbrar maior transparência e participação social no processo de desenvolvimento de decisões políticas. Ainda que o Haiti alegue o mesmo, a centralidade do poder de decisão contradiz tal alegação. Como prova, não existe no Haiti um incentivo ao planejamento nos níveis subnacionais. Tudo procede do nível central e a periferia possui uma capacidade de autonomia muito limitada. Isso parece como a poeira de um longo período de ditadura obscura em uma jovem democracia, que sofre muito para encontrar o caminho certo. Paralelamente, o Brasil projeta uma gestão descentralizada respeitando os princípios de universalidade, integralidade e equidade em saúde.

O Haiti advoga uma “programação única”, na qual se defende a ideia de “pacote essencial de serviço”. Essa concepção diverge com o princípio de universalidade. Como afirmam BORDIN e MISOCZKY (2015),

no caso do Haiti, o Pacote Básico de Serviços descreve o que as organizações vinculadas ao MSPP ofereceriam, independentemente 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 (p.35).

Ambos os planos manifestam o interesse de oferecer um serviço de qualidade baseado na “modernização da administração”. Insistem em termos diferentes sobre o planejamento em saúde e também na necessidade de “avaliação e monitoramento” na esfera da saúde. O Brasil ressalta a necessidade de controle

interno e “ouvidoria federal”. No que diz respeito ao quadro legislativo, o Haiti parece ser mais detalhista, o que poderia ser devido ao fato que, normativamente, o setor saúde no Haiti apresenta enorme lacuna. De outra feita, os dois ministérios trabalham para que as decisões tomadas nas áreas da saúde pública sejam baseadas em evidências.

7.6 Regulamento e fiscalização em saúde pública

Se consideremos a saúde como um direito independentemente do sistema político e de saúde compreenderemos que o regulamento e a fiscalização consituem um pilar fundamental. Por isso, SANTOS e MERHY (2006, p.29) afirmam que “não existe sistema sem regulação”. Esta FESP faz da autoridade nacional de saúde o responsável pelo desenvolvimento e a fiscalização dos códigos e normas sanitários. E também pela geração de novas leis e regulamentos e proteção do consumidor entre outros para desta forma garantir a existência do sistema de saúde.

Parece evidente que os pontos evocados pela FESP são deveres do estado, que tem obrigação de cumprir tais prerrogativas sobretudo nos sistemas de cunho universal. Todavia, nem sempre é assim quando consideramos as leis do mercado e também os jogos de interesses.

Um dos objetivos do PDS é a restauração da autoridade do MSPP através do “reforço do seu *leadership* e governança”. Por isso, o MSPP enfatiza bastante acerca da regulação e da normalização do sistema assim como o “desenvolvimento, vulgarização das políticas públicas, leis e regulamentos”. Tais aspectos não foram destaques no PNS, pois Brasil tem um quadro normativo já instituído que vem sendo atualizado, dependendo do contexto socio-econômico, político, e epidemiológico. Todavia, existem certas coincidências na vontade dos dois países de regulamentar o setor farmacêutico no que diz respeito ao “cumprimento das normas sanitárias”. O que mais parece discrepante é a questão da “regulação e fiscalização da saúde suplementar” - a saúde suplementar até ocupa uma diretriz inteira no PNS mas o Haiti acha melhor que ao reforçar a autoridade do MSPP conseguirá regularizar o setor privado.

7.7 Avaliação e promoção do acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários

Almejar a equidade na oferta dos serviços de saúde é a causa nobre que une os mais diversos sistemas de saúde na região, no objetivo de nivelar o abismo criado pelas desigualdades sociais e econômicas. A região das Américas é considerada segundo a OPAS “a região com maior inequidade no mundo”. Segundo a mesma fonte, “milhões de pessoas não têm acesso a serviços de saúde integrais para desfrutar de uma vida saudável, prevenir doenças e receber serviços de saúde ao adoecerem, inclusive a cuidados paliativos durante a fase terminal da doença (OPAS, 2014, p.1)”.

Em 2014, a posição que estava sendo defendida é a de que o direito à saúde na sua integralidade deve ser “promovido e protegido sem distinção de idade, etnia, sexo, gênero, orientação sexual, idioma, nacionalidade, local de nascimento ou de qualquer outra condição (OPAS, 2014)”. Para alcançar tais objetivos requer-se políticas, planos e programas de saúde que sejam norteados pelos princípios de equidade.

O Brasil é conhecido como um país de grandes iniquidades e o setor saúde não é uma exceção. As inequidades marcam profundamente a situação de saúde no Brasil (BUSS ePELLEGRINI FILHO, 2006).

Então podemos entender que a problemática das iniquidades são temas de prioridades no PNS. O Brasil projeta uma Atenção Básica integral, universal que oferece serviços à população em situação de vulnerabilidade e iniquidade em territórios específicos. Literalmente, o PNS empenha-se na promoção da equidade e no enfrentamento das disparidades raciais, étnicas, de gênero, orientação sexual e local de moradia. As prioridades no que tange a equidade no PDS indexam os grupos vulneráveis que, segundo o MSPP, seriam “grávidas, crianças de menos de cinco anos, escolares, pessoas com necessidades especiais”, sem base nas questões racial ou étnica ou de gênero. Tal omissão pode ser devido ao nível de conservadorismo da sociedade haitiana, que ainda projeta problemas de saúde

como ligados à livre escolha da orientação sexual. Também não foi enfatizada no PDS a questão de gênero, que se constituem um problema real no acesso a saúde devido ao papel reservado à mulher na sociedade haitiana.

O Brasil aborda o tema quase da mesma forma que o Haiti no que diz respeito ao acesso das pessoas da terceira idade a rede de serviço de saúde. Ainda que o Haiti ignore completamente as pessoas em situação de rua e a população do sistema prisional, o PNS reconhece seu peso no estado de saúde nacional. Todavia, a situação prisional no Haiti não é em nenhum caso melhor que a do Brasil. Segundo um relatório do “*Réseau National de Défense des Droits Humains (RNDDH)*” organismo especializado na defesa dos direitos humanos:

Mais do que nunca, o sistema penitenciário haitiano não conta com os meios para receber os detentos. O conjunto das prisões do estudo estão superlotadas, chegam a ter celas com números de detentos que excedem 4 vezes a sua capacidade normal (tradução livre do autor) (RNDDH, 2012, p.2)¹².

O Haiti reserva uma atenção privilegiada para as crianças nascidas de mães portadoras do HIV. Da mesma forma que o Brasil, pauta ações para uma atenção desigual aos desiguais. O HIV, e especificamente a transmissão vertical, constitui um grande desafio para o Haiti.

7.8 Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública

A gestão organizacional contemporânea aponta para a primazia das pessoas na busca da excelência para a produção de bens e serviços e para viabilizar a própria transformação institucional. Assim, as políticas de **Recursos humanos (RH)** são destacadas pelos formuladores e gestores como prioritárias para a consecução de um sistema de saúde democrático, equitativo e eficiente (MARTINEZ, 1998; NOGUEIRA, 2000; PDRH, 1996 *apud* BRASIL, 2002, p.5)

Nessa ótica, os planos de saúde implementam os grandes delinhamentos das políticas de recursos humanos. As implementações obedecem às visões de cada

¹²Plus que jamais, le parc carcéral haïtien n’a pas les moyens d’accueillir les personnes privées de liberté. Toutes les prisons ciblées par cette étude sont surencombrées. Les prisonniers qui pour leur part, tentent de s’accoutumer à cette situation, sont empilés dans des cellules dépassant quatre (4) fois leur capacité d’accueil

sistema e a suas necessidades específicas. Particularmente, o Haiti considera o PDS como uma extensão da sua política nacional de saúde que trata amplamente o tema do deficit de recursos humanos.

