



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

**CHANDELIN JEAN BAPTISTE**

**FAMÍLIA E FECUNDIDADE NO HAITI: UMA ANÁLISE  
COMPARATIVA ENTRE 1994-95 E 2016-17**

**CAMPINAS  
2019**

CHANDELIN JEAN BAPTISTE

FAMÍLIA E FECUNDIDADE NO HAITI: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE  
1994-95 E 2016-17

Tese apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora em Demografia.

Orientadora: Profa. Dra. Joice Melo Vieira

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À  
VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA  
PELA ALUNA CHANDELIN JEAN  
BAPTISTE, E ORIENTADA PELA  
PROFA. DRA. JOICE MELO VIEIRA.

CAMPINAS  
2019

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas  
Cecília Maria Jorge Nicolau - CRB 8/3387

J341f Jean Baptiste, Chaneline, 1987-  
Família e fecundidade no Haiti: uma análise comparativa entre 1994-95 e  
2016-17 / Chaneline Jean Baptiste. – Campinas, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: Joice Melo Vieira.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de  
Filosofia e Ciências Humanas.

1. Fecundidade. 2. Gênero. 3. Desigualdade social. 4. Família - Haiti. I.  
Vieira, Joice Melo, 1980-. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de  
Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Family and fertility in Haiti: a comparative analysis between  
1994-95 and 2016-17

**Palavras-chave em inglês:**

Fertility

Gender

Social inequality

Family - Haiti

**Área de concentração:** Demografia

**Titulação:** Doutora em Demografia

**Banca examinadora:**

Joice Melo Vieira [Orientador]

Gláucia dos Santos Marcondes

Marta Maria do Amaral Azevedo

Roberta Guimarães Peres

Cristiane da Silva Cabral

**Data de defesa:** 05-08-2019

**Programa de Pós-Graduação:** Demografia

**Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)**

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-8121-0010>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/8844852765707962>



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
**INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de Doutorado, composta pelos Professores Doutores a seguir descritos, em sessão pública realizada em 05/08/2019, considerou a candidata Chandeline Jean Baptiste aprovada.

Profa. Dra. Joice Melo Vieira (orientadora) – IFCH/UNICAMP

Profa. Dra. Glaucia dos Santos Marcondes– IFCH/UNICAMP

Profa. Dra. Marta Maria do Amaral Azevedo IFCH/UNICAMP

Profa. Dra. Roberta Guimarães Peres – Universidade Federal do ABC

Profa. Dra. Cristiane da Silva Cabral – FSP/USP

*A Ata de Defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertações/Teses e na Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Demografia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.*

*Para minha mãe que fez com que eu sempre fosse “privilegiada”, com o pouco que ela teve, em uma sociedade onde existem poucas oportunidades para as mulheres. Dedico também esse trabalho a todas as meninas e mulheres haitianas que se esforçam “pour se faire une place au soleil” mesmo com a existência de um sistema que não garante isso.*

## AGRADECIMENTOS

Nunca vou deixar de agradecer minha mãe por ter me oferecido, desde a minha infância, oportunidades que muitos jovens da minha geração não tinham. Quando falo de oportunidades, estou me referindo a tudo, desde os ensinamentos básicos até o que precisava para sobreviver. Ela sempre dizia para os filhos que quando morresse, a única coisa que deixaria pra nós seria a educação. Na verdade, a ideia que está por trás disso era aproveitar ao máximo a oportunidade que tivemos de ir à escola. De fato, quando uma família não tem bens para deixar para os filhos, a única saída para os filhos criarem o seu próprio caminho é a educação. Independentemente da situação econômica da família, isso nunca foi fácil. Quem conhece a realidade haitiana sabe muito bem o preço de uma “boa educação” no país. Quanto mais velha eu fico, quanto mais experiências vividas, mais eu entendo o verdadeiro significado desses sacrifícios. Está ficando cada vez mais claro o que minha mãe quis dizer.

Sei que a defesa dessa tese é apenas o início de muita incerteza na minha vida profissional. Mas consegui chegar nesse ponto da minha caminhada com o esforço de uma mãe que foi sempre chefe do domicílio, com educação básica e que se inseriu de forma informal no mercado de trabalho, durante a maior parte de sua vida. Nós nunca fomos ricos, mas tive a sorte de ter uma mãe que acreditava no melhor presente e na melhor herança que os pais pudessem deixar para os filhos, uma educação de qualidade. Mãe, onde você estiver, queria muito te agradecer por esse presente sem preço e por me ensinar a ter persistência e resiliência na vida.

Meus agradecimentos vão também à minha orientadora Joice Melo Vieira por esses sete anos que trabalhamos juntas. Me lembro muito bem como se fosse hoje quando comecei a assistir as aulas de Estudos Populacionais ainda na graduação. É incrível o meu crescimento intelectual, mas também aprendi muito com você em termos pessoais. Foi muito bom te encontrar nas faixas etárias nas quais estava me tornando adulta. Muito obrigada por tudo o que você me ensinou e por acreditar em mim e em meu trabalho.

Muito obrigada às professoras Marta Azevedo, Roberta Peres, Cristiane Cabral e Glaucia Marcondes, por aceitarem o convite para participar dessa banca examinadora de conclusão de tese.

Às professoras, Raquel Zanatta Coutinho, Rosana Baeninger e Maria Coleta de Oliveira por aceitarem ser suplentes dessa banca.

Às professoras Maria Coleta de Oliveira e Glaucia Marcondes, já citadas acima, pelas suas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Aos professores do Departamento de Demografia, aos pesquisadores e funcionários do Núcleo de Estudos População “Elza Berquó” (NEPO) pela paciência que sempre tiveram comigo desde o meu primeiro dia aqui enquanto aluna do programa. Enquanto aluna estrangeira de língua e cultura diferentes, eu sempre me senti em casa aqui no NEPO. Obrigada especialmente à Beth, Raquel, Rogério, à bibliotecária Adriana e ao secretário Leandro por me ajudarem sempre com muito carinho todas as vezes que precisei.

Ao programa de Serviço de Assistência Psicológica e Psiquiátrica ao Estudante (SAPPE), por me ajudar a gerir a minha saúde mental quando mais estava precisando. Queria agradecer também ao Serviço de Apoio ao Estudante (SAE), por ter me ajudado todas as vezes que tive dificuldades financeiras para permanecer na universidade.

Um agradecimento especial à Vavita Leblanc, a responsável pelo programa de saúde sexual e reprodutiva na UNFPA-Haiti que, através de Jacob Jean-Francois, responsável pelo programa de população e desenvolvimento, gentilmente se disponibilizou a conversar comigo sobre a atuação da UNFPA no país.

Obrigada à Roody Thermidor – gestor da Unidade de Monitoramento e Avaliação/ Unidade de Estudos e Programação do Ministério da Saúde do Haiti – que me possibilitou conhecer um dos responsáveis pela Direção de Saúde da Família (DSF) no mesmo ministério.

Ao professor Omar Ribeiro Thomaz, do Departamento de Antropologia Social da Unicamp, que me acolheu aqui no programa Pró-Haiti em 2011, por pensar em escrever esse projeto que foi aprovado pelo governo Lula e continuou com a presidenta Dilma.

Ao Dr. James Lachaud por ter me ajudado tirando-me dúvidas não apenas sobre assuntos demográficos, mas também sobre a própria realidade do Haiti.

Ao professor Jean Marie Théodat, meu antigo professor, pelos encorajamentos e pelas suas dicas desde nos tempos de graduação.

Aos familiares e aos meus amigos mais próximos que sempre me encorajaram nessa caminhada: às freiras do meu antigo colégio, irmãs Nynon Desjardins e Elza Luc, que nunca se esqueceram de mim e de quem fiquei mais próximo desde 2014.

Aos colegas do seminário de tese e do departamento de coortes distintas com quem tive a chance de conviver dentro do programa. Obrigada de coração à Heloisa Corrêa, que sempre pensou em mim mesmo estando longe; ao Luiz Antônio e à Dafne Sponchiado que sempre se preocuparam com meu bem-estar físico e mental de perto.

Aos meus amigos haitianos, especialmente Berno Logis e Dieumettre Jean por estarem sempre comigo.

Por fim, muito obrigada a todos que cruzaram o meu caminho e que marcaram, de uma forma ou outra, minha vida.

Muito obrigada pelo financiamento e apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001 durante toda minha estada aqui, sem o qual não conseguiria permanecer na Unicamp para a realização dessa pesquisa.

*«Aucun pays ne peut prospérer s'il réprime le potentiel des femmes et se prive de la contribution de la moitié de ses citoyens».*

***Michelle Obama, 2014***

*(Discurso em evento do programa Mandela Washington Fellowship for Young African Leaders, Julho de 2014).*

## RESUMO

Desde a década 1960, os países da América Latina e do Caribe estão experimentando um declínio significativo da fecundidade. O Haiti não escapa dessa tendência. Apesar de inúmeros estudos existentes sobre a fecundidade em termos comparativos, pesquisas específicas sobre a evolução da fecundidade das mulheres haitianas em toda a sua complexidade permanecem desconhecidas. O nível de fecundidade haitiana apresenta uma diminuição de 4,7 filhos por mulher em 1994-95 para 3 filhos por mulher em 2016-17, uma queda de 36%. Apesar dessa queda, os métodos contraceptivos são pouco usados no país. Em 1994-95 embora a maioria das mulheres haitianas em união ou ativas sexualmente dissesse ter certo conhecimento dos métodos contraceptivos, apenas 11,8% os usavam. Em 2016-17, enquanto a totalidade (100%) das mulheres da mesma categoria afirmasse conhecer algum método contraceptivo, a prevalência contraceptiva era de apenas 36,6%. O objetivo desta pesquisa é analisar as mudanças na fecundidade no Haiti entre 1994-95 e 2016-17. Nesta investigação, foi aplicada a mais recente revisão do modelo de determinantes próximos de Bongaarts. Os microdados são provenientes da Pesquisa *Demographic Health Survey* (DHS), realizadas no Haiti, nos anos mencionados acima. Conclui-se que nos dois períodos estudados, 1994-95 e 2016-17, a infertilidade pós-parto foi o fator que teve o maior impacto sobre a fecundidade haitiana. Em 1994-95, o segundo fator que mais influenciou o nível da fecundidade foi a prevalência de uniões, que naquele momento era mais elevada do que na atualidade. Já em 2016-17, o uso de contracepção foi o segundo elemento que teve maior influência sobre o nível da fecundidade das mulheres haitianas.

**Palavras-chave:** Fecundidade; Gênero; Desigualdade social; Família – Haiti.

## ABSTRACT

Since 1960s Latin American and Caribbean countries are experiencing a notable fertility decline. Haiti is not exception to this trend. However, despite several studies on comparative fertility, the pattern of fertility of Haitian women in all its complexity remains largely understudied and unknown. The Haitian fertility level showed a decrease of 4,7 in 1994-95 to 3 children per women in 2016-17, a reduction of 36%. Despite the decline, the prevalence of contraceptive use in Haiti remained low. Although the majority of married or sexually active Haitian women claimed to have some knowledge of contraceptive methods, only 11,8% used any contraceptive method in 1994-95. In 2016-17, while the totality (100%) of women in the same category had affirmed knowing some contraceptive method, the contraceptive prevalence was only 36,6%. The purpose of this research is to analyze the evolution of fertility in Haiti between 1994-95 and 2016-17. To carry out this investigation, we applied the latest revision of the Bongaarts proximate determinants model. We used microdata from the Demographic Health Survey (DHS), a national representative survey conducted in Haiti in the years mentioned above. We concluded that in both of the periods studied, postpartum infecundability was the leading factor in the decline of fertility in Haiti. In 1994-95, postpartum infecundability was followed by the prevalence of union higher in that moment than nowadays. In 2016-17, contraceptive use was the second most important element to influence the Haitian women fertility.

**Keywords:** Fertility; Gender; Social inequality; Family – Haiti.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Localização da República do Haiti.....	22
---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – População total do Haiti: 1950 – 2010.....	23
GRÁFICO 2 – Taxa de crescimento populacional, Haiti e América Latina e Caribe:1955 – 2010.....	23
GRÁFICO 3 – Grau de urbanização e taxa de fecundidade total no Haiti: 1960 – 2010.....	33
GRÁFICO 4 – Taxa de fecundidade total, Haiti e regiões selecionadas: 1955-2010.....	34
GRÁFICO 5 – Taxa de fecundidade adolescente (por mil), Haiti e regiões selecionadas, 1970 2010..	35
GRÁFICO 6 – Grau de escolarização no Haiti por sexo em % em 2016-17.....	40
GRÁFICO 7 – Situação de atividade das mulheres haitianas em 2016-17.....	46
GRÁFICO 8 – Taxa de fecundidade no Haiti em 1994-95 e 2016-17, por 1000 mulheres.....	105
GRÁFICO 9 – Distribuição da população haitiana de 15+ anos segundo nível de escolaridade por sexo em 1994-95 e 2016-17.....	107
GRÁFICO 10 – Proporção de homens e mulheres com secundário completo ou mais segundo grupo etário quinquenal em 1994-95 e 2016-17.....	109
GRÁFICO 11 – Taxa de fecundidade no Haiti de acordo com o nível educacional atingida: 1994-95 e 2016-17.....	110
GRÁFICO 12 – Distribuição percentual das mulheres haitianas segundo setor de atividade em 1994-95 e 2016-17.....	112
GRÁFICO 13 – Taxa de fecundidade das mulheres haitianas de acordo com o lugar de residência em 1994-95 e 2016-17.....	113
GRÁFICO 14 –Taxa de fecundidade no Haiti de acordo com a religião: 1994-95 e 2016-17.....	114
GRÁFICO 15 – Razão de sexo, Haiti, 1994-95 e 2016-17.....	116
GRÁFICO 16 – Proporção de mulheres unidas e daquelas sexualmente ativas fora de união segundo o grupo etário quinquenal, Haiti, 1994-95 e 2016-17.....	117
GRÁFICO 17 – Distribuição de usuários de métodos modernos de acordo com a fonte de abastecimento mais recente em 1994-95.....	120
GRÁFICO 18 – Distribuição de usuários de métodos modernos de acordo com a fonte de abastecimento mais recente em 2016-17.....	120
GRÁFICO 19 – Proporção de mulheres e homens (em%) expostos à informação sobre planejamento familiar no Haiti via meios de comunicação em 1994-95 e 2016-17.....	122
GRÁFICO 20 – Haiti 1994-95 e 2016, 17: Determinantes próximos da fecundidade.....	128
GRÁFICO 21 – Haiti -1994-95, Determinantes próximos da fecundidade segundo faixa etária.....	132
GRÁFICO 22 – Haiti –2016-17, Determinantes próximos da fecundidade segundo faixa etária.....	132

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Situação ocupacional da população haitiana em % de acordo com o sexo, em 2016-17.....	48
TABELA 2 – Evolução de alguns indicadores de saúde sexual e reprodutiva no Haiti nas últimas décadas (em %).....	69
TABELA 3 – Valores de $r(a)$ assumidos como constantes por faixa etária reprodutiva.....	102
TABELA 4 – Valores de $(e)$ assumidos como constantes (por método).....	102
TABELA 5 – Variáveis selecionadas para a aplicação do modelo de Bongaarts(2015).....	103
TABELA 6 – Comparação das taxas específicas de fecundidade e da contribuição de cada grupo etário para a taxa de fecundidade total em 1995-95 e 2016-17.....	105
TABELA 7 – Distribuição percentual de homens e mulheres segundo ocupação, Haiti, 1994-95 e 2016-17.....	112
TABELA 8 – Distribuição das mulheres (15-49 anos) segundo estado conjugal.....	115
TABELA 9 – Distribuição das mulheres (15-49 anos) com parceiro estável segundo tipo de união..	117
TABELA 10 – Distribuição das mulheres casadas/unidas e daquelas sexualmente ativas que utilizam algum método contraceptivo segundo método em uso, Haiti, 1994-95 e 2016-17.....	118
TABELA 11 – Gravidezes em (%) que não chegam ao termo em 1994-95 e 2016-17.....	125
TABELA 12 – Medidas selecionadas e índices dos determinantes próximos da fecundidade no Haiti em 1994-95 e 2016-17.....	128
TABELA 13 – Contribuição (em %) dos determinantes próximos na queda da fecundidade no Haiti em 1994-95 e 2016-17.....	129

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO 1 – TRANSIÇÃO DA FECUNDIDADE, FAMÍLIA E GÊNERO NO HAITI .....</b>	<b>21</b>
1.1 Transição da fecundidade no mundo.....	24
1.2 Transição da fecundidade na América Latina e no Haiti .....	28
1.3 Transição da fecundidade e desigualdade de gênero.....	36
1.4 Condição feminina no Haiti: educação e trabalho.....	38
1.5 Os estudos sobre organização familiar no Haiti .....	48
1.6 Valores, centralidade da vida familiar e religião.....	60
<b>CAPÍTULO 2 – O PLANEJAMENTO FAMILIAR NO HAITI: O APARENTE SILÊNCIO SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.....</b>	<b>64</b>
2.1 A organização do sistema de saúde no Haiti e seus determinantes .....	64
2.2 Principais desafios do sistema de saúde haitiano .....	69
2.2.1 Problemas de governança e coordenação .....	69
2.2.2 Problemas de gestão de recursos humanos.....	70
2.2.3 Problemas de recursos materiais.....	71
2.3 Saúde Sexual e Reprodutiva na perspectiva do Cairo.....	73
2.4 História do planejamento familiar no Haiti .....	78
2.5 Atuação do Ministério da Saúde e da UNFPA.....	83
2.6 Principais desafios e obstáculos para trabalhar com o campo de saúde sexual e reprodutiva.....	88
<b>CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA E FONTES DE DADOS: O MODELO DOS DETERMINANTES PRÓXIMOS DE BONGAARTS.....</b>	<b>93</b>
<b>CAPÍTULO 4 – DETERMINANTES DA FECUNDIDADE NO HAITI: UMA ANÁLISE DO NÍVEL E DO PADRÃO .....</b>	<b>104</b>
4.1 Escolaridade.....	106
4.2 Situação laboral .....	113
4.3 Situação de domicílio .....	113
4.4 Religião.....	113
4.5 O processo de formação do par conjugal e a atividade sexual fora de uniões .....	115
4.6 Uso de contracepção .....	117
4.7 Infertilidade pós-parto .....	123
4.8 Aborto.....	124
4.9 Resultados do modelo dos determinantes próximos para o Haiti.....	127
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>134</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>138</b>

## INTRODUÇÃO

Desde o meu ingresso no mestrado, tinha grande interesse pelas questões relacionadas à adolescência e à juventude. Durante o mestrado, tive a oportunidade de explorar a transição para a vida adulta dos jovens migrantes haitianos na cidade de São Paulo. No final de mestrado, quando tive interesse de participar do processo seletivo para o doutorado, em um primeiro momento, pensei em explorar a saúde sexual e reprodutiva dos jovens haitianos. Paulatinamente, à medida que a necessidade de explicitar o recorte da pesquisa foi se impondo, decidi estudar a fecundidade haitiana. Enquanto nativa, explorar a fecundidade das mulheres haitianas é particularmente importante para mim por duas razões: 1) é muito comum intelectuais haitianos, sobretudo economistas, acusarem “a barriga das mulheres” como principal responsável pelo subdesenvolvimento do país. Queria justamente questionar essa concepção. 2) Pessoalmente, queria fazer algo que pudesse desmistificar certas crenças sobre a fecundidade no país, a meu ver equivocadas, tentando mostrar que as taxas de fecundidade observadas são produtos finais de um conjunto de fatores existentes na sociedade que dependem muito pouco da simples vontade das mulheres.

Desde o final do século XIX os níveis de fecundidade têm diminuído em vários países ocidentais. Do ponto de vista geográfico, a queda se iniciou na França e na sequência se estendeu para o resto da Europa e outros países desenvolvidos.

Apesar de suas distintas características sociodemográficas internas, a América Latina e o Caribe também vivenciaram o mesmo processo. Há consenso de que entre as mudanças experimentadas pela região nas últimas décadas, uma das mais expressivas tem sido o acelerado declínio da fecundidade (RODRIGUEZ, 2003). Entre 1960 e 2010, a taxa de fecundidade total latino-americana passou de 6 filhos por mulher para uma média de 2,2 filhos por mulher (NAÇÕES UNIDAS, 2015). Há autores que caracterizam essa queda como um fenômeno inédito e surpreendentemente rápido (PARDO; VARELA, 2013). Uma evidência que apoia esse argumento é o grande número de países que já atingiram nível de reposição (2,1 filhos por mulher) ou mesmo estão abaixo dele. Entre esses últimos, há casos mais emblemáticos ainda, nos quais embora a fecundidade possa estar inclusive abaixo do nível de reposição, como acontece no Brasil, persiste grande heterogeneidade regional e entre diferentes grupos sociais no que diz respeito ao nível da fecundidade (OLIVEIRA; VIEIRA; MARCONDES, 2015; BERQUÓ; CAVENAGHI, 2005; PATARRA; OLIVEIRA, 1988).

Todavia, existem países que também experimentam uma queda da fecundidade menor em relação à média latino-americana e caribenha, a exemplo do Haiti e outros países

da América Central. De acordo com Guzmán et al. (2006), essa diversidade existente na região é fruto de sua longa história de povoamento. A vinda dos migrantes de origem europeia e africana contribuiu muito para a composição desse cenário.

No contexto específico do Haiti, os escravos africanos – protagonistas da revolução haitiana – desempenham um papel fundamental na construção da nação. Segundo William et al. (1975), duas culturas influenciam a sociedade haitiana: a francesa e a africana. A partir delas, foi moldada uma cultura *sui generis*. No entanto, ainda hoje, há um descompasso entre a cultura dominante – que se pauta muito mais em valores importados do exterior, o que se reflete especialmente nas leis nacionais –, e os valores dos cidadãos comuns.

Essa cultura *sui generis* decorrente desse cenário será um dos principais condicionantes para o processo de transição da fecundidade em curso no Haiti nas últimas décadas. Por transição da fecundidade, entende-se a passagem de um regime de alto nível para baixo nível de fecundidade (WATKINS, 1987). Independentemente do país, vários são os fatores que podem determinar o ritmo da transição da fecundidade. Na América Latina e no Caribe, um elemento que teve grande impacto foi o uso de métodos contraceptivos modernos. No Brasil, Merrick e Berquó (1983) já mostraram que a difusão de métodos contraceptivos, sobretudo o uso da pílula e da esterilização, foi o principal determinante da queda da fecundidade. Já para Martine (1996), o aborto foi um dos principais determinantes do declínio da fecundidade no Brasil nas décadas 1960 e 1970 devido à falta de informação sobre métodos contraceptivos modernos em escala nacional. De fato, após este período, mais especificamente na década 1980, a esterilização e a pílula tinham uma contribuição significativa no declínio da queda da fecundidade das mulheres brasileiras, devido à maior orientação e também maior divulgação de outros métodos de planejamento familiar (PATARRA; OLIVEIRA, 1988). Foi justamente a partir dessa década (1980) que houve reduções consideráveis do número de filhos em toda a região latino-americana e caribenha. Essa queda atingiu até os setores mais pobres da região. Zavala (1995) qualifica esse momento como de um novo modelo de Transição Demográfica, chamado de “malthusianismo da pobreza”, devido ao fato de que a redução do número de nascimentos na época foi devida à deterioração das condições de vida.

De acordo com Zavala (1995), na América Latina e em alguns países da América Central, a esterilização feminina foi o método mais usado por ser aquele mais promovido pelos programas de planejamento familiar. Autores como Lerner e Quesnel (1994) lamentam que essa dependência maciça da esterilização feminina se deve em grande parte não apenas à

oferta inadequada de outros métodos, mas também aos recursos limitados das mulheres que vivem em áreas desfavorecidas. Essa ausência de recursos favorece particularmente a falta de consciência sobre os próprios direitos reprodutivos. As críticas de Berquó (1994) vão no mesmo sentido censurando as práticas médicas que naturalizaram o oferecimento da laqueadura à população acoplado aos partos cesáreos. Tal prática elevou excessivamente a prevalência de cesarianas, dado que se aproveita a mesma cirurgia para realizar a esterilização.

Além do uso de métodos contraceptivos, outros fatores podem explicar o ritmo da transição da fecundidade. As características sociodemográficas, políticas, culturais são importantes condicionantes que explicam o fato de o Haiti estar passando por um processo relativamente tardio em relação aos seus vizinhos latino-americanos.

Entre as décadas 1960 e 1980, ocorreu um declínio lento nas taxas de fecundidade no Haiti. Esse indicador passou de 6,3 filhos por mulher para 5,7 filhos por mulher. A partir da segunda metade da década 1980, observa-se um declínio mais intenso atingindo o patamar de 3 filhos por mulher em 2016-17.

Em linhas gerais, a queda da fecundidade das mulheres haitianas segue a mesma tendência das latino-americanas e caribenhas cujas ondas de declínio mais intenso se iniciaram entre as décadas 1960 e 1980. Esse trabalho se ocupa precisamente das singularidades da trajetória da fecundidade haitiana. Assume-se como pressuposto que o Haiti possui as suas próprias especificidades que não se resumem apenas às políticas de controle de natalidade. O objetivo deste trabalho é justamente analisar as variações na fecundidade das mulheres haitianas em 1994-95 e 2016-17, no contexto de uma transição relativamente tardia.

Para cumprir esse objetivo maior, contamos com três objetivos específicos:

1. Revisar a literatura sobre formação de família e a importância de ter filhos no Haiti, considerando as crenças religiosas e documentar se existe ou não certa estrutura de oportunidades abertas às mulheres em idade reprodutiva, atentando-nos, portanto, aos condicionantes estruturais da desigualdade de gênero;

2. Revisar as políticas de planejamento familiar e de saúde sexual e reprodutiva no Haiti;

3. Analisar as mudanças no nível da fecundidade, mensurando a influência de cada determinante próximo na variação da fecundidade no país nos dois anos estudados, além de investigar as mudanças no padrão da fecundidade, documentando o peso da contribuição de cada grupo etário no cômputo da fecundidade total.

Para atender aos dois primeiros objetivos, a pesquisa se baseia em pesquisa documental e em entrevistas com gestores públicos do Ministério da Saúde e com funcionários do Fundo de População as Nações Unidas (UNFPA) que atuam no Haiti. Quanto ao cumprimento do terceiro objetivo, além de análises descritivas, foi aplicado o modelo de determinantes próximos proposto por Bongaarts (2015). Os dados utilizados são provenientes de duas rodadas da “*Demographic Health Survey*” (DHS), cujo o nome original em francês é *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services* (EMMUS), realizadas no Haiti em 1994-95 e em 2016-17.

Essa tese está estruturada em quatro capítulos, além dessa introdução e das considerações finais.

Visto a estreita relação que existe entre a fecundidade e os fatores sociais, culturais e ambientais nos quais a mulher está inserida, o capítulo 1 é dedicado ao entendimento desses fatores. Portanto, nessa seção foi explorado o processo de formação de família mostrando a importância de ter filhos no país considerando as crenças religiosas, já que a religião possui uma influência significativa na sociedade haitiana. Aborda-se, portanto, a centralidade da vida familiar e da religião enquanto valores enraizados na sociedade haitiana. Partindo do entendimento de que a fecundidade também é impactada pelas desigualdades de gênero, nesse capítulo também são apresentados indicadores que descrevem a situação laboral e educacional de homens e mulheres.

Uma vez que nosso objeto de estudo é a fecundidade, além de entender a organização da sociedade e seus valores, é fundamental apreender a situação dos serviços públicos de saúde oferecidos à população, sobretudo de saúde sexual e reprodutiva disponibilizados para as mulheres na prática. O capítulo 2 traz justamente essa discussão mostrando como as políticas e os programas adotados na saúde podem interferir no ritmo da redução da fecundidade. Apresenta-se a história do atendimento planejamento familiar no país, destacando certa ausência das diretrizes da Conferência do Cairo - ponto de partida do reconhecimento integral dos direitos sexuais e reprodutivos. O Capítulo 3 oferece o detalhamento sobre a fonte de dados utilizada e as variáveis consideradas. Nele, é descrita a metodologia proposta por Bongaarts (2015) para o estudo dos determinantes próximos da fecundidade.

Por fim os principais achados da pesquisa são apresentados no quarto capítulo.

Como veremos ao longo deste trabalho, diversos indicadores sociodemográficos haitianos são mais próximos daqueles da África Subsaariana do que de seus pares latino-americanos. Isto nos leva a entender que apesar da sua localização geográfica, o Haiti possui

suas particularidades que têm a ver com a própria história do país – o que justifica estudos como este que visam estudar a fecundidade em sua complexidade e não exclusivamente em termos de análises comparativas regionais que acabam não captando certas peculiaridades nacionais. Espera-se que este trabalho contribua para fomentar novos estudos demográficos sobre o Haiti, assim como lance luz sobre a complexa realidade social das mulheres haitianas.

## CAPÍTULO 1 – TRANSIÇÃO DA FECUNDIDADE, FAMÍLIA E GÊNERO NO HAITI

A República do Haiti, situada na segunda maior ilha das Antilhas após Cuba, localizada no mar do Caribe (região de maior concentração de população negra fora da África) é frequentemente considerada na região como um país de raízes africanas por excelência. É vista como um país de negros, do “*vaudou*”, do tambor, do *créole*, coberto de casinhas típicas e animado por “costumes ancestrais” (GRONDIN, 1985; LEIDERMAN, 2002). Com uma superfície de 27.750 quilômetros quadrados, o Haiti ocupa a parte ocidental da ilha do Haiti, área insular que divide com a República Dominicana desde 1844. Antiga colônia espanhola e francesa, o Haiti foi não apenas a primeira república negra independente, foi também o primeiro país da América Latina a alcançar esse status. Paradoxalmente, ele é atualmente o país mais pobre do continente americano.

De modo geral, a república do Haiti tem passado por crises cíclicas. A situação socioeconômica e política é resultante de uma “história nacional pontuada por tragédias, massacres e revoltas” (BAPTISTE, 2015, p.6). Tendo como referência a chegada de Cristovão Colombo à ilha onde hoje estão localizados Haiti e República Dominicana, a história haitiana pode ser dividida em quatro grandes períodos: pré-colombiano (até 1492), colonial (1492-1789), revolucionário (1789-1804) e, nacional (de 1804 até os dias atuais)<sup>1</sup>. Da época pré-colombiana aos dias atuais, o Haiti não para de vivenciar dificuldades de todos os tipos (dizimação dos primeiros habitantes com a chegada dos europeus, colonização, revoltas e massacres dos escravos, e instabilidade política logo depois da independência. Recentemente, as maiores dificuldades do país resultam na sua situação socioeconômica e política. Este cenário faz com que muitos haitianos fujam da situação caótica do país via migração (BAPTISTE, 2015). Como veremos ao longo deste trabalho, a migração internacional também faz parte das peculiaridades do povo haitiano.

---

<sup>1</sup> Para mais informações sobre a história do Haiti, ver: Baptiste (2015).

**FIGURA 1** – Localização da República do Haiti

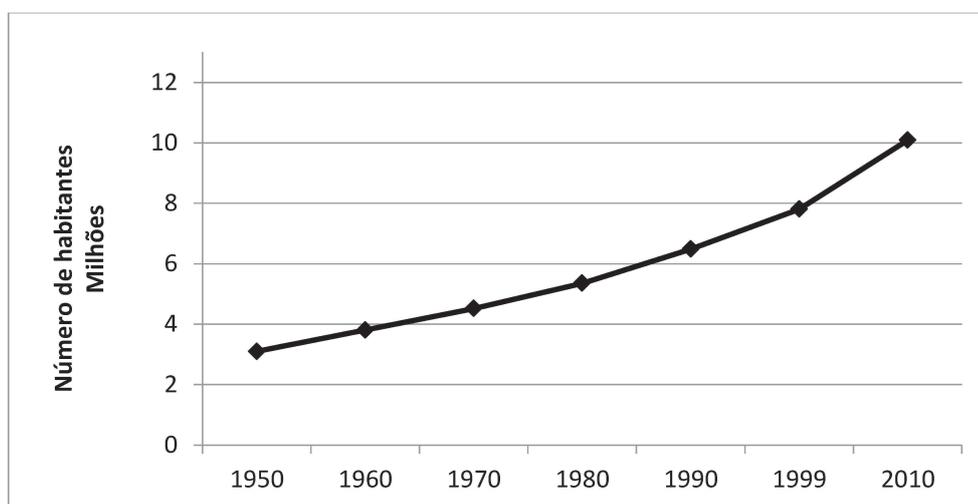
Fonte: Radio Canadá (2015).