A questão da formação de recursos humanos não é apenas uma prioridade nas agendas de alguns países. O assunto vem sendo debatido e pesquisado na esfera regional e global. Nesse sentido, ASSUNÇÃO *et al.* (2007) ressaltam que "a coincidência do centro do tema Recursos Humanos em Saúde nas agendas nacional, regional e global marca a iniciativa de uma década de investimentos sustentados visando a construir uma infra-estrutura humana para os sistemas de saúde".

Além disso, segundo CUTOLO (2003), citando uma conclusão de estudo da Organização Pan-americana de Saúde sobre a educação médica nas Américas

...o planejamento de formação de recursos humanos em saúde deveria constituir parte importante dos planos nacionais de saúde e refletir os esforços coordenados de todas as instituições que tenham a ver com formação e utilização...

Já a declaração de ASSUNÇÃO *et al.* (2007) pressagia a similaridade na forma que se pauta a FESP sobre recursos humanos nos dois planos. Para referir-se ao tema, o PNS faz um apelo às seguintes terminologias "capacitação, educação permanente, tele saúde, ampliação de residência e valorização da atenção básica". O Haiti também aborda a questão, mas não com aquela riqueza de vocabulário. Os aspectos fundamentais relativos a recursos humanos no PDS tratam-se da intersectorialidade, monitoramento em vista do Pacote Essencial de Serviço (PES), formação de profissional segundo as necessidades geradas pelo PES, e aposta também nos colégios de profissionais de saúde para ajudar no aprimoramento da organização do trabalho.

À semelhança do Brasil, o Haiti aposta na formação de profissionais com um enfoque integral e multidisciplinar. Com justa razão, ALFRED (2015) declara que:

Nos países desenvolvidos, a obrigação de conter os custos, mantendo a qualidade dos cuidados leva a testar novas categorias de profissionais de saúde desde quadro intermediário até enfermeiros especializados. Em países como o Haiti, é imperativo testar essas práticas de tal forma que irá remediar a falta de ofertas especialmente em áreas rurais, como já é o caso na prática rural com

técnicos/as de enfermagem que fornecem serviço de saúde a grande parte da população¹³.

A escolha do Haiti de abordar o tema na sua base estruturante e o Brasil frisando a consolidação encontra sua justificativa no trabalho de valorização dos recursos humanos em saúde que vem sendo desenvolvido para responder melhor as necessidade do SUS. Ainda existem muitos contrastes mas os esforços nesse sentido são alentadores. No mesmo marco, insere-se também a necessidade do Haiti de responder a falta crónica de recursos humanos além de evitar, através da iniciativa do estabelecimento de planos de carreiras e outros incentivos, a “fuga de cérebros”.

Segundo análise da OPAS (2012), a área dos recursos humanos em saúde é das poucas em que se notou um pouco de progresso. No entanto, ainda falta uma alinhamento do talento humano às reais necessidades reais do sistema. A formação universitária não está adequada à realidade da comunidade. Por justa razão que ALFRED (2015) declarou que "as faculdades de medicina precisam adaptar-se, elas não podem ficar indiferentes as reformas que almejam a sociedade¹⁴(Tradução livre do autor)".

Além deste problema, foi bem pautado na Política Nacional de Saúde, entre outros desafios, dois que se relacionam com a FESP de "desenvolvimento de recurso e capacitação em saúde pública”:

A debilidade do sistema de acreditação das escolas privadas de formação de profissional da saúde. Curricula pouco adaptado às necessidades do sistema de saúde e formação de profissionais que não correspondem ao perfil esperado para os serviços e cuidados de saúde ¹⁵(tradução livre do autor , p. 27).

¹³Dans les pays développés, l'obligation d'endiguer les coûts tout en maintenant la qualité des soins amène à tester de nouvelles catégories de personnel de santé de cadres intermédiaires et des infirmières spécialisés. Dans les pays comme Haïti, c'est un impératif de lancer une telle expérimentation qui permettra de remédier à l'insuffisance de l'offre surtout dans les milieux ruraux comme c'est déjà le cas dans la pratique en milieu rural avec des auxiliaires qui sont entrain d'assurer la prestation de service a une bonne partie de la population.

¹⁴Les facultés de médecine doivent s'adapter, elles ne peuvent rester indifférentes aux réformes majeures en santé auxquelles la société s'attend.

¹⁵La faiblesse du système d'accréditation des écoles privées de formation de professionnels de la santé. L'application de curricula peu adaptés aux besoins du système de santé et la production de professionnels ne répondant pas aux profils requis pour la provision des services et soins de santé (HAITI, 2012, p.27)

A OPAS (2012), no livro “Health in America”, também ressalta os problemas confrontados pelo sistema de saúde haitiano no que diz respeito aos recursos humanos. Além dos impasses na formação inicial e contínua já apontados na Política Nacional de Saúde, a OPAS detectou problemas relativos a remuneração, péssimas condições de trabalho, desequilíbrio da proporção funcionários administrativos/fornecedor de cuidado de saúde e ausência de normas para os processo de seleção (OPAS, 2012)

7.9 Garantia de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos

A qualidade nos serviços de qualquer tipo é uma preocupação antiga da humanidade. A respeito, MENDES (1993) opina que " hoje se fala em qualidade de quase tudo, qualidade de produtos, serviços, do ambiente, enfim, qualidade de vida", ainda mais no setor saúde em que se lida com vida humana. Ainda segundo MENDES (1993), fazendo referência aos trabalhos de Donebedian, compreende a qualidade como:

aquela que, além do benefício líquido, prioriza a distribuição social dos custos e benefícios, ou seja, a equidade, coletivizando-se benefícios e custos. Assim, a mais alta qualidade seria aquela que produzisse a maior utilidade para toda a população, de forma que todos contribuíssem de modo equivalente à sua capacidade de pagar.

Não podemos encerrar a qualidade em apenas uma definição e é menos provável inseri-la num conceito puramente utópico. Muitos sistemas de saúde ao redor do mundo lutam para alcançar serviços de saúde com um grau aceitável de qualidade devido aos condicionamentos dos meios financeiros disponíveis, os recursos humanos, a capacidade de gestão, as forças econômicas em jogo e as prioridades possíveis. Essa consideração nos conduz a um conceito de qualidade bem difundido entre os teóricos do tema que é o de ØVRETVÆIT (1996) *apud* SERIAPONI (2009) como a “Completa satisfação das necessidades de quem mais precisa do serviço de saúde ao custo mais baixo para a organização e dentro das regulamentações estabelecidas”.

O tema tratado na FESP nº 9 foi abordado quase de forma similar pelos Ministério de Saúde do Haiti e do Brasil. Os aspectos recorrentes nos dois planos foram a avaliação, o monitoramento e o controle social. A questão do controle, como

já foi visto, é mais consolidada na abordagem do PNS. A conceitualização de PISCO (2006) nos ajuda a entender a dimensão da avaliação de serviços de qualidade, para quem a "avaliação é, pois, um poderoso instrumento de mudança que não deve ser visto como uma ameaça, mas sim como um incentivo para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade".

Nos âmbito do desejável, a qualidade nos serviços de saúde públicos pode se tornar palavras em vão se não conseguimos um alto nível de compromisso dos trabalhadores, centrado no humano e idealizado para diminuir as desigualdades. A respeito, NOGUEIRA (2007) declara que

os processos para a melhoria da qualidade devem envolver toda a equipe de trabalho, estabelecer ações a longo prazo acompanhadas passo a passo e mudanças gradativas, além de focalizar as pessoas como sendo prioridade, demandando comprometimento, disciplina e um esforço crescente.

7.10 Pesquisa, desenvolvimento e implementação de soluções inovadoras em saúde pública

Os tempos de vacas magras e de turbulência política e econômica pelos quais estão passando vários países das Américas faz ressentir uma forte necessidade de otimizar os resultados. Para atingir esses objetivos, seguidamente são propostas políticas de austeridade ou cortes nos programas de saúde. Ao contrário, entendemos como de vital importância investir adequadamente parte dos poucos recursos na área de pesquisas para alcançar melhores resultados em termos de custo e efetividade e ao mesmo tempo permitir a inserção de forma consciente das novas tecnologias.

Um dos problemas que se apresenta é que "Em muitos países, no entanto, os benefícios da pesquisa em saúde não são otimizados devido aos baixos investimentos, à ausência de uma cultura de decisões baseadas em evidências ou à falta de capacidade instalada (BRASIL, 2007, p.17)".

A pesquisa em saúde é obviamente um componente indispensável ao crescimento e ao desenvolvimento de povos e nações. Sejam públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, as pesquisas em saúde e médicas contribuem para a

saúde diretamente a partir de terapias, intervenções, diagnósticos, tecnologias e melhoria da qualidade no fornecimento da atenção à saúde que resultam da pesquisa. Contribuem também indiretamente por meio do impacto potencial da melhoria da saúde na atividade econômica, devido aos benefícios econômicos prospectivos da própria pesquisa em saúde e ao fato de que ajuda a criar e manter uma cultura da evidência e da razão (BRASIL,2007) .

De forma muito acertada, na introdução do livro "Avaliação Econômica em Saúde", pode-se ler:

À medida que a responsabilidade e demanda pelo sistema de saúde público têm aumentado e os recursos se tornado cada vez mais escassos, o sistema de saúde, assim como a prática da Medicina, têm sido forçados a reexaminar os benefícios e custos de suas ações para assegurar que haja uma implementação efetiva das intervenções e alocação eficiente de recursos (BRASIL, 2008, p.7).

A incumbência da pesquisa neste contexto é buscar evidências para conseguir soluções inovadoras na área da saúde pública.

Neste sentido, os dois planos vislumbram algumas semelhanças ao tocar o tema referente à tomada de decisões baseadas em evidências. Os dois reconhecem a importância que podem ter as pesquisas na formulação de políticas públicas. Provavelmente, os autores tinham noção da afirmação de MOWAT (2006) que "A tomada de decisões em saúde pública envolve a coleta e análise de evidências sobre os prováveis efeitos das várias intervenções ou ações (p.?)".

Outras similaridades radicam-se em que ambos projetam a necessidade de pesquisar temas relevantes para saúde, com notável diferença detectada nos assuntos de pesquisa. O Brasil prioriza temas de pesquisa relacionados com a economia em saúde, gestão, saúde ambiental, e populações em situação de vulnerabilidade. Por outro lado, o Haiti prioriza os determinantes de saúde de forma geral, problemas relativos a acessibilidade e equidade, análise institucional, e medicina tradicional. Apesar de alguns temas deixarem perceber finalidades comuns, as diferenças também falam a favor da grande necessidade de acoplar as pesquisas com as realidade do sistema.

Cabe entender as decisões de cada país na declaração da Comissão de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento citada no livro "Pesquisa em saúde" que reforça "a importância de cada país estabelecer uma capacidade de conduzir

pesquisas essenciais de relevância para suas próprias necessidades no campo da saúde (BRASIL, 2007, p.10)".

7.11 Capacidade de gestão para organizar sistemas e serviços de saúde

A importância da boa gestão na qualidade e na eficiência dos sistemas de saúde é reconhecida. Entretanto, como visto, o desenvolvimento dessa capacidade não foi considerada como uma FESP. Mesmo assim, não deixou de ser um tema importante pois tal capacidade foi abordada nos dois planos.

O Haiti elaborou um pouco mais sobre o tema enquanto o Brasil foi breve e não deixou limite em relação a outras funções. As ideias traduzidas por aquela "função", hesitantemente incorporada, poderiam ser encontradas em outras FESP. O PDS foi mais genérico em sua abordagem enquanto o PNS deixou espaço para ler um sentimento de seguimento, de consolidação.

7.12 Redução do impacto de emergência e desastres em saúde

Em um contexto de desigualdade e de inequidade marcantes, em que os mais afetados pelos desastres são os mais vulneráveis, podemos compreender que os dois países nas suas particularidades abordaram o tema relativo a FESP em questão. No caso do Brasil, no projeto de adaptação das FESP ao SUS, a 12ª função foi retirada e substituída por "Coordenação do processo de Regionalização e Descentralização da Saúde" por se de pouca aplicabilidade na esfera estadual segundo referido pelo CONASS (2007).

O Haiti detalhou um pouco melhor suas intenções com respeito à mitigação do impacto dos desastres, o que certamente deve ser reflexo de seu alto risco neste sentido. Na medida que "A vulnerabilidade socioambiental está inversamente relacionada ao nível de desenvolvimento econômico, social e proteção ambiental (ARRAES, 2013, p.?)".

Para o Haiti, sua alta vulnerabilidade aliada a outros fatores explica a importância do tema. A Cruz Vermelha Internacional, em um livro intitulado "How law and regulation supports disaster-risk reduction, Haiti - case study report", descreve os fatores relacionados à alta vulnerabilidade do país:

Devido à sua posição geográfica, o Haiti é um dos vários estados da Região do Grande Caribe expostos a condições climáticas extremas que colocam o país em risco de desastre. O Haiti encontra-se no meio do "cinturão de furacões" da região e geralmente sofre de tempestades entre julho e outubro de cada ano, e sua colocação sobre várias falhas tectônicas significa que ele está em risco de atividade sísmica, nomeadamente terremotos (IFRC, 2015, p.5).¹⁶

O Haiti tem enfrentado este problema diretamente desde a gestão até as fases de preparação porque é sujeito a muita vulnerabilidade no que tange aos desastres naturais. O Haiti, através de seu plano de enfrentamento ao desastres, aspira a criar maior resiliência da sociedade. Segundo análise feita por ARRAES (2013) sobre o Haiti no que diz respeito à sua capacidade de enfrentamento aos desastres, "Um país pobre com baixo nível de desenvolvimento humano e econômico como o Haiti, apresenta imensa vulnerabilidade aos desastres naturais, além de baixa ou quase nenhuma capacidade de enfrentamento e resiliência, dependendo principalmente de ajuda externa".

O Brasil definiu sua intencionalidade com respeito ao tema no Decreto Presidencial nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que criou a Força Nacional do Sistema Único de Saúde.

¹⁶Due to its geographical position, Haiti is one of several states in the Greater Caribbean Region exposed to extreme weather conditions that place the country at risk of disaster. Haiti lies in the middle of the 'hurricane belt' of the region and generally suffers from storms between July and October of each year, and its placement over several major tectonic faults means that it stands at risk from seismic activity, namely earthquakes (IFRC, 2015, p.5).

8. Considerações finais

Em seu conjunto, os dois planos nacionais abarcaram as 12 Funções Essenciais de Saúde Pública. Com algumas discrepâncias, de um lado ou de outro, mas essencialmente, estão vinculados ao “espírito” das FESP. As FESP constituem um instrumento estratégico na formulação de políticas em Saúde Pública. Também colaboram na eficiência da implantação e execução dos diferentes objetivos com particular interesse para o bem-estar do coletivo. Na visão de POMMIER e GRIMAUD (2007, p. 12), as FESP "permitem a identificação das competências necessárias para a implementação de políticas, programas ou ações, e monitorar o desenvolvimento de competências mediante as formações adaptadas".

Independentemente do fato que o Brasil teve uma longa experiência na adaptação das FESP, o Haiti parece seguir o mesmo ritmo com similaridades substanciais na apropriação das FESP para nortear suas ações na área de planejamento em Saúde Pública. Na medida em que "o uso das FESP oferece aos países uma excelente oportunidade para renovar os conceitos da saúde pública e refletir sobre as práticas institucionais" (AGUIAR e VASCONCELLOS, 2015, p.834), ambos os países não heistaram em deixarpassar tal oportunidade.