De acordo com os dados do Banco Mundial (2018), 59% da população vive na pobreza com apenas 2 dólares americanos por dia. Em torno de um quarto de seus habitantes (24%) vive na extrema pobreza, com menos de um dólar por dia. Como consequência, com poucos avanços no campo social, especialmente em matéria de educação, saúde e renda, registra um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) inferior a 0,5<sup>2</sup> (PNUD,2014). A maioria dos indicadores sociais (educação, renda, etc.) e sanitários (acesso a esgoto e água potável) reforça a posição do Haiti como o país mais pobre do continente americano e um dos mais pobres do mundo (PAXMAN; POY, 1997; BANQUE MONDIALE HAITI, 2017). Do ponto de vista político, como aponta Sheller (2014), depois de mais de 200 anos da revolução dos escravos, o Haiti se encontra ainda em uma situação de instabilidade política e de violência interna entre grupos políticos divergentes, que às vezes, assassinam os seus opositores. Esse cenário de conflitos políticos e dificuldades econômicas não ajuda para a melhoria do país. A essa precária situação econômica e política acrescentam-se os danos causados pelas catástrofes ambientais que a população haitiana tem enfrentado ao longo do tempo (BAPTISTE, 2015; BAPTISTE; VIEIRA, 2016).

<sup>2</sup> O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) varia de zero a um. Quanto mais próximo esse índice estiver de zero, menor é o nível de desenvolvimento do país. Um IDH abaixo de 0,5 é considerado baixo; valores compreendidos entre 0,5 e 0,799 são indicativos de médio desenvolvimento; e quando superam o patamar de 0,8, assume-se que o país possui um alto desenvolvimento humano. Apenas para ter uma ideia, no ranking internacional, o Haiti ocupa a posição 163 em 188 países analisados. Para mais informações ver: Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idh-global.html>. Acesso em: 26 jul. 2017.

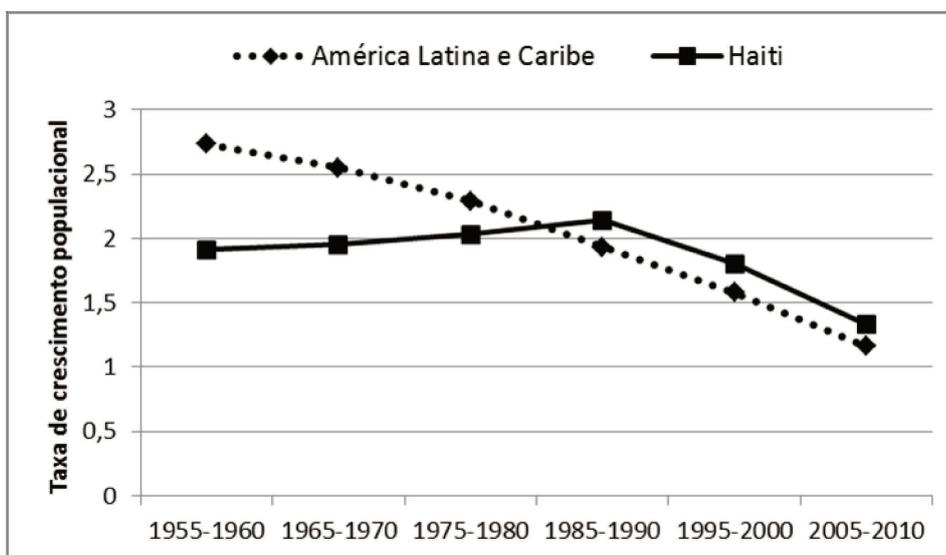
De acordo com os dados das Nações Unidas (UNITED NATION, 2013), a população haitiana contabilizou pouco mais de 10,5 milhões de habitantes em 2010 (Gráfico 1). No que diz respeito à taxa de crescimento populacional, observa-se que até 1980 o Haiti cresceu abaixo da média latino-americana e caribenha (Gráfico 2). No entanto, enquanto o continente vem experimentado o declínio da taxa de crescimento populacional desde a década 1960, a mesma tendência só passou a ser verificada no Haiti a partir dos anos 1980, atingindo o seu menor nível em 2010, quando se verificou uma taxa média de crescimento populacional de 1,3% ao ano.

**GRÁFICO 1** – População total do Haiti: 1950 – 2010



Fonte: United Nations (2013a).

**GRÁFICO 2** – Taxa de crescimento populacional, Haiti e América Latina e Caribe: 1955 – 2010



Fonte: United Nations (2013a).

O principal objetivo da explanação que se segue é apresentar brevemente ao leitor uma visão geral sobre a demografia haitiana. Atenção especial será dada à reconstrução do panorama da transição da fecundidade no país. Será descrito também o processo de formação de família e o estado atual das relações de gênero em seu território. Ao longo deste capítulo cotejaremos os indicadores do Haiti com aqueles da América Latina e Caribe e África Subsaariana. A escolha da América Latina e Caribe é óbvia pela simples razão do Haiti estar localizado na região. Tendo em vista que a transição da fecundidade é um fenômeno geral, a comparação com a África Subsaariana se explica pelo fato de que, embora existam especificidades locais, o Haiti e dita região possuem indicadores sociais parecidos (educação, expectativa de vida, acesso à saúde etc.). Uma vez que o fenômeno a ser estudado neste trabalho é a fecundidade, maior ênfase será dirigida às mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos).

### **1.1 Transição da fecundidade no mundo**

Por transição da fecundidade, entende-se a evolução de um regime de fecundidade chamado “natural” para um regime de fecundidade “controlado”, no qual os casais podem limitar o número de filhos por meio de contracepção (WATKINS, 1987). Este fenômeno é um componente da transição demográfica. Essa última é, por sua vez, a passagem de um regime demográfico no qual a fecundidade e a mortalidade são altas, a um regime de mortalidade e fecundidade baixa. No que diz respeito à Transição Demográfica de modo geral, tudo começou nos séculos XVII e XVIII na Europa, particularmente na Europa Ocidental, berço da revolução industrial, sendo uma marca do processo transicional desde os seus primórdios que o declínio da mortalidade preceda o declínio da fecundidade. Ao contrário das sociedades pré-transicionais, onde a população vivencia uma taxa relativamente alta de mortalidade, a sociedade pós-transicional apresenta diminuição considerável da mortalidade. De acordo com Coale (1973), a queda da mortalidade na Europa tem várias condicionantes favoráveis, mas se inicia com o crescimento da ciência moderna, o desenvolvimento da navegação oceânica e o crescimento do comércio mundial que foi possível graças à urbanização. O primeiro elemento tem um efeito mais direto sobre a queda da mortalidade devido ao desenvolvimento das primeiras tentativas de proteção à saúde, mais especificamente a introdução de vacina para prevenir doenças infecciosas, além da promoção e da melhoria de hábitos de higiene pessoal e de acesso à água potável em algumas cidades - o que gera um aumento da expectativa de vida ao nascer na primeira metade do século XIX. Essas mudanças vão se espalhando para o Sul e o Leste da Europa e para outros países, sobretudo do Norte Global, a partir do início do século

XX. Naquela época a expectativa de vida do continente europeu atingiu mais de 70 anos. Esse aumento universal da expectativa de vida tem sido acompanhado pela diminuição da taxa de fecundidade quase universal no continente (COALE, 1973). Um novo modelo de família caracterizado por um número menor de filhos e por uma maior ênfase na tríade pai-mãe-filhos passa a ser visto como “família ideal”, primeiro na França do final do século XVIII, e depois também no resto da Europa no início do século XIX (ARIÈS, 1980). É justamente esse contexto sociocultural que está associado ao fenômeno da transição da fecundidade.

Para Noin (1991), a transição da fecundidade é um fenômeno muito importante na história mundial, não apenas por conta dos seus efeitos na vida das famílias e especialmente das mulheres, mas também por seu impacto sobre a evolução das sociedades contemporâneas. Segundo o autor, a história da transição da fecundidade é longa e complexa e podem ser destacados três momentos importantes do fenômeno. Em um primeiro momento, os sinais do que viria a ser denominado como transição demográfica surge discretamente na França e se difundem muito lentamente naquele país. O segundo momento é datado do final do século XIX e início do século XX e é marcado pela difusão da queda da fecundidade na Europa e em outros países desenvolvidos. O terceiro momento teve início nos anos 1960, adquiriu mais força na década 1970 e está em andamento ainda hoje. Essa fase faz com que haja uma nova onda de declínio da fecundidade nos países desenvolvidos, e uma queda acentuada e relativamente rápida naqueles em desenvolvimento, especialmente na Ásia Oriental e na América Latina.

Como já foi dito, juntamente com o aumento da expectativa de vida na Europa, surgiu um novo modelo de família de menor tamanho. Iniciado entre os estratos sociais de maior escolaridade e renda, uma característica desse novo modelo de família é o planejamento consciente do número de crianças e o espaçamento entre os filhos, por meio de continência sexual ou coito interrompido (métodos tradicionais de contracepção). Além disso, no final do século XVI, um sistema demográfico foi estabelecido no noroeste da Europa caracterizado pelo aumento do controle da sexualidade dos jovens: os casamentos foram adiados e os nascimentos fora do casamento eram raros. Esse aumento da idade ao casar foi claramente um freio para a alta fecundidade, não apenas em épocas de crise, mas de maneira estrutural e permanente (ARIÈS, 1980).

É importante deixar claro que esse modelo de família dos séculos XVI e XVII está relacionado a dois fenômenos: 1. A persistência de um modo de vida onde a sexualidade e a fecundidade da mulher foram vistas como algo natural, no qual se assumia que a fecundidade só poderia ser afetada por procedimento indireto como feitiçaria e aborto pontual. 2. A

mudança na sexualidade, caracterizada pelo aumento do grau de controle dos jovens evitando relações sexuais em uma época marcada por alta pressão exercida pela igreja. Acontece que depois do casamento, a interação natural e completa entre os casais era a norma. As únicas maneiras de controlar a fecundidade era o adiamento do casamento ou continência sexual. Fora isso, as alternativas, como por exemplo, o aborto, eram inesperadas e não faziam parte de um plano de vida, como salienta Ariès (1980). Ainda segundo Ariès (1980), esse novo modelo de família não substitui o estado tradicional das coisas, no qual as mulheres iniciavam a sua vida reprodutiva logo depois da puberdade, sendo o número de filhos limitado apenas pela mortalidade infantil ou por problemas durante a gravidez.

A grande mudança ocorreu quando o homem e a mulher começaram a planejar suas próprias vidas e o nascimento dos seus filhos de maneira mais organizada. Enquanto no período pré-transicional a norma era um comportamento “automático”, isto é, a fecundidade não era influenciada por fatores de controle, na sociedade pós-transicional, havia todo um tipo de organização e previsão. O foco era a família e os filhos. Ariès (1980) afirma que naquela época, a sociedade começa a ser orientada para as crianças. O autor até chamou essa época de “era da criança rei”. A perspectiva era de que quanto menor o número de crianças, mais tempo e cuidado poderiam ser dedicados a cada uma, e melhores seriam os resultados. Nesse sentido os pais passam a ver suas famílias como uma “pequena elite”, cujos membros eram selecionados por meio do controle de natalidade. O contexto de natalidade nessa época estava totalmente ligado à mobilidade social, pois esse tipo de planejamento explica o desejo de garantir maior status social para as crianças em relação aos seus pais (ARIÈS, 1980). Pode-se perceber claramente que esse tipo de comportamento reflete o valor e o custo das crianças naquela época. No entanto, a discussão não era apenas econômica. Nesse sentido, Caldwell (1976) faz uma brilhante análise da explicação econômica e sociocultural dos estudos sobre a transição da fecundidade. Através disso, o autor tenta mostrar que independentemente do comportamento da fecundidade, a escolha é racional. Todavia, essa racionalidade não tem a ver apenas com a questão econômica, mas está carregada de concepções socioculturais.

Para Caldwell (1976), existem dois tipos de regime de fecundidade: um onde não há ganho econômico para os indivíduos restringirem a fecundidade; e outro, onde há frequentemente ou eventualmente ganho econômico advindo de tal restrição. Em ambos os casos, o comportamento é economicamente racional. Independentemente da sociedade existem apenas dois níveis econômicos de fecundidade: um primeiro onde a resposta economicamente racional é um número grande de crianças; e um segundo, em que não se devem ter muitos filhos. No seu argumento o autor considera 3 tipos de sociedades:

1. As sociedades primitivas, onde não há nenhum ou quase nenhum impacto religioso, nacional ou mundial;
2. As sociedades tradicionais, predominantemente agrárias onde o estado ou as atitudes e muitas vezes a estrutura de uma religião organizada tem um impacto sobre a comunidade, oferecendo uma garantia de segurança ou simplesmente certa assistência;
3. As sociedades em transição onde o modo de vida evolui rapidamente com a economia moderna.

Para apoiar a ideia de que a queda da fecundidade é um fenômeno totalmente racional, mas não totalmente econômica, o autor toma como exemplo a sociedade Yoruba, uma sociedade primitiva que abrange parte da Nigéria e o Sul do Benin – atual Dahomey. De modo geral, o autor sustenta que a decisão de ter filhos depende direta ou indiretamente da estrutura e do tipo de organização dessas sociedades. De acordo com Caldwell (1976), as populações primitivas possuem um estreito vínculo com o povo de origem das suas localidades. Uma maneira de manter os laços familiares é a reprodução. Nesse sentido, um número grande de filhos e conhecidos, não apenas contribui para a produção, mas também para a segurança social das comunidades. Nessas sociedades, existe a ideia de que é melhor residir próximo dos parentes e de outras pessoas com quem eles tenham vivido durante toda a sua vida, e que governam a comunidade. Esse tipo de convivência entre parentes e com o povo de origem ajuda até na escolha de um responsável pela comunidade. Este modo de vida vai mais além do que algo político e econômico, um exemplo é que as pessoas têm uma grande satisfação quando um grande número de familiares e de conhecidos participa de um velório (CADWELL, 1976).

Outro elemento importante ressaltado pelo autor, é que foi criado na subconsciência da sociedade que famílias numerosas (a partir das relações sexuais e conjugais) podem intensificar os laços familiares. Existem apenas duas maneiras de aumentar o tamanho dessa rede de parentes, e elas estão inter-relacionadas: a reprodução e o casamento dos filhos. Além de ajudar na produção, a alta fecundidade é nesse sentido favorável aos aspectos sociais das sociedades primitivas. Nesse contexto, a sociedade e a economia são vistas como um sistema único no qual os participantes desempenham papéis específicos. Tudo isso é para apoiar a opinião do autor de que é improvável que a racionalidade econômica determine a fecundidade em qualquer sociedade, e que os fatores socioculturais são muito importantes para um maior entendimento da transição da fecundidade.

Segundo o autor, nas sociedades agrária e tradicional, a alta taxa de fecundidade foi uma resposta racional às condições socioeconômicas, pensando no compartilhamento do custo e cuidado das crianças, mas não foi apenas isso. Vários são os fatores que interferem na decisão de ter filhos nas sociedades tradicionais: ajuda aos pais ainda durante a infância e especialmente durante a idade adulta, responsabilização dos filhos pelo cuidado dos pais na velhice, e reforço do poder político da família. Esses fatores expressam vantagens econômicas, mas também garantem a sobrevivência da linhagem ou do nome da família (CADWELL, 1976).

Quando trata da sociedade ganesa e de algumas cidades da Nigéria que já estariam passando pela transição, o autor destaca que a ideia que está atrás da fecundidade é a troca entre pai e filho. Em um primeiro momento, os pais investem na educação dos filhos, para depois receber honra com o sucesso da sua prole. Quando se tornam adultos, uma simples visita dos filhos com os netos traz muita alegria para os avôs e avós. Nesse sentido, Caldwell (1976) ressalta a importância de considerar a magnitude dos fluxos de riqueza entre pai-filho-pai nessas sociedades em processo de transição. O cenário descrito para Gana e cidades da Nigéria, é bastante semelhante ao do Haiti.

Em relação a isso, o autor enfatiza que a característica fundamental da família nuclear não era apenas a inclinação para o tamanho pequeno, mas sim, que em relação à família extensa, esse tipo de estrutura familiar era mais flexível às condições econômicas favoráveis à alta e baixa fecundidade. O argumento apresentado no estudo do Caldwell é que a fecundidade é economicamente racional apenas em certos limites que são definidos por fatores não econômicos. Ou seja, os níveis de fecundidade poderiam ser devidos em parte às circunstâncias culturais que interagem com mudanças econômicas e sociais (CADWELL, 1976).

## **1.2 Transição da fecundidade na América Latina e no Haiti**

Quanto ao continente latino-americano, o declínio da fecundidade se iniciou na década de 1960. Na década 1980, ocorreu uma redução notável da taxa de fecundidade e essa redução atingiu até os setores mais pobres e mais vulneráveis da América Latina, através do recurso massivo à contracepção, particularmente à esterilização. Zavala (1995) chama esse fenômeno de um novo modelo de transição, chamado de malthusianismo da pobreza. Isso se refere às famílias que limitam os seus nascimentos por conta da deterioração das condições de vida. Por ser uma região muito diversificada, a transição da fecundidade também segue esse padrão de diversidade que tem a ver com a história de povoamento de cada região. Zavala

(1995) tem razão ao dizer que na América Latina não existe apenas um tipo único de transição, e que as transformações têm acontecido de acordo com modalidades e ritmos diferentes.

Embora os indicadores socioeconômicos da região se encontrem na média mundial, e às vezes acima dessa média, os dados da Cepal (2005) mostravam que 41% da população latino-americana viviam na pobreza; e 17% vivenciavam a extrema pobreza. Com índices maiores nas populações rurais, indígenas e de ascendência africana, os níveis de pobreza são ligados não apenas ao baixo nível de atividades econômicas, mas também a existências de estruturas sociais bastante desiguais (CEPAL, 2006). Isso faz com que a dinâmica demográfica seja variada (GUZMÁN et al., 2006).

De modo geral, a região latino-americana tem vivenciado um processo de transição mais rápido em relação aos chamados países desenvolvidos. Em nossa região, o período de transição começou com a queda da taxa de mortalidade a partir da primeira metade do século XX, mais especificamente na década 1930. Até o século XIX, o subcontinente vivenciou alta taxa de mortalidade devido à forte incidência de doenças infecciosas. A situação era mais complicada nas regiões mais vulneráveis pela presença de doenças tropicais e endêmicas como paludismo, peste, cólera, febre tifoide, febre amarela e gripe espanhola que estavam sujeitas ao longo do século XIX a um contexto de crise econômica, de instabilidade política e guerras frequentes (ZAVALA, 1995). Como era de se esperar, a redução da taxa de mortalidade começou nas grandes cidades com as primeiras campanhas de saúde pública e de saneamento no final do século XIX. Uma consequência desse início da queda é que a esperança de vida em grandes cidades como Havana alcançou nível semelhante aos de países da Europa na mesma época. Países do sul do continente, que receberam imigrantes europeus, como Uruguai e Argentina, também vivenciaram taxas muito baixas de mortalidade. Isso foi possível graças às descobertas científicas modernas. Naquela época, a medicina moderna e os programas de saúde pública se tornaram mais eficazes e se difundiram na América Latina inteira. Os países organizaram campanhas de vacinação, de higiene pública de prevenções de doenças infecciosas, construíram redes de água potável e saneamento, centros de saúde, clínicas e hospitais. Como resultado de tudo isso, houve um aumento da esperança de vida na região na década 1960. Países em situações mais vulneráveis adiaram esse fenômeno. Por exemplo, o Equador vivenciou esse aumento da expectativa de vida apenas a partir de 1975, Peru e outros países da América central (Guatemala, Nicarágua e Honduras), marcadamente a partir de 1985, e Haiti e Bolívia na década de 2000. Apesar de alguns atrasos entre certos países, o caso da América foi emblemático, pois processos que tomaram dois séculos na

Europa foram condensados em apenas 30 anos aqui. Isso foi possível graças à infraestrutura médica em vários países. Chile e Costa Rica são dois exemplos que explicam melhor isso.

A queda da mortalidade teve dois impactos fundamentais sobre a fecundidade: a melhoria nas condições sanitárias das gravidezes e dos partos; e o aumento da duração dos casamentos. Esses dois fatores permitem um aumento das taxas de fecundidade até 1965 que é devido por sua vez, pelo aumento da proporção de mulheres em união e a precocidade da primeira união. Enquanto na Europa o controle da fecundidade foi uma resposta ao aumento da esperança de vida, na América Latina, a nupcialidade aumentava com a fecundidade. O que fez com que naquela época, o subcontinente vivenciasse um crescimento demográfico extraordinário que coincidiu com uma conjuntura econômica que já era favorável. Em países como Brasil, México e Venezuela essa época foi chamada de milagre econômico. Segundo Zavala (1995) esse crescimento foi único na história da América Latina.

Como já foi visto, a alta fecundidade era norma na América Latina até 1965. Todavia, alguns países como Argentina, Uruguai, Chile e Cuba já haviam registrado níveis baixos de fecundidade antes disso. Como ocorreu na transição da mortalidade, esses países que receberam migração europeia, tiveram o mesmo comportamento dos países de origem, nos quais teve lugar a primeira revolução contraceptiva europeia. Eles já controlavam a fecundidade desde relativamente cedo, através de métodos contraceptivos tradicionais. De fato, a transição reprodutiva ocorreu entre 1960 e 1970 para o conjunto do continente, iniciando com as mulheres ao redor de 30 anos. Isso é devido ao maior uso de contracepção moderna entre essas mulheres que já começam a ter acesso a métodos contraceptivos modernos. Realmente, houve uma correlação positiva entre o ritmo de redução da fecundidade e a difusão dos métodos contraceptivos.

Como na Europa e outros países desenvolvidos, a velocidade da queda da fecundidade na América Latina está ligada às características socioeconômicas mais especificamente à escolaridade feminina e ao nível de desenvolvimento do país (GUZMÁN, 1994). De acordo com os dados da CEPAL (2005), a concepção da família pequena iniciou relativamente cedo na região. As pesquisas sobre a prevalência contraceptiva realizadas na década 1960 já haviam evidenciado, particularmente nas regiões urbanas, uma fecundidade ideal ao torno do nível de reposição. Todavia, a preferência para uma família pequena se concretizou apenas com a expansão do uso de métodos contraceptivos modernos para todas as camadas sociais (GUZMÁN et al., 2006).

É consenso que de modo geral na América Latina e no Caribe, entre os determinantes da fecundidade, o uso de contracepção é o determinante que teve mais impacto

na evolução da fecundidade. Sabe-se que o uso dos métodos modernos de contracepção é, em grande parte, tributário das políticas adotadas pelo Estado junto às instituições de saúde pública. No entanto muitas vezes, o estado privilegia as regiões urbanas – o que cria um cenário de fortes desigualdades. Embora a conferência do Cairo de 1994 coloque ênfase sobre o direito da escolha do uso ou não de contracepção, o que deveria levar o poder público a estar mais sensível às necessidades não satisfeitas de contracepção, não é isso que se observa na prática. Nota-se a persistência da desigualdade de acesso a esses métodos seja em países inteiros ou em grupos subnacionais. De fato, existe certa estagnação na difusão de práticas contraceptivas em vários países do mundo (BONNGARTS, 2005) devido à diminuição dos programas de planejamento familiar. No entanto, os métodos mais usados na América Latina são a esterilização feminina, pílula e dispositivo intrauterino (DIU).

Em países como Brasil, Colômbia, México, Nicarágua, Equador, El Salvador, República Dominicana entre outros, a esterilização feminina é a mais usada. Para Lerner e Quesnel (1994), o recurso massivo à esterilização feminina é devido em grande parte à oferta inadequada de outros métodos contraceptivos, à limitada oferta de serviços de saúde oferecidos às mulheres das regiões desfavorecidas; e mais importante: ao desconhecimento delas próprias em relação aos seus direitos sexuais e reprodutivos. Como foi enfatizado por Guzmán et al. (2006), é fundamental que a esterilização feminina enquanto método de contracepção seja realmente uma escolha. Essa escolha deve necessariamente ser feita conscientemente e sem constrangimento, pois em alguns casos, a mulher pode se arrepender de ter tomado tal decisão – como foi o caso das mulheres da República Dominicana, onde 17% das mulheres esterilizadas declararam ter se arrependido (GUZMÁN et al., 2006). Muitas vezes, esse problema é devido também às limitações dos programas de planejamento familiar, uma vez que são incapazes de promover o acesso a uma gama mais ampla de métodos. É bastante plausível assumir que boa parte das mulheres desconhece outros métodos menos invasivos e que acabam optando pela esterilização, um método definitivo por falta de opção. Berquó (1994) já documentou que ao logo da história brasileira o elevado número de partos cesáreos já esteve associado à prática de aproveitar essa cirurgia para realizar a esterilização automática, sem consentimento prévio da mulher. É importante sublinhar aqui a perspectiva do Cairo que chama atenção ao direito das mulheres de decidir o número e o espaçamento dos seus filhos, e o mais importante, a paciente deve ter todas as informações necessárias para fazer uma escolha consciente. Além disso, é preciso que os profissionais de saúde cumpram o papel de informar o público sobre a gama de métodos disponíveis, e não

pensem exclusivamente no controle da fecundidade, correndo o risco de desrespeitar direitos fundamentais das mulheres. Caso contrário, a frustração das pacientes pode só aumentar.

Resumindo, na América Latina existem dois modelos de transição. Primeiro, a transição demográfica se iniciou com a queda da mortalidade a partir dos 1930. Em seguida, mudanças nas estruturas familiares, na urbanização, na escolarização, no mercado de trabalho e na condição feminina causaram mudanças significativas nos padrões da fecundidade. Este modelo de transição que se iniciou nas grandes cidades foi muito similar ao modelo das sociedades industrializadas pioneiras no processo de modernização econômica e cultural (ZAVALA, 1995). O segundo modelo se iniciou um pouco mais tarde nos estratos sociais mais pobres em países menos desenvolvidos. Apesar de certos avanços, as taxas de mortalidade e de fecundidade permanecem relativamente altas nos países onde o processo se desencadeou mais tardiamente. Essas taxas estão fortemente associadas às populações mais expostas à pobreza, má nutrição, analfabetismo e falta de serviços médicos e sanitários. Uma característica marcante do segundo modelo é que a diminuição da fecundidade é explicada pela difusão do acesso a métodos contraceptivos modernos. Essa ideia explica perfeitamente o caso haitiano, onde a fecundidade declina especialmente após a existência de métodos contraceptivos. Porém, as mudanças socioculturais associadas à transição demográfica em outras regiões do mundo, ainda não se verificaram em sua totalidade nesse país caribenho, o que ao lado do acesso ainda limitado à contracepção, poderia explicar o porquê se encontra nesse contexto uma transição demográfica moderada<sup>3</sup>.

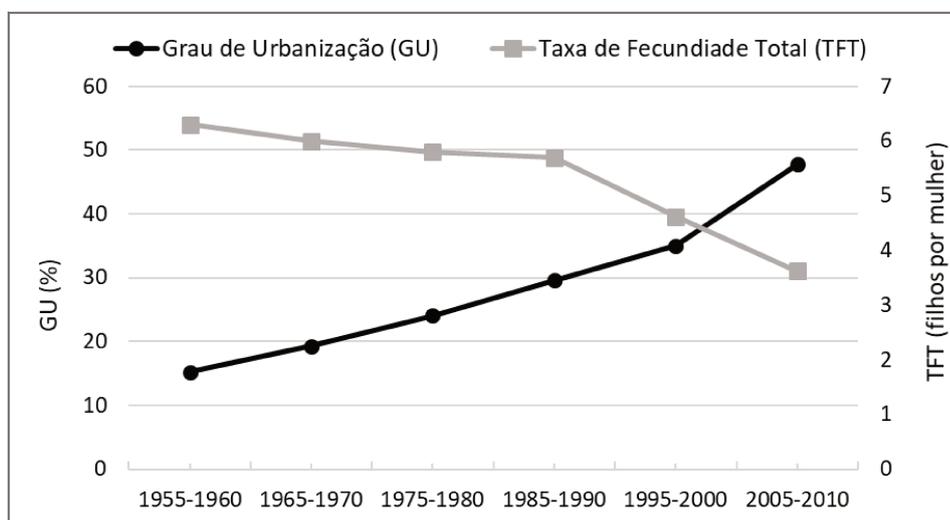
Ainda segundo Chackiel e Schkolnick (2003), independente do modelo de transição, todos os países têm experimentado em maior ou menor intensidade a transição da fecundidade. No entanto, tendo em vista a heterogeneidade existente no desenvolvimento do fenômeno na América Latina, deve-se falar de **transições** (PATARRA; OLIVEIRA, 1988; CHACKIEL; SCHKOLINCK, 2003; GUZMÁN et al., 2006). Guzmán et al. (2006) vai nessa mesma linha de raciocínio afirmando que a região latino-americana vivenciou um modelo de mudança generalizado, mas diversificado. Uma prova disso é que naquele momento, começo dos anos 2000, era possível encontrar países com taxas de fecundidade total abaixo do nível de reposição (2,1 filhos por mulher), próximo desse nível, ou em um patamar igual ou superior a 3 filhos por mulher.

---

<sup>3</sup> Schkolink (2004), ao fazer uma classificação da transição da fecundidade na América Latina, se baseia na intensidade da queda da fecundidade. Através da sua classificação, os países latino-americanos foram reagrupados em 5 grupos de transição: muito avançada, avançada, em plena evolução, moderada e inicial. Para fazer essa classificação, o autor considera o nível de pobreza e de desigualdade socioeconômico dos países. Assim sendo o Haiti se encontra na categoria de transição moderada cuja taxa de fecundidade situa entre 3 e 3,5 filhos por mulher.

Independente da fase de transição, vários são os elementos que podem explicar o fenômeno. Todavia, o grau de urbanização é o indicador que está mais correlacionado com a transição da fecundidade de acordo com a literatura. Países com maior nível de urbanização tendem a apresentar transição da fecundidade mais avançada. À medida que a população passa a se concentrar em cidades e apresentar melhores indicadores socioeconômicos, sobretudo de educação, os níveis de fecundidade tendem a declinar. O Gráfico 3 retrata a evolução do grau de urbanização e a fecundidade no Haiti entre 1960 e 2010. Percebe-se que a população urbana só se aproximou de 50% do total em 2010. Todavia, é importante destacar que, apesar desse aumento no grau de urbanização no país, esse indicador é inferior à média latino-americana e caribenha, onde quase 80% da população residiam em áreas urbanas em 2015. Como veremos no capítulo 2, apesar da diferença que existe entre o rural e o urbano haitiano, ao nos referirmos à urbanização é importante entender o verdadeiro significado de urbano no contexto local. O urbano é onde há maior concentração da oferta de serviços públicos, mas morar no meio urbano haitiano não garante o acesso, pois a demanda é muito superior à oferta de ditos serviços.

**GRÁFICO 3** – Grau de urbanização e taxa de fecundidade total no Haiti: 1960 – 2010

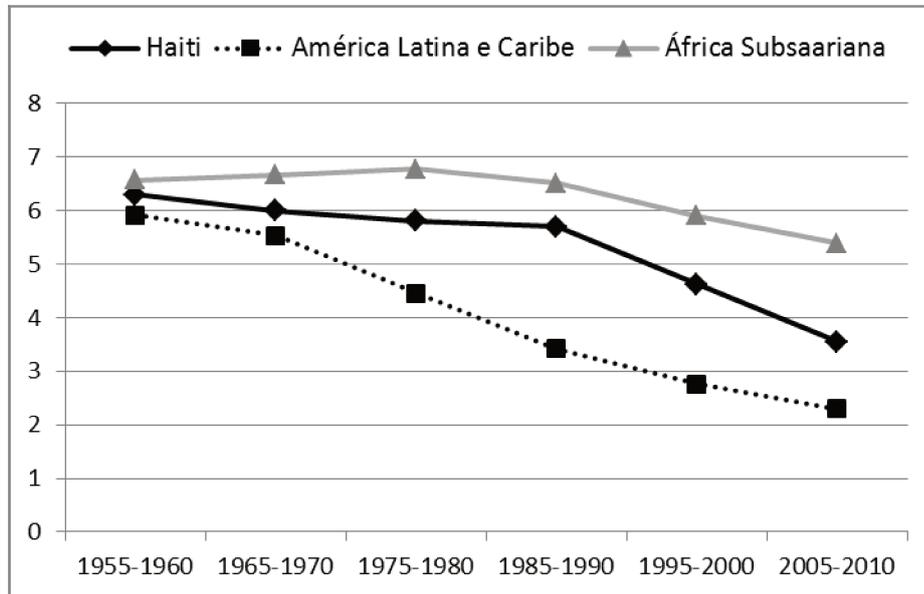


Fonte: United Nations (2013a).