Apesar de não ser possível traçar antecedentes na aplicação do instrumento de medição de desempenho das FESP no Haiti, observa-se que a agenda do MSPP é no sentido do planejamento respeitar as diversas orientações da OPAS acerca do assunto. Existe uma multiplicidade de ações propostas que se inserem em uma estratégia de saúde individual mas que complementam as ações de cunho coletivo, como os exemplos da saúde materno-infantil e da saúde da criança, entre outros. Certo que isso se insere na fragmentação do financiamento externo e que sua finalidade é alcançar resultados visíveis e em pouco tempo.

Os esforços de cada parte para melhorar e sistematizar a "análise e monitorização da situação da saúde", de reforçar as ações de vigilancias em saúde, de acoplar a promoção da saúde e a participação social por uma sociedade fortalecida, de implementar as ações de fiscalização e de regulação dos sistemas de saúde, de almejar recursos humanos qualificados e apoiar-se nas pesquisas e inovção em saúde para buscar diminuir as inequidades na oferta do serviços de

saúde, são bem identificados e representam um engajamento verdadeiro dos dois ministérios com os seus cidadãos. Nos encontros e desencontros desta dinâmica, o Brasil ainda aporta reforços substanciais ao grande campo de saber da saúde coletiva, porém o Haiti parece ser preso na dimensão tradicional da saúde pública.

Contudo, as ações planejadas e em conexão com as FESP's podem se tornar quimeras se ficarem apenas nopapel ou se os indicadores e metas forem irrealistas ou quase inexistentes tal como foi observado alguns momentos tanto no Plano Diretor de Saúde quanto Plano Nacional de Saúde. A falta de clareza em certos indicadores não pode atrapalhar o trabalho de monitoramento e dificultar a cultura do resultado baseado em evidência.

No que diz respeito ao PNS a sua dimensão federal (nacional), há certa interposição e incoerência pois, como explica PAULO (2016), devido à descentralização do SUS, certas ações do PNS estão “fora da governabilidade direta do Governo Federal”. Contudo, esta dimensão na sua realidade geográfico-espacial e até mesmo cultural nos permite ponderar as discrepância encontradas na nossa análise e ampliar a compreensão do valor do processo de descentralização no planejamento em saúde que permeia a análise das FESP no Brasil.

O Plano Nacional de Saúde, um documento da esfera federal do governo brasileiro, não parece ter como roteiro as FESP na sua integralidade quando comparado com algumas iniciativas nos estados. A comparação entre o plano federal e os de determinadas unidades federativas evidencia que “o instrumento adotado pelo CONASS/Opas de avaliação das FESP/SUS no âmbito da Gestão Estadual, manteve a concepção e a estrutura original proposta pela Opas e as mudanças realizadas referem-se basicamente ao conteúdo (CONASS, 2007, p.36)”.

O planejamento estratégico deve ser voltado a uma gestão para alcançar melhor resultados. Em outras palavras, mesmo que o Brasil ainda tenha muito que aperfeiçoar a gestão estratégica, o Haiti pode aproveitar o exemplo da experiência brasileira com as FESP. Ambos os países devem reforçar as FESP e tê-las sempre presentes no momento de definir as grandes linhas de ações dos respectivos Ministérios e sempre em consonância com a realidade socio-econômica e epidemiológica.

A aplicação das FESP na elaboração dos Planos constitui uma ferramenta para alcançar e aprimorar a qualidade dos serviços assim como seus desempenhos. A situação é tanto mais válida quanto a avaliação, sob a ótica das FESP, anteceder a elaboração dos planos e for capaz de identificar as fragilidades e fortalezas dos sistemas. Assim, será possível nortear as ações para a correção das fraquezas e manter e reforçar os pontos fortes. E fundamentalmente, contribuir para a avaliação do que realmente será executado e alcançado para a população a partir desse processo de planejamento e dos planos elaborados.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Luciene; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. A gestão do Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador: o direito que se tem e o direito que se perde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 830-840, Sept. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300830&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 abril 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030022>.

ALFRED, Jean Patrick. ETAT D'AVANCEMENT DU SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE NATIONAL UNIQUE (SISNU) ET PERSPECTIVES. Port-au-Prince, 2013. Disponível a http://www.dess.fmp.ueh.edu.ht/pdf/jean_patrick_alfred_j2_2013.pdf. Acesso em 12 abril 2017.

_____. FORMER EN FONCTION DES BESOINS. Port au Prince, 2015. Disponível em : <https://www.fondation-merieux.org/documents/fr/ressources-conferences/2015/5eme-conference-charles-merieux-2015/atelier-1-former-en-fonction-des-besoins-jean-patrick-alfred.pdf>. Disponível

Apreciação do "Plano Nacional de Saúde". *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 95-110, Dec. 1968. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101968000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Março 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101968000200001>.

ARRAES, Fonseca Eduardo. Desastres e desenvolvimento: o caso do Haiti. *Revista VITAS-Visões Transdisciplinares sobre ambiente e sociedade*. Rio de Janeiro, v.3, n.7, ?, agosto de 2013. Disponível em http://www.uff.br/revistavitas/images/DEsastres_e_desenvolvimento_Eduado_Arraes.pdf. Acessado em 10 março de 2017.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, Nov. 2012. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 de março de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.

ASSUNCAO, Ada Ávila et al. Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S193-S201, 2007. Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Março 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400009>.

BANCO MUNDIAL. Brasil: Visão panorâmica do país. Washington, D.C., 2016. Disponível em <http://www.worldbank.org/pt/country/brazil>. Acesso em 15 de maio de 2016.

BARBOSA, Estela Capelas. 25 anos do Sistema único de Saúde: conquistas e desafios. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 85-102, jul./dez. 2013. Disponível em <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/51>. Acesso em 29 abril de 2017. DOI:10.5585/rgss.v2i2.51

BIJOU, Anne Marie Josette. Evolution de la Santé Publique en Haïti de 1974 à 2004. Port-au-Prince. Disponível em <http://josettebijou.blogspot.com.br/2008/08/evolution-de-la-sant-publique-de-1974.html>. Acesso em 6 de março 2016.

BANCO MUNDIAL. Brasil: aspectos gerais. Disponível em <http://www.worldbank.org/pt/country/brazil/overview>. Acesso em 15 de maio de 2016.

BORDIN, Ronaldo; MISOCZKY, Maria Ceci. Sistema Nacional de Saúde do Haiti- Uma introdução. In: MISOCZKY, Maria Ceci; BORDIN, Ronaldo; BARCELOS, Ricardo. Fortalecimento da Rede de Serviços de Saúde: Um relato da cooperação Brasil/Cuba/Haiti. Porto Alegre, Publicato Editora Ltda: 2015,

BRASIL. Ministério da Saúde. As Cartas Da Promoção Da Saúde. Brasília: MS, 2002. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf

_____. Haiti, le pays en bref. Washington, D.C., 2016. Disponível em <http://www.banquemondiale.org/fr/country/haiti>. Acesso em 8 maio 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação Econômica em Saúde: Desafios para gestão no Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2008. Disponível em :http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_economica_desafios_gestao_sus.pdf

BRASIL. Câmara dos Deputados. Orçamento Brasil: Instrumento de planejamento e orçamento. Brasília, 2016. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/cidadao/entenda/cursopo/planejamento.html>. Acesso em 01 de jun. 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Lei nº 141/2012 e os Fundos de Saúde. 1. ed. Brasília: CONASS, 2017. Disponível em http://www.conass.org.br/conassdocumenta/conassdocumenta_26.pdf. Acesso em : 17 de maio 2016

_____. Governo Federal. Entenda como funciona a estrutura do Estado brasileiro. Brasília, 2009. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/governo/2009/11/entenda-como-funciona-a-estrutura-do-estado-brasileiro>. Acesso em : 18 de maio 2016.