Os Gráficos 4 e 5 sintetizam as taxas de fecundidade total e adolescente no Haiti e nas regiões selecionadas. Nota-se que entre 1960 e 2010, houve a tendência geral de redução da fecundidade nas áreas geográficas consideradas. Destaca-se que a fecundidade das mulheres haitianas se manteve acima da média latino-americana e caribenha e abaixo da Subsaariana ao longo das décadas (Gráfico 4). No quinquênio 1955-1960, a taxa de

fecundidade total haitiana era de 6,3 filhos por mulher e manteve-se acima de 5 filhos por mulher até o quinquênio 1985-1990.

**GRÁFICO 4** – Taxa de fecundidade total, Haiti e regiões selecionadas: 1955-2010



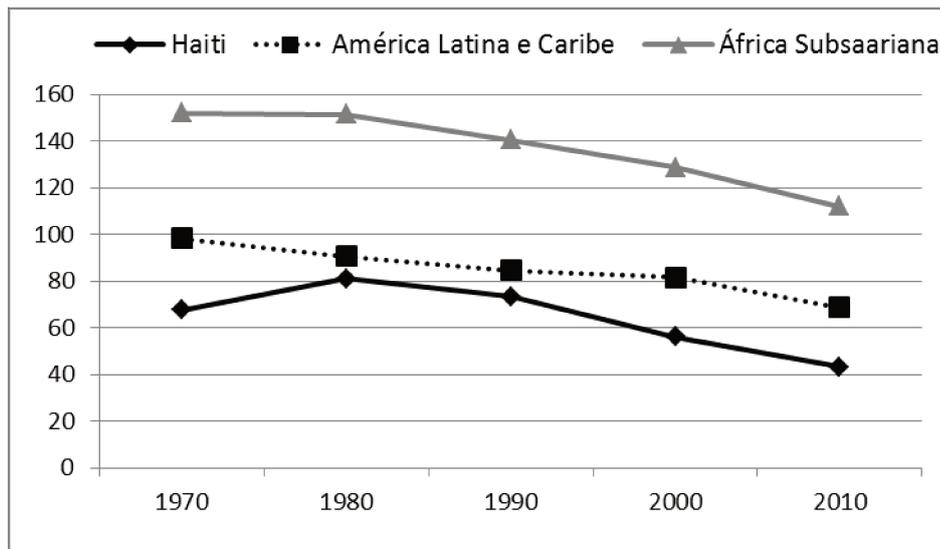
Fonte: United Nations (2013a).

É a partir do quinquênio (1985-1990) que se nota a diminuição mais intensa da fecundidade, atingindo o nível mais baixo verificado na série histórica disponível no quinquênio 2010-2015 – 3,55 filhos por mulher. Esse declínio ocorreu em grande parte em função da atuação de agências internacionais e organizações nacionais que reinseriram a questão da saúde sexual e reprodutiva na pauta política haitiana a partir dos anos 1990, dado que o Conselho Nacional de Planejamento Familiar, criado em 1954, havia sido desativado durante o governo do ditador Baby-Doc na década de 1980.

Em todas as sociedades a fecundidade das meninas de menos de 20 anos desperta muita atenção, seja por preocupações médicas por existir um risco maior à saúde das mães adolescentes, ou por questões sociais. Como se pode verificar no Gráfico 5, a fecundidade adolescente haitiana está abaixo da média latino-americana. Embora esse tema não seja explorado com profundidade nessa tese, deve ser objeto de estudos futuros, pois considerando que a fecundidade total haitiana é maior que a média latino-americana, poder-se-ia esperar que talvez iniciassem a trajetória reprodutiva mais cedo. No Haiti, a partir de 1980, os dois indicadores (TFT e fecundidade adolescente) sofrem estabilização ou declínios nos mesmos anos observados. Autores como Di Cesare e Rodriguez Vignoli (2006) já comprovaram que países com fecundidade alta podem ter uma taxa de fecundidade adolescente relativamente

mais baixa, quando se toma em perspectiva as comparações internacionais. Esse é o caso do Haiti. A situação inversa também pode acontecer, como ocorre no Brasil e na Colômbia, países com taxa de fecundidade total relativamente baixa, mas onde se registra fecundidade adolescente elevada (DI CESARE; RODRIGUEZVIGNOLI, 2006).

**GRÁFICO 5** – Taxa de fecundidade adolescente (por mil), Haiti e regiões selecionadas, 1970 –2010



Fonte: United Nations (2013a).

Em síntese, a análise dos indicadores sociais e demográficos aqui apresentada ajuda a entender a situação atual da população haitiana e expressa o processo de transição da fecundidade em curso. Ao olhar as taxas de crescimento populacional e de fecundidade total no país, nota-se certa correlação. Em outras palavras, a redução das taxas de fecundidade tem influência direta sobre a mudança observada nas taxas de crescimento da população haitiana a partir da década 1980. Pode-se dizer também que o declínio da fecundidade está associado aos indicadores sociodemográficos mencionados acima, sobretudo à urbanização. Nota-se que no Haiti a transição da fecundidade ocorreu mais tardiamente se comparado à média dos países latino-americanos e caribenhos. É ainda importante destacar que a fecundidade adolescente apresenta valores menores em relação à região latino-americana e ao longo de todo o período considerado. Embora o comportamento sexual e reprodutivo das adolescentes não seja objeto de estudo deste trabalho, é importante explorar os determinantes da fecundidade adolescente em um país onde a educação sexual é quase inexistente. Sobretudo nas áreas mais vulneráveis do ponto de vista social, o acesso aos métodos contraceptivos e a disponibilidade de informação a respeito de como utilizá-los são mais problemáticos entre as meninas dessa faixa etária.

### 1.3 Transição da fecundidade e desigualdade de gênero

McDonald (2000a) ao tentar entender a transição da fecundidade, vai mais além dos fatores sociais e econômicos comumente usados por outros autores, ressaltando que nas teorias da transição da fecundidade (independentemente da fase) a equidade de gênero é um elemento fundamental para entender as mudanças na estrutura familiar contemporânea. Por definição, a equidade de gênero tem a ver com as expectativas socialmente construídas do comportamento feminino e masculino encontradas em uma determinada sociedade (MCDONALD, 2000a). De acordo com Mason (1997), a questão de gênero funciona como um sistema. Esse sistema é, por sua vez, subdividido em estratificação e em papel de gênero. Enquanto a estratificação de gênero tem a ver com a inequidade institucionalizada entre homens e mulheres em uma determinada sociedade, o papel de gênero tem a ver com a divisão sexual do trabalho.

Na verdade, é quase impossível estudar a fecundidade sem falar de relações de gênero, pois o grau de igualdade de gênero dentro de uma sociedade vai inevitavelmente influenciar a sua taxa de fecundidade. Para McDonald (2000a), existem duas formas amplas de equidade de gênero. A equidade de gênero em instituições orientadas para a família, e aquela em instituições orientadas para o indivíduo. De acordo com o autor, nos países desenvolvidos, durante o século XX, houve uma revolução nos níveis de equidade em instituições de orientação individual. Consequentemente, o século XX terminou com altos níveis de equidade de gênero, especialmente naquelas instituições. Como resultado, os altos níveis de equidade usufruídos pelas mulheres como indivíduos fazem com que muitas delas tenham menos filhos do que aspiravam quando eram mais jovens. Uma outra possibilidade é que também ocorra melhoria da equidade de gênero nas instituições sociais orientadas para a família. Na verdade, nessa situação a queda da fecundidade está associada ao fato de as mulheres adquirirem direitos dentro da família – o que lhes permite reduzir o número de nascimentos para níveis mais desejáveis segundo as aspirações delas (MACDONALD, 2000a). Salienta-se que mudanças na instituição familiar tendem a ocorrer de maneira mais lenta, pois o sistema familiar costuma estar fortemente vinculado a instituições conservadoras, como a religião. Esse estudo busca trazer elementos sobre o estado da (in)equidade de gênero no Haiti no âmbito público (oportunidades escolares e laborais) e no âmbito privado (família), tomando em conta que isso influencia os níveis da fecundidade.

Uma das críticas de McDonald (2000a) aos estudos sobre gênero e fecundidade é a falta de centralidade na transição da fecundidade. As críticas do autor se fundamentam no uso apenas dos dados quantitativos. O autor chama atenção que, sobretudo no campo da

Demografia, os estudos convencionais se baseiam no modelo dicotômico ou unidirecional buscando correlação entre o status da mulher e o nível da fecundidade. Como aponta McNicoll (1980), a principal crítica desse modelo dicotômico é a não utilização do contexto cultural e institucional nesses estudos. Como foi visto anteriormente, não considerar a dimensão sociocultural prejudicaria o entendimento. Por exemplo, como veremos no tópico seguinte e no Capítulo 2, é obvio que existe uma forte desigualdade educacional entre homens e mulheres haitianos. No entanto, entender o porquê dessa desigualdade é outro assunto. Outro dado de contexto que pode influenciar o nível da fecundidade é a visão compartilhada por muitos homens haitianos de que se sua companheira utiliza métodos contraceptivos, isso seria sinal de que ela deve ter outros parceiros afetivo-sexuais.

Sem dúvida, a consideração desses contextos é uma ponte para se chegar a um melhor entendimento das percepções dos casais sobre o assunto. Como foi ressaltado por McDonald (2013), em muitas sociedades a inequidade de gênero é um problema que não tem nome. Portanto, é difícil obter medidas das suas percepções. Em um país como o Haiti onde as mulheres crescem com a ideia de que seja o homem, na maioria das vezes, que faça e cuide de tudo, em uma sociedade onde é muito difícil para a mulher se afirmar social e economicamente, independentemente de sua classe social ou escolaridade, as métricas demográficas tradicionais contam apenas parte da história. Para lançar luz sobre a realidade vivida, o caminho do entendimento nos leva a reforçar a importância de estudos antropológicos a fim de preencher as lacunas sobre percepções, atitudes e valores (MCDONALD, 2013). Apesar do alinhamento desse trabalho aos estudos demográficos, a literatura antropológica serve de base para uma contextualização mais robusta.

Segundo McDonald (2000a), a equidade de gênero pode ser avaliada pela perspectiva dos direitos sociopolíticos e reprodutivos. Em outras palavras, como aponta Fraser (1994), o nível de equidade nesses direitos pode, em algum caso, determinar o nível de desigualdade de gênero. Em um país como o Haiti, onde a população, e mais especificamente as mulheres, não usufruem de seus direitos sociais, políticos e reprodutivos, o nível de desigualdade de gênero é alto – o que, sem dúvida tem um impacto no processo de transição da fecundidade no país.

McDonald (2000b) afirma que a equidade de gênero é um conceito que implica questões nas quais os valores devem ser considerados. Nas teorias de transição da fecundidade, os valores e as percepções compartilhadas por mulheres e homens que decidem sobre os nascimentos, são importantes. Logo, o nível da fecundidade e a condição feminina se correlacionam, ou seja, uma impacta a outra. Tendo em vista isso, e dado esse panorama

apresentado acima sobre inequidade de gênero e a importância da percepção das mulheres e dos homens, vejamos em que contexto se insere as mulheres haitianas do ponto de vista educacional, laboral e familiar, o que pode nos ajudar a entender melhor o processo de transição da fecundidade no Haiti.

#### **1.4 Condição feminina no Haiti: educação e trabalho**

Sabe-se que indicadores sociais tais como o tipo de emprego, o nível de escolaridade e o tipo de união em que a mulher se insere podem fazer muita diferença na fecundidade. Como foi relatado anteriormente o Haiti está passando por várias dificuldades. Ao comparar com outros países da região, com certeza a população inteira vivencia um quadro de condições sociais desvantajoso. No entanto as mulheres são geralmente menos privilegiadas do que os homens em vários sentidos (ALLMAN; ALLMAN, 1987). Assim sendo as mulheres haitianas têm enfrentado altos níveis de desigualdade de gênero (WARD; SANTISO-GALVEZ; BERTRAND, 2015). Essas desigualdades se manifestam em vários setores da sociedade. Vejamos a situação dessas mulheres do ponto de vista da educação, inserção laboral e na esfera familiar.

De acordo com um relatório realizado pela Missão das Nações Unidas para a Estabilização no Haiti (MINUSTAH), a educação, o emprego, a saúde e a falta de representatividade em instâncias de poder são os principais desafios que as mulheres enfrentam no Haiti.

Na sua análise sobre as desigualdades econômicas e sociais e a questão de gênero no ensino superior no Haiti, Ménard (2013) ressalta que é muito difícil falar de educação sem pensar na alta proporção de analfabetos e do elevado número de crianças fora da escola. A depender da fonte de informação, a proporção de analfabetos é estimada como algo ao redor de 40% e 50% da população de 15+ anos. O sistema educativo haitiano acolhe 2.700.000 alunos em quase 17.000 escolas. A taxa de escolarização líquida é de quase 60%, quando se controla a idade dos estudantes (MÉNARD, 2013)<sup>4</sup>. De acordo com os dados da UNICEF (UNICEF/HAITI, 2017), 380.000 crianças com idade entre 6 e 12 anos nunca frequentaram a escola. Nas zonas rurais, 72% das crianças estão em defasagem idade-série (UNICEF/HAITI, 2017). Isso mostra claramente a marginalização educacional do meio rural. Segundo Ménard (2013), isso se deve a várias razões: a entrada tardia na escola por motivos econômicos, a

---

<sup>4</sup> A taxa de escolarização líquida é calculada pelo quociente do número de alunos matriculados e a população total em idade escolar.

repetência muitas vezes associada à má qualidade do ensino, as condições de aprendizagem, ou ainda a distância da escola em relação ao domicílio.

De acordo com os dados do *Institut Haitien de Statistique et d'Informatique* (IHSI), para o conjunto do país as taxas brutas de escolarização<sup>5</sup> para os meninos e as meninas são bem próximas no nível primário (respectivamente 120,2% e 119,5%)<sup>6</sup>. No entanto, no que diz respeito a esse mesmo indicador construído para o nível secundário, existe uma evidente desigualdade entre os sexos em detrimento das meninas: 45% para eles e 37% para elas. Outro dado importante e que precisa ser destacado é o diferencial da taxa bruta de escolarização de acordo com o rendimento domiciliar. Essa taxa que atinge 71% para as crianças de domicílios mais ricos (quinto quintil de renda) diminuiu para 23% para aquelas provenientes de domicílios do primeiro quintil de renda (IHSI, 2001). Essa breve descrição sobre a educação no Haiti mostra claramente a inter-relação que existe entre o lugar de residência, as condições socioeconômicas, o sexo e a educação dos haitianos.

Em uma sociedade onde 80% das escolas são privadas, ou seja, são pagas (UNITED NATIONS, 2013a) é evidente que a educação das crianças e jovens depende integralmente dos recursos familiares. Ademais, o custo da escolarização é alto em relação à renda familiar. Além de várias despesas indiretas (material escolar, uniformes, alimentação, transporte etc.), quase 40% da renda familiar é reservado à educação dos filhos (MÉNARD, 2013). Como salienta Ménard (2013), os mais pobres, que são em maior número, são os mais afetados pelas dificuldades e falhas do sistema educativo haitiano.

Para as mulheres os obstáculos são, no entanto, mais significativos. De acordo com os dados da UNICEF, 70% das jovens com idade entre 15 e 24 anos sabem ler e escrever – o que indica que existem alguns avanços na educação. Todavia, embora não exista nenhuma restrição legal para a inserção das meninas no sistema escolar, elas são preteridas, quando as famílias precisam escolher em qual filho investir. Mesmo nas escolas públicas, as meninas são minoria. No início da década 2000 em um universo de 81.121 alunos secundaristas, havia 32.391 meninas para 48.730 meninos (IHSI, 2001), ou seja, uma razão de sexo de 1,5 meninos para cada menina.

O Gráfico 6 apresenta o grau de escolaridade das mulheres e dos homens haitianos em 2016-17. Enquanto a maior parte da população feminina (15-49 anos) se

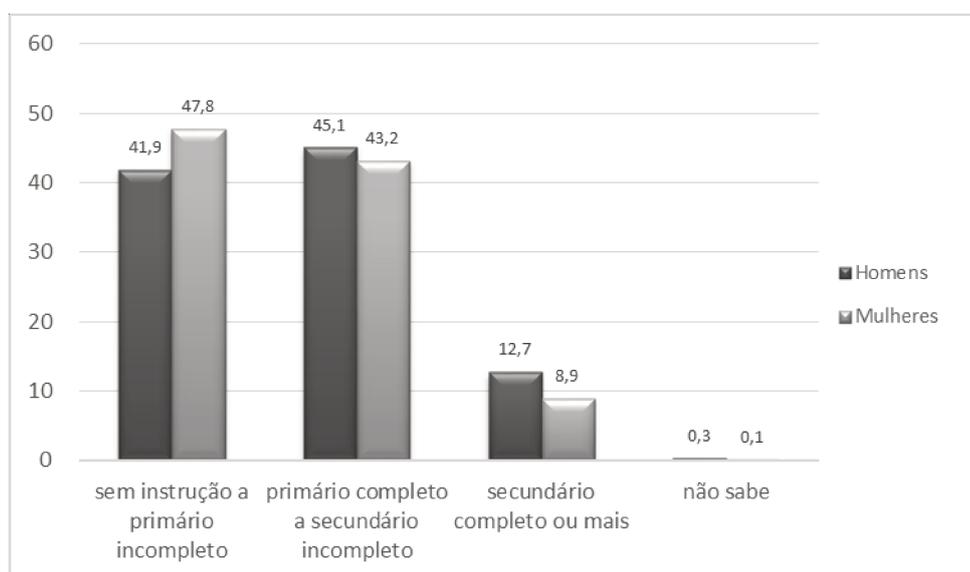
---

<sup>5</sup> A taxa bruta de escolarização no nível primário é calculada pelo quociente do número total de alunos matriculados (independente da faixa etária) e a população total de 6 a 12 anos (faixa etária que o aluno deveria estar cursando o ensino primário no Haiti).

<sup>6</sup> No sistema educacional haitiano o primário dura 6 anos; o secundário, outros 7 anos. Ao término do secundário, o estudante realiza uma prova final, denominada “baccalauréat”. Se aprovado, ele é declarado concluinte do secundário e está apto a participar de processo seletivo de ingresso na universidade.

encontra na categoria de sem escolaridade a primário incompleto (47,8%), a maioria dos homens (15-59 anos) se enquadra na categoria primária completa a secundário incompleto (45,1%). Entre os homens 12,7% possuem escolaridade igual ou superior ao secundário completo, enquanto há apenas 8,9% de mulheres na mesma condição. Nota-se que ao comparar os sexos, as mulheres se encontram sempre em situação de desvantagem. Ao conhecer a realidade do Haiti, essa constatação não é surpreendente, pois essa situação tem a ver com todo o contexto sociocultural do país e, sobretudo, com as relações de gênero na sociedade. Todavia, pode-se assumir claramente que embora haja diferenças significativas entre homens e mulheres, o nível de escolaridade geral da população é baixo.

**GRÁFICO 6** – Grau de escolarização no Haiti por sexo em % em 2016-17



Fonte: DHS (2016-17).

Tradicionalmente, na sociedade haitiana as mulheres vão para a escola, mas não permanecem (BRUNO, 2013), ou seja, elas saem da escola mais cedo em relação aos homens. Com uma entrada mais tardia no sistema escolar, elas representam apenas 43% dos estudantes que se apresentam ao exame final do ciclo secundário (BRUNO, 2013) chamado de “Baccalauréat<sup>7</sup>”.

Apesar de na concepção dos pais haitianos, sobretudo das mães, a sua segurança na velhice dependa dos filhos de ambos os sexos (NICHOLAS; STEPICK; DUTTON STEPICK, 2008), há certa preferência dos pais por mandar os garotos para escola em

<sup>7</sup> Baccalauréat é um exame oficial, que foi por muito tempo, durante os dois últimos anos do ensino médio, e recentemente apenas no último do ciclo secundário. Para facilitar a compreensão, ele seria em parte comparável ao Exame Nacional do Ensino Médio-ENEM no Brasil (Para mais informações, veja a dissertação de mestrado (BAPTISTE, 2015).

detrimento das garotas, porque os pais acreditam que, uma vez que a menina saiba fazer as tarefas domésticas e seja capaz de escrever o seu nome, ela está pronta para casar. O marido “fará o resto”, ou seja, cuidará dela (BRUNO, 2013). Seguindo esse raciocínio, a garota não precisaria cursar estudos superiores, já que ela deve depender de um homem para sobreviver e satisfazer as suas necessidades socioeconômicas (BRUNO, 2013). Neste caso, as tarefas domésticas representam uma das principais causas do “gap” educacional entre meninos e meninas no Haiti, dada a rígida divisão sexual do trabalho que responsabiliza as meninas pelas tarefas domésticas. Esse gap varia de acordo com a região de residência, tendo em vista que o desperdício do potencial feminino é maior entre as meninas da região rural. A razão é simples: nas regiões mais isoladas no Haiti, aquela concepção mencionada anteriormente de que as meninas precisam apenas saber escrever o seu nome é muito mais comum. Além das tarefas domésticas e da concepção cultural dos pais, a gravidez precoce é uma das principais causas da evasão escolar das garotas no Haiti (BRUNO, 2013). Como aponta Madeira (1997) tendo em conta o caso brasileiro, muitas vezes, a gravidez precoce possibilita a essas garotas ter um lugar social. Essa situação é frequente, sobretudo no meio rural, seja por falta de oportunidades ou por querer. No entanto, a gravidez na adolescência pode ser também devido a uma série de problemas socioeconômicos, e especialmente ao desemprego: às vezes, quando os pais não têm condições de arcar com os custos de manutenção de suas filhas no sistema escolar, a menina se compromete com um homem em troca de apoio financeiro para estudar (BRUNO, 2013), o que pode levar a uma gravidez indesejada. Isso pode ser interpretado como uma forma de prostituição<sup>8</sup>. De acordo com Thermidor (2018), há duas décadas que vem se desenvolvendo outro tipo de prostituição no Haiti por conta da situação econômica, a “diasporaphilie” (ou *sugar dady*). A insegurança financeira e a falta de oportunidade levam não apenas as escolares, mas também universitárias e algumas funcionárias das instituições públicas e privadas a buscarem amparo econômico em troca de sexo. Em geral, essa figura masculina que proporciona alguma segurança econômica é um homem residente no exterior, chamado “diáspora”<sup>9</sup> (THERMIDOR, 2018). Essa forma de prostituição afeta até os estratos mais privilegiados da sociedade. As alunas que vêm de uma família onde os pais têm poucas condições econômicas se encontram na obrigação de seduzir um homem de maior idade para

---

<sup>8</sup> Aqui, entende-se por prostituição o emprego do sexo como moeda de troca para obter recursos financeiros, materiais ou favores atendidos. Embora não seja objeto desse estudo e não seja possível ir mais a fundo nesse tema, a ideia aqui é ressaltar a perversidade que por vezes existe nessa troca de sexo por algumas outras vantagens, pois nem sempre restam às mulheres alternativas ao uso do próprio corpo como moeda de troca.

<sup>9</sup> No caso específico do Haiti, “diáspora” é a pessoa ou o conjunto de pessoas que migra para outros países na busca de melhores oportunidades, e envia frequentemente remessa para o país de origem (no caso para o Haiti) para ajudar com todos os custos (alimentação, escola, moradia, etc.).

ajudá-las com as suas necessidades básicas. A razão dessa escolha é simples: Como foi ressaltado por Thermidor (2018) atualmente um dólar americano é equivalente a pouco menos de 100 “gourdes” (moeda do Haiti) e algumas notas em dólar americano convertidas em “gourde” já seria suficiente para pagar o aluguel, a escola da jovem e eventualmente a dos irmãos menores. Não existem apenas escolares em dita situação na capital do país, um número significativo de universitárias recebe ajuda financeira geralmente de um patrocinador residente no Canadá, nos Estados Unidos ou na França em troca de “performance sexual” (THERMIDOR, 2018). Vale ressaltar também que não existe esse fenômeno apenas no Haiti. Na França, por exemplo, eles aplicam a conotação americana *sugar baby* para se referir ao fenômeno. No Haiti o nome local é *madan papa* (esposa do pai). Essa situação leva muitas vezes a gravidezes não desejadas, à violência e até mesmo à morte.

Depois de financiar um curso de quatro ou cinco anos para a mulher, o homem a vê como uma forma de investimento e a considera como um “objeto”, esperando que a mulher o obedeça e siga cegamente. As situações em que eclode a violência costumam ocorrer quando a mulher deseja romper o relacionamento. É o caso de *Marlène Colin*, uma jovem haitiana de trinta anos que foi assassinada pelo pai do seu filho *Rigaud Ernest*, em 2018, em *Jacmel* no Sudeste do Haiti, por não querer continuar mais com o pai do seu filho após ele ter financiado o seu curso de enfermagem na República Dominicana. É claro que qualquer profissional do sexo tem direito de exercer a sua profissão. No entanto, sem querer fazer nenhum juízo de valor ou qualquer julgamento moral, a prática dessa forma de prostituição relatada aqui, onde a mulher corre risco de vida é consequência do desgoverno do Estado – no sentido de falta de oportunidades ou de políticas para que os jovens possam estudar - e de um sistema de justiça falido.

De acordo com o secretário geral de *l’union nationale des normaliens et normaliennes* (UNNOH), se no passado, após uma gravidez a jovem era condenada a nunca voltar para a escola, hoje dependendo da situação econômica da família de origem, a chance de retorno é maior. Essa mesma constatação é feita pela diretora executiva da associação *fanm yo la* (as mulheres estão aqui) que sugere a implementação de mecanismos capazes de assegurar a permanência das meninas na escola, ressaltando o papel do Estado para oferecer alternativas às garotas que não estudam e nem trabalham.

Cabe ressaltar que a mesma tendência de descontinuidade nos estudos e evasão escolar que existe no ensino secundário permanece no nível universitário. No entanto, há diferenças entre os setores privado e público. O ensino superior sofreu os efeitos das mudanças sociais e demográficas que têm afetado a sociedade haitiana nos últimos 50 anos

(MÉNARD, 2013). Em função das perturbações políticas e, deterioração do sistema educativo, os pais que possuem melhor situação econômica preferem enviar seus filhos para estudar no exterior. Os principais destinos são a República Dominicana e países da América do Norte e da Europa. Outros pais, seja por restrições financeiras que não lhes permite facilitar a migração dos filhos para um país estrangeiro, ou por vontade de mantê-los fisicamente próximos, se esforçam para lhes pagar uma universidade particular no Haiti. Todavia, em um país “fortemente marcado pela precariedade econômica”, em razão do alto custo das universidades particulares, a *Université d’Etat d’Haiti* permanece sendo a primeira opção de muitos estudantes haitianos.

Nas universidades particulares, enquanto a grande maioria do corpo docente é composta por homens, há certa paridade entre o número de estudantes do sexo masculino e feminino. Já na *Université d’Etat d’Haiti* – que conta com mais de 20.000 estudantes, em torno de 1.500 docentes, 800 funcionários em 11 faculdades na região metropolitana de Porto Príncipe – apesar das dificuldades para conseguir dados fiáveis, estima-se que as meninas representavam cerca de 25-30% dos estudantes em 2007-2008. Em carreiras como Medicina e Farmácia, elas perfazem 26% do total de estudantes. Em Ciências, esse percentual decresce para 11% (MÉNARD, 2013). Assim como no nível secundário, essas disparidades educacionais são devidas a toda uma série de desigualdades econômicas e sociais enraizadas na sociedade haitiana. Ademais, deve-se acrescentar a utilização de “uma língua de ensino (o francês) que aparentemente os alunos não conhecem ou não lhes ensinaram de modo apropriado” (MÉNARD, 2013, p. 37). Embora o ministério da educação nacional tenha buscado alternativas para que a educação escolar seja oferecida integralmente em *créole* (língua materna dos haitianos), o francês continua a ser a língua do ensino no Haiti, sobretudo nos níveis mais avançados da escolarização.

Existem outros fatores que podem ser enquadrados como de ordem cultural que afetam especificamente as mulheres, deixando-as mais vulneráveis. Esses fatores são os seguintes: o primeiro seria o tipo de tratamento que as meninas recebem na escola, o que influencia toda a trajetória escolar delas. De acordo com Ménard (2013), a concepção de desvalorização das meninas e das mulheres tem sido reproduzida no sistema educativo haitiano. Isso pode ser explicado pelos preconceitos existentes na sociedade de que as mulheres não precisam fechar o ciclo escolar e adquirirem altas qualificações, reproduzindo o pensamento de que elas podem recorrer a outros meios para sobreviver, desde um casamento até a prostituição (MÉNARD, 2013). A autora chama também a atenção sobre o fato de que através dos professores, dos manuais escolares assim como através dos métodos utilizados, a

escola tem participação na manutenção dessa concepção, desvalorizando o desempenho positivo das meninas. Por vezes, as mulheres se encontram em condições onde não há o mínimo respeito pelos seus direitos. Existem também situações de abuso sexual - desde o assédio ao estupro embora muitas vezes as meninas não denunciem o acontecimento por medo ou por vergonha. Ademais em algumas universidades e até mesmo em algumas escolas, com número modesto de alunos vulneráveis social e economicamente, é muito comum que as meninas paguem sexualmente pelo acúmulo de dívidas escolares ou para receber boas notas (MÉNARD, 2013).

Por fim, também devem ser mencionadas as trajetórias escolares interrompidas em razão de gravidezes. É muito difícil para as mulheres que se tornam mães, conseguirem voltar a estudar com o filho ainda pequeno. Isso faz com que em muitos casos, as meninas abandonem a escola (MÉNARD, 2013).

Tendo em vista esse panorama de inúmeros obstáculos sociais e econômicos reservados às mulheres, não é surpreendente observar a baixa presença feminina na *Université d'Etat d'Haiti*. Como aponta Ménard (2013), a desigualdade de gênero precisa entrar na agenda pública. O Estado e a sociedade civil devem reconhecer o problema e se posicionarem frente a ele.

Apesar de o sistema educacional não ser o objeto central deste trabalho, é necessário mencioná-lo para melhor compreender como as desigualdades sociais operam e se reproduzem ao longo do tempo. Existe certa paridade de gênero no nível educacional primário. No secundário, essa paridade desaparece por conta da evasão escolar feminina.

A educação das mulheres, ainda mais a educação superior, tem um impacto importante sobre a sociedade. A UNICEF ressalta que a escolaridade da mãe representa um dos fatores mais importantes na probabilidade de escolarização dos filhos e confirma que, nos países em desenvolvimento, 75% das crianças que abandonam a escola, vem de famílias cuja mãe nunca frequentou escola (UNICEF, 2005). A educação feminina também exerce um papel bastante positivo em relação à saúde das crianças, e as melhores condições de vida de todos (UNITED NATIONS, 2013a).

Ainda nessa mesma linha para mostrar a importância da escolaridade das mulheres do ponto de vista econômico, um estudo realizado por Psacharopoulos e Patrinos (2004) em vários lugares do mundo inclusive na América Latina revela que cada ano de escolaridade primária faz aumentar entre 10 e 20% o valor do salário de uma mulher. No que diz respeito à saúde, foi revelado que em muitos países do continente africano o acesso das mulheres à educação tem um impacto significativo sobre a saúde das crianças, viabiliza a

autonomia das mulheres, aumenta a produtividade e melhora as condições de vida não apenas do indivíduo e da família, mas também da sociedade inteira (UNESCO, 2013).