_____. Governo Federal. Governo federal é formado por ministérios, secretarias e órgãos especiais. Brasília, 2009. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/governo/2009/11/governo-federal-e-formado-por-ministerios-secretarias-e-orgaos-especiais>. Acesso em 14 de maio de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. *Relatório Executivo*. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde. Brasília, 2011 . Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf. Acesso em 18 de maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília; 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS : 2012-2015. Brasília, 2011. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf. Acesso 10 de maio de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Análise de Situação de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. Disponível em :http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf

_____. Ministério da Saúde,. Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde-Parte I. 1ª ed.(coleção Para Entender a Gestão do SUS)Brasília, 2011. Disponível em http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_5.pdf. Acesso em 18 de maio de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de dengue, febre de Chikungunya e febre pelo vírus Zika até semana epidemiológica 16, 2016. Brasília, Boletim epidemiológico, v.47 n.20, 2016. Disponível <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/17/2016-016---Dengue-SE16-publica----o.pdf>. Acesso em 22 de maio de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde . Saúde Brasil 2014: Uma análise da situação da Saúde e das causas externas. Brasília, 2015. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf. Acesso em 27 de maio de 2016.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016

_____. Ministério da Saúde, Councilon Health Research for Development (COHRED), Global Forum for Health Research. Por que pesquisa em Saúde? Texto para tomada de decisão. Brasília. Ministério da Saúde, 2007

_____. Saúde Brasil 2004: Uma análise da situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Planejamento estratégico do Ministério da Saúde : 2011 – 2015 : resultados e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. – Brasília : Ed. do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essencial. Brasília, CONASS, 2007.

_____. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em 10 de maio de 2006.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990

BUSS, Paulo Marchiori, *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & saúde coletiva, 2000, vol. 5, no 1, p. 163-177. Disponível em http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/curso_11528/94251519066001152861548.pdf. Acesso em 10 março 2017.

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 22, n. 9, p. 2005-2008, Sept. 2006 . Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Março 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900033>.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 11 de março de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>.

CARTA DE OTTAWA. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, Novembro 1986. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em 21 janeiro de 2017.

CARVALHO, Cristiane O. M. *et al.* Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e perspectivas. J BrasNefrol, [S.l.], v.26, n. 4, p. 216-222, 2004. Disponível em: <http://www.jbn.org.br/details/314/en-US>. Acesso em 20 de janeiro de 2017.

CATANELLI, Rita de Cássia Bertão. Funções essenciais de saúde pública: uma análise na gestão estadual do SUS. 2013. 90 f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

CAYEMITTES, Michel *et al.* Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2012. Calverton, Maryland, USA : MSPP, IHE et ICF International, 2013

_____. Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2005-2006. Calverton, Maryland, USA : Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance et Macro International Inc., 2007.

CENTRE FOR RESEARCH ON THE EPIDEMIOLOGY OF DISASTERS (CRED).: Poverty & Death: Disaster Mortality, 1996-2015. [S.l.], 2016 Disponível em <http://www.cred.be/publications>. Acesso em 15 fev. 2017.

CHAMBRE DE COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE D'HAÏTI. Le secteur agricole. Port-au-Prince, 2015. Disponível em <http://www.ccih.org.ht/home/le-secteur-agricole>. Acesso em 20 de fev. 2016.

CLAUDE, Bernard Sérant. Des assises départementales pour un document de référence. Le Nouvelliste, Port-au-Prince, 20 dez 2011. Disponível em <http://lenouvelliste.com/lenouvelliste/article/100612/Des-assises-departementales-pour-un-document-de-reference>. Acesso em 29 de fev. 2016.

CUTOLO, L. R. A. O SUS e a formação de recursos humanos. ACM arq. catarin. med, Florianópolis, v.32, n.2, p.49-59, 2003. Disponível em <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/63.pdf>. Acesso em 10 de março 2017.

DA SILVA, Darly Henriques; FURTADO, Natan Marques. Os desafios do desenvolvimento brasileiro para o século XXI. Brasília Revista Perspectivas do Desenvolvimento, v 02, n. 03, dez. 2014. Disponível em <http://periodicos.unb.br/index.php/perspectivasdodesenvolvimento/article/view/11454/9006>. Acesso 20 maio de 2016.

DUBUCHE, Georges. Le Financement des soins de santé en Haïti: Une Nouvelle Perspective. In : CONFÉRENCE SUR LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ, 1, 2015, Port-au-Prince. Disponível em <https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/04/Le-Diagnostic-du-Financement-de-la-sant---en-Ha--ti.pdf> . Acesso em 19 de fev. 2016.

ENGEL GERHARDT, Tatiana; TOLFO SILVEIRA, Denise. Métodos de Pesquisa. Primeira edição. ed. Porto Alegre: UFRGS , 2009. 120 p. ISBN 978-85-386-0071-8. Disponível em <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>

EKO, Sergio Toshihiko. Avanços e limites na descentralização da vigilância sanitária em três municípios do estado do Paraná no período de 1990 a 2013. Mestrado em Políticas Públicas, Universidade Estadual de Maringá, 2014.

ESQUIVAL, Adolfo Pérez. Um povo entre a dor e a esperança. In: SANTIAGO, Adriana (Org.) *et al.* Haiti por si: a reconquista da independência roubada.. Fortaleza : Expressão Gráfica e Editora, 2013. 192 p. ISBN 978-85-420-0138-9

FINKELMAN, J., org. Caminhos da saúde no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2..

FLORES, LizianeMaahset al . Avaliação do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde - PET-Saúde/Vigilância em Saúde pelos seus atores. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 19, supl. 1, p. 923-930, 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500923&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1060>.

FREITAS, Eduardo De. Estrutura Político-Administrativa do Brasil. *Brasil Escola*. Disponível em <<http://brasilecola.uol.com.br/brasil/a-estrutura-politicoadministrativa-brasil.htm>>. Acesso em 15 de maio de 2016.

FONSECA , João José Saraiva da. Metodologia da pesquisa. Ceará : Universidade Estadual do Caerá , 2002. 127 p.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. 22. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Comunicação, Informação e Saúde - SUS: O que é?. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/comunicacao-e-informacao>>. Acesso em: 13 mar. 2017

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar Projetos de Pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo [Organizadores]. Método de pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GEORGE, Francisco [Homepage]. Sobre o conceito de Saúde Pública. Lisboa, 2011. Disponível em <http://www.franciscogeorge.pt/26801/26822.html>. Acesso em 02 jan 2017.

GUERRA, A.; POCHMAN, M.; SILVA, A (org). Atlas da exclusão social no Brasil: Dinâmica da exclusão social na primeira década do Século XXI. Vol. 2 São Paulo, ed. Cortez, 2015.

GUTIERREZ M. *et al.* Perfil descritivo-situacional del sector de la promoción y educación en salud: Colombia. In Aroyo HV e Cerqueira MT (eds.), 1996. La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en America Latina: un Analisis Sectorial. Editorial de la Universidad de Puerto Rico. 114 pp.

HAÏTI. Le Corps Législatif. La Constitution de la République d'Haïti de 1987 amendée. Port-au-Prince, 1987.

_____. Décret Portant l'Administration Central de l'Etat. Port-au-Prince, 2005. Le Moniteur : Journal Officiel de la République d'Haïti. Disponible en <http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/SERIAL/91843/106687/F-1208898710/HTI-91843.pdf> . Acesso em 10 de mar. 2016

_____. Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique. Port-au-Prince, 2015. Disponible en http://www.ihsi.ht/rgph_resultat_ensemble_population.htm. Acesso em 19 de mar. 2016

_____. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Programme de Lutte contre la Tuberculose : Plan Stratégique 2009-2015. Port-au-Prince, 2009.. Disponible en <http://mspp.gouv.ht/site/downloads/plan%20strategique%20PNLT%202009-2015.pdf> . Acesso em 19 nov. 2015.