De acordo com uma pesquisa realizada pela UNESCO foram sublinhados os efeitos múltiplos da educação das garotas e das mulheres. São os seguintes: aumento da renda familiar, adiamento da idade ao casamento, diminuição das taxas de natalidade, redução das taxas de mortalidade materna e infantil, alimentação mais equilibrada ou mais saudável das famílias, oportunidades maiores e mais escolhas para as mulheres. Tendo em vista a grande contribuição das mulheres educadas para o bem-estar de uma determinada sociedade, tendo em vista a pouca participação das mulheres no ensino de modo geral, as autoridades devem pensar com urgência no problema das dificuldades de acesso das mulheres ao ensino, e mais especificamente à educação superior. Como salienta Ménard *“le développement d’un pays passe entre autres par l’exploitation de toutes ses ressources”*<sup>10</sup> (MÉNARD, 2013, p. 38). Como se tem observado em todo o mundo, a educação das mulheres não apenas influencia o nível de vida das famílias e da população do ponto de vista geral, como os benefícios são proporcionais ao número de anos de estudo. Isso pode ser explicado pelo fato de que as mulheres educadas e instruídas adotam práticas e um modo de vida que reduzem os riscos ligados à saúde em geral e à saúde sexual e reprodutiva em particular, sendo mais propensas inclusive a evitar uma gravidez na adolescência (MÉNARD, 2013).

Apesar dessas dificuldades encontradas pela população feminina no Haiti do ponto de vista educacional e em outros setores da sociedade, o movimento feminista participa nas lutas pelos direitos das mulheres haitianas. Tal movimento tem atuado nas seguintes temáticas: pobreza, violência de gênero, inserção das mulheres na política, e mais recentemente o debate público sobre o direito sobre o próprio corpo, denúncias de casos de incesto e de exploração do trabalho doméstico de meninas (SCHULLER, 2015; BEAUVAIS, 2016). No entanto, a falta de estrutura, de meios financeiros e de canais de expressão fazem com que os esforços desse movimento não tenham tanto efeito na transformação da sociedade haitiana (BEAUVAIS, 2016). Importante destacar que existe uma forte correlação entre a escolaridade e o emprego. Portanto, a falta de acesso à educação da população feminina haitiana resultante da saída precoce da escola, conseqüentemente com baixa qualificação, inevitavelmente impactará a inserção laboral dessas mulheres.

No Haiti o desemprego é uma das maiores dificuldades enfrentadas pela população. Segundo a Missão das Nações Unidas para a Estabilização no Haiti

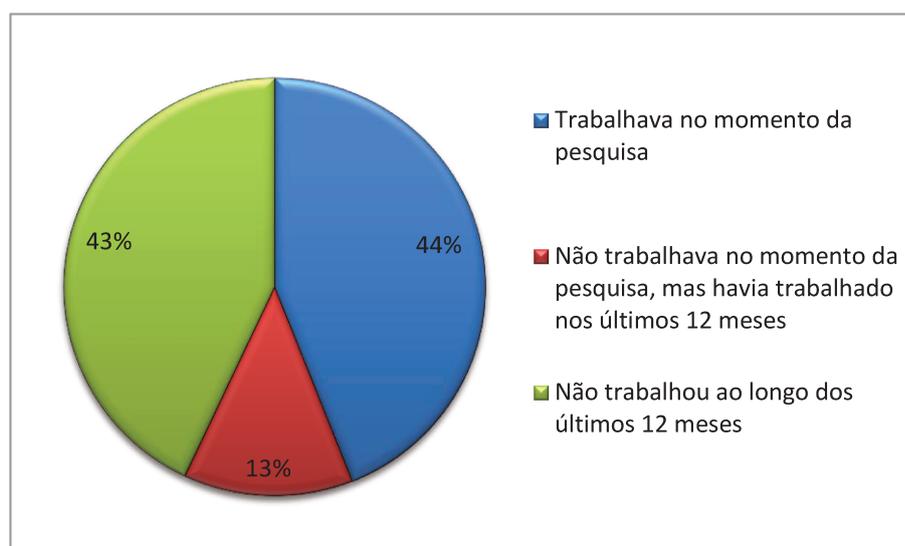
---

<sup>10</sup> O desenvolvimento de um país passa entre outros pela exploração de todos os seus recursos (Tradução literal).

(MINUSTHA), a precariedade do emprego constitui um dos elementos que contribui à “feminização da pobreza”. Vale salientar que o salário feminino é sistematicamente inferior ao masculino. Ademais, elas são maioria entre os que trabalham na economia informal (56%), portanto, sem ter qualquer direito resguardado pela seguridade social. Já entre os trabalhadores inseridos na economia formal, as mulheres estão sub-representadas, elas representam 30% do total desse grupo (UNITED NATIONS, 2013a). Como foi destacada anteriormente, a saída precoce da escola e a baixa qualificação são os principais fatores que prejudicam as mulheres quando disputam um emprego no setor formal, o que faz com que elas sejam vistas como mão-de-obra barata (UNITED NATIONS, 2013a). Além da situação econômica do país, que piorou com o terremoto de janeiro de 2010, a concepção de que a mulher seja destinada ao trabalho doméstico é uma das explicações da precária inserção feminina no mercado de trabalho haitiano.

De acordo com DHS (2016-17) quase metade das mulheres haitianas (43%) não trabalhava no mercado remunerado. Outros 13% não trabalhavam no momento da pesquisa, mas haviam tido uma atividade remunerada no ano anterior. Ou seja, no total, 56% das mulheres estavam inativas, e apenas 44% desempenhavam uma atividade remunerada (Gráfico7).

**GRÁFICO 7** – Situação de atividade das mulheres haitianas em 2016-17



Fonte: IHE (2018).

Para reduzir o “gap” econômico e social entre as mulheres e os homens, várias iniciativas foram adotadas pelo governo haitiano, Organizações Não-Governamentais (ONGs), Banco Mundial, MINUSTAH e sociedade civil. Nessa linha, se destacam recentes

alterações no campo jurídico, como aquela que modificou em 2012 a constituição de 1987 via ementa. A nova redação do artigo 17.1 da constituição passou a garantir uma quota de 30% de mulheres em todos os setores da vida nacional, e mais especificamente no setor público<sup>11</sup>. Com o intuito de pôr em prática o que determinava esse novo entendimento, o governo haitiano colocou em ação o projeto de apoio ao fortalecimento da função pública no país (PARGEP), contando para isso com financiamento público canadense. Esse programa integra a dimensão de gênero nas políticas setoriais tais como educação, economia e saúde (UNITED NATIONS, 2013a).

Foi implementado também em 2012 o programa “*Ti manman cheri*” (Mãe querida) que busca, segundo o então primeiro ministro *Laurent Lamothe*, a melhoria das condições de vida das famílias que vivem em extrema pobreza em cinco departamentos do país (*Nord, Nord-Est, Sud, Sud-Est, Ouest*). Esse programa, que custa cerca de 13 milhões de dólares americanos por ano, fornece bolsa de estudos às mães que têm crianças pequenas na escola a fim de reduzir os custos escolares dos filhos (UNITED NATIONS, 2013a). Destaca-se que aparentemente não há qualquer monitoramento ou avaliação efetiva de dito programa publicada até o momento. Sabe-se, porém, que na grande mídia há constantemente denúncias referentes a casos de corrupção envolvendo a “Mãe Querida”. As críticas se dirigem ao fato de parte dos nomes inseridos nas listas de pagamento do benefício ser de “fantasmas”, mulheres que nunca foram fisicamente localizadas.

A Missão das Nações Unidas para a Estabilização no Haiti (MINUSTHA) por sua parte criou o setor de Redução da Violência Comunitária (RVC), tendo como foco as mulheres e as garotas morando em bairros mais vulneráveis de três departamentos do país (*Ouest, Artibonite, Nord*). A MINUSTAH financia também a criação de pequenas empresas de 50 jovens mulheres empreendedoras e estudos técnicos em moda, canalização, eletricidade, alvenaria e artesanato. Como temos visto para a educação, para a RVC a autonomia econômica das mulheres pode ser favorável não apenas ao bem-estar da família, mas também à comunidade, tendo em vista o fortalecimento frente à precariedade e à insegurança (MINUSTAH, 2013).

Cabe ressaltar também que, pelo menos na sociedade haitiana, há um tempo, alguns tipos de trabalhos eram destinados exclusivamente aos homens. Hoje, por conta da falta de opção, as mulheres começam a executar trabalhos que eram tipicamente masculinos. Essas mulheres se beneficiam do apoio do Banco Mundial e outras instituições internacionais.

---

<sup>11</sup> Ver texto constitucional disponível em: <https://www.haiti-reference.com/pages/plan/histoire-et-societe/documents-historiques/constitutions/constitution-de-1987-amendee/>. Acesso em: 17 jul. 2017.

A título de exemplo, pode-se citar Magdala Maxi, uma das poucas mulheres haitianas que se formou em mecânica de automóveis. As mulheres por vezes se dedicam a uma profissão destinada geralmente aos homens simplesmente porque são esses setores que recrutam mais trabalhadores na atualidade (UNITED NATIONS, 2013a).

Como já ressaltado, o nível de escolaridade impacta não só a inserção laboral das mulheres, mas também o tipo de ocupação. A tabela seguinte reúne as principais ocupações da população haitiana de acordo com o sexo. Apesar de 55,9% das haitianas desempenharem alguma atividade econômica no momento da pesquisa ou e/ou nos últimos 12 meses (UNFPA-HAITI, 2017), muitas mulheres trabalham no setor informal, onde a maioria possui um pequeno negócio, que consiste basicamente na venda de produtos alimentícios e de primeira necessidade em calçadas de mercados, são as chamadas “marchande”<sup>12</sup>. Por um lado, pode-se falar de certa precariedade do trabalho feminino. E ao mesmo tempo, isso também pode ser explicado pela divisão sexual de trabalho, onde as mulheres atuam principalmente no comércio informal.

Destaca-se que 71,1% das mulheres atuam em vendas e serviços. Já entre os homens, a maior parte se dedica à agricultura e ao autoemprego (42,3%). Chama a atenção que a proporção de pessoas que exercem atividades qualificadas é mais significativa entre os homens do que entre as mulheres: 17,2% entre eles e 9,3% entre elas.

**TABELA 1** – Situação ocupacional da população haitiana em % de acordo com o sexo, em 2016-17

	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>
Profissionais/técnicos/administrativos	9,3	17,2
Vendas e serviços	71,1	14,2
Trabalho manual qualificado	3,5	21,4
Trabalho manual não qualificado	0,3	1,8
Empregados domésticos	8,2	3,1
Agricultura/Autoemprego	7,6	42,3
Total	100	100
N	8091	7553

Fonte: IHE (2018).

### 1.5 Os estudos sobre organização familiar no Haiti

A formação de família constitui outro elemento importante que auxilia na compreensão da condição feminina e da fecundidade no país. É importante sublinhar a falta de estudos antropológicos e dados estatísticos sobre a organização da vida familiar na sociedade haitiana (BASTIEN, 1961; ALLMAN, 1980). Por conta da escassez de estudos

<sup>12</sup> A “marchande” é uma espécie de vendedora de rua em português ou camelô.

sobre esse tópico, a discussão aqui realizada se pautará em uma bibliografia mais ampla que trata da organização familiar no Caribe.

Barrow (1996) na sua obra *Family and the Caribbean: Themes and perspectives*, ao fazer uma ampla revisão da literatura sobre família, domicílio e união conjugal na região, descreve as principais características da família negra local. Através dessa descrição, a autora mostra o quanto o padrão familiar do Caribe é diferente daquele da família nuclear norte-americana, cuja estrutura se baseia no casamento estável, onde o homem é o provedor e há uma explícita divisão sexual do trabalho.

Os estudos sobre família no Caribe se iniciam como uma subdivisão do amplo debate sobre as origens da família negra norte-americana. Assumindo que parte dos negros norte-americanos descende de caribenhos, o interesse pela família negra ou crioula visa compreender as raízes da família negra contemporânea nos Estados Unidos (BARROW, 1996). A autora se baseou nos argumentos de estudos clássicos sobre o tema, realizados por Melville Herskovits e Franklin Edward Frazier, para definir as famílias negras como extensas e matriarcais, cujo ego, muitas vezes é a mãe. As uniões frequentemente são descritas como instáveis e, por conseguinte, há muitos nascimentos fora do casamento, portanto, as taxas de “ilegitimidade” são altas. Smith, antropólogo jamaicano, descreve a vivência da família crioula das ilhas das Antilhas da seguinte maneira:

The family life of West Indian “lower class” Negroes or folk presents a number of equally important academic and practical problems. In this region family life is highly unstable, marriage rates are low, especially during the earlier phases of adult life, and illegitimacy rates have always been high. Many households contain single individuals, while others with female heads consist of women, their children and/or their grand-children. The picture is further complicated by variations in the type and local distribution and alternative conjugal forms, and, characteristically, differing communities, social classes and ethnic groups institutionalize differing combinations of them. Excluding legal marriage, mating is brittle, diverse in form and consensual in base among these Creole or Negroid populations<sup>13</sup> (SMITH, 1970).

De acordo com Barrow (1996), tanto Herskovits quanto Frazier se baseiam no passado para entender o padrão familiar afro-americano. Os dois autores concordam que existem diferenças entre a estrutura familiar afro-americana e aquela da sociedade norte-

---

<sup>13</sup> A vida familiar dos negros da classe baixa apresenta uma série de problemas acadêmicos e práticos importantes. Nessa região, a vida familiar é altamente instável, as taxas de casamento são baixas, especialmente durante a primeira fase da vida adulta, e as taxas de ilegitimidade sempre foram altas. Muitos domicílios são constituídos por indivíduos solteiros, enquanto outros são constituídos por mulheres chefes, seus filhos e netos. A imagem é ainda mais complicada por variações no tipo, distribuição local e formas conjugais alternativas, e caracteristicamente, comunidades sociais e grupos étnicos diferentes institucionalizam diferentes combinações delas. Excluindo o casamento legal, a união é frágil, de forma diversa e consensual na base entre essas populações crioulas ou negroides. (Tradução literal).

americana branca. No entanto, eles divergem nos seus argumentos. Enquanto para Herskovits a família negra do novo mundo tem sua origem na herança da cultura africana, Frazier ressalta que a origem da família crioula tem a ver com o “sistema de plantação e os efeitos perturbadores da escravidão” (BORROW, 1996). Mitz e Price (1976) contrapõem os argumentos de Frazier e Herskovits afirmando:

**In one view**, Afro-American were **essentially Africans**, whose commitments to their ancestral past made them culturally different from other Americans; **in the other view**, they were **merely Americans**, who had not been able to acculturate fully because of their oppression. Clearly, these controversies are far from dead, and a great deal of argument continues as to whether Afro-Americans have different cultures or are simply the victims of deprivation<sup>14</sup> (MINTZ; PRICE, 1976). [Grifos da autora].

Ainda ao explorar a origem da família do novo mundo, Herskovits faz uma classificação do africanismo e mostra que a escala de intensidade deste varia de acordo com o aspecto da cultura em questão, e também com a localização geográfica (BARROW, 1996). De acordo com a autora, atualmente a continuidade dos tipos de família africana se tornou difícil, ou mesmo impossível, por conta do sistema de produção e escravidão existente no passado. A continuidade do padrão familiar africano talvez tenha sido possível apenas naquelas localidades nas quais os negros foram escravizados por menor tempo. Nas situações em que eles conquistaram e conservaram a liberdade, pode ser que a estrutura e organização familiar estejam mais próximas da africana. No entanto, Barrow (1996) reitera que mesmo nessa situação é impossível não ter ocorrido alguma influência europeia no padrão familiar das sociedades crioulas. Para apoiar o seu argumento, a autora recorre a três casos: 1) a Guiana Holandesa onde há uma forte permanência do padrão de família africano; 2) o Brasil, onde essa forma de estrutura social é desconhecida; e 3) os casos do Haiti e da Jamaica, onde figuram alguns traços ou características do padrão familiar africano, como a família extensa.

Com o passar do tempo, houve mudanças nas normas sociais no novo mundo, portanto, as famílias se tornaram mais estáveis e mais permanentes (BARROW, 1996). Nesse sentido, como reitera Frazier (1966), para entender melhor o padrão familiar no Caribe, não se deve basear apenas no critério de perda ou retenção da herança africana. É necessário considerar as mudanças sociais e as condições econômicas locais. O modo de produção

---

<sup>14</sup> De um lado, os afro-americanos eram essencialmente africanos, cujos compromissos com seu passado ancestral os tornaram culturalmente diferentes dos outros americanos, de outro lado, eles eram meramente americanos, que não tinham sido capazes de se aculturar completamente por causa da opressão que sofreram. Claramente, essas controvérsias estão longe de acabar, e o principal argumento continua sendo se os afro-americanos têm culturas diferentes ou simplesmente são vítimas da privação. (Tradução literal).

baseado na escravidão e nas grandes plantações moldou irremediavelmente a família crioula. A relação entre escravos e livres, bem como o fato de escravos e ex-escravos adotarem padrões culturais dos colonizadores, também contribuiu para forjar as configurações familiares que encontramos nas diversas regiões do continente americano (BARROW, 1996). Para Barrow (1996), o sistema escravocrata destruiu totalmente a cultura africana. Portanto, não é óbvio que houve uma transferência do padrão da cultura africana para as Américas. Assim sendo, seria errôneo considerar a cultura africana como o único fator explicativo do padrão familiar no novo mundo. Sem dúvida, essa constatação de Barrow (1996) nos ajudará a entender o processo de constituição de família no Haiti, considerando as principais mudanças ocorridas na sociedade sem esquecer a herança cultural africana.

De acordo com Barrow (1996), a classificação de uniões conjugais é um exercício fundamental para criar tipologias de família. Nas sociedades caribenhas, durante muito tempo o casamento foi a modalidade de união mais respeitável e aprovada socialmente, enquanto as outras formas de união foram vistas como alternativas menos satisfatórias. Apenas o casamento fixava com força de lei os direitos e responsabilidades entre os cônjuges.

Ao estudar a nupcialidade no Caribe, Raymond Smith (1956) considera dois tipos de união: o casamento “legal” e a união consensual. Posteriormente, Michael Smith faz a crítica do trabalho de Raymond Smith. A primeira crítica diz respeito ao fato de ele ter excluído a categoria união extra-residencial ou “*visiting union*”. Para Raymond Smith, pode existir um vínculo sexual entre dois jovens enquanto cada qual mora ainda no domicílio da família de origem, não existindo, portanto, coabitação entre os dois. Esse tipo de relacionamento pode ser simplesmente uma etapa preliminar para potencial relacionamento sério. Enquanto para Raymond Smith a visitação está mais próxima do namoro, pressupondo um vínculo mais frágil, para Michael Smith, ela já é um terceiro tipo de união. Logo, Raymond confere o status de união apenas se há coabitação, enquanto para Michael, esta não é uma característica *sine quanon*. A segunda crítica se direciona ao fato de que para Raymond Smith existe uma semelhança entre união consensual e matrimonial. Para ele, não existem diferenças de direitos entre os casais em união consensual e formalmente casados em termos de autoridade. Já para Edith Clarke, após o casamento legal, a mulher muda o seu estilo de vida, seu status social é diferenciado e há maior segurança econômica se comparado às mulheres em união consensual (BARROW, 1996; MARTINEZ-ALIER, 1974). Como veremos ao longo deste trabalho, os argumentos de Edith Clarke se ajustam melhor ao caso haitiano, posto que nem todos os tipos de união existentes garantem os mesmos direitos sucessórios, de filiação e relacionados à pensão alimentícia.

Ao explorar a correlação que existe entre os diferentes tipos de união e a fecundidade na Jamaica, Robert e Sinclair (1978) concluíram que as mulheres em “*visiting union*” e em relações casuais vivenciam a experiência maternal mais cedo se comparando às mulheres casadas e em união consensual. No entanto, o espaçamento entre os nascimentos entre mulheres vivendo em “*visiting union*” é relativamente maior em razão da alta frequência de dissolução das uniões após o primeiro filho. Outro fator que diferencia essas mulheres e que explica sua taxa de fecundidade relativamente baixa, é fato de elas pararem de ter filhos enquanto são ainda jovens (BARROW, 1996).

Quanto às mulheres em união consensual, elas possuem uma fecundidade relativamente alta, embora se tornem mães relativamente tarde, quando comparadas às mulheres da categoria “*visiting union*”. Para elas, o espaçamento entre os nascimentos é relativamente menor e continuam a ter filhos durante um longo período de tempo (ROBERTS; SINCLAIR, 1978).

A idade média do nascimento do primeiro filho entre as mulheres casadas é relativamente alta. Portanto, a taxa de fecundidade marital é a mais alta do que aquelas de todas as outras categorias de união. Isso pode ser explicado pelos curtos intervalos entre os nascimentos e a alta idade da mãe ao ter o último filho. Pode-se ver que, comparado com outras formas de uniões, o nível de fecundidade das mulheres em “*visiting union*” é relativamente baixo. Todavia, ao comparar as mulheres casadas e em união consensual, a primeira categoria possui uma fecundidade maior em relação à segunda. Isso pode ser explicado pelo espaçamento entre o nascimento dos filhos e o tempo em que cada mulher passa com ou sem o cônjuge. Portanto há certa influência na sua exposição ao risco de engravidar. Já as mulheres em “*visiting union*” não moram no mesmo domicílio que o cônjuge e vivem menos tempo com o parceiro (ROBERTS; SINCLAIR, 1978).

Outro ponto importante que vale a pena ressaltar sobre as famílias no Caribe tem a ver com a composição domiciliar. Em um estudo em áreas rurais na Jamaica, Simey (1946) acaba com a concepção de que o tipo ideal de família do Caribe fosse a família nuclear, identificando quatro tipos possíveis de família dentro do domicílio: 1) família cristã, caracterizada pela dominação patriarcal baseada em leis e favorável ao casamento cristão; 2) “*Faithful concubinage*” (concubinato fiel) que seria um tipo de domicílio comum cujo ego é o pai (patriarcal). Nessa tipologia, não existe o ato legal da união, mas também não é sancionado pela religião; 3) “*companionate unions*” que é caracterizada pela coabitação e tem uma duração de mais de três anos - o que seria a união consensual das outras classificações já

citadas anteriormente. 4) “*desintegrate families*” que são domicílios que contêm mulheres, filhos e às vezes netos.

Greenfield (1966) realiza outra classificação, incluindo o aspecto cultural da sociedade jamaicana. A classificação do autor engloba seis tipologias, com base nas quais entram quatro subdivisões: 1) Os domicílios de tipos de família simples (tipo A) constituídos para um homem ou uma mulher com ou sem filhos. Nessa tipologia entra a possibilidade de adoção de crianças e pessoas sem vínculo de parentesco. 2) Os domicílios de família extensa composta de uma família simples, agregando mais alguns membros que tenham vínculo com a família central (tipo B). 3) Os tipos de família C e D são domicílios familiares onde moram apenas a mãe ou o pai com os filhos. E por fim 4) os tipos de domicílios E e F que são os domicílios de pessoas solteiras e os domicílios fraternais respectivamente (irmãos e irmãs morando juntos). Segundo Barrow (1996), essa classificação apresenta uma série de dificuldades. Por exemplo, nos tipos de família A e B não se sabe se os filhos são todos de um mesmo pai e uma mesma mãe. Como aponta Raymond Smith, nota-se uma grande variedade de tipos de família. Logo, é difícil considerar uma norma para fazer uma classificação, mas as modificações tanto na tipologia das uniões, quanto na classificação dos domicílios, objetivam aperfeiçoar as categorias nos censos caribenhos.

Algo muito importante e que é muito forte no que diz respeito à classificação das famílias por tipos de domicílio no Caribe e que se tornou objeto de estudos de um número significativo de pesquisadores, são os domicílios chefiados por mulher. Na verdade, existem várias figuras da mulher caribenha, portanto, pode-se chegar a várias conclusões da sua convivência ou de seu estilo de vida. De acordo com Barrow (1996), geralmente as mulheres chefes de domicílio são muitas vezes aquelas que vivem na pobreza em circunstâncias nas quais não têm escolha de estratégias econômicas e também possuem poucas fontes de apoio. O conceito de “chefia feminina” possui muitas conotações – às vezes ele é definido como *mother-centred*, *female-centred*, *woman-centred*, *female-headed*, *grand mother family* e matriarcal, que é talvez o conceito mais comum a ser usado, sobretudo nas pesquisas antropológicas. Apesar de existir várias conotações para o conceito de matrifocalidade, dois critérios podem ser explicitados: 1) A mãe/mulher como o foco central da união, no sentido de tomada de decisão; e 2) A sua autoridade dentro da família explicada pela forte figura dominante da mulher.

Muitos autores se debruçaram sobre a família matrifocal nas sociedades multirraciais do sul dos Estados Unidos e no Caribe. A ideia central desses estudos no Caribe é que a homogeneidade socioeconômica e cultural da região é fruto de um passado comum

como sociedades escravocratas com forte herança africana (MARTINEZ-ALIER, 1974). De acordo com Barrow (1996), a matrifocalidade é característica da família negra de classe baixa que pertence a uma estrutura de domicílio que desvia da norma da família nuclear. Para a autora, a matrifocalidade é atribuída à herança africana do sistema de escravidão, pobreza, organização comunitária e circunstâncias socioeconômicas contemporâneas mais especificamente, a dificuldade para o homem de adquirir um status ocupacional e uma renda para cumprir o papel de provedor. Outros ainda, ao se basear na teoria estrutural funcionalista definem a matrifocalidade como resultante das relações características de produção do sistema de plantações pós-escravidão (MARTINEZ-ALIER, 1974).

Raymond Smith define o sistema matrifocal como uma consequência da marginalização do papel de marido e pai. Essa marginalidade é instituída por um sistema discriminatório fundado em critérios de cor e classe. Edith Clarke encontrou forte correlação entre estabilidade econômica e frequência de casamento “legal” no seu estudo. Assim para ambos, a posição das pessoas na hierarquia social é essencialmente determinada pelo critério racial (MARTINEZ-ALIER, 1974). Portanto, Edith Clark e Raymond T. Smith chegam à mesma conclusão: o tipo de organização familiar no qual o homem se envolve tem a ver com o seu papel socioeconômico enquanto provedor e a função que ele desempenha no sistema produtivo.

M.G. Smith apresenta algumas críticas ao Raymond T. Smith. Os argumentos do M.G. Smith foram baseados no fato de que a sua definição de matrifocalidade seja baseada na coabitação não fazendo nenhuma diferenciação entre as unidades domiciliar e familiar. A sua abordagem parte da ideia de transmissão de autoridade do “homem-pai à mulher-mãe” Nesse sentido a família matrifocal é definida mais pela autoridade do que a ausência física da figura masculina. Outro ponto a ressaltar na abordagem de Raymond T. Smith, é o fato de considerar que a matrifocalidade não é uma preferência à família patriarcal, mas sim uma organização familiar que provavelmente se origina da falta de possibilidade de formar uma família patriarcal.

Especialmente entre mulheres caribenhas de classe baixa, Smith sustenta que a matrifocalidade pode ocorrer independente da presença masculina (BARROW, 1996), ou seja, um domicílio pode ser matrifocal ou matriarcal mesmo com a presença do pai, dada a forte liderança feminina no que diz respeito à organização e manutenção econômica do domicílio.

Tomando em conta a realidade da sociedade haitiana, pode-se assumir que o seu padrão familiar não é diferente daquele da família crioula do Caribe, sendo por sinal, especialmente similar à estrutura familiar jamaicana.

Em um estudo sobre parentesco e família no Haiti realizado por Mwisso (2004), a autora afirma: “*Fruit de l’héritage historique, la famille haitienne est, comme la famille africaine, foncièrement communautaire. Le plaçage notamment correspond à un mariage coutumier africain et ne peut se traduire par concubinage*<sup>15</sup>”. Como foi mostrado pela autora, os africanos e seus descendentes na América necessitam lidar com o dilema de enfatizar suas heranças africanas ou prioriza a adaptação aos constrangimentos do seu ambiente atual. Tal como a família africana, a família haitiana se define pela noção de compartilhamento e é constituída pelos laços consanguíneos e através do casamento (MWISSA, 2004). No entanto, considerando o grau de solidariedade que faz parte da realidade desse povo, o vínculo biológico explica apenas um aspecto das relações parentais na sociedade haitiana. Como explica Mwisso (2004) no seu estudo, há pessoas no Haiti que são chamadas de “*paka pala*” (em créole “nunca ausente”), elas são consideradas como membros da família. É muito comum um indivíduo chamar outro de irmã ou irmão apenas porque eles dividem o mesmo padrinho ou a mesma madrinha. Conseqüentemente os compadres e as comadres fazem parte da família (BASTIEN, 1961). Esse tipo de parentesco ritual possui muitas vezes um aspecto econômico, dado que os afilhados podem recorrer aos padrinhos a fim de solicitar ajuda financeira em vários aspectos da vida, tais como educação, saúde e apoio para a migração. Isso indica que o laço familiar vai mais além da consanguinidade e que a afinidade também desempenha um papel importante na organização familiar. Outro vínculo de parentesco fictício que existe entre os haitianos tem mais a ver com a migração (EBAUGH; CURRY, 2000). Nessa modalidade de vínculo, uns ajudam outros, dando apoio mútuo ao chegar ao país de destino, um exemplo disso é a migração dos haitianos para o Sul da Flórida nos Estados Unidos (FJELLMAN; GLADWIN, 1985).

Outro ponto ressaltado por Mwisso (2004), e que não é diferente da concepção dos autores citados acima, é o fato de que o vínculo de parentesco não se reduz à família nuclear. Na maioria das localidades até os vizinhos fazem parte da família e as crianças são cuidadas por todos. Na sociedade haitiana, um adulto pode até mesmo repreender e/ou bater em uma criança quando ela comete um erro mesmo não sendo seu pai ou mãe.

Geralmente, os domicílios haitianos são compostos não apenas pelos cônjuges e filhos, mas também por outros parentes que vivem sob o mesmo teto. Muitas vezes, a família extensa se amplia mais ainda com a presença de crianças adotadas de fato, e de crianças

---

<sup>15</sup> Fruto da herança histórica, a família haitiana é, como a família africana, basicamente comunitária. A união consensual corresponde ao casamento tradicional africano e não pode ser traduzida como concubinato (Tradução livre).

recebidas, chamadas de “*restavèk*”<sup>16</sup> em crioulo haitiano. Chamadas também de crianças em domesticidade, a presença de “*restavèk*” é uma das principais características dos domicílios haitianos. Como se pode ver, a família haitiana segue em grande medida o padrão familiar de comunidade africana. No entanto, este grau de comunitarismo não significa que não existam valores individualistas nas relações interpessoais, embora isso seja observado muito mais nas regiões urbanas (MWISSA, 2014).

No que diz respeito às relações matrimoniais, assim como na África, no Haiti existem diversas formas de união. De acordo com vários estudos (SIMPSON, 1942; BASTIEN, 1961; WILLIAMS; MURTHY; BERGGREN, 1975; ALLMAN, 1980; CAYEMITTES et al., 1995; 2001; 2007; 2013) na sociedade haitiana existe 5 tipos de união: *maryaj*, *plasaj*, *vivavèk*, *fiyanse* e *renmen*. *Marye*, *plase*, e *vivavèk* implicam em coabitação entre um homem e mulher. *Fiyanse* e *renmen* são relacionamentos sem coabitação.

O “*maryaj*” que seria o casamento, é registrado em presença de um *Officier d’Etat Civil*. Através desse tipo de união os filhos do casal possuem total direito à herança dos pais. Nessa modalidade de união, muitas vezes após a celebração no cartório, ocorre uma cerimônia na igreja com a presença de amigos, familiares e testemunhas dos casais.

Outro tipo de união reconhecido no Haiti é o “*plasaj*”. Nessa categoria de união o homem reconhece perante as autoridades que vive com uma mulher. Porém, como não se trata propriamente de um casamento legal que exija exclusividade, pode acontecer de um homem ter várias mulheres sob sua dependência. O “*plasaj*” pode ser considerado como um casamento tradicional (MWISSA, 2004). Entre todas as formas de união observada no Haiti, o “*plasaj*” que representava mais de 80% dos casais haitianos na década 1970 (WILLIAMS; MURTHY; BERGGREN, 1975), continua a ser o tipo de união mais comum entre as mulheres (26%) e os homens haitianos (23%) (IHE, 2018).

Após a independência do Haiti a população teve a posse e a herança de todos os meios de produção que antes pertenciam aos colonizadores. De acordo com a legislação francesa que estava em vigor naquela época, e seguiu sendo considerada após a independência, havia igualdade entre homem e mulher. Sabe-se que as terras cultiváveis eram localizadas em regiões amplas e isoladas. Os agricultores necessitavam se deslocar e fazer grande esforço para manter a sua produtividade. Nesse sentido, se o agricultor conseguisse uma companheira capaz de cuidar das suas terras, podia fixá-la perto da área a ser cultivada.

---

<sup>16</sup> No Haiti, *restavèk* seria uma criança (pode ser de sexo masculino ou feminino, mas na maioria das vezes é uma menina) que mora no domicílio e é tratada como propriedade, sendo explorada no trabalho doméstico. Essa criança geralmente não faz parte da família consanguínea, mas às vezes ela é um membro da família extensa. Para mais informações sobre *restavèk* no Haiti, ver: <https://restavekfreedom.org/issue/>.

Uma vez que esta mulher estivesse estabelecida em uma região, era razoável encontrar uma segunda companheira para trabalhar em novas plantações. A poligamia estava perfeitamente ajustada ao cálculo de uso e exploração da terra (WILLIAMS; MURTHY; BERGGREN, 1975). Daí a origem do “plasaj” ou união consensual no Haiti. Allman (1980) está de acordo com Williams ressaltando que o “plasaj” desenvolvido no Haiti vem do sistema colonial. Segundo o autor, o verbo “se placer” significa construir um domicílio e estabelecer uma fazenda. Através desse estudo, o autor também ressalta que naquela época apenas os “grands nègres” (grandes homens, homens ricos) podiam fazer um casamento na igreja. Geralmente os pobres, caso formassem uma união, seria de tipo consensual (plasaj). Isso mostra claramente que o tipo de união está associado a aspectos econômicos. É importante sublinhar que muitas vezes o “plasaj” é monogâmico e estável (ALLMAN, 1980).

O “plasaj” é a forma de união mais comum especialmente no meio rural haitiano e muitas vezes é acompanhado por algum grau de poligamia tradicional (SCHAEDEL, 1962 *apud* WILLIAMS; MURTHY; BERGGREN, 1975). Por exemplo, em um estudo realizado por Williams; Murthy e Berggren (1975) sobre as uniões conjugais entre as mulheres do meio rural haitiano, 85% das uniões eram consensuais. Um terço dessas uniões era poligâmica. Dentre a categoria “plasaj”, as mulheres podem ocupar vários status no relacionamento com o homem: “*Fanm kay*” seria a mulher que compartilha o domicílio com o parceiro (seria a união consensual propriamente dita). *Manman pitit* é a mãe de um ou vários filhos de um homem, mas não compartilha domicílio com ele. Nesse tipo de relacionamento o homem continua morando com a sua esposa, mantendo esse relacionamento com a mãe dos seus filhos. *Fanm plase* é uma mulher que nunca morou com o homem e também não tem filho, mas compartilha a sua cama com ele de vez em quando. Às vezes, ela também cuida das terras dele.

A essa classificação de Williams; Murthy e Berggren (1975) e Simpson (1942) acrescenta outra tipologia de “plasaj” que é *byen avèk*. Nessa modalidade a mulher não se restringe a se relacionar com um único homem, e ele não pode censurá-la caso exista outro relacionamento com um segundo parceiro. Apesar de muitas vezes o homem oferecer algo material para a mulher, cabe sublinhar que *byen avèk* não é prostituição, pois a mulher não aceita qualquer um. Assim, o homem pode ter uma esposa “legal”, a *fanm kay* e uma ou mais *manman pitit*, *fanm plase* ou *byen avèk*. É importante destacar que no passado, os camponeses não tinham mulheres apenas por razões afetivas e sexuais, mas também pelos seus valiosos trabalhos nas plantações (SIMPSON, 1942). Ao opinar sobre o “plasaj”, nesse mesmo trabalho realizado por Simpson (1942), tanto os homens quanto as mulheres apoiam a união

consensual. Os argumentos dos homens se baseiam no fato de que é melhor ter uma “*plasaj*” antes do casamento, pois para eles é melhor não “comprar gato no saco”. Assim, se a mulher não é boa, eles podem mandá-la de volta para a casa da família de origem. As mulheres também apoiam a união consensual, mas apresentam outro argumento. Para elas, ninguém gosta da pobreza, portanto, é melhor ser “*plase*” com um homem rico, do que casar legalmente com um homem pobre (SIMPSON, 1942). Aqui entra uma questão econômica que talvez faça todo sentido com a realidade atual, onde a menina haitiana procura um homem rico para se casar com a intenção de que ele cuide dela.

Tal como no passado, ainda hoje a união consensual é mais frequente do que o casamento no Haiti. O “*plasaj*” é aceito como uma forma de união tradicional, estável e que respeitava os valores morais (MWISSA, 2004), contudo, ele não oferece a mulher qualquer garantia jurídica no que diz respeito à herança e gestão dos bens materiais. De todas as formas, a lei sobre paternidade, maternidade e filiação promulgada em 2014 equiparou em direitos os filhos havidos dentro e fora do casamento, independentemente de qualquer classificação relativa ao tipo de relacionamento mantido entre o homem e a mulher. Antes da lei de 2014, de acordo com o artigo 605<sup>17</sup> do código civil haitiano, apenas os filhos legítimos e naturais reconhecidos pelos pais podiam, sem nenhuma distinção de sexo, suceder aos seus ascendentes.

Se na África é possível o reconhecimento legal das uniões consensuais, no Haiti as pessoas em união consensual são obrigadas a se casar no civil se desejarem estarem amparadas pela lei (MWISSA, 2004). Caso contrário, essas pessoas são consideradas como simples concubinos. Antes da lei de 2014, Mwissa já apontava que boa parte da população achava uma aberração obrigar as pessoas em união consensual a se casarem no civil para assegurar o direito sucessório dos filhos. Causava certo estranhamento ao haitiano comum que o pai necessitasse reconhecer os seus próprios filhos quando crescessem. Também lhes parecia raro que as autoridades pressionassem um pai para que esse reconhecesse os seus filhos, enquanto uma *simples possession d'état*<sup>18</sup> bastaria. Logo, percebe-se que a lei de 2014 viria a adequar a legislação ao entendimento corrente da sociedade em matéria de filiação.

---

<sup>17</sup> Artigo 605: Les enfants légitimes ou leurs descendants succèdent à leurs père et mère, aieuls, aieules, ou autres ascendants sans distinction de sexe ni de primogéniture et encore qu'ils soient issus de différents mariages. Artigo 606: Les enfants naturels n'héritent de leur père ou mère, ou de leurs ascendants naturels, qu'autant qu'ils sont légalement reconnus.

<sup>18</sup> No que tem a ver com o direito da família, a “*possession d'état*” seria um conjunto de fatos que permitem estabelecer a filiação de uma pessoa, com base em evidências sobre a sua família ou seu entorno, considerando as relações que existiam entre essa pessoa e o sujeito apontado como pai. A “*possession d'état*” é realizada por um ato de notoriedade. Para mais informações sobre o conceito, ver: Braudo e Baumann–Dictionnaire Du droit privé: *possession d'état*. Disponível em: <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/possession-d-etat.php>.

Ter uma lei sobre paternidade responsável é sem dúvida uma vitória para a sociedade haitiana e para os movimentos feministas locais. Todavia, algumas limitações persistem quanto a sua aplicação. Ainda é difícil para uma mulher abrir um processo contra o pai de seu filho para que ele reconheça a criança, porque nesses casos é comum haver ameaças à integridade física dela. Ademais, a única e incontornável prova legalmente aceita de que um sujeito é o pai de uma criança é um teste genético (DNA). Há várias barreiras que inviabilizam o acesso da população a testes de DNA, seja por desconhecimento, alto custo ou por não existir uma estrutura local capaz de realiza-lo (LECARPENTIER, 2016).

Desde a publicação da lei sobre paternidade responsável, não houve suficiente esforço para divulgar as implicações da nova legislação. Prevalece o desconhecimento entre notários, juízes e cidadãos em geral no que diz respeito à igualdade de direitos entre os filhos independentemente da condição de nascimento (LECARPENTIER, 2016). Como ressaltado pela autora, a aprovação de uma lei não assegura a sua implementação.

O terceiro tipo de união (*vivavèk*) seria o que Barrow (1996) e Esteve; Lesthaeghe e López-Gay (2012) chamam de “*visiting union*”. Esse tipo de união é caracterizado pela existência de relacionamento afetivo-sexual entre duas pessoas embora não compartilhem o mesmo domicílio. Nesse tipo de arranjo domiciliar, a mulher aceita se juntar com o cônjuge, uma vez que ele contribua nas despesas do domicílio.

O jornal *Haiti libre* explica melhor essa situação:

En général, dans la société haïtienne, le sort des femmes est absolument navrant. En Haïti, 47% des familles sont monoparentales, l'écrasante majorité de ces familles étant dirigées, évidemment, par des femmes. Ces femmes ont en moyenne six enfants, le plus souvent de deux ou trois pères différents [...] les femmes sont en état de dépendance économique permanente » explique Yolette Mengual, chef de cabinet de la ministre de la Condition féminine « Elles ont besoin d'un homme pour avoir de l'argent. Elles couchent avec cet homme, elles ont un ou deux enfants, puis il s'en va et elles doivent trouver un autre homme [...]. C'est encore pire depuis le tremblement de terre puisque bien des femmes ont perdu leur petit commerce de revente ou leur petit boulot [...] les hommes qui sèment à tout vent et qui prennent la poudre d'escampette, c'est véritablement une catastrophe en Haïti, parce que cela condamne trop souvent les enfants à la pauvreté, à l'exclusion, bref, à la rue<sup>19</sup> (HAITI LIBRE, 2012).

---

<sup>19</sup> Geralmente na sociedade haitiana, a situação das mulheres é absolutamente devastadora. No Haiti, 47% das famílias são monoparentais, a grande maioria dessas famílias é chefiada, é claro, pelas mulheres. Essas mulheres têm, em média, seis filhos, geralmente com dois ou três pais diferentes [...]. As mulheres estão em um estado de dependência econômica permanente" diz Yolette Mengual, chefe de gabinete da Ministra da condição feminina. Elas precisam de um homem para ter dinheiro. Elas ficam com esse homem, têm um ou dois filhos, e então ele parte e elas devem encontrar outro homem [...]. É ainda pior desde o terremoto, porque muitas mulheres perderam seu pequeno negócio. Os homens que têm filhos e somem é verdadeiramente um desastre no Haiti, porque muitas vezes condenam crianças à pobreza, exclusão e à rua. (Tradução literal).

Geralmente, a criança cresce no domicílio materno, enquanto o pai transita em outros domicílios simultaneamente, nos quais ele joga também o papel de cônjuge. Isso faz com que haja a existência de uniões múltiplas. Segundo dados do IHE (2018), 14% dos homens que têm parceira vivem em uniões múltiplas.

Noivado e namoro seriam tipos de relacionamento transitórios que, às vezes, levam ao casamento ou à união consensual. Uma característica dessas formas de relacionamento é o fato de não ter coabitação entre os parceiros (IHE, 2018).

Nas pesquisas demográficas, existem outros indicadores que têm a ver com a fecundidade e que podem ajudar a entender a família em um determinado país. Assim a idade à primeira união e a idade à relação sexual são dois indicadores que possuem estreita relação com o início da vida reprodutiva e que permitem um melhor entendimento da situação familiar.

Dito isso, na sociedade haitiana a formação de união é relativamente precoce. No entanto, como era de se esperar, esse evento é ainda mais precoce entre as mulheres (22,8 anos) do que entre os homens (27,7 anos) – (IHE, 2018). Cabe destacar que, se comparado com as pesquisas mais antigas (CAYEMITTES et al., 1995; 2001; 2007; 2013) houve um leve aumento na idade da primeira união, tanto para os homens quanto para as mulheres. Quanto à iniciação sexual, quase não houve nenhuma mudança. Os homens têm a primeira relação aproximadamente dois anos antes das mulheres, eles aos 15,8 anos e elas aos 17,7 anos.

## **1.6 Valores, centralidade da vida familiar e religião**

Segundo Barrow (1996), a mais recente contribuição nos estudos sobre a família caribenha é o fato de destacar a importância da ideologia e da cultura. Outra contribuição ressaltada pela autora diz respeito à tentativa de evitar o viés das pesquisas já realizadas baseadas na classe baixa negra contemporânea, destacando de um lado, a perspectiva histórica, e de outro, introduzindo a comparação entre classe e raça.

A classificação das sociedades crioulas tem sido feita por raça e por indicadores sociais como nível de educação, ocupação e renda. Muitas vezes esses padrões de classificação são reconhecidos e reforçados por ideologias hegemônicas (BARROW, 1996). Isto mostra justamente como o entendimento de uma realidade depende do modo de pensar e do conjunto de práticas, tradições e costumes do povo que vivencia essa realidade. Há toda uma série de práticas, valores e um modo de pensar particular da população que pode ajudar a entender melhor a realidade haitiana.

Indo nessa mesma perspectiva ideológica e cultural, antigamente os estudos realizados sobre as famílias caribenhas destacavam que o casamento “legal” era um tipo de união dos indivíduos da classe média, enquanto as pessoas da classe baixa praticavam a união consensual ou “*visiting union*”. No entanto, em uma pesquisa realizada por Smith (1988) e seus colegas na Jamaica e na Guiana inglesa, considerando a classificação segundo classe e raça, todas as formas e práticas de união foram observadas em todos os estratos sociais. Embora o Haiti esteja localizado no Caribe e compartilhe traços comuns com muitos países da região, “o plasaj” é considerado até os dias atuais o tipo de união mais comum na sociedade. Como destacado, segundo o estudo antropológico realizado por Simpson (1942), pode-se afirmar que, apesar da existência de razões econômicas, existe real preferência pelo “plasaj” em detrimento ao casamento “legal”.

Ao se basear nessa mesma perspectiva Smith (1973) vincula a matrifocalidade a alguns princípios culturais das relações familiares. Segundo o autor, o sistema de parentesco do Caribe pode ser definido como bilateral com uma marcada divisão sexual do trabalho operando dentro de um sistema que faz uma separação entre o domínio doméstico e um amplo espaço político-econômico. Por exemplo, a educação dos filhos e as tarefas domésticas são geridas pelas mulheres, enquanto os homens são vistos como um tipo de apoio à família, consumidores de serviços, e como elementos que ligam a esfera doméstica e o sistema externo das atividades sociais, econômicas, políticas e rituais (SMITH, 1973). O autor ressalta nesse ponto também que a matrifocalidade não deve ser apenas focalizada nas mulheres. Há uma maior influência da mulher no que diz respeito a esse assunto, apenas por conta da sua liderança nas atividades domésticas e, mais especificamente, por conta do seu afeto incondicional no seu papel de cuidadora dos filhos (BARROW, 1996; MATHIEU, 2019).

No caso específico do Haiti, a matrifocalidade tem muito a ver com o papel de liderança que a mulher desempenha no *vaudou*. Smith (1973) continua se baseando nas práticas culturais caribenhas destacando que a matrifocalidade não é necessariamente algo que caracteriza pessoas que vivem em piores condições econômicas, como foi apontado em estudos anteriores. Segundo ele, não existe uma razão fundamental para que as mulheres, mesmo com status social alto, não fossem o foco central das atividades domésticas da sua família. Nesse sentido, o autor conclui o seu argumento destacando que, não somente a matrifocalidade, tudo deve ser interpretado e explicado em um contexto complexo de parentesco historicamente estabelecido e de relações e papéis de gênero definidos e simbolizados dentro da hierarquia social caribenha (SMITH, 1973).

Para o estudo da fecundidade no Haiti, a situação não é diferente. Como já foi ilustrado anteriormente, no contexto cultural haitiano, existe todo um conjunto de práticas que podem explicar a fecundidade atual observada no país. Nos países de baixa renda, como o Haiti e alguns países da África, especialmente no meio rural, há uma preferência por alta fecundidade. Assim, os pais desenvolvem certo grau de altruísmo investindo nos filhos pensando que, quando os filhos crescerem, eles poderão compensar os pais pelos sacrifícios que foram feitos por eles (ALLENDORF, 2012; LACHAUD, 2015). Allendorf (2012) chama isso de transferência intergeracional. É o que Caldwell (1976) chama também de fluxo de riqueza entre pai-filho-pai. Outra prática que existe no Haiti e é comum em área onde predominam atividades rurais organizadas em bases familiares, é o fato de os filhos serem vistos como mão-de-obra (LACHAUD; LEGRAND; JEAN-FRANÇOIS, 2017; MUELLER, 1984). Apesar de ser uma visão em declínio, no Haiti existe um ditado popular *pitit se richès malere* (o filho é riqueza do pobre) que encoraja as pessoas a terem um maior número de filhos. Essa concepção converge com a ideia de transferência intergeracional, pelo fato de que os pais criam os filhos para depois serem recompensados quando eles crescem. Nesse sentido na concepção dos pais haitianos, quanto maior o número de filhos, maior a chance de ter um *bom timoun* (um filho que possa ajudá-los quando crescer). O significado e o entendimento desses valores são fundamentais para entender a fecundidade no contexto ideológico e cultural haitiano.

O estado e a religião são duas instituições que têm um peso importante na sociedade haitiana. Praticamente, existem três grandes grupos religiosos: católicos, protestantes (evangélicos, metodistas, batistas, adventistas e testemunhas de Jeová); e “*vaudouisants*”. De acordo com os dados do IHE (2018), 56% das mulheres se declaram protestantes, 35% católicas, 8% declaram não ter nenhuma religião, e apenas 1% declara que pratica o *vaudou*.

Até os dias atuais, existem várias conotações do termo *vaudou*. No entanto, no contexto haitiano, o *vaudou* seria um conjunto complexo de rituais e crenças africanas que lembra a vida religiosa dos camponeses (HERSKOVITS, 2007). O *vaudou* tem uma influência tão grande na sociedade haitiana, que ele seria o primeiro termo que vem à mente de qualquer um que já visitou o Haiti. Embora tenham objetivos diferentes, a grande maioria dos estudos sobre religião realizados sobre o Haiti tem como foco o *vaudou*. Apesar de ter sido influenciado pelo cristianismo, o *vaudou* vem de Daomé (atual Benin) e outras culturas africanas (SMITH-BELLEGRARDE, 2004; MICHEL, 2001; HERSKOVITS, 2007). Portanto, ele é uma derivação de Daomé *vo* e *du* que significa “espírito”.

Para quem conhece o país, é de se estranhar que apenas 1% das mulheres pratique o *voudou*. Uma possível explicação dessa baixa percentagem declarada de *voudouissants* é o fato de, apesar de o *voudou* enquanto religião ser reconhecido pela constituição de 1987, ele foi perseguido por muito tempo. Essa percepção negativa sobre o *voudou* tem ultrapassado a fronteira haitiana, pois tanto na concepção europeia quanto na americana, essa religião sugere imagem distorcida de superstição e de sacrifício (MICHEL, 2001). Uma prova, é que até os dias atuais uma das poucas obras que não trata o *voudou* como uma aberração é “*Life in a haitian valley*” do antropólogo Melville J. Herskovits (2007).

Sabe-se que, mesmo praticantes do cristianismo, mantêm certa vinculação próxima com o *voudou*, ainda que não o admita publicamente por censura moral socialmente bastante difundida. Portanto, não se declarar *voudouissant* não significa que em algum sentido não o pratica. Aliás, a influência do *voudou* é tão forte no Haiti, como será visto no capítulo 2, que já houve políticas sociais que passaram pelo *voudou* para combater o HIV/AIDS e, indiretamente, controlar a fecundidade.

Na política, o ex-presidente ditador *François Duvalier* e muitos outros praticaram o *voudou*. Durante o seu governo, *François Duvalier* “Papa-Doc” fez reviver as tradições do *voudou* e até afirmou ser um *hougan* (sacerdote do *voudou*). Ele se autoproclamava *Baron Samedi* – que significa uma espécie de espírito que representa a morte no *voudou* haitiano. Duvalier sempre utilizava um tom de voz nasalizado muito forte que lembrava os *lwas* – os espíritos do *voudou*.

Como já foi apontado por Michel (2001), as ações dos indivíduos dependem de toda uma série de influências, percepções e tendências da cultura e da religião. Geralmente, a população cristã do Haiti acredita que é Deus quem lhes envia os filhos, ou seja, um filho é uma benção. Sabe-se que a religião desempenha um impacto importante na vida familiar e reprodutiva das mulheres haitianas. Sabe-se também que do ponto de vista da religião, o sexo é muito vinculado à procriação. Assim toda tentativa de controle da fecundidade encontra obstáculos a sua implementação.

Esse tópico procurou evidenciar que para entender o padrão familiar e mais especificamente a fecundidade, é fundamental ter em vista os valores da sociedade e o seu significado no contexto cultural específico. Além dos valores aqui mencionados, para elucidar o processo de transição da fecundidade no Haiti, é necessário conhecer o que tem sido feito no país nas últimas décadas no campo da saúde sexual e reprodutiva, quer por atuação direta do estado ou de organizações não governamentais.

## CAPÍTULO 2 – O PLANEJAMENTO FAMILIAR NO HAITI: O APARENTE SILÊNCIO SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Além do entendimento dos valores enraizados na sociedade haitiana tratados no capítulo anterior, saber qual a situação da saúde, e mais especificamente da saúde sexual e reprodutiva na prática, é fundamental para entender o comportamento da fecundidade. O objetivo deste capítulo é descrever a relação entre o contexto político e o ritmo de redução da fecundidade no Haiti. Pretende-se discutir a história do planejamento familiar no país e certa ausência da perspectiva pós-Cairo centrada na saúde sexual e reprodutiva nas políticas e programas vigentes. Reconstruiremos brevemente a história do sistema de saúde haitiano enfatizando as políticas e os programas adotados. Especial atenção será dada às políticas voltadas para a contracepção, à visão oficial sobre o aborto e a legislação nacional sobre o tema. Procura-se explicar como essa questão tem sido tratada no Haiti desde a conferência do Cairo, importante marco histórico do reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos em perspectiva internacional.

### 2.1 A organização do sistema de saúde no Haiti e seus determinantes

Desde a conferência internacional sobre saúde realizada em Nova York em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define o conceito de saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social” (OMS, 1946). Essa definição deixa claro que a saúde não é meramente a ausência de algum tipo de doença ou debilidade, portanto, precisa ser estudada nos seus aspectos dinâmicos. De acordo com o *Plan Directeur de Santé 2012-2022* do Ministério da Saúde haitiano (2013), a saúde é resultante de “um estado de equilíbrio entre várias forças determinadas pelo ambiente natural e social e pela intervenção da sociedade e das autoridades públicas através da organização do **sistema de saúde**” [grifo da autora].

O sistema de saúde haitiano engloba 908 estruturas de atendimento e assistência repartidas da seguinte forma: 278 instituições públicas (30,62%), 419 instituições privadas (46,14%) e 211 mistas (23,24%) (HAITI, 2013). Esse sistema geral está estruturado em três níveis. O primeiro nível é dividido em dois graus com 795 estruturas de saúde de primeiro nível com e sem cama; e um segundo grau, com 45 hospitais comunitários de referências (HCR). O segundo nível é constituído de dez hospitais departamentais; e o terceiro, composto pelo Hospital da Universidade do Estado do Haiti (HUEH) e alguns centros especializados. Esse sistema geral é organizado em 58 unidades comunais de saúde onde cada uma atende uma população entre 80.000 a 140.000 habitantes (HAITI, 2013). Essas unidades têm como

papel a coordenação da rede sanitária do primeiro nível. No entanto, apesar dos esforços dessa coordenação, isso não se aplica no país inteiro – o que causa certa desigualdade. De acordo com o Ministério da Saúde, essa desigualdade seria devido à falta de vontade política de um lado, e por outro, à falta de recursos para estabelecer e manter as estruturas.

O baixo nível de financiamento em saúde no país explica em boa medida o grau de ineficiências no setor. De acordo com o Banco Mundial, em 2004, observou-se que 16,6% do orçamento haitiano foram destinados a investimentos em saúde. Já em 2017, esse percentual declinou para 4,4%.

Sabe-se que o nível de desenvolvimento humano ou de pobreza de uma população pode ser mensurado pelo grau de acesso aos serviços sociais básicos (saúde, educação, água potável, esgotamento sanitário etc.) usufruído por aquela população. Esses serviços são elementos fundamentais para manter um nível de saúde satisfatório. No que diz respeito ao acesso à saúde no Haiti, várias fontes (HAITI, 2004) estão de acordo de que o país apresenta uma situação alarmante. De acordo com os dados de Cayemittes et al. (2007) – portanto, antes do terremoto de 2010 –, o sistema de saúde conseguia oferecer cuidados formais a 60% dos haitianos (HAITI, 2013). Já em 2012, 43,1% da população haitiana tinha acesso a serviços institucionais de saúde. Quando consideradas todas as instituições sanitárias, 50% dos centros de saúde oferecem um serviço de atendimento de muito baixo impacto.

Em um país onde a maioria da população vive com um pouco mais de 2 dólares por dia, a imposição de um custo financeiro aos indivíduos que buscam atendimento médico representa um obstáculo ao acesso aos serviços de saúde. De acordo com a *Enquête sur les Conditions de Vie en Haiti* (IHSI, 2001), de modo geral as despesas em saúde representam 3,3% das despesas dos domicílios. Enquanto 28% da população urbana conseguem pagar as suas despesas de saúde, esse percentual diminui para 9% em regiões rurais. Em nível nacional, 4 em 5 domicílios não conseguem responder satisfatoriamente às despesas de saúde (HAITI, 2013).

Dada a insuficiência do financiamento estatal em saúde, o Haiti recebe suporte financeiro de cooperações internacionais dedicadas a essa área. No entanto, a falta de coordenação desse suporte leva à fragmentação do sistema. Um exemplo é que o financiamento advindo de cooperação internacional destinado aos programas de HIV/AIDS representa o dobro do orçamento estatal direcionado à saúde em geral (HAITI, 2013). O fato é que muitos desses programas foram concebidos e executados de forma totalmente vertical, a fim de mostrar resultados imediatamente visíveis. Como foi enfatizado no *Plan Intermédiaire du Secteur de Santé 2010 – 2011* do Ministério da Saúde, além de contribuir para a fraqueza

do sistema, isso leva a um desequilíbrio em programas e serviços estatais que recebem menos visibilidade, ou que não possuem apoio financeiro. Isso faz com que, ao invés de fortalecer o sistema e trazer soluções duráveis para os problemas de saúde, a liderança do Ministério da Saúde seja ainda mais enfraquecida.

Diante disso, é importante ressaltar duas coisas: 1. O Haiti precisa desenvolver certos esforços para consolidar sua própria estrutura de capacitação e gestão em saúde, pois as organizações não-governamentais e agências multilaterais não garantem a institucionalização de um sistema de atenção estável e duradouro, que se mostre presente independentemente da conjuntura internacional; 2. É obvio que a cooperação internacional é bem-vinda, ainda mais em momentos de crise, seja econômica ou humanitária. No entanto, muitas vezes não há qualquer controle sobre a qualidade do serviço oferecido, e que tipo de contrapartida exigem da população local.

Em uma situação ideal, o governo legitimamente constituído a partir da vontade popular deve delinear, implementar e gerir as políticas de atenção à saúde reconhecidas como necessárias à população, especialmente no que concerne à sua parcela mais vulnerável. Assim, os programas verticalizados, que trabalham apenas para ter resultados imediatos são insuficientes e deveriam ser reformulados para atender a estratégias de estado de longo prazo. Ainda que seja um ponto controverso e de difícil obtenção de dados concretos, sabe-se que a corrupção também é um problema crônico no Haiti. É digno de questionamento se todo o recurso destinado aos serviços de saúde seja de origem internacional ou estatal, de fato chega a quem precisa. É fundamental a conscientização daqueles que gerenciam as políticas e programas, a fim de que os investimentos gerem os resultados almejados.

O nível de saúde da população haitiana é também tributário de fatores ambientais. No Haiti, a degradação ambiental avança, sobretudo em função da fraqueza do Estado e de preocupações centradas na sobrevivência imediata. Ademais, a urbanização desprovida de planejamento contribui para a transmissão de algumas doenças como malária, febre tifóide, cólera, insuficiências renais agudas, e doenças sexualmente transmissíveis justamente pelas suas condições caracterizadas pela insalubridade, pela alta concentração de pessoas em um mesmo espaço e pela ausência de serviços públicos que possam atender indivíduos portadores dessas doenças (HAITI, 2013). Outro elemento que merece ser destacado é que o clima tropical da ilha favorece o desenvolvimento de insetos que podem causar doenças como malária, dengue etc. Além disso, o ambiente nos bairros desfavorecidos e nos campos de alojamento, após 2010, facilita o aumento de casos de violência física e sexual, bem como a transmissão de doenças infecciosas e parasitárias.

De acordo com Haiti (2013), o serviço de saneamento abarca a coleta e a purificação de águas residuais, a coleta e a disposição final de resíduos sólidos e excretas e a existências de *latrines*<sup>20</sup>. De modo geral, a situação do saneamento no Haiti apresenta problemas ambientais importantes e também de saúde pública. Apenas 25 municípios em 133 analisados têm acesso satisfatório aos serviços de saneamento básico (HAITI, 2004). Junto à degradação do ambiente, as grandes cidades e, sobretudo a região metropolitana, vivenciam uma situação de insalubridade extrema. Essa situação é o resultado de falta de um sistema confiável para a evacuação e controle de resíduos. Aliás, o acúmulo de lixo nas ruas das cidades e, especialmente na capital, constitui um ambiente favorável à transmissão de doenças.

Outros elementos fundamentais que explicam o nível de saúde no Haiti são de ordem cultural. Para uma grande parte da população, a ocorrência de certas doenças é atribuída a origens sobrenaturais, ordenadas por um inimigo conhecido ou não (HAITI, 2013). Quando aparecerem essas situações, o indivíduo ou sua família demora em recorrer à medicina. Quando a decisão de buscar tratamento especializado é finalmente tomada, em alguns casos já é tarde demais e o desfecho final é a morte.

A restrição do acesso a serviços de saúde também pode contribuir para que a população considere a medicina tradicional como primeiro recurso quando surge uma doença. Ao lado da medicina moderna, a medicina tradicional é muito usada na sociedade haitiana. Chamada também de *Medsin fêy* ou *Medsin Ginen*, a medicina tradicional é baseada nas plantas. Ou seja, a população aproveita ao máximo os benefícios das plantas para combater as doenças. Enquanto a *Medsin féy* é um tipo de transmissão de conhecimento familiar e é imediatamente acessível à população a partir da automedicação ou da intervenção do círculo familiar, a *Medsin Ginen* diz respeito a uma medicina tradicional praticada por uma pessoa que tem um “dom” e que mantém contato com espíritos (HAITI, 2013). Nesse sentido, a automedicação está em grande medida vinculada ao acesso limitado às unidades de saúde e à informação – o que é um fator explicativo importante da taxa de mortalidade no Haiti (HAITI, 2013). Em 2016-17, a probabilidade de morrer entre 15 e 50 anos ( $_{35q15}$ ) era igual a 144 por mil indivíduos entre as mulheres e 177 por mil, entre os homens (IHE, 2018).

Do ponto de vista biológico, o nível de nutrição desempenha claramente um papel importante na situação de saúde e no desenvolvimento físico e intelectual de uma população e, particularmente, das crianças. Em uma pesquisa realizada sobre a insegurança alimentar no

---

<sup>20</sup> No Haiti “latrine” é um tipo de banheiro tradicional que geralmente fica um pouco longe das casas.

Haiti, Jean-Ulysse e Norceide (2015) afirmaram que 70% da população se encontram em situação de insegurança alimentar crônica. Essa última causa um estado de deficiência e mantém a má nutrição. Somado a isso, a população haitiana também está exposta a doenças infecciosas e parasitárias e, particularmente a cólera, a partir do terremoto de 2010. Dado que o estado nutricional é um determinante do nível de resistência dos indivíduos às infecções, e a alimentação é fator fundamental para o sucesso de certos tipos de tratamento (HAITI, 2013), a situação de saúde no Haiti não pode ser melhorada se esses problemas não são resolvidos.

Questões demográficas também precisam passar a ser consideradas com mais cuidado para que o país garanta um nível de saúde aceitável para sua população. Os jovens com menos de 25 anos representam mais da metade da população (54%), e devem ser um grupo prioritário dos programas sociais, sobretudo, daqueles que têm como foco saúde sexual e reprodutiva. De acordo com os dados do IHE (2018), pouco mais de 40% das adolescentes (15-19 anos) tiveram relações sexuais alguma vez na vida e, apesar da tendência de queda da fecundidade adolescente, 10% delas já haviam iniciado a sua trajetória reprodutiva. Apesar de o Haiti possuir um grau de urbanização de quase 60% em 2015, mais da metade da população urbana vive em regiões marginais com acesso limitado a serviços de saúde (HAITI, 2013).