_____. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Plan Stratégique pour le renforcement de la Surveillance épidémiologique en Haïti 2012-2017. Port-au-Prince, MSPP, [2000]. Disponible en <http://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan%20strategique%20DELR%202013-2018.pdf>

_____. Ministère de la Santé Publique et de la Population. RAPPORT DES COMPTES NATIONAUX DE SANTÉ 2010-2011. Port-au-Prince, 2013. Disponible en <http://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Comptes%20Nationaux%20de%20Sante.pdf> . Acesso em 20 de nov. 2015.

_____. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Décret Loi portant sur l'Organisation et le fonctionnement du Ministère de la Santé et de la Population (MSPP). Le Moniteur, Port-au-Prince, 5 de janeiro de 2016. Disponible en http://mspp.gouv.ht/download/Loi_organique.pdf. Acesso em 10 de fev. 2016.

_____. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Rapport Statistique 2011. Unité de Planification et d'Evaluation (UPE), Port-au-prince, 2011. Disponible en <http://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Rapport%20statistique%202011.pdf>. Acesso em 10 fev. 2016.

_____. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Plan directeur de Santé 2012-2022. Port-au-Prince, 2013 . Disponible en <http://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan%20Directeur%20de%20Sant%C3%A9%202012%202022%20version%20web.pdf> . Acesso em 1 de mar. 2016

_____. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Rapport Des etats généraux de la santé 16 – 19 janvier 2012. Port-au-Prince. Disponible en [http://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Rapport%20des%20Etats-G%C3%A9n%C3%A9raux%20de%20la%20Sant%C3%A9%20\(2012\).pdf](http://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Rapport%20des%20Etats-G%C3%A9n%C3%A9raux%20de%20la%20Sant%C3%A9%20(2012).pdf) . Acesso em 05 nov. 2015.

_____.Ministère de la Santé Publique et de la Population. Le Paquet Essentiel de Services. Port-au-Prince, outubro 2015. Disponível em <http://mspp.gouv.ht/site/downloads/Manuel%20du%20PES%20Lancement%201er%20Septembre%202016.pdf>. Acesso em 1 maio de 2017.

HAITILIBRE. Résultats de l'enquête EMMUS-V (2012). Disponível em: <<http://www.haitilibre.com/article-9007-haiti-sante-resultats-de-l-enquete-emmus-v-2012.html>>. Acesso em: 8 mar. 2017.

HAITI: Bilan du séisme. LaCroix, Bayard Presse, 30 de marzo de 2010. Disponível em <http://www.la-croix.com/Actualite/Monde/Haiti-bilan-du-seisme-NG-2010-03-30-549215>. Acesso em 13 de junho de 2010.

HEIDMANN, Ivonete T.S. Busset al . Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 15, n. 2, p. 352-358, June 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 de Mar. De 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200021>.

INTERNATIONAL FEDERATION OF RED CROSS AND RED CRESCENT SOCIETIES. How law and regulation supports disaster risk reduction Haiti case - study report. Geneva, IFRC: 2015.

JENSON, Deborah, VICTORIA Szabo, and the Duke FHI Haiti Humanities Laboratory Student Research Team. "Cholera in Haiti and Other Caribbean Regions, 19th Century." [S.l.] *Emerging Infectious Diseases* v.17, n.11, p. 2130–2135 , 2011. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3310590/>. Acesso em 10 jan. 2017. doi:10.3201/eid1711.110958.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 161-170, Jan. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 de maio de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022>.

KRÜGER, Tânia Regina. O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde. Planejamento e Políticas Públicas–IPEA, n. 22, p. 119–144, 2000. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/82/0>. Acesso em 10 março de 2017.

LAROCHE, V. RONALD. Financement du système de santé en Haïti. Haïti Perspectives, v. 1, n. 3, 2012. Disponível em: <<http://www.haiti-perspectives.com/pdf/1.3-financement.pdf>>. Acesso em: 3 jan. 2017.

LE MONDE. Le Brésil devient la 6e puissance économique mondiale. Economie, France, 26 de dez. 2011. Internacional. Disponível em

http://www.lemonde.fr/economie/article/2011/12/26/le-bresil-devient-la-6e-puissance-economique-mondiale_1622921_3234.html#VltFfEGUBK2hwMXD.99. Acesso em 15 de maio de 2013.

MAURO SERAPIONI. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais* [Online], 85 | 2009, colocado online no dia 01 Dezembro 2012, criado a 16 Março 2017. URL : <http://rccs.revues.org/343> ; DOI : 10.4000/rccs.343

MCKEE, Martin. "Harrison C Spencer: Global leader in Public Health training and research. *The British Medical Journal*, [S.l.] 354, p. i4765, 2016:. Disponível em <http://www.bmj.com/content/354/bmj.i> Acessado em 8 fev. 2017. DOI:<https://doi.org/10.1136/bmj.i4765>

MENDES, Vera Lucia Peixoto S.. Gerenciando qualidade em serviços de saúde. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 46, n. 3-4, p. 211-225, Dec. 1993 . Disponível<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671993000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 de Março de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671993000300004>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 9a. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p. ISBN 85-271-0181-5.

MOWAT, David. DECISÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS NA SAÚDE PÚBLICA. *Ethos Governamental*. [s.i.], 2006-2007. Disponível em :<http://files.bvs.br/upload/S/1555-8746/2007/vn4/a231-248-1.pdf>. Acessado em 20 de fevereiro de 2017.

OLIVEIRA, Cátia Martins de; CRUZ, Marly Marques. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 39, n. 104, p. 255-267, Mar. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100255&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040385>.

MARTIN-MORENO, Jose M. Defining and Assessing Public Health Functions: A Global Analysis. *Annu. Rev. Public Health*. 37, p.335–355, 2016. Disponível em: <http://annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-publhealth-032315-021429#abstractSection>. Acesso em 20 de março de 2017. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-032315-021429

MENEZES, Tatiane et al. O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF 2002-2003. In: SILVEIRA, Fernando Gaiger et al. (org.). *Gasto e Consumo das famílias brasileiras contemporâneas*. Brasília: Ipea, 2006. Vol 1.

MUÑOZ, Fernando et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. **RevPanam Salud Publica**, Washington , v. 8, n. 1-2, p. 126-134, Aug. 2000 . Disponível em<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_artte

xt&pid=S1020-4989200000700017&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 20 de março. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-4989200000700017>.

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington, DC. : OPS 2002. Disponível http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf

LACROIX.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 126a. Sesión del Comité Ejecutivo: funciones esenciales de salud pública. Washington, D.C., 26 al 30 de Junio de 2000. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2000.

[CE126/17(esp)]. <http://www.srt.gob.ar/super/eventos/Semana2007/CD/contenido/APS/2.pdf>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE [Homepage]. Seminário comemorativo do 10º livro da publicação “Saúde Brasil: Uma análise da situação de saúde” (2004-2014).. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4743:opasoms-no-brasil-convida-a-todos-para-o-seminario-comemorativo-do-10o-livro-da-publicacao-saude-brasil-uma-analise-da-situacao-de-saude-2004-2014&Itemid=816>. Acesso em: 13 fev. 2017.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION/WORLD HEALTH ORGANIZATION (PAHO/WHO). The essential public health functions as a strategy for improving overall health systems performance: trends and challenges since the public health in the americas initiative, 2000-2007. Washington D.C., 2008. Disponível em http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/EPHF_Strategy_to_Strength_Performance.pdf. Acesso em 18 abril 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Washington, D.C.: [s.n.], 2014

Pan American Health Organization,. Health in the Americas, 2012.Washington: PAHO, 2012. Disponível em: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=134&Itemid. Acesso em: 9 abr. 2017.

PAHO/WHO (Pan Am. Health Organ./World Health Organ.), CDC (Cent. Dis. Control Prev.), CLAISS(Cent. Lat. Am. Investig. Sist. Salud). 2001.Instrument for Performance Measurements of Essential PublicHealth Functions.Washington, DC: PAHO

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Desastres naturais e saúde no Brasil. Brasília,DF : OPAS e Ministério da Saúde, 2014.

ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTÉ/ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, HAITI :COOPÉRATION TECHNIQUE DE L’OPS/OMS 2010-2011. Système d’information sanitaire. Port-au-Prince, OPS-HAITI, 2010.

PAULO, Luiz Fernando Arantes. Planejamento estratégico e gestão por resultados: o caso do Ministério da Saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 981-1007, Sept. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000300981&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 de Abril de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000300014>.

PISCO, Luis Augusto. A avaliação como instrumento de mudança. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 566-568, Sept. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300004>.

PIRES FILHO, Fernando Molinos. O que é Saúde Pública?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 62-70, Mar. 1987. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1987000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 maio 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1987000100007>.

PORTUGAL (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Análise de Planos Nacionais de Saúde de outros Países. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Consultado Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/10/EVP.pdf>

Pommier Jeanine, Grimaud Olivier, « Les fonctions essentielles de santé publique : histoire, définition et applications possibles », *Santé Publique*, hs/2007 (Vol. 19), p. 9-14. Disponível em <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-hs-page-9.htm> Acessado em 30 de janeiro de 2017

PRADO, Luiz Regis. Salud pública. In: ROMEO CASABONA, Carlos María (Director). *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*. Granada: Editorial Comares, 2011, Tomo II, p. 1481-1485 (em espanhol)

PRATA, Pedro Reginaldo. A Transição Epidemiológica no Brasil. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 8 (2):168-175, abr/jun, 1992. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v8n2/v8n2a08>. Acesso em 20 e maio de 2016.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardozo de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. *Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde. Módulo Político Gestor*. São Paulo: UNIFESP, 2009.

RÉSEAU NATIONAL DE DÉFENSE DES DROITS HUMAINS (RNDDH). *Etude des conditions générales de détention dans six (6) prisons du pays*. 1. ed. Port au Prince: [s.n.], 2012. Disponível em <http://www.collectif-haiti.fr/data/file/rapport-etude-prisons-2012-1.pdf>

SA, Gisele Balbino Araujo Rodrigues de et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1849-1860, June 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232016000601849&Ing=en&nrm=iso>. access on 05 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.09562016>.

SANTOS, Fernando Siqueira dos. Ascensão e Queda do Desemprego no Brasil: 1998-2012. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 41, 2013, São Paulo. Anais... Foz do Iguaçu: ANPEC, 2013. p. 1 - 20.

SANTOS, Lenir. O Modelo de Atenção à Saúde se Fundamenta em Três Pilares: Rede, Regionalização e Hierarquização. Biblioteca Virtual em saúde. Blog direito sanitário: Saúde e Cidadania. 15 de set. 2011. Disponível em <http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/15/o-modelo-de-atencao-a-saude-se-fundamenta-em-tres-pilares-rede-regionalizacao-e-hierarquizacao/>. Acesso em 20 de maio de 2016.

SANTOS, Fausto Pereira ; MERHY, Emeron Elias. A regulação pública da saúde no Estado egulação pública da saúde no Estado brasileiro asileiro – uma revisão asileiro *. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.19, p.25-41, jan/jun 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a03v1019.pdf>. Acesso em 20 dez. 2016.

SILVESTRE, Rosa Maria. A horizontalização da cooperação técnica internacional: o caso das funções essenciais de saúde pública no Brasil. 132 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)-Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

SOUZA, RenilsonRehem de. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. *Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ*, 2002.

THE LANCET. Health in Brazil. 2011 May 9 [acesso em 17 de maio 2016]. Disponível em: <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&Ing=en&nrm=iso>. access on 31 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. Disponível em <http://paginapessoal.utfpr.edu.br/sidemar/tcc/84708933-Livro-Introducao-a-pesquisa-em-Ciencias-Sociais-Trivinos.pdf/view>

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) [homepage]. Haïti, statistique. Disponível http://www.unicef.org/french/infobycountry/haiti_statistics.html. Acessado em 30 abril de 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina. Curso Atenção primária em saúde I(msp-0670). Sistema de saúde no Brasil. São Paulo, 2011. Bibliografia

complementária. Disponível <http://fm.usp.br/cedem/did/disciplina2.php>. Acesso em 21 de maio de 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Departamento de Saúde Pública. Os efeitos da desigualdade social na saúde pública. Florianópolis, 2016. Disponível em [:http://saudepublica.ufsc.br/noticias/os-efeitos-da-desigualdade-social-na-saude-publica/](http://saudepublica.ufsc.br/noticias/os-efeitos-da-desigualdade-social-na-saude-publica/). Acessado em 10 de janeiro de 2017

VIEIRA, Fabíola Sulpino. *Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp.1565-1577. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a30v14s1.pdf> . Acesso em 01 jun. 2016.

WITT, Regina Rigatto. Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. doi:10.11606/T.22.2005.tde-01062005-102741. Acessoem: 2017-03-25.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC . FONCTIONS ESSENTIELLES DE SANTE PUBLIQUE : LE RÔLE DES MINISTERES DE LA SANTE.KYOTO (JAPON), Setembro, 2002. Disponível em <http://www2.wpro.who.int/internet/resources.ashx/RCM/RC53-10-fr.pdf>.Acessadoem 20 de março de 2017.

ZIDOR, DANIELLA. "Compilation Des Documents De La Présentation Des Statistiques 2014 Du MSPP". Port au Prince, 2015. Presentation. Disponível a <http://mspp.gouv.ht/site/downloads/compilation%20cifas.compressed.pdf>.

ANEXO

Quadro de macro-funções e componentes

Macro-funções (Categorias)	Componentes (Sub-categorias)
Monitoramento e análise da situação de saúde da população.	<ol style="list-style-type: none"> 1. A avaliação atualizada da situação e tendências de saúde do país e de seus determinantes, com especial ênfase na identificação de desigualdades, riscos, danos e acesso aos serviços. 2. A identificação das necessidades de saúde da população, incluindo a avaliação dos riscos de saúde e a demanda por serviços de saúde. 3. O manejo das estatísticas vitais e a situação específica de grupos de especial interesse ou maior risco. 4. A geração de informação útil para a avaliação do desempenho dos serviços de saúde. 5. A identificação de recursos extra-setoriais que contribuem para a promoção da saúde e o melhoramento da qualidade de vida. 6. O desenvolvimento de tecnologia, experiência e métodos para o manejo, interpretação e comunicação da informação aos responsáveis pela saúde pública (incluindo atores extra-setoriais, provedores e cidadãos). 7. A definição e o desenvolvimento de instâncias de avaliação da qualidade dos dados coletados e de sua correta análise.
Vigilância de saúde pública, investigação e controle de riscos e danos na saúde pública	<ol style="list-style-type: none"> 1. A capacidade para efetuar investigação e vigilância de surtos epidêmicos e padrões de apresentação de doenças transmissíveis e não transmissíveis, acidente se exposição a substâncias tóxicas ou agentes ambientais daninhos à saúde. 2. A infra-estrutura de saúde pública destinada a realizar triagens demográficas, pesquisa de casos e investigação epidemiológica em geral. 3. Laboratórios de saúde pública capazes de efetuar triagens rápidas e de processar um grande volume de exames necessários para a identificação e o controle de ameaças emergentes à saúde. 4. O desenvolvimento de programas ativos de vigilância epidemiológica e controle de doenças infecciosas. 5. A capacidade de estar conectado com redes internacionais que permitam um melhor enfrentamento dos problemas de saúde de interesse. 6. A preparação da ASN para ativar uma resposta rápida, dirigida ao controle de problemas de saúde e riscos específicos.
Promoção da saúde	<ol style="list-style-type: none"> 1. As ações de promoção da saúde na comunidade e o desenvolvimento de programas para reduzir riscos e danos à saúde que contem com uma ativa participação cívica. 2. O fortalecimento da intersetorialidade com o fim de tornar mais eficazes as ações promocionais, especialmente aquelas que se dirigem ao âmbito da educação formal de jovens e crianças. 3. O reforço do poder (<i>empowerment</i>) dos cidadãos para mudar