Quanto aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, apesar de lentos progressos, o Haiti ainda se encontra entre os países que possuem os piores indicadores na região latino-americana e caribenha. A Tabela 2 mostra alguns desses indicadores ao longo das últimas décadas. A prevalência de HIV não varia muito ao longo dos anos, pois esse indicador era igual a 2,2% de acordo com a IHE (2018) (dados omitidos na tabela), e em 2016-17 passou a ser de 2%. De acordo com o Institut Haitien de l'Enfance (IHE) e ICF International (HAITI, 2014), a pouca variação na prevalência não significa que não há melhoria. O fato é que o número de pessoas fazendo o tratamento antiretroviral-ARV (tratamento destinado a bloquear a propagação do vírus de HIV) tem aumentado, expandindo a duração da vida dos pacientes e, portanto, mantendo-os por mais tempo na população. Logo, uma estabilidade na prevalência, tendo pessoas que vivem mais tempo com o vírus, pode também estar associada a uma queda na incidência (aparição de novos casos).

**TABELA 2** – Evolução de alguns indicadores de saúde sexual e reprodutiva no Haiti nas últimas décadas (em %)

	EMMUS 1994-95	EMMUS 2005-06	EMMUS 2016-17
Prevalência HIV/AIDS	-	-	2
Cuidados pré-natais (Mulheres)	68	85	91
NNSC*	48	37	38
Prevalência contraceptiva	11,8**	25	36,6**

**Fonte:** Cayemittes et al. (1995; 2007) e IHE (2018).

**Obs:** \*NNSC (necessidades não satisfeitas de contracepção). \*\* Indicador obtido diretamente dos microdados utilizados nessa tese.

Na Tabela 2 também se nota quehouve grande melhoria no percentual das mulheres que tiveram cuidados pré-natais. Ainda assim, quase 10% das mulheres não contaram com esse serviço em anos recentes. A prevalência contraceptiva aumentou ao longo do tempo. No entanto, até 2016-17 apenas um terço da população usava algum método contraceptivo. Essa baixa prevalência faz com que haja um grau relativamente alto de necessidades não satisfeitas de contracepção (NNSC), indicador que permanece em patamares elevados ao longo de todo o período analisado. Isso classifica o Haiti entre os países que possuem menor taxa de prevalência contraceptiva no continente americano (IHE, 2018; HAITI, 2014).

## 2.2 Principais desafios do sistema de saúde haitiano

### 2.2.1 Problemas de governança e coordenação

Embora já mencionado de certa forma no tópico anterior, vale frisar que existe um conjunto de problemas de governança e de coordenação que pode explicar a fraqueza do sistema de saúde, por isso vamos detalhá-los um pouco mais nessa seção. Na prática o sistema de saúde está passando por problemas significativos de atuação (funcionalidade), de organização, de gestão e de controle. O resultado de tudo isso é um atendimento fragmentado, pouco acessível e de baixa qualidade (HAITI, 2013). De acordo com o *Plan Directeur de santé 2012-2022*, vários fatores podem explicar a baixa qualidade do atendimento à saúde no Haiti: a falta de capacidade e de responsabilidade do Ministério da Saúde no sentido de controlar o funcionamento do sistema; a pluralidade dos financiadores e dos programas verticais (pensados e estruturados de cima para baixo); interrupções de fornecimento e falta de estoque frequentes de materiais médicos. Isso contribui para o acesso limitado da população à saúde e para uma forte insatisfação dos pacientes (HAITI, 2013).

Ao longo desse texto, nos referimos diversas vezes às fraquezas observadas na governança do setor de saúde haitiano. Essas fraquezas podem ser explicadas por quatro principais fatores:

- “1. Uma estrutura organizacional do Ministério da Saúde que não lhe permite cumprir suas funções fundamentais;
2. A deficiência quantitativa e qualitativa tanto em recursos humanos quanto em materiais;
3. A pluralidade de atores com motivações e filosofias diferentes;
4. A baixa capacidade ou a incapacidade de planejamento e de coordenação intra e intersectorial” (HAITI, 2013, p. 16).

Em colaboração com os inúmeros atores existentes, é fundamental o Ministério da Saúde exercer liderança efetiva, chamando para si a coordenação, a gestão e a regulamentação do sistema.

### **2.2.2 Problemas de gestão de recursos humanos**

Junto com os problemas de governança e de coordenação, existem também importantes desafios no que diz respeito à gestão de recursos humanos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza uma razão de 25 profissionais de saúde para 10.000 habitantes. O Haiti contabiliza em média 5,9 médicos(as) ou enfermeiros(as), e 6,5 profissionais de saúde para cada 10.000 habitantes (HAITI, 2013).

A disponibilidade e o desempenho dos recursos humanos no setor de saúde são condicionados pelos seguintes elementos:

1. Ausência de planejamento estratégico das necessidades do setor;
2. A fraqueza do sistema de credenciamento das escolas privadas de formação de profissionais de saúde;
3. A aplicação de currículos pouco adaptados às necessidades do sistema de saúde, além de a formação de profissionais não corresponder ao perfil exigido para a prestação de cuidados de saúde<sup>21</sup>;
4. Ausência de políticas para o desenvolvimento de recursos humanos e de retenção de quadros no setor público, em uma conjuntura fortemente marcada pela

---

<sup>21</sup> A publicação dos últimos resultados dos exames nacionais dos estudantes de Enfermagem é uma prova disso. Mais uma vez, os resultados foram catastróficos com a reprovação de 81% dos novos profissionais (LE NOUVELLISTE, 2018).

atração do setor privado e das ONGs, que oferecem melhores condições laborais como, por exemplo, oportunidades salariais mais atraentes;

5. Ausência de um sistema de registro para médicos e afins, sendo o número exato de profissionais que trabalha no setor privado desconhecido e fora de qualquer controle ou regulação;

6. A inexistência de clara divisão de tarefas e responsabilidades entre os profissionais de saúde, ou seja, tarefas que seriam esperadas de um médico podem ser exercidas por auxiliares sem qualquer supervisão, o que é um risco para a vida dos pacientes (HAITI, 2013).

Esse cenário mostra que o sistema de saúde é incapaz de responder às necessidades da população. Os artigos 19 e 23 da constituição haitiana de 1987<sup>22</sup>, que garantem à populaçãoo direito à saúde, não são aplicados. Até nos grandes hospitais da capital, as condições mínimas não são cumpridas. E como é de se esperar, a situação é mais trágica nas regiões mais isoladas, onde muitas vezes a população residente deve andar horas para encontrar um centro de saúde. Em 2016-17, entre as 78% das mulheres que haviam declarado ter encontrado obstáculos em relação ao acesso à saúde, 37% mencionaram a longa distância entre o domicílio e o centro de saúde mais próximo (IHE, 2018). Apesar da contribuição de organizações internacionais, principalmente de ONGs, com menos de 5% do orçamento votado pelo parlamento sendo destinada à saúde em 2017-18, a situação não poderia ser melhor. Esse cenário faz com que muitos profissionais de saúde formados no Haiti deixem o país para exercer a sua profissão. Os que resistem e permanecem em sua terra natal, organizam greves sem fim nos hospitais públicos com o objetivo de solicitar um salário digno e condições de trabalho.

### **2.2.3 Problemas de recursos materiais**

Como já foi visto, ao lado das dificuldades de coordenação, de gestão e de recursos humanos, existem sérios problemas de gestão de recursos materiais no setor de saúde. Um grande desafio é a descontinuidade nos projetos. Há pouco investimento no setor. Pior ainda, existem equipamentos de saúde que não conseguem funcionar para atender a população em necessidade. Um primeiro exemplo disso é o Hospital da Universidade do

<sup>22</sup> Artigo 19: O Estado tem a obrigação imperativa de garantir o direito à vida, à saúde, o respeito à pessoa humana, a todos os cidadãos sem distinção, de acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (tradução literal).

Artigo 23: O Estado é obrigado a fornecer a todos os cidadãos de todas as comunidades locais os meios apropriados para garantir a proteção, a manutenção e o restabelecimento de sua saúde através da criação de hospitais e centros de saúde (tradução literal).

Estado do Haiti (HUEH), o maior centro hospitalar do país, que está continuamente em crise financeira.

Outro exemplo é o hospital de *Delmas 2* em Porto-Príncipe que deveria receber os casos de urgência do HUEH, cuja inauguração estava prevista para ocorrer em 2017, imediatamente após a instalação dos equipamentos. Contudo, não abriu as suas portas até os dias atuais. De acordo com o médico *Jean Hugues Henry*, então membro do gabinete do Ministério da Saúde, a estrutura física responde às exigências de um centro hospitalar, no entanto, o principal problema desse centro tem a ver com o financiamento. Financiado pelo Banco Interamericana de Desenvolvimento (BID), o custo previsto para a reabilitação do local e aquisição de equipamentos são estimados em dois milhões de dólares americanos. Segundo as previsões do médico especializado em saúde pública, o custo do primeiro ano de funcionamento é estimado em 300.000 dólares americanos.

Um terceiro exemplo é o hospital de *Croix-des-Bouquets*, construído pelo governo turco em 2012. Atualmente, a construção está tomada pelo mato e por animais, como foi descrito por Saintus (2018). De acordo com o autor, com um investimento de 1,7 milhões de dólares americanos, o hospital possui grande parte dos equipamentos necessários para atuar. Todavia, uma parte importante de materiais está retida na alfândega há anos. No bairro onde fica o hospital, a maioria da população ignora a sua existência. Quando um jornalista pediu a um morador do bairro para indicar-lhe o caminho até hospital, ele respondeu “*lopital sa La toujou?*” (Esse hospital existe ainda?). Uma garagem que fica na frente da construção é o principal ponto de referência. Saintus (2018) descreve sua visita à obra com as seguintes palavras:

Son entrée comme son intérieur ne laissent présager qu’il s’agit d’une infrastructure devant abriter un centre hospitalier. La cour est envahie par les mauvaises herbes. On y remarque de la crotte de bique, une dizaine de poules qui grattent, picorent et circulent librement. À l’intérieur du bâtiment, des équipements et matériels entassés sont couverts de poussière. Pour quelqu’un qui a visité l’immeuble dans le temps, le changement saute aux yeux. Autrefois, il y avait les drapeaux des deux pays (Turquie et Haïti) estampillés sur la façade principale de l’immeuble. Aujourd’hui, il ne reste que le bicolore national. Le mur a été repeint avec une peinture plus vive, capable de couvrir le drapeau rouge étoilé de la Turquie<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> Sua entrada como seu interior não sugere que seja uma construção para servir como um hospital. O quintal está cheio de ervas daninhas. Notamos excremento de bichos, uma dúzia de galinhas que se coçam, bicam e circulam livremente. Dentro do prédio, equipamentos e materiais empilhados estão cobertos de poeira. Para alguém que visitou o prédio há tempos, a mudança é óbvia. Antigamente, havia bandeiras dos dois países (Turquia e Haiti) estampadas na fachada principal do prédio. Hoje, apenas a cor nacional permanece. A parede foi repintada com uma tinta mais brilhante, capaz de cobrir a bandeira vermelha da Turquia (Tradução literal).

O governo turco teria considerado que depois de algum tempo, o Ministério da Saúde poderia assumir a instituição e trazer médicos especialistas turcos para fazê-lo funcionar, como foi combinado entre os dois governos. Dificuldades de todos os tipos fizeram com que a Turquia abandonasse esse projeto. Os agentes de segurança que zelavam pelo prédio não são mais pagos pelo consulado turco no Haiti, pois desistiram de investir em algo que não funciona. Hoje, esses agentes recebem um salário do Ministério da Saúde. Como os turcos, o governo haitiano abandonou o hospital. Todas as vezes em que foi questionado sobre o fechamento do hospital, a única resposta possível dada pelo governo foi “FALTA DE FINANCIAMENTO” como se fosse um mantra. Enfim, muitos hospitais não conseguem funcionar, quando funcionar não atua de forma adequada; há faculdades de Medicina que estão lutando para cumprir a sua missão com pouco orçamento; há escolas que formam profissionais de saúde que não tem credenciamento, há funcionários que fazem greves sem fim. Como foi destacado por um dos editores do jornal *Le Nouvelliste*, no “Haiti a saúde está doente” (SAINTUS, 2018). Eis a situação do sistema de Saúde geral no Haiti. Já que o nosso objeto de pesquisa é a fecundidade, vejamos a situação da saúde da mulher e mais especificamente sua saúde sexual e reprodutiva.

### **2.3 Saúde Sexual e Reprodutiva na perspectiva do Cairo**

Em toda sociedade as mulheres detêm uma atenção especial no que diz respeito à saúde. No entanto, as mulheres haitianas em geral, e mais especificamente as mulheres em idade reprodutiva, não escapam da situação caótica do sistema de saúde geral apresentado acima. A saúde reprodutiva dessa categoria da população parece ser esquecida. Aliás, as políticas nacionais são baseadas mais em planejamento familiar do que saúde sexual e reprodutiva em si.

Enquanto o Planejamento Familiar foca exclusivamente na decisão de ter filhos ou não, tendo casais e especialmente mulheres como público alvo, a saúde sexual e reprodutiva vai mais além, pensando no bem-estar da pessoa que opta para usar qualquer método contraceptivo a fim de evitar ou espaçar os nascimentos, bem como reconhece abertamente a existência de vida sexual sem intenção reprodutiva. As Nações Unidas se baseiam na definição da saúde definindo a saúde reprodutiva como:

Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permitidos e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis (UNFPA, 1994, cap. VII, parágrafo 7.2).

Como veremos, o tema saúde sexual e reprodutiva terá a sua maior amplitude apenas com a conferência do Cairo. Em um ambiente de alto crescimento populacional e sob a influência de pensamentos malthusianos e neomalthusianos (ambos caracterizados pela preocupação exacerbada com o controle e redução do crescimento populacional), a partir da segunda metade dos anos 1950 ocorreram cinco conferências internacionais de população: Roma, em 1954; Belgrado, em 1965; Bucareste, em 1974; México, em 1984; e Cairo, em 1994 (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006).

De Roma a México, o foco era praticamente a relação entre população e desenvolvimento. Em Roma, a principal preocupação dos países desenvolvidos era de que o crescimento populacional podia ser um entrave ao desenvolvimento. Em Belgrado, total ênfase foi dada a alguns métodos contraceptivos como a pílula, a esterilização masculina, o dispositivo intrauterino (DIU) e o aborto, quando aceito legalmente pelas sociedades (CORREA; ALVES; JANNUZZI, 2006). Em Bucareste, a ideologia neomalthusiana continuou tendo força, mas muitos países do Terceiro Mundo defenderam a tese natalista, destacando que o crescimento populacional é apenas mais uma consequência do passado histórico marcado pela dominação dos países desenvolvidos sobre aqueles em desenvolvimento. A delegação da Índia reforça a posição desses países destacando que o desenvolvimento seria a melhor contracepção. Berquó (1998) destacou que o foco da conferência internacional do México era estabilizar o tamanho populacional mundial o mais rápido possível, com a intenção de melhorar o padrão de vida da população dos países pobres. A conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento (CIPD) ocorrido no Cairo em 1994, acaba com essa perspectiva puramente demográfica, abrindo discussão para uma perspectiva mais ampla considerando os direitos sexuais e reprodutivos como parte integrante

dos direitos humanos. A partir daí, o debate sobre população teve que passar a considerar dimensões novas que proporcionam uma vida digna no contexto das relações entre população e desenvolvimento. Isso exigiu colocar os direitos sexuais e reprodutivos no centro da discussão, abandonando o antigo pensamento hegemônico baseado exclusivamente no crescimento populacional e suas implicações (OLIVEIRA; SANTOS, 2008; CORREA; ALVES; JANNUZZI, 2006).

A CIPD foi realizada com a participação de 179 países que “adotaram por consenso um programa de ação a ser implementado no mundo inteiro para os próximos vinte anos” que se seguiram à conferência (ALVES; CORREA, 2003, p. 130). No que diz respeito ao significado da CIPD, há consenso entre os autores de que o Cairo seja um marco importante das conferências das Nações Unidas e represente um ponto de inflexão nos debates sobre população e desenvolvimento (ARILHA; BERQUÓ, 2009; ALVES; CAVENAGHI, 2014). De fato, o Cairo provocou mudanças significativas nas discussões questionando a qualidade das políticas públicas existentes no campo de saúde sexual e reprodutiva, mostrando a importância de ir mais além do simples uso de contracepção, destacando a necessidade de formulação de políticas sociais mais amplas considerando a perspectiva de gênero.

Pode-se dizer que o Cairo foi um sucesso, pois desde 1954, data da primeira conferência internacional sobre população, não se alcançava um grau de consenso tão alto. Apesar dessa reviravolta que o Cairo proporcionou, o consenso foi frágil, pois não foi unânime. Essa fragilidade pode ser explicada pela resistência de vários países por questões culturais e para não se contraporem às suas legislações. Além disso, existem desafios importantes para cumprir as metas do Cairo. Um obstáculo importante tem sido os constrangimentos financeiros, sobretudo entre os países em desenvolvimento.

Pela sua definição, a saúde sexual e reprodutiva envolve a saúde materno-infantil, as doenças sexualmente transmissíveis, planejamento familiar e o aborto. Como foi dito, a CIPD considera que os direitos sexuais e reprodutivos fazem parte integrante dos direitos humanos. Além disso, os serviços de saúde pré e pós-natais são importantes para a sobrevivência e o bem-estar da mãe e da criança.

Em linhas gerais, o cuidado pré-natal no Haiti é relativamente alto, pois 91% das mulheres grávidas haviam declarado ter recebidas de pessoal qualificado certo cuidado durante a gravidez (IHE, 2018). Nesse grupo, 53% das mulheres afirmaram que os cuidados foram prestados por médicos e 38% por uns enfermeiros. Situação que apresenta certa

melhoria, em relação a 1994-95 onde apenas 68% das mulheres recebiam cuidados pré-natais e quando 41% das mulheres foram atendidas por médicos e 27% por enfermeiros.

Quanto às consultas pré-natais, as normas da OMS preveem quatro visitas ao longo da gravidez. Enquanto em 1994-95, 36% das mulheres realizaram pelo menos essas consultas, em 2016-17, quase 60% das mulheres fizeram essas quatro visitas (IHE, 2018).

A melhoria da qualidade dos serviços de saúde materna no momento do parto é fundamental para reduzir a mortalidade materna e dos recém-nascidos. O acesso a um centro de saúde é um fator importante para fazer uma avaliação desses serviços. Entre 1994-95 e 2016-17, o percentual de partos que ocorrem em um centro de saúde aumentou de 20% para 39%. Ainda assim, causa impacto saber que mais da metade das crianças nascem fora dos hospitais, especialmente porque há poucas evidências que permitam averiguar se o local de ocorrência dos partos é uma escolha da mulher ou se é reflexo da falta de infraestrutura médico-hospitalar. Certamente, em diversos países ocidentais cresce o debate acerca do parto humanizado, que por vezes também contempla a opção de realiza-lo em casa. No Haiti, ele também pode ocorrer no ambiente doméstico por razões culturais, mas há fortes indícios de que a estrutura hospitalar restrita não dá margens para uma escolha livre de constrangimentos. Em outras palavras, também pode ser por falta de opção.

De todas as formas, quase metade dos partos (49% em 1994-95 e 42% em 2016-17), contou com alguma assistência. O mais comum é que a mulher seja assessorada por parteiras, a “matrone”, categoria que fica sempre na frente (26% em 1994-95 e 25% em 2016-17) das outras categorias de assistentes qualificados como médico e enfermeiros, e não qualificados (amigos e parentes). Se forem consideradas as “matrones” não qualificadas, esse percentual dobra nos dois anos.

Outra informação importante em relação aos cuidados pré-natais é o tipo de parto quando a gravidez chega ao seu fim. Quando há certas complicações, muitas vezes ligadas à falta ou ausência de cuidado durante a gravidez, a cesariana pode ser a melhor saída para reduzir a mortalidade materna e neonatal. No Haiti o percentual de partos por cesariana mudou pouco ao longo das últimas décadas. Esse indicador passou de menos de 2% para 5% entre 1994-95 e 2016-17. Mesmo assim, o Haiti possui a maior taxa de mortalidade materna da região. São 359 óbitos maternos por 100 000 nascimentos (UNFPA, 2015).

Após o parto, a OMS recomenda que a mãe e o(s) recém-nascido(s) recebam certos cuidados pós-natais nas primeiras 24-48 horas de vida do bebê<sup>24</sup>. Em 2016 apenas 31%

---

<sup>24</sup> Soins Postnatals de la mère et du nouveau-né: grandes lignes de recommandations 2013 de l'Organisation mondiale de la santé. Disponível em: <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2016/03/WHO-PNC->

das mulheres em idade reprodutiva tiveram uma consulta pós-natal. Quanto aos recém-nascidos, apenas 38% receberam esses cuidados dentro das 48 horas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Outro elemento que faz parte dos direitos reprodutivos e que tem a ver com a saúde materna é o aborto. Atualmente, a legislação nacional não reconhece o aborto, embora existam projetos de lei que proponham a legalização do aborto. O artigo 262 do código penal haitiano estipula:

Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, violence, ou par tout autre moyen, aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de la réclusion.- C.pén. 7-5°, 17, 20, 33.

La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement en est suivi.

Les médecins, chirurgiens et les autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement aurait eu lieu.- C. pén. 7-3°, 15, 18, 19, 33, 122<sup>25</sup>.

Além da posição do estado sobre o assunto, o aborto não é bem-visto pela população haitiana, onde sua maioria se identifica com religiões cristãs que não aceitam o aborto provocado em nenhuma condição. Como veremos no capítulo 4, esse cenário faz com que, apesar de hoje em dia as mulheres declararem mais os seus casos de aborto do que no passado, a taxa de aborto é relativamente baixa (4% em 2016-17).

A Conferência do Cairo destaca também a saúde sexual, preconizando que todo cidadão deveria ter uma vida sexual livre de medo e de preocupação com qualquer doença ou gravidez indesejada. Um tema muito trabalhado em relação às doenças são as infecções sexualmente transmissíveis. Como veremos, no tópico seguinte, no Haiti, mais do que saúde reprodutiva a preocupação central foi reduzir o HIV/AIDS, promovendo o uso de preservativos. Hoje, apesar dos avanços nas últimas décadas, tirando o continente africano, o Haiti continua sendo o país que possui a maior prevalência de HIV no mundo: 2% (IHE,

---

2014-Briefer-A4-Fr.pdf<https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2016/03/WHO-PNC-2014-Briefer-A4-Fr.pdf>. Acesso em: 02 maio 2019.

<sup>25</sup> Qualquer pessoa que, por meio de comida, bebida, remédio, violência ou qualquer outro meio, tenha atuado para que uma mulher grávida abortasse, quer ela tenha consentido ou não, será punida com pena de prisão. - C. Pen. 7-5, 17, 20, 33.

A mesma sentença deve ser pronunciada contra a mulher que tenha realizado aborto sozinha, ou que tenha consentido em usar os meios indicados ou administrados para esse fim, se o aborto for realizado por ação de terceiros.

Médicos, cirurgiões e outros agentes de saúde, bem como farmacêuticos que indicaram ou administraram esses meios, serão sentenciados a trabalhos forçados, no caso de o aborto ter ocorrido (Tradução livre).

2018; UNICEFHAITI, 2018). Quanto às outras infecções sexualmente transmissíveis, 11,6% das mulheres e 5,2% dos homens vivem com algum tipo de infecções.

Toda política de encorajamento de uso de preservativo, embora indiretamente, terá algum impacto sobre a fecundidade. Mas o Haiti não se contentou apenas com o efeito indireto do uso de preservativos sobre contracepção. Aliás, o interesse pelo planejamento familiar foi anterior às doenças sexualmente transmissíveis.

## **2.4 História do planejamento familiar no Haiti**

Após o forte crescimento populacional registrado nos anos 1950, nos anos 1960, o Haiti mostrou um interesse significativo pelo planejamento familiar. Vários setores da sociedade (líderes, ativistas, representantes do governo) se uniram para criar o Conselho Nacional de Planejamento Familiar (CNPF) em 1964. De acordo com Bordes e Couture (1978), em 1965 – mais ou menos no período em que teria início a tendência de declínio da fecundidade na América Latina – existiam 17 instituições de saúde que forneciam serviços de planejamento familiar no Haiti. Essas atividades foram agregadas às atividades de saúde materno-infantil em clínicas privadas e foram principalmente financiadas por organizações internacionais (WARD; SANTISO-GALVEZ; BERTRAND, 2015).

No início dos anos 1970, após a morte de François Duvalier, o “Papa Doc”, e a nomeação do seu filho Jean Claude Duvalier, o “Baby Doc”, para a presidência, o “Conseildes Ministres” autorizou uma política de planejamento familiar nos programas de saúde materno-infantil oficiais. O parlamento haitiano reestruturou o Ministério da Saúde criando a Direção de Higiene Familiar (DHF), hoje chamado de Direção de Saúde da Família (DSF) na mesma instituição, que recebeu a incumbência de supervisionar e coordenar as atividades dos setores públicos e privados ligados à saúde materno-infantil, inclusive o planejamento familiar.

Nos anos 1980, o Haiti vivenciou um período de forte instabilidade política e de violência. Em 1986, Jean Claude Duvalier (Baby Doc) foi deposto. O Conselho Nacional de Planejamento Familiar foi dissolvido no mesmo ano. Um ano depois, o governo americano, que financiava o programa, suspendeu todo o apoio ao governo haitiano. Conseqüentemente, o projeto de sensibilização para o planejamento familiar foi interrompido. A partir da segunda metade dos anos 1980, frente à corrupção generalizada e esse período de instabilidade política, as organizações internacionais e as ONGs se tornaram os principais provedores de serviços e fornecedores de contracepção no Haiti (MATERNOWSKA, 2006).

Em 1984, a associação para a família haitiana (PROFAMIL) foi criada e se tornou fornecedora de serviços de planejamento familiar. Logo a associação e outras ONGs de menor amplitude começaram a receber financiamento a fim de realizar atividades de planejamento familiar e de prevenções de HIV/AIDS. Quatro anos depois foi criada a Fundação para a Saúde Reprodutiva e Educação da Família (FOSREF) desempenhando a mesma função. No início essa organização recebeu financiamento da USAID, com o tempo desenvolveu as suas próprias estruturas administrativas e gestão necessárias para conseguir financiamento diretamente do plano de urgência do governo americano para a luta contra o HIV. Quando foram detectados os primeiros casos de infecção de HIV/AIDS no hemisfério ocidental no início dos anos 1980, foi criado o *Groupe d'Etude Du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes* (GHESKIO). Coube a esse grupo fornecer serviços, realizar pesquisas e facilitar formação para o combate do HIV/AIDS. Ele continua ativo até os dias atuais e é o principal fornecedor de serviços nessa área em colaboração com o Ministério da Saúde. Além de cuidar das doenças infecciosas e particularmente do HIV/AIDS, o GHESKIO oferece serviços de saúde reprodutiva, inclusive de planejamento familiar. Mas sem sobra de dúvida a prioridade foi claramente a questão do HIV/AIDS. De acordo com Ward et al. (2015), no final dos anos 1980, o financiamento ligado às atividades de combate ao vírus era muito mais importante do que os fundos reservados ao planejamento familiar.

Algo muito importante que foi ressaltado no capítulo 1, que mostra o vínculo entre a religião e a fecundidade no Haiti é a criação de um projeto utilizando a prática do *voudou* para promover o planejamento familiar e a prevenção do HIV. A escolha dos praticantes de *voudou* como foco se baseia no fato de que grande parte da população pratica o *voudou*, e quem segue essa religião valoriza o fato de ter vários parceiros sexuais. Por isso, acredita-se que foi importante ter esse olhar para que a sensibilização e a conscientização sobre a transmissão do vírus tivessem algum êxito. Como se pode notar, embora o foco central da política não fosse o planejamento familiar, a religião de modo geral, não apenas o *voudou* sempre desempenha algum papel em temas relacionados ao sexo e a reprodução. Aliás, apesar de existir uma separação formalmente clara entre a Igreja e o Estado, não se pode esquecer que de uma maneira ou outra a maioria da população é cristã. Nesse sentido, trabalhar com intervenção nesse campo exige tomar em conta as crenças e práticas religiosas da população. Tais crenças e práticas têm impacto sobre o uso de métodos contraceptivos, pois a igreja exerce grande influência sobre a forma como o corpo da mulher é socialmente visto.

No final dos anos 1980 começou o primeiro movimento de marketing social dos preservativos com a introdução do preservativo *pantè*. Mais tarde, em 1996 foi introduzido no mercado contraceptivo de uso oral, *piplan* e a injeção *confiance*.

Em 1991, o então presidente do Haiti, o padre Jean Bertrand Aristide, foi derrubado. Após o golpe o presidente substituto investiu pouco na saúde – o que gera uma queda no acesso aos serviços de saúde e de planejamento familiar. Ademais, houve um período de 3 anos de embargo que foi decretado pela ONU, o que não ajudou a melhorar a situação (FARMER; FAWZI, 2003). Três anos depois, quando o presidente Jean Bertrand Aristide tomou posse de novo, não existia quase nenhum serviço de saúde do próprio Ministério. A razão é simples: para parafrasear Maternowska (2006), os financiadores resistiram a financiar um governo tão frágil politicamente. Apesar de progressos lentos, essa situação perduraria por nos quase dez anos seguintes.

Em 2001, Jean Bertrand Aristide foi reeleito presidente em um período de grande controvérsia política (WARD; SANTISCO-GALVEZ; BERTRAND, 2015). Em 2004, ele foi derrubado pela segunda vez. De novo essa situação de instabilidade política afugentou os financiadores. Diante disso, os programas de HIV/AIDS continuaram a ser a única exceção entre os programas voltados para a saúde sexual e reprodutiva. Entretanto, a situação política estava comparativamente mais estável até a devastação do país provocada pelo terremoto de 2010 (Grifo da autora).

Como aponta Desmangles (2012), independentemente da sociedade, um acontecimento tão grave como o terremoto de janeiro de 2010 provocaria um nível de estresse individual e coletivo. Depois do sismo, como o sistema de saúde geral, a prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva e de planejamento familiar foi deslocada para os campos de acomodação. Isso representou um grande desafio para o Ministério da Saúde. O *Bureau de Coordination des Affaires Humanitaires des Nations Unies* (OCHA) passou recursos à USAID (através de PROFAMIL) e à Cruz Vermelha, assim como a outras associações para que oferecessem serviços de saúde sexual e reprodutiva e de planejamento familiar à população, isso porque o governo haitiano não estava preparado para oferecer nem um Pacote de Serviços Mínimos Iniciais (PSMI)<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> PSMI é um conjunto de atividades desenvolvido a fim de criar serviços da saúde reprodutiva logo quando começa uma crise. Esses serviços buscam, por exemplo, coibir a violência sexual, prevenir morbimortalidade materna e infantil, e reduzir a transmissão de HIV (RHRC, 2011). Outra coisa que vale ressaltar em relação a isso é que Haiti não aprendeu praticamente nada com essa catástrofe e nem com as que se seguiram. A cidade de *Port-de-Paix*, localizada no nordeste do país foi atingindo por um sismo de magnitude 5,9 em outubro de 2018, e o hospital público da cidade não tinha eletricidade. Pior ainda, os pacientes que haviam acabado de passar pelo estresse do terremoto precisavam comprar medicamentos, luvas, curativos pra ter cuidado básico. Houve casos

Menos de um ano após o terremoto, a epidemia de cólera veio aumentar a impotência do governo haitiano, que ainda não estava preparado para tal. Foi uma situação de pânico e de medo, pois o Haiti nunca havia vivenciado esse tipo de epidemia em sua história até então. Entre outubro de 2010 e março de 2014, a epidemia de cólera causou mais de 8500 mortos (WARD; SANTISCO-GALVEZ; BERTRAND, 2015). Segundo um relatório da United Nations (2013b), adicionado aos danos do terremoto, a epidemia de cólera fez com que os esforços de uma eventual reconstrução do país fossem dez vezes mais lentos.