	<p>seus próprios estilos de vida e ser parte ativa do processo dirigido a mudar os hábitos da comunidade e a exigir das autoridades responsáveis a melhoria das condições para facilitar o desenvolvimento de uma “cultura da saúde”.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. A implementação de ações para que os cidadãos conheçam seus direitos em saúde. 5. A colaboração ativa do pessoal dos serviços de saúde no desenvolvimento de programas educativos em escolas, igrejas, locais de trabalho e qualquer outro espaço de organização social relevante para divulgar informação sobre saúde.
<p>Participação social e reforço do poder (“empowerment”) dos cidadãos em saúde</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. A facilitação da participação da comunidade organizada em programas de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde. 2. – O fortalecimento da construção de alianças intersetoriais com a sociedade civil que permitam utilizar todo o capital humano e os recursos materiais disponíveis para o melhoramento do estado de saúde da população e a promoção de ambientes que favoreçam a vida saudável. 3. O apoio em tecnologia e experiência na constituição de redes e alianças com sociedade organizada na promoção da saúde. 4. A identificação dos recursos comunitários que colaborem nas ações de promoção e na melhoria da qualidade de vida, reforçando seu poder e capacidade de influir nas decisões que afetem sua saúde e seu acesso a serviços adequados de saúde pública. 5. A informação e a defesa perante as autoridades governamentais em matéria de prioridades de saúde, em particular com relação àquelas cujo enfrentamento depende da melhoria de outros aspectos do nível de vida.
<p>Desenvolvimento de políticas e planos que apoiem os esforços individuais e coletivos em saúde pública e contribuam à gestão sanitária nacional</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. O desenvolvimento de decisões políticas em saúde pública através de um processo participativo em todos os níveis que seja coerente com o contexto político e econômico em que estas se desenvolvem. 2. O planejamento estratégico em escala nacional e apoio ao planejamento nos níveis subnacionais. 3. A definição e aperfeiçoamento dos objetivos de saúde pública, que devem ser mensuráveis, como parte das estratégias de melhoramento contínuo da qualidade. 4. A avaliação do sistema de saúde para a definição de uma política nacional que resguarde a provisão de serviços de saúde com enfoque populacional. 5. O desenvolvimento de códigos, regulamentos e leis que guiem a prática da saúde pública. 6. A definição dos objetivos nacionais de saúde pública para apoiar o papel dirigente do Ministério da Saúde ou seu equivalente, no que diz respeito à definição dos objetivos e prioridades para o conjunto do sistema de saúde.
<p>Regulamentação e fiscalização em saúde pública</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. O desenvolvimento e a fiscalização do cumprimento dos códigos sanitários e das normas dirigidas ao controle dos riscos de saúde derivados da qualidade do ambiente; credenciamento e controle da qualidade dos serviços médicos; certificação da qualidade de novas drogas e substâncias biológicas para uso médico, equipamentos, outras tecnologias

	<p>e qualquer outra atividade que implique o cumprimento de leis e regulamentos dirigidos a proteger a saúde pública.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. A geração de novas leis e regulamentos destinados a melhorar a saúde, assim como a promover ambientes saudáveis. 3. A proteção dos consumidores e suas relações com os serviços de saúde. 4. A execução de todas estas atividades de regulamentação em forma oportuna, correta, consistente e completa.
<p>Avaliação e promoção do acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. A promoção da equidade no acesso aos serviços saúde, incluindo a avaliação e a promoção do acesso efetivo de todos os cidadãos aos serviços de saúde necessários. 2. A avaliação e promoção do acesso aos serviços de saúde necessários através de provedores públicos e/ou privados, adotando um enfoque multissetorial que permita trabalhar com diversos organismos e instituições para resolver as desigualdades na utilização dos serviços. 3. O desenvolvimento de ações dirigidas a superar barreiras de acesso às intervenções de saúde pública. 4. A facilitação da vinculação de grupos vulneráveis aos serviços de saúde (sem incluir o seu financiamento) e aos serviços de educação para a saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças. 5. A estreita colaboração com organizações governamentais e não-governamentais para promover o acesso equitativo aos serviços de saúde necessários.
<p>Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. A educação, capacitação e avaliação do pessoal de saúde pública para identificar as necessidades de serviços de saúde pública e atendimento, enfrentar com eficiência os problemas de saúde pública prioritários e avaliar adequadamente as ações de saúde pública. 2. A definição de requisitos para a licenciatura de profissionais de saúde em geral e a adoção de programas de melhoramento contínuo da qualidade dos serviços de saúde pública. 3. A formação de alianças ativas com programas de aperfeiçoamento profissional que assegurem a aquisição de experiências em saúde pública relevantes para todos os estudantes, assim como educação contínua em gestão e desenvolvimento de liderança no âmbito da saúde pública. 4. O desenvolvimento de capacidade para o trabalho interdisciplinar em saúde pública.
<p>Garantia de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. A promoção da existência de sistemas permanentes de garantia de qualidade e o desenvolvimento de um sistema de monitoramento permanente dos resultados das avaliações feitas mediante esses sistemas. 2. A facilitação da produção de normas a respeito das características básicas que devem ter os sistemas de garantia de qualidade e supervisão do cumprimento dos provedores de serviços com esta obrigação. 3. A existência de um sistema de avaliação de tecnologias sanitárias que colabore nos processos decisórios de todo o sistema de saúde. 4. A utilização da metodologia científica para a avaliação de intervenções de saúde de diversos grau de complexidade. 5. O uso deste sistema para elevar a qualidade da provisão direta de serviços de saúde.

Pesquisa, desenvolvimento e implementação de soluções inovadoras em saúde pública	<ol style="list-style-type: none"> 1. O contínuo de inovação que vai desde os esforços de pesquisa aplicada para promover mudanças nas práticas de saúde pública até os esforços de pesquisa científica formal. 2. O desenvolvimento de pesquisa própria da autoridade sanitária em seus diferentes níveis. 3. O estabelecimento de alianças com os centros de pesquisas e instituições acadêmicas para realizar oportunamente estudos que apoiem o processo decisório da ASN em todos seus níveis e em toda a amplitude de seu campo de ação.
Capacidade de gestão para organizar sistemas e serviços de saúde	<ol style="list-style-type: none"> 1. A gestão de saúde pública, enquanto processo de construção, implantação e avaliação de iniciativas organizadas para enfrentar problemas de saúde populacionais. 2. O desenvolvimento de habilidades para um processo decisório baseado em evidências e incorporando gestão de recursos, capacidade de liderança e comunicação eficaz. 3. O desempenho de qualidade do sistema de saúde pública, no tocante a resultados da gestão bem-sucedida, demonstrável a provedores e usuários de tais serviços.
Redução do impacto de emergências e desastres em Saúde	<ol style="list-style-type: none"> 1. O planejamento e execução de ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e reabilitação relacionadas com a saúde pública. 2. Um enfoque múltiplo a respeito dos danos e a etiologia de todas e cada uma das emergências ou desastres possíveis na realidade do país. 3. A participação de todo o sistema de saúde e a mais ampla colaboração intersetorial na redução do impacto de emergências e desastres em saúde.

Fonte: OPAS, 2000