Seguramente as organizações internacionais oferecem ajuda em serviços de saúde reprodutiva quando ocorre uma crise humanitária. No entanto, entre o período da crise e a implementação de programas, existe certa falta de financiamento. Como ocorre no sistema de saúde, os esforços para a reconstrução do Haiti também são confrontados a dois principais desafios nacionais: 1. Muitos países que se candidataram para financiar a reconstrução não cumprem esse compromisso; 2. De acordo com Khan (2011), pouco tempo depois do terremoto, os fundos que foram direcionados à reconstrução e ao desenvolvimento foram usados de maneira errônea. Os programas de urgência eram mais preocupados com a epidemia de cólera do que com a reconstrução do país em si. Dois anos depois do terremoto (2012), apenas pouco mais de 50% do financiamento que havia sido prometido foi efetivado (UNITED NATIONS, 2013c). De acordo com Ward; Santiso-Galvez e Bertrand (2015), desde 2010 tanto os financiamentos para a saúde em geral quanto para saúde sexual e reprodutiva estão diminuindo.

Em 2011, o famoso cantor Michel Joseph Martelly ganhou as eleições presidenciais em disputa com Mirlande Manigat, intelectual e político de carreira. Um ano depois do terremoto, as prioridades do novo governo foram segurança, alojamento para as pessoas deslocadas e a reconstrução pós-sismo. Claramente, a saúde reprodutiva não foi uma prioridade para esse governo. A cólera, tampouco. Embora tenha diminuído o número de casos de cólera, existe uma forte necessidade de saneamento e de higienização no país.

Apesar de a saúde reprodutiva não ser uma prioridade para o governo, vários programas de instituições internacionais foram criados, a maioria adotando a perspectiva do planejamento familiar. Em 2012 o Programa de Saúde e de Informação (PSI) e os patrocinadores do “Objetivo Zero sida” (Zero AIDS) lançaram uma campanha de informação e de sensibilização “*plis kontwòl*” (Mais Controle). O objetivo dessa campanha era incentivar

---

de mortos na frente do hospital, por falta de cuidados de urgência (BARON, 2018). Na sua mensagem à população de *Port-de-Paix*, o atual presidente Jovenel Moise, teve a coragem de pedir ao povo que mantivesse a calma, pois o país já estava mais bem preparado para responder às catástrofes naturais do que há oito anos, fazendo alusão ao terremoto de 2010.

o uso de métodos contraceptivos modernos, apoiar o planejamento familiar tendo como público alvo especialmente os jovens, a fim de evitar as gravidezes indesejáveis e persuadindo-os a adotar um comportamento sexual responsável. Pensando na dificuldade das mulheres haitianas de ter informações sobre a saúde reprodutiva e planejamento familiar, com esse programa, a mulher que precisava de informação podia telefonar gratuitamente para o número 100 de qualquer operadora telefônica e receber assistência, conselhos, apoio psicológico anonimamente e sem preconceito. Esse projeto contou com o apoio da USAID, custou 5 milhões de dólares e durou apenas 2 anos (HAITI LIBRE, 2012).

No momento, existem organizações nacionais e internacionais e mesmo líderes da sociedade civil que atuam no campo de saúde sexual e reprodutivo no Haiti. No entanto, o principal financiador é o Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), que assume a saúde sexual e reprodutiva como sua prioridade máxima. Há também a UNICEF que trabalha com a saúde materna e infantil; a OMS, que trabalha especialmente nas questões contempladas em recomendações internacionais e no apoio à governança e ao Ministério da Saúde. Além disso, existem muitas ONGs trabalhando com saúde reprodutiva (Médicos do Mundo, Médicos Sem Fronteiras, *Save the children* e muitos outros que são ONGs de implementação).

No sistema das Nações Unidas, o objetivo da UNFPA é apoiar o governo, fornecendo apoio técnico e financeiro com o intuito de que ele possa avançar em suas políticas relacionadas a saúde sexual e reprodutiva. A UNFPA repassa recursos às organizações ou diretamente ao governo com essa finalidade. Isto é, as Nações Unidas, não estão lá para implementar as atividades, mas sim para garantir condições e suporte técnico. Hoje, a UNFPA é principal fornecedor de Planejamento Familiar no Haiti.

No que diz respeito à área de atuação, a UNFPA trabalha com três temáticas principais: 1. Saúde materna, a fim de diminuir a mortalidade materna; 2. Planejamento familiar; 3. Erradicação da violência sexual contra as mulheres.

No que diz respeito aos serviços de atenção à saúde da mulher, são oferecidos serviços de saúde de duas maneiras. Como já foi apresentado, de acordo com a hierarquia organizacional há diferentes níveis de saúde: departamental, comunal e outros centros menores de saúde. Quando as mulheres têm necessidades, elas geralmente vão aos centros de saúde. Elas podem fazer consultas ginecológicas se houver ginecologistas, consultas pré-natais, se houver pessoal qualificado, e consultas em planejamento familiar. O problema desse campo no Haiti é que, o serviço ainda é muito fragmentado. O ideal seria que esses serviços fossem integrados, para que as mulheres possam encontrar todos os serviços de que precisam

em relação à saúde reprodutiva em um único lugar. Isso representa um desafio. Uma estratégia realizada pela UNFPA é o fortalecimento da capacidade das parteiras profissionais haitianas. O foco são as mulheres, pois elas são as referências, especialistas em saúde da mulher e saúde reprodutiva no sistema de saúde haitiano. Daí a razão pela qual a UNFPA quer reforçar essa formação e garantir que o país tenha profissionais de saúde qualificados e, principalmente, que elas possam permanecer no país.

Outro elemento trabalhado pela UNFPA é a questão de acessibilidade das mulheres ao sistema de saúde. A acessibilidade depende primeiro do seu poder econômico (poder de compra); segundo, da proximidade física (se vivem em área rural ou metropolitana); e terceiro, do seu cônjuge, isto é, o conhecimento que o cônjuge possui e o poder que ele pode exercer sobre a mulher. Aí entra a questão de gênero, também tributária de um peso cultural, já que nem sempre as mulheres tem autonomia sobre seu corpo e para tomar suas próprias decisões.

Diante desse quadro, uma coisa é certa, enquanto o orçamento da saúde estiver estagnado em torno de 4%, não há muito que possa ser feito. Um primeiro passo seria aumentar a participação da saúde no cômputo do orçamento geral do governo, pois durante uma conversa com Vavita Leblanc, responsável do programa de saúde sexual e reprodutiva do UNFPA no Haiti, mesmo com a ajuda internacional, os recursos estão se tornando mais enxutos, e também é muito importante lembrar que depois de um tempo a ajuda internacional tem que se retirar. O governo deve assumir o controle e, com 4% do orçamento, isso é impossível. No âmbito nacional, a Direção de Saúde da Família (DSF) do Ministério da Saúde atua nesse campo. Com o pouco que tem, a DSF tenta fazer o que está ao seu alcance. Como veremos nas linhas seguintes, as políticas adotadas pelo Ministério não são diferentes das do UNFPA, por trabalharem em parceria.

## **2.5 Atuação do Ministério da Saúde e da UNFPA**

É importante deixar claro que embora o Ministério da Saúde e a UNFPA sejam instituições diferentes, a linha de atuação de ambas não deve ser muito diferente, pois o maior patrocinador dos programas de saúde sexual e reprodutiva no país, inclusive do Ministério da Saúde, é a UNFPA. Portanto, a atuação das duas instituições está entrelaçada. Durante uma conversa com um membro da Direção de Saúde da Família (DSF) do Ministério da Saúde e com a responsável do setor de Saúde Sexual e Reprodutiva da UNFPA, foi ressaltado que está havendo certa melhoria nesse campo no Haiti. No que diz respeito ao planejamento familiar, por enquanto, a prioridade é dada aos métodos de longo prazo para que

as mulheres possam efetivamente espaçar os seus nascimentos, e controlar um pouco a sua fecundidade. Para isso, usa-se, sobretudo o DIU após o parto. Logo após a mulher ter dado luz, elas têm uma série de convocações para consulta com o objetivo de aumentar a conscientização sobre a questão do planejamento familiar, de modo que possam implantar o DIU no mesmo centro de saúde.

Se a mulher realiza pré-natal, esse aconselhamento começa mesmo antes de dar à luz. A orientação é realizada a princípio durante a gravidez, nas instituições pelos profissionais de saúde. É claro que, desse jeito, o sistema tem controle apenas de quem realizou o parto em uma instituição de saúde. Ao conhecer a realidade do Haiti, muitas mulheres não são atingidas por essas ações, pois a maioria dos partos ocorre no domicílio, seja por uma questão cultural, ou por uma questão econômica ou até mesmo por conta de problema de acessibilidade a um centro de saúde mais próximo. A maior dificuldade em relação a isso é a visão das mulheres sobre o próprio uso de contracepção. Por exemplo, muitas mulheres pensam que a utilização de um método pode ter consequências negativas no futuro, quando decidirem ter filhos. Nesse sentido o Ministério da Saúde tem realizado campanhas nas escolas a fim de familiarizar os adolescentes com certos temas como a utilização do preservativo. Isso é justamente uma maneira de dar início a uma possível educação sexual a eles.

Nessas iniciativas, normalmente, o público-alvo é principalmente as mulheres e as adolescentes. Os homens também são visados nas campanhas de distribuição de preservativos, há também a promoção de métodos definitivos, como a vasectomia, que também começa a ser difundida no Haiti. Mas o público alvo ainda são essencialmente as mulheres e as meninas, principais afetadas quando ocorre uma gravidez sem planejamento, embora todas as estratégias de educação obviamente também visem os homens (maridos). Há ainda iniciativas como os clubes de maridos, onde os maridos são integrados em questões de saúde que dizem respeito a suas esposas, incluindo os adolescentes. A ideia é que todas as campanhas de prevenção e educação incorporem os meninos para serem mais eficazes.

Em um quadro maior, o Ministério da Saúde, em parceria com a UNFPA, vem criando vários programas para promover o planejamento familiar: clínicas móveis, clube das mães, clube dos jovens, pares educadores, *jèn kore jèn* (jovem apoia jovem). O programa de clínicas móveis é particularmente interessante por sua característica de atingir as regiões mais isoladas do país. Nesse programa, os profissionais de saúde vão a todos os departamentos do país. Visitam municípios de todos os tamanhos e regiões mais isoladas.

Um programa interessante é o *jour de marché* (dia de mercado), algo muito comum em países do continente africano. No meio rural, geralmente há apenas dois dias na semana nos quais os camponeses de regiões mais isoladas, vão para o *bourg* mais próximo— o *bourg* no Haiti seria mais ou menos o município no Brasil – para vender os seus produtos e comprar o que precisam para a casa. Já que essas regiões isoladas não têm todos os serviços que o *bourg* possui, os moradores dessas regiões aproveitam para fazer tudo o que precisa no *bourg* nesse dia de mercado. Ou seja, esse é o dia que em que se pode encontrar o maior número de pessoas concentradas. Portanto, tem-se aproveitado essa ocasião para falar dos programas de planejamento familiar. Nessas clínicas móveis, a mulher encontra informações que tem a ver com o planejamento familiar. Outra ocasião usada pra conversar com as pessoas sobre o assunto é a *fête patronale* (festa patronal), que é o dia da festa do Santo do *bourg*, que também costuma reunir muita gente. Como o *jour de marché* esse programa traz informações para as mulheres sobre a questão e oferece os métodos de planejamento disponíveis.

Alguns programas foram direcionados mais especificamente à saúde materna e infantil. O *protection mère et enfant* (PTME, proteção da mãe e do filho) foi substituído pelo *Elimination transmission mère et enfant* (ETME, eliminação da transmissão de mãe para filho). Esse programa visa a impedir que a mãe grávida infetada pelo HIV/AIDS passe o vírus para o filho. Um conselho importante do Ministério às mulheres é que elas devem utilizar o preservativo, mesmo que estejam usando outros métodos, pois o preservativo não apenas impede uma eventual gravidez, mas também ajuda a se proteger de vários tipos de doenças transmissíveis sexualmente.

Quanto aos métodos contraceptivos, eles são disponibilizados nos centros de saúde do país. Eles deveriam ser gratuitos, porque a UNFPA os compra para o governo. Mas sabe-se que ocorrem desvios no sistema. Às vezes, em algumas instituições, os métodos contraceptivos são vendidos em mercados paralelos. Isso mostra claramente o problema de controle e de supervisão do estado sobre os seus próprios recursos.

De todas as maneiras, a distribuição dos métodos nos centros de saúde é feita pelos profissionais da área que atuam na unidade. Como foi explicitado anteriormente, também há tentativas de realizar distribuição e divulgação sobre métodos contraceptivos fora dos hospitais, desenvolvendo estratégias como *jour de marché* para atingir a população das comunidades mais isoladas.

Os lentos avanços nos programas e políticas de planejamento familiar se refletem na prevalência de uso de métodos contraceptivos. Os dados do IHE (2018) mostram que apenas 34% das mulheres têm declarado utilizar um método contraceptivo. Quando se

compara a prevalência contraceptiva entre o rural e o urbano, praticamente não há diferença. Para entender melhor como o acesso à contracepção pode ser relativamente tão baixo nos dois espaços, deve-se observar primeiro que a taxa de satisfação em termos de planejamento familiar permaneceu a mesma (34%) entre 2012 e 2016-17. Segundo, não se deve esquecer que, o significado dos termos urbano e rural no Haiti são conceituados de forma diferente se comparado a outros países.

Ao considerar um departamento como *Grande-Anse* e dizer que o ambiente urbano é a cidade de *Jérémie* (a maior cidade do departamento) e a área rural é tudo o que existe ao seu redor, o grau de urbanização da cidade de *Jérémie* fica muito baixo. De modo geral o nível de urbanização, tal como é concebido nos países ocidentais, não é o mesmo no Haiti. A DHS faz muito bem a diferença entre áreas rurais, urbanas e metropolitanas. Os estoques não são os mesmos na área metropolitana, onde o acesso e a acessibilidade são efetivamente mais importantes nos centros de saúde. Há muito mais infraestrutura e assim a cobertura do sistema de saúde é mais alta. Ao se encontrar no Sudeste, digamos que a área urbana é *Jacmel* e a área rural é *Anse à Pitres, Forêt-des-Pins, Côte-de-Fer* etc. A diferença não é importante porque o nível de desenvolvimento de infraestrutura de *Jacmel* não é de fato muito diferente daquele de seu entorno. Essa diferença mínima entre áreas rurais e urbanas é simplesmente por conta da definição do conceito de urbanização no contexto haitiano, uma definição muito mais política do que com base na infraestrutura disponível. No final, o que chamamos de áreas urbanas no Haiti são áreas peri-rurais que ainda mantêm um nível muito baixo de desenvolvimento.

A prevalência contraceptiva também não varia muito com o grau de escolaridade. Os dados do IHE (2018) apresentam um cenário semelhante mostrando que 27% das mulheres que não possuem nenhum nível educacional usam a contracepção, contra apenas 28% entre as mulheres com nível superior. Uma explicação plausível para isso é que existe um problema de oferta. A princípio, as pessoas sabem o que é planejamento familiar e conhecem mais ou menos os métodos. Todavia, para que suas necessidades possam ser atendidas, a distribuição desses métodos contraceptivos e programas devotados à área ainda precisam ganhar escala. Ou seja, quando uma mulher vai ao um centro de saúde, tem que encontrar todos os métodos e todos os centros de saúde precisam igualmente ofertar esses métodos gratuitamente. É aqui que começa o problema.

O Ministério da saúde tem dificuldade em gerenciar a cadeia de suprimento dos contraceptivos. Deve-se lembrar de que o UNFPA apenas oferece os contraceptivos ao nível central (no Ministério, na capital, em Porto-Príncipe), e o governo deve garantir que esses

contraceptivos saiam do nível central e cheguem até o os Centros de Aprovisionamento Departamentais (CDAIS), e desses centros, os responsáveis possam distribuir os contraceptivos para cada centro de saúde. Isso requer logística, organização, supervisão, financiamento e novamente, o Ministério da saúde não é capaz de garantir que esse processo seja eficiente.

Consequentemente, aparece o problema de falta de estoque de contraceptivos em alguns centros de saúde, porque a cadeia de suprimento que vai do nível central ao nível das instituições de saúde locais não é gerenciada adequadamente pelo governo. Esse quadro representa uma “vergonha” para o governo haitiano. Obter os contraceptivos de uma agência internacional ou ONG e não conseguir gerenciá-los mostra claramente a incompetência do sistema.

Embora não seja o objetivo desse trabalho aprofundar em questões de economia política e relações Norte-Sul Global, percebe-se que se faz necessária uma completa reestruturação do sistema de saúde por várias razões: primeiro dado a situação de precariedade em que se encontra o Haiti, é fundamental aproveitar da melhor forma possível à ajuda internacional. Deve-se primar pelo interesse coletivo e não apenas de uma parte da população. Aqueles que atuam e administram o país são os que melhor deveriam conhecer as necessidades e prioridades da população. Por outro lado, também é necessário reavaliar a qualidade do serviço prestado por agências de cooperação internacional em países em crise humanitária. Como Desmangles (2012) mostrou tão bem ao avaliar a situação logo depois do terremoto de 2010, a sensação é que a comunidade internacional estava atuando sem necessariamente enfatizar sobre a qualidade do serviço. O autor descreve a situação da seguinte maneira:

Mais un autre point a retenu mon attention. C'est la rigueur à géométrie variable des actes médicaux. Car l'impression très forte que j'ai ressentie à la suite du séisme est que le plus important pour beaucoup était de vendre l'idée d'actes médicaux administrés à une population en manque, sans réellement mettre de l'importance sur la qualité des soins prodigués. Si des interventions extraordinaires ont été faites, elles ne furent pas légion. Ainsi, mis à part les Israéliens qui d'emblée sont venus avec un matériel performant, la plupart des groupes présents n'avaient en général que de quoi faire des pansements et des amputations. C'est à ce moment que j'ai compris qu'il y a pour les étrangers qui viennent aider, deux médecines: une médecine performante qui coûte cher et qui est réservée aux pays dont sont originaires ceux qui interviennent et une autre, tiers-mondiste, pour les pays comme le nôtre. Ici, on fait des amputations en prévision d'une infection que l'on ne pourra contrôler. Ici, on n'opère pas les fractures fermées de peur des infections postopératoires, mais on n'indique pas au patient qu'il n'a pas eu le meilleur traitement et il s'en va chez lui estropié à vie. Ici, la stérilité d'une salle d'opération

n'est pas respectée et les chirurgiens circulent n'importe où avec leur tenue de salle d'opération, sans aucun remords<sup>27</sup> (DESMANGLES, 2012).

Outro ponto vinculado ao anterior é colocar no lugar certo a pessoa certa. Não se podem esperar resultados em um campo sem pessoas competentes naquele campo. A sugestão que emerge a partir dessa revisão de literatura é que as políticas de saúde e especialmente de saúde sexual e reprodutiva ainda têm um longo caminho a percorrer. É muito importante que o estado haitiano passe a incorporar gestores via concurso, que trabalhem para o estado aqueles melhor qualificados e preparados para a gestão. É necessário abandonar velhas práticas segundo as quais a gestão e administração pública não é profissional e o ingresso no serviço público se dá por critérios baseados no vínculo de amizade e laços de parentesco.

## **2.6 Principais desafios e obstáculos para trabalhar com o campo de saúde sexual e reprodutiva**

Boa parte do que é relatado e discutido nessa seção toma como base conversas com membros do Ministério da Saúde e funcionários do UNFPA que atuam no Haiti. A imagem que emerge dessas conversas confirma o que já foi tratado anteriormente com base na literatura. Segundo essas fontes, além dos problemas operacionais, existem desafios e obstáculos importantes para trabalhar com o tema de saúde sexual e reprodutiva no país. Um primeiro desafio tem a ver com a falta de conhecimento dos direitos. Isso é um problema grave de educação. Como foi mostrado no capítulo 1, a sociedade haitiana gera um percentual significativo de pessoas que não são instruídas. Isso afeta particularmente as mulheres e as meninas, isso justamente está vinculado ao alto grau de desigualdade de gênero existente na sociedade haitiana.

Outro desafio tem a ver com o financiamento do sistema de saúde. Enquanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza um mínimo de 15% de orçamento em saúde, o Haiti investe menos de 5% do seu orçamento no seu sistema de saúde. A média da região latino-americana é de 10%. Como resultado, a saúde depende muito da ajuda

---

<sup>27</sup> Mas outro ponto me chamou a atenção. É o rigor com geometria variável dos atos médicos. Pois a impressão maior que eu senti depois do terremoto é que o mais importante para muitos era vender a ideia de atos médicos administrados à uma população em necessidade, sem colocar importância na qualidade dos serviços prestados. Se intervenções extraordinárias fossem feitas, elas não eram muitas. Fora os israelenses que vieram com bons equipamentos, a maioria dos outros grupos trabalhavam com o mínimo para fazer curativos e amputações. Foi aí quando eu entendi que existe para os estrangeiros que vêm para ajudar, dois tipos de Medicina: Uma que é poderosa, cara que é reservada para os países daqueles que vieram ajudar, e outra do Terceiro Mundo, para países como o nosso. Aqui, as amputações são feitas em previsão de uma infecção que não pode ser controlada. Aqui, não operam fraturas fechadas de medo de infecções pós-operatórias, mas não dizem ao paciente que ele não teve o melhor tratamento e ele vai para casa mutilado para o resto da vida. Aqui, a esterilização de uma sala de cirurgia não é respeitada e os médicos circulam em qualquer lugar com o uniforme da sala de cirurgia, sem nenhum remorso. (Tradução literal).

internacional, que depende por sua vez da conjuntura internacional. Durante uma conversa com *Vavita Leblanc* responsável do setor de saúde reprodutiva do UNFPA no Haiti, ela afirmou que o financiamento para o Haiti diminuiu significativamente nos últimos anos, porque há outras partes do mundo como a Síria e todo o Oriente Médio que exigem muito mais assistência. Este é um grande desafio para um país que não investe suficientemente no seu sistema.

A remuneração dos profissionais de saúde também faz parte da lista dos desafios para trabalhar com esse campo. Eles não são pagos adequadamente, o que gera uma fuga de cérebros importante, e quem fica oferece um serviço “*au rabais*” (com desconto). Outro desafio ainda importante é a coordenação da ajuda internacional: há muitas ONGs que trabalham no país. É preciso ter uma coordenação de tudo isso para que os recursos possam ser melhor usados.

Também falta infraestrutura em geral. Nas instituições de saúde nas áreas rurais, em outros departamentos fora da capital, os centros de saúde são muito distantes. Em algumas comunidades, a pessoa precisa caminhar entre 2 e 3 horas para ir ao centro de saúde mais próximo. Não há nenhuma estrada, há problema de evacuação quando um rio transborda depois de uma chuva pesada por exemplo. Esses são problemas estruturais que não estão estritamente relacionados à saúde, mas estão ligados à arquitetura geral do país, que é muito precária. Como consequência, a saúde especialmente a saúde de mulheres e meninas é muito vulnerável.

Não se pode esquecer que há cada vez mais meninas entre 12 e 13 anos que ficam grávidas. O IHE (2018) mostra que 10% das adolescentes já começaram a sua vida reprodutiva. Isso também é um grande desafio no sentido que essas garotas que engravidam muitas vezes sofrem com a exploração sexual, isto é, muitas delas estão em redes de prostituição, o que também é outro problema importante, afirmou *Vavita Leblanc*.

Outro grande desafio que tem a ver com a governança é a organização do sistema de saúde no nível ministerial, nos níveis central e departamental. A descentralização dos poderes de decisão não é feita corretamente. Existe, portanto, um grande problema de supervisão e gestão ao nível de todo o sistema de saúde.

Junto com esses desafios, existem obstáculos legais e culturais encontrados pelas instituições de saúde que afetam o seu desempenho. O principal obstáculo é a lei relacionada ao acesso a Planejamento Familiar pelos adolescentes. Os adolescentes não podem ir a uma consulta sem estar acompanhados de uma pessoa responsável, o que restringe muito o acesso

a contraceptivos para esse grupo. O quadro legal precisa evoluir em relação aos profissionais de saúde, para que eles possam oferecer um melhor acolhimento aos adolescentes.

Quanto às barreiras culturais, algo que deve ser melhor trabalhado é o receio que as mulheres haitianas têm de usar métodos contraceptivos e terem problemas para engravidar no futuro. No entanto, para avançar nesse campo é preciso superar primeiro os problemas políticos, de gestão e orçamento, que a educação sexual seja uma prioridade, e para isso, é necessário haver muita vontade política.

Outro fator enquadrado como um obstáculo em relação à essa questão é que não existe uma lei específica sobre saúde sexual e reprodutiva no Haiti. Existem os chamados textos de políticas públicas e políticas de saúde, como o Plano Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR), que trata desse tópico. Há também um plano nacional sobre saúde dos adolescentes e dos jovens que também trata desse assunto. Ou seja, o tema é tratado nas políticas nacionais de saúde, mas na estrutura legal em si, não existem necessariamente leis que regulem o campo. Se for desenvolver uma, é importante assegurar que essa lei não impeça o acesso a cuidados para uma determinada categoria da população. Também é fundamental que essa lei dê um tratamento adequado aos profissionais de saúde para que possam trabalhar com segurança.

Merece atenção o fato de que nem todas as mulheres estão conscientes dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Há todo um trabalho educacional a ser feito, pois para poder reivindicar, a mulher precisa estar informada.

Por fim, a questão do acesso e acessibilidade é fundamental no Haiti, já que existem desigualdades que são muito claras entre os departamentos. Tudo está concentrado no departamento do Oeste (a capital). Os demais departamentos são muito mal equipados. Os profissionais de saúde não querem ir para outros departamentos porque não são desenvolvidos, não há infraestrutura, portanto, a qualidade de vida não é boa. Pensando que a acessibilidade também depende do nível econômico da pessoa. As pessoas não têm dinheiro, não têm trabalho. A taxa de desemprego é alta, e entre as mulheres é ainda maior. As mulheres não podem pagar 100.000 *gourdes*<sup>28</sup> para dar à luz em uma maternidade. Elas preferem dar à luz em suas comunidades com pessoas pouco qualificadas.

Há também a questão de aceitabilidade, isto é, nos centros de saúde, o cuidado que é dispensado não é necessariamente aceitável. Existe toda uma série de problema em relação aos direitos humanos nas instituições de saúde. Existem profissionais que, às vezes,

---

<sup>28</sup> Moeda do Haiti.

maltratam pacientes. Portanto, existe um conjunto de problemas sociais e sociológicos que tornam as mulheres muito vulneráveis. Por todos esses problemas, um número significativo de mulheres prefere ficar em sua comunidade para dar à luz. Assim, elas não têm necessariamente acesso à informação sobre questões de planejamento familiar. Às vezes recorrem a situações de aborto clandestino em situações de saúde muito precárias. O que coloca o aborto como a terceira maior causa de mortalidade materna no Haiti.

Segundo avaliação dos profissionais consultados, uma análise aprofundada da situação do aborto no Haiti revela-se difícil porque do ponto de vista legal é crime praticá-lo. Sem dúvida esses dados podem ser subestimados por conta de constrangimentos legais e culturais. De qualquer forma, é óbvio que a taxa de abortos deve ser importante, porque a prevalência contraceptiva no país é relativamente baixa, e o número de gravidezes na adolescência é tão baixo. *Vavita Leblanc* relatou que existe um projeto proposto no parlamento que visa descriminalizar o aborto. Mas não se sabe se será aprovado, não há certeza de que o país esteja pronto para uma descriminalização total. De toda maneira, uma descriminalização mesmo que parcial poderia ser um bom começo.

Outra estratégia que combateria a mortalidade por conta do aborto seria o uso eficiente de contracepção. Como já ressaltado várias vezes ao longo desse texto, no Haiti 38% das mulheres sofrem com necessidades não satisfeitas de planejamento familiar, enquanto apenas 34% usam um método contraceptivo (IHE, 2018). A demanda total de planejamento (necessidades satisfeitas e não satisfeitas) é igual a 72%. No entanto menos da metade dessa demanda é satisfeita.

A questão de cobertura também é um problema no Haiti. O acesso não é universal porque a saúde não é financiada. Só haveria alguma chance de se alcançar um sistema de cobertura universal de saúde se o estado financiasse o atendimento. A maior parte do atendimento, para aqueles que podem fazê-lo, é feito no privado, e mesmo no público, no caso de um atendimento, o paciente deve pagar por sua consulta e deve pagar até mesmo, sua tesoura, seus curativos, seu remédio. TUDO é pago. Portanto, não há cobertura universal de saúde no Haiti. Quem tem acesso à saúde é quem tem meio financeiro para isso. Em outros casos as pessoas recorrem a centros de saúde administrados por ONGs, onde o atendimento é gratuito. Isso explica justamente o porquê a maioria da população vai ao hospital apenas quando está à beira da morte.

Em fim dá para perceber muito claramente a fraqueza do sistema de saúde por conta de um Estado inoperante. Todas as condições são reunidas para o país ter milhares de mortos, e mesmo assim quando alguém morre, a sua vizinhança pensa ainda que inimigos o

mataram. Isso mostra claramente o peso de crenças ancestrais na sociedade haitiana. De qualquer jeito é importante pensar que isso poderia se alterar paulatinamente se a saúde se tornar efetivamente um direito universal e gratuito.

Em síntese, esse relato sobre o sistema geral de saúde do Haiti mostra a incapacidade do Estado de gerenciar o setor. Incompetência da parte do Estado somado a um conjunto de problemas estruturais, no sentido que o Estado é muito fraco para criar iniciativas próprias. No âmbito de sistema misto, o Estado, com pouco poder econômico não tem poder de decisão, e fica à mercê das prestações das instituições internacionais. A Saúde sexual e reprodutiva não escapa dessa situação. Apesar de o tema ser prioritário para o Fundo das Nações Unidas para População (UNFPA), a falta de “management” ao nível nacional impede eventual progresso. Ainda no nível local, as políticas giram mais ao redor do planejamento familiar e menos na esfera dos direitos sexuais e reprodutivos da forma como preconiza o Plano de Ação do Cairo. Na verdade, existe certa ausência da perspectiva do Cairo. Essa ausência está ligada primeiro à falta de pensar as coisas em termos de direitos no sentido mais amplo, de direitos humanos, pois para gozar dos seus direitos, um mínimo de serviços deve estar à disponibilidade da população, e esses serviços devem ser acessíveis. Segundo, mesmo com a disponibilidade dos serviços, a sociedade deve estar ciente dos seus direitos. Como foi visto, em uma sociedade que gera uma população feminina com um nível educacional muito baixo, as mulheres haitianas conhecem muito pouco os seus direitos. Essa falta de conhecimento dos direitos não se restringe aos direitos sexuais e reprodutivos. Todos os direitos ficam ameaçados, especialmente os direitos humanos.

### **CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA E FONTES DE DADOS: O MODELO DOS DETERMINANTES PRÓXIMOS DE BONGAARTS**

A evolução da fecundidade de uma determinada população ou grupo social pode ser estudada com base em censos demográficos, pesquisas amostrais e estatísticas vitais. Nos estudos demográficos, uma pesquisa muito utilizada para fazer esse tipo de análise é a *Demographic Health Survey* (DHS). Por definição, a DHS é uma pesquisa domiciliar de base amostral que coleta informações sobre saúde e características sociodemográficas da população em mais de 90 países em desenvolvimento. Além de retratar a situação sociodemográfica do país, a DHS (ou EDS, *Enquête de Démographie et de Santé*, seu nome original em francês), fornece informações pertinentes sobre planejamento familiar, saúde reprodutiva das mulheres e saúde infantil. No Haiti, essa pesquisa, denominada de *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services* (EMMUS), foi realizada pelo Ministério da Saúde e pelo *Institut Haitien de l'Enfance* (IHE), com o apoio de outras instituições nacionais e internacionais. Até o momento foram realizadas seis pesquisas deste tipo, cuja primeira é datada de 1987. As seguintes foram realizadas em 1994-95, 2000, 2005-2006, 2012 e 2016-17. Este estudo utilizará as edições de 1994-95 e de 2016-17, por serem respectivamente a mais antiga e a mais recente cujos microdados são de acesso público via internet. Cabe ressaltar a facilidade de comparação entre as cinco edições disponíveis. Embora a quinta e a sexta DHS tenham a particularidade de apresentar informações relativas ao terremoto que ocorreu no país em 2010, não perdem comparabilidade com as pesquisas anteriores. Assim, depois de uma análise dos questionários dos anos selecionados, conclui-se que essa pesquisa é a fonte mais adequada para o tratamento de nossas preocupações.

No quarto capítulo, com base nos dados da DHS de 1994-95 e de 2016-17, são analisados os padrões e as principais tendências da fecundidade haitiana. A partir da análise descritiva empregando essa mesma fonte de dados, também se debate a evolução da condição feminina no âmbito privado e público, mediante a caracterização de sua inserção na esfera familiar e laboral. Explora-se também as desigualdades educacionais segundo o sexo, como forma de tecer considerações sobre as oportunidades efetivamente abertas às mulheres. Na sequência, discute-se o acesso à contracepção e a evolução da fecundidade, assumindo-se o pressuposto que uma elevada fecundidade e acesso restrito à contracepção podem restringir a autonomia feminina, bem como diminuir suas chances de efetiva busca de realização para além do espaço doméstico-familiar.

Para tornar factível o nosso terceiro objetivo – *analisar as mudanças no nível da fecundidade, mensurando a influência de cada determinante próximo na variação do nível da fecundidade no Haiti entre 1994-95 e 2016-17* – será utilizado o modelo proposto por Bongaarts (2015). Nos estudos sobre fecundidade, vários fatores são estudados para explicar as diferenças existentes entre as populações (BAY et al., 2003). Esses elementos são, há tempos, chamados de determinantes da fecundidade (HINDE, 1998). Esses últimos são repartidos em duas categorias: os determinantes contextuais ou distantes, abordados nos capítulos iniciais dessa tese, e os determinantes próximos, que serão abordados no capítulo 4. Como se pode deduzir pelo nome, uma característica específica dos determinantes próximos é o seu direto vínculo com a fecundidade.

Por definição, os determinantes próximos são fatores biológicos e comportamentais através dos quais os determinantes contextuais (mais distantes) – que podem ser econômicos, ambientais, sociais e culturais - impactam a fecundidade (BONGAARTS, 1978; 1982; 2015). De modo geral, a ideia do modelo é investigar o quanto cada fator contribui para diminuir a fecundidade. Chamados também de variáveis intermediárias da fecundidade, os determinantes próximos foram descritos pela primeira vez por Kingsly Davis e Judith Blake (*apud* BONGAARTS, 1978; 1982) durante a segunda metade da década. De 1956 até 2015, várias modificações foram realizadas para melhorar o modelo original. No final das décadas 1970 e início de 1980, Bongaarts (1978; 1982), a fim de simplificar o modelo precedente, fez alguns ajustes definindo um conjunto de 8 variáveis divididas em 3 grandes eixos:

1. Os fatores de exposição, que têm a ver com a proporção de mulheres casadas;
2. Fatores de controle deliberado da fecundidade marital, que é composto pela contracepção e o aborto induzido, e,
3. Fatores de fecundidade marital natural que agrupam a infertilidade devido à lactância, a frequência de relações sexuais, a esterilidade, a mortalidade intrauterina espontânea e duração do período fértil (BONGAARTS, 1982).

Como tem enfatizado o autor, cada uma dessas variáveis impacta e conjuntamente determina o nível da fecundidade. No entanto, não é necessário atribuir a mesma importância a todas as variáveis para estudar o fenômeno. Assim, seguindo as revisões de Bongaarts (1978); Bongaarts e Potter (1983) e Bongaarts (2015), as possíveis variações na fecundidade são devidas a quatro determinantes próximos, cada um deles sendo sintetizado em um índice: casamento ou coabitação, contracepção, aborto induzido e infertilidade pós-parto.

Como foi mencionado, o modelo trata cada determinante próximo como um fator redutor da fecundidade. Cada índice pode variar entre 0 e 1, dependendo do nível de redução.  $C_m$  é o índice de casamento e é igual a 1 se todas as mulheres em idade reprodutiva são casadas ou coabitam, e 0 se nenhuma for casada ou coabitante. O modelo original dos determinantes próximos de Bongaarts calcula o índice de casamento ( $C_m$ ) pela seguinte fórmula:

$$C_m = \frac{\sum m(a)fm(a)}{\sum fm(a)}$$

Onde:  $f_m(a)$  é a taxa específica de fecundidade marital e  $m(a)$ , a proporção de mulheres casadas ou que estão em coabitação em cada faixa etária reprodutiva. Deve-se ressaltar que no cálculo da fecundidade marital considera-se no numerador o número de nascidos vivos nos últimos 12 meses; e no denominador apenas as mulheres casadas ou coabitantes.

$C_c$  é o índice de contracepção. Ele varia entre 0, no caso de todas as mulheres expostas ao risco de engravidar usarem contracepção, e 1, na ausência de uso de contracepção por essa população. Se todas as mulheres casadas/coabitantes que utilizam um método contraceptivo não são infecundas, o índice de contracepção pode ser estimado pela seguinte fórmula:

$$C_c = 1 - 1,08 ue$$

Onde  $u$  é a proporção de mulheres casadas/coabitantes que usam contracepção em cada faixa etária específica, e  $e$  seria a efetividade média de uso de contracepção, sendo 1,08 uma constante, que é a proporção média das mulheres fecundas.

$C_a$  é o índice de aborto provocado – igual a 1 se não há nenhum caso de aborto; e 0, se todas as gravidezes fossem abortadas. De acordo com Bongaarts (1978), na ausência de contracepção, 0,4 nascimentos são evitados por conta de aborto induzido, enquanto 0,8 são evitados pela mesma razão no caso de uso moderado de contracepção. Para generalizar, o número de nascimentos evitados pelo aborto induzido é calculado pela seguinte fórmula:

$$b = 0,4 (1 + u)$$

Onde  $b$  é o número de abortos induzidos. Teoricamente,  $u$  deveria ser a proporção de mulheres protegidas pela contracepção entre aquelas que tiveram um aborto induzido. Como essa informação é dificilmente disponível,  $u$  é substituído pelo número de mulheres casadas usando algum tipo de método contraceptivo. Uma vez que estimamos o valor de  $b$ , o índice de aborto provocado pode ser calculado pela fórmula:

$$Ca = \frac{TFR}{TFR + bTA}$$

Onde, TFR é a taxa de fecundidade total;  $b$  é o número de nascimentos evitados pelo aborto induzido; e TA é a taxa total de aborto, ou seja, o número médio de abortos que teria uma mulher ao final do seu período reprodutivo. Essa taxa é raramente disponível ou conhecida, sobretudo, nos países em desenvolvimento e em países onde o aborto é proibido pela legislação. Portanto, é comum assumir que o índice de aborto provocado é igual a 1. Logo, nessas situações se assume que não há nenhum caso de aborto.

$C_i$ , o índice de infertilidade pós-parto, é igual a 1 se a amamentação e a abstinência pós-parto não ocorrem, e 0, caso muito improvável, se a amamentação e a abstinência durassem para sempre. Sabe-se que o intervalo de infertilidade temporária ocorre imediatamente após o nascimento. Na ausência de amamentação, esse intervalo dura em média 1,5 meses. Segundo a literatura, uma mulher tem chance de engravidar de 5 a 10 meses após a sua última gravidez. Ou seja, uma nova gravidez pode ocorrer em média após 7,5 meses desde o último parto. Nos casos em que há um aborto espontâneo, a duração média para que a mulher consiga engravidar de novo é de 2 meses. Geralmente, 9 meses seria a duração de uma gravidez normal. Partindo desse pressuposto, na ausência de amamentação, a duração média do intervalo de tempo transcorrido entre um nascimento e outro seria igual a:

$$1,5 + 7,5 + 2 + 9 = 20 \text{ meses}$$

Considerando a amamentação, esse intervalo seria igual à soma da duração média do período não fértil mais  $7,5 + 2 + 9 = 18,5$  meses.

A razão entre aduração média do intervalo de nascimento sem amamentação e com amamentação, resultaria no índice de infertilidade pós-parto:

$$Ci = \frac{20}{18,5 + i}$$

Onde  $i$  é o número médio em meses de infertilidade pós-parto. Em síntese, essa é a ideia geral do modelo original dos determinantes próximos da fecundidade tal como elaborado por Bongaarts.

Como foi dito anteriormente, a necessidade de melhorar o modelo original cresceu muito ao longo do tempo (BONGAARTS, 2015). Sendo assim, em um primeiro momento, Bongaarts e Potter (1983) propuseram outra versão que permite explorar como os determinantes próximos se comportam em cada grupo etário quinquenal. Essa revisão segue a mesma estrutura do modelo precedente. Todavia, a principal vantagem deste resulta no fato de que leve em conta a estrutura etária da população a ser estudada (CASTERLING; SINGH; CLELAND, 1984; HOBcraft; LITTLE, 1984; SINGH; CASTERLINE; CLELAND, 1985 *apud* BONGAARTS, 2015). Ou seja, os índices que explicam a variação na fecundidade foram calculados levando em conta as taxas específicas de fecundidade marital. Com essa modificação, o cálculo do índice passa a ser:

$$f(a) = Cm(a)Cc(a)Ci(a)Ca(a)ff(a)$$

Onde  $f(a)$  é a taxa específica de fecundidade; e  $ff(a)$  é um valor máximo que a taxa específica poderia alcançar. Ela também pode ser chamada de taxa de fecundidade das “huteritas”. Na prática, ela é estimada a partir da fórmula acima, após já termos conhecido os índices  $Cm(a)$ ,  $Cc(a)$ ,  $Ci(a)$  e  $Ca(a)$ :

$$ff(a) = \frac{f(a)}{Cm(a)Cc(a)Ci(a)Ca(a)}$$

Nessa revisão, os autores assumem que o índice de casamento é igual à proporção das mulheres casadas:

$$Cm(a) = m(a)$$

O índice de contracepção é dado dessa vez pela fórmula:

$$Cc(a) = 1 - r(a)u(a)e(a)$$

Onde  $u(a)$  é a prevalência de contracepção das mulheres,  $e(a)$  a efetividade média do uso de contracepção, e  $r(a)$  é a fecundidade ajustada em cada faixa etária.

Vale a pena ressaltar que tanto a efetividade média do uso do método contraceptivo  $e(a)$ , quanto a fecundidade ajustada  $r(a)$  são constantes, ou seja, são valores já assumidos pelo próprio modelo estimados a priori por Bongaarts e Potter (1983). Quanto aos índices de infertilidade pós-parto  $Ci(a)$  e de aborto  $Cc(a)$ , eles seguem a mesma estrutura da versão anterior, usando a lógica das taxas específicas, onde:

$$Ci(a) = \frac{20}{18,5+i(a)} \quad e \quad Ca(a) = \frac{f(a)}{f(a)+b \cdot ab(a)}$$

Sendo que  $i(a)$  representa a duração média da infertilidade pós-parto,  $ab$ , é a taxa de aborto por grupo etário; e  $b$ , o número de nascimentos evitados pelo aborto.

Stover (1998) sugeriu outra revisão, mantendo o uso das taxas específicas e acrescentando alguns ajustes sobre o cálculo de certos índices, mais especificamente, aqueles de casamento  $Cm(a)$  e de contracepção  $Cc(a)$ . Além disso, o autor incluiu um novo índice: o de esterilidade.

Para calcular o índice de casamento, o modelo original de Bongaarts considerou a atividade sexual das mulheres casadas e aquelas que estão em união consensual na população a ser estudada. A proposta de Stover (1998) era, no cálculo desse índice, estimar a proporção de mulheres que estão exatamente expostas ao risco de engravidar, independentemente de seu status marital. Para calcular essa proporção, o autor tem considerado as mulheres que tiveram relação sexual no último mês, que estão grávidas e que estão no período de infertilidade pós-parto, excluindo as mulheres que não se enquadram nesses critérios.

De acordo com Stover (1998), o nível de uso dos métodos contraceptivos tem crescido ao longo do tempo. Portanto, a proporção do seu uso que se sobrepõe com o período de infertilidade pós-parto se torna mais significativa, sobretudo, nas sociedades cuja duração da amamentação e abstinência é longa (STOVER, 1998). Ao calcular a prevalência de uso de contracepção, um input necessário para se chegar ao valor do índice  $Cc(a)$ , Stover (1998) exclui os casos em que há sobreposição entre uso de contracepção e infertilidade pós-parto. Ele assume que a mulher estará temporariamente infértil por conta da amenorreia, e não por conta do uso de contracepção. Quanto aos índices de infertilidade pós-parto e de aborto induzido, praticamente não houve mudanças significativas em relação ao modelo precedente.

Recentemente, Bongaarts (2015) defendeu certos ajustes no modelo original considerando as revisões de Bongaarts e Potter (1983) e de Stover (1998). Como foi ressaltado, todos os modelos tratam os determinantes próximos como fatores que restringem a fecundidade (BONGAARTS, 2015). Todavia, a principal contribuição da versão mais recente do modelo de Bongaarts (2015) está no cálculo dos índices de casamento e contracepção, e na utilização do peso para calcular cada índice.

Bongaarts (2015) rebatiza o índice de casamento como índice de exposição sexual. Ao invés de considerar apenas as mulheres casadas/coabitantes na construção desse índice, ele inclui: mulheres casadas ou em união, e as demais independente do seu estado marital, que tenham tido relação sexual no último mês, que estão grávidas, que estão no período de infertilidade pós-parto e que usam algum método contraceptivo. Assim, o índice de exposição sexual  $Cm(a)$  segundo essa recente revisão será igual a:

$$Cm(a) = m(a) + ex(a)$$

No caso,  $m(a)$  é a proporção das mulheres casadas e em união e  $ex(a)$ , a proporção de mulheres sexualmente ativas independentemente de seus status marital. Ou seja, a proporção das mulheres expostas ao risco de engravidar.

No que diz respeito ao índice de contracepção, Bongaarts (2015) considera a variação da efetividade do método contraceptivo. Um detalhe a esclarecer aqui, é que enquanto a revisão de Stover (1998) considerava a sobreposição entre o uso de contracepção e amenorreia, Bongaarts (2015) considera a sobreposição entre infertilidade pós-parto, que pode ser devido à amamentação ou abstinência, e uso de contracepção. Assim, o índice de contracepção é calculado da seguinte maneira:

$$Cc(a) = 1 - r(a)(u(a) - o(a))e(a)$$

Onde  $r(a)$  é a fecundidade ajustada em cada faixa etária,  $u(a)$  a prevalência contraceptiva,  $o(a)$  período de sobreposição entre a prevalência contraceptiva e a infertilidade pós-parto,  $e(a)$  a efetividade do método contraceptivo. Vale sublinhar aqui uma vez que esse ajuste de Bongaarts (2015) considera a sobreposição entre infertilidade pós-parto e o uso de contracepção, é de se esperar que a contribuição da infertilidade pós-parto tenha sua importância mais enfatizada, enquanto a importância da contracepção é por essa razão levemente subestimada. O método tal como formulado considera que uma mulher que está no

seu período de infertilidade pós-parto e também faz uso de um método contraceptivo, toma-se apenas o período de infertilidade pós-parto como suficiente para evitar gravidez. Como veremos no capítulo 4, apesar de certas mudanças ao longo do período analisado, a contribuição da infertilidade pós-parto permanece o fator que mais contribui para que a fecundidade não atinja o seu potencial máximo no Haiti.

Em Boongarts (2015), não houve revisão para o cálculo dos índices de infertilidade pós-parto e de aborto. Hinde (1978) ao explicar o efeito do período de abstinência sobre a infertilidade pós-parto mostra que a duração da abstinência é relativamente menor em relação a da amamentação. Isso é devido ao curto ou insignificante período que a mulher não tem relação sexual após o nascimento do filho. Hinde (1978) propõe usar apenas a duração média da amamentação para calcular o índice de infertilidade pós-parto. Esse trabalho utilizará esse critério para o cálculo deste índice.

Resumindo, essa tese utilizará a versão mais recente do modelo de determinantes próximos proposto por Bongaarts (2015). Abaixo, é apresentado o conjunto de fórmulas empregadas no cálculo de cada um dos índices referentes aos determinantes próximos por faixa etária.

$$\text{Índice de exposição sexual: } Cm(a) = m(a) + ex(a)$$

$$\text{Índice de contracepção: } Cc(a) = 1 - r(a)(u(a) - o(a))e(a)$$

$$\text{Índice de infertilidade pós-parto: } Ci(a) = \frac{20}{18,5+i(a)}$$

$$\text{Índice de aborto: } Ca(a) = \frac{f(a)}{f(a)+b ab(a)}$$

O conjunto de fórmulas acima mensura o impacto de cada determinante próximo nas respectivas taxas específicas de fecundidade. Para ter uma visão global sobre o efeito de dos determinantes próximos sobre a taxa de fecundidade total, é necessário construir índices agregados (válidos para a população 15-49 anos). Teríamos essa visão apenas somando os índices por faixa etária já conhecidos, mas o índice varia de acordo com a contribuição do número de mulheres expostas em cada faixa etária. Daí a importância da utilização de pesos relativos no cálculo dos índices, que nada mais é do que a ponderação dos índices por faixa etária pela distribuição relativa das mulheres expostas ao risco por faixa etária (BONGAARTS, 2015). Assim, considerando o peso, cada índice será calculado usando as seguintes fórmulas:

$$C_m = \sum C_m(a) * W_m(a),$$

Onde  $C_m(a)$  é a proporção das mulheres que são expostas ao risco de engravidar, e  $W_m(a)$ , a contribuição relativa da fecundidade das mulheres expostas em cada faixa etária. O peso será dado pela fórmula seguinte:

$$W_m(a) = \frac{f_m(a)}{\sum f_m(a)}$$

Assim,  $f_m(a)$  seria a taxa específica de fecundidade das mulheres expostas em cada faixa etária.

O índice de contracepção será:

$$C_c(a) = \sum C_c(a)W_c(a)$$

Onde  $C_c(a)$  é a proporção de mulheres expostas a um determinado método contraceptivo em cada faixa etária, e  $W_c(a)$ , o peso relativo das mulheres que usam aquele método naquela faixa etária. O peso neste caso é dado pelo quociente da fecundidade natural (fecundidade das huteritas) em cada faixa etária e a fecundidade natural total:

$$W_c(a) = \frac{f_n(a)}{\sum f_n(a)}.$$

Por fim, os índices de infertilidade pós-parto e de aborto são determinados respectivamente das seguintes maneiras:

$$C_i = \sum C_i(a)W_i(a)$$

$$C_a = \sum C_a(a)W_a(a)$$

A fecundidade total será calculada pela fórmula:

$$TFR = \sum C_m(a)C_c(a)C_i(a)C_a(a)ff(a), \text{ por conseguinte}$$

$$TFR = C_m C_c C_i C_a TF$$

Vale recordar que  $ff(a)$  é a taxa específica de fecundidade máxima que poderia ser observada em uma população na ausência de qualquer controle e a TF é a taxa de fecundidade natural total, dada pela somatória das  $ff(a)$ .

Quase todas as variáveis a serem usadas, apesar de serem variáveis derivadas, estão disponíveis na DHS. Como já afirmado anteriormente, a fecundidade ajustada por faixa etária  $r(a)$ , e a efetividade média do uso de contracepção  $e(a)$ , dois dos inputs do modelo, se baseiam em valores constantes. Abaixo, são apresentados os valores assumidos como constantes,  $r(a)$  na Tabela 3 e  $e(a)$  na Tabela 4:

**TABELA 3** – Valores de  $r(a)$  assumidos como constantes por faixa etária reprodutiva

Idade	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
$r(a)$	0,66	0,81	0,99	1,08	1,14	1,26	1,62

Fonte: Bongaarts (2015).

**TABELA 4** – Valores de  $e$  assumidos como constantes (por método)

Método	Efetividade ou $e(a)$
Pílula	0,99
Esterilização	1,00
Abstinência	1,00
Dispositivo Intrauterino (DIU)	0,99
Abstinência periódica (tabelinha)	0,80
Outros métodos modernos	0,99
Outros métodos tradicionais	0,70
Diafragma/espuma/creme/geléia	0,87
Outro	0,90

Fonte: Bongaarts (1978) e Bongaarts e Potter (1983) *apud* Hinde (1978).

A seguir, as principais variáveis a serem utilizadas:

**TABELA 5** – Variáveis selecionadas para a aplicação do modelo de Bongaarts (2015)

Índice	Variáveis utilizadas como inputs para o cálculo dos índices	Número da variável na DHS	
		1994-95	2016-17
Exposição sexual Cm(a)	Mulheres casadas e em união m(a)	V501	V501
	que usam contracepção	V312	V312
	que são grávidas	V213	V213
	que tiveram relação sexual no último mês	V528	V536
	que tiveram no período de inf. pós-parto (amamentação e abstinência)	V404, V406	V404, V406
Contracepção Cc(a)	Prevalência contraceptiva u(a)	V312	V312
	Sobreposição (overlap) entre uso de contracepção e infertilidade pós-parto o(a)	V312, V404	V312, V404
	Efetividade média do uso de contracepção e(a)	Constante	Constante
	Fecundidade ajustada r(a)	Constante	Constante
Infertilidade pós-parto Ci(a)	Amamentação	M4\$1	M4\$1
Aborto Ca(a)	Número de abortos provocados	S211a	S238BA

Fonte: DHS (1994-95; 2016-17).

## CAPÍTULO 4 – DETERMINANTES DA FECUNDIDADE NO HAITI: UMA ANÁLISE DO NÍVEL E DO PADRÃO

No Capítulo 1 deste trabalho, foi realizada uma revisão da formação de família e a importância de ter filho na sociedade haitiana considerando as crenças religiosas, tentando mostrar se existe uma estrutura de oportunidades abertas às mulheres em idade reprodutiva no país. O Capítulo 2 foi dedicado à revisão das políticas de planejamento familiar e de saúde reprodutiva dentro do sistema geral de saúde do Haiti. A ideia era tentar captar possível vínculo entre a ideologia da sociedade haitiana sobre ter filhos e o que está sendo feito na prática no sistema de saúde - o que teria um impacto na fecundidade. Essa análise de contexto no qual a mulher está imersa nos permite compreender as linhas mestras do que Boongarts chama de “determinantes indiretos” ou “distantes” da fecundidade. Aqueles que dizem respeito à situação econômica e sociocultural da sociedade – aqui incluídos os valores.

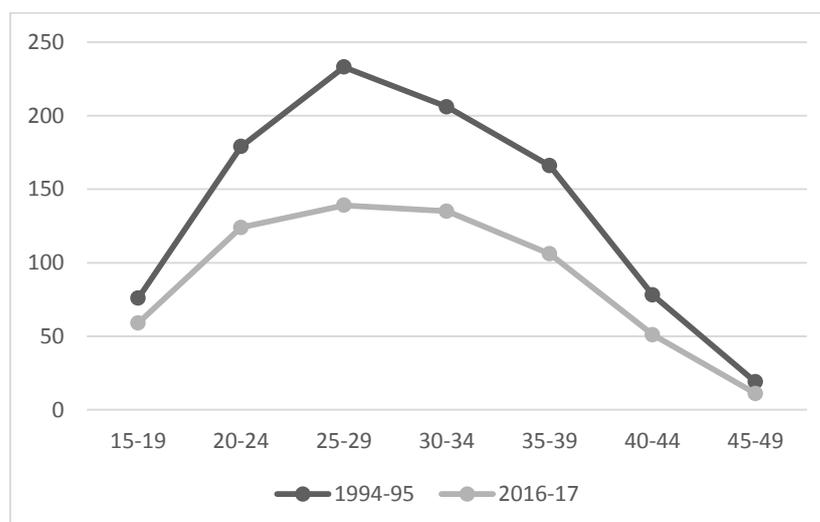
De fato, até os dias atuais, a ideia de não querer ter filhos voluntariamente no Haiti é bastante rara. Aliás, as mulheres sem filhos são malvistas no país. Elas são chamadas de “bambou mal”, uma planta que possui diversas utilidades que vão da arte e decoração à construção rústica. Porém, um ponto a se destacar é a ideia de que o bambou é uma árvore que não dá frutos. Há também um ditado popular haitiano dizendo que *se paw ki diw verite*, isto é, “quem é seu que te diz a verdade”. Esse ditado é frequentemente dito a pessoas – em geral mulheres – que não tem filhos. A ideia que está por trás disso é que apenas os filhos estarão ao seu lado e irão te socorrer em momentos de maior necessidade decorrentes de enfermidades ou do envelhecimento. Espera-se dos filhos que apoiem seus pais oferecendo-lhes cuidado, companhia, suporte econômico e emocional.

A taxa de fecundidade observada no Haiti em 2016/17 – 3 filhos por mulher – é o produto final de certa configuração cultural somado ao acesso ainda limitado a métodos contraceptivos.

Além dos determinantes contextuais analisados nos capítulos 1 e 2, existem outros elementos que podem impactar a fecundidade, como foi abordado no capítulo 3. Estes fatores são chamados de determinantes próximos da fecundidade e possuem um vínculo mais direto com o fenômeno. É através deles que os determinantes contextuais, ou mais distantes, impactam a reprodução. Este quarto capítulo se dedica à análise dos determinantes próximos tentando descobrir o peso de cada um deles na fecundidade total, além de analisar as mudanças no padrão da fecundidade.

O Gráfico 8 apresenta as taxas de fecundidade por faixa etária no Haiti nos dois anos analisados. No que diz respeito ao nível, é claro que a fecundidade diminuiu ao longo do tempo em todas as faixas etárias. Em 1994-95, a cúspide da fecundidade estava claramente concentrada no grupo 25-29 anos. Já em 2016-17, observa-se praticamente um platô entre as idades de 20 a 34 anos. As mulheres jovens (15 a 24 anos) respondiam por 20,7% da fecundidade em 1994-95. Com a relativa perda de importância da contribuição do grupo 25-29 anos, as mais jovens (15-24 anos) passam a responder por 23% da fecundidade total em 2016-17 (Tabela 6). Tal como se pode vislumbrar na última coluna da tabela 6, a fecundidade sofre uma importante diminuição proporcional em todos os grupos etários, sendo mais sentida no grupo 25-29 anos, onde a taxa específica de fecundidade sofre uma queda de 41% entre 1994-95 e 2016-17. Nos demais grupos, a queda proporcional esteve entre 27,5% e 38%. Entre as adolescentes (15-19 anos), o declínio das taxas específicas é menos intenso em relação às demais mulheres.

**GRÁFICO 8** – Taxa de fecundidade no Haiti em 1994-95 e 2016-17, por 1000 mulheres



Fonte: Cayemittes et al. (1995) e IHE (2018).

**TABELA 6** – Comparação das taxas específicas de fecundidade e da contribuição de cada grupo etário para a taxa de fecundidade total em 1994-95 e 2016-17

Idade	TEF 1994-95	Contribuição do grupo etário na TFT (1994-95)	TEF 2016-2017	Contribuição do grupo etário na TFT (2016-17)	Diminuição observada nas TEF entre 1994-95 e 2016-17 (%)
15-19	0,0385	4,1	0,0277	4,6	28,1
20-24	0,1555	16,6	0,1111	18,4	28,5
25-29	0,2242	23,9	0,1326	21,9	40,9
30-34	0,2087	22,3	0,1349	22,3	35,4
35-39	0,1748	18,6	0,1115	18,4	36,2
40-44	0,1137	12,1	0,0705	11,7	38,0
45-49	0,0225	2,4	0,0163	2,7	27,5
Total	4,69	100	3,02	100	35,5

Fonte: DHS (1994-95; 2016-17).

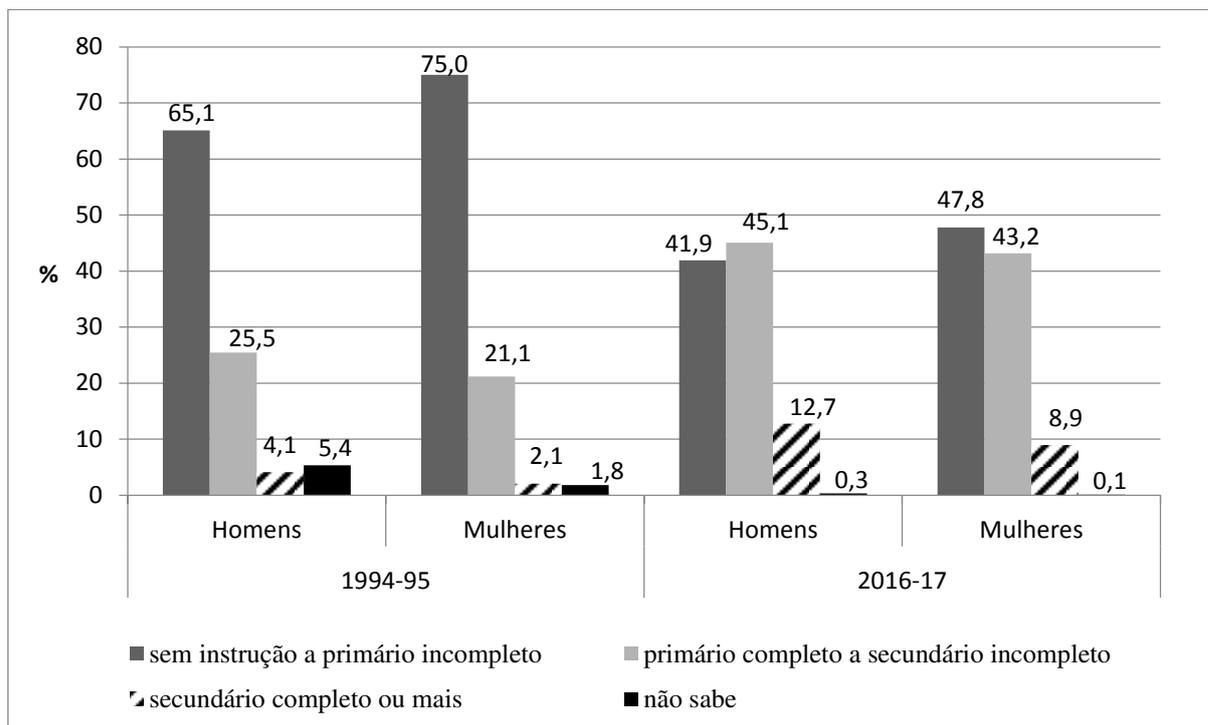
Como foi descrito no capítulo precedente, segundo o modelo de Bongaarts (2015) quatro fatores podem explicar as variações no nível da fecundidade. Esses quatro elementos desempenham um papel importante na exposição ao risco de engravidar e, conseqüentemente, sobre a fecundidade. São eles: a união, o uso de contracepção, a infertilidade temporária pós-parto e o aborto. No entanto, existem outros fatores que não fazem parte do modelo, mas também explicam alguma maneira o nível da fecundidade em uma dada população. Neste trabalho, considera-se a escolaridade das mulheres, a situação de domicílio e a religião.

#### **4.1 Escolaridade**

O setor formal do sistema educativo haitiano é subdividido em 4 níveis hierárquicos (MENFP, 2010): 1) a pré-escola, destinada às crianças de 3 a 5 anos, que não tem caráter obrigatório; 2) o primário que tem duração de seis anos e teoricamente é o único nível obrigatório; 3) o secundário que exige sete anos de estudo; 4) o ensino superior ou estudos universitários. O setor formal também inclui uma quinta modalidade de estudos: a educação profissional, que seriam os cursos técnicos de capacitação. O indivíduo que se encontra nessa quinta modalidade já teria concluído, ou estaria cursando um dos níveis precedentes.

As pesquisas da DHS classificam o nível de escolaridade no Haiti em sete categorias (primário completo; primário incompleto; secundário completo; secundário incompleto; superior; sem instrução; e não sabe). Para facilitar a análise, essa variável foi reclassificada em três grandes categorias: 1. Sem escolaridade a primário incompleto; 2. Primário completo a secundário incompleto; 3. Secundário completo e mais. Entre 1994-95 e 2016-17, a proporção de mulheres de 15+ anos sem instrução a primário incompleto declinou de 75% para 47,8%. Em compensação, houve um aumento do percentual de mulheres de 15+ anos que possuem primário completo a secundário incompleto (21,1% em 1994-95 e 43,2% em 2016-17). Quanto àquelas com nível secundário completo ou mais, o percentual cresceu, passando de 2,1% a 8,9% entre 1994-95 e 2016-17 (Gráfico 9). Percebe-se que, de modo geral, apesar de certa melhoria na educação das mulheres haitianas de 15+ anos, a maior parte pertence ao grupo sem instrução a primário incompleto.

**GRÁFICO 9** – Distribuição da população haitiana de 15+ anos segundo nível de escolaridade por sexo em 1994-95 e 2016-17



Fonte: DHS (1994-96; 2016-17) (Microdados dos membros do domicílio).

Quando se atenta para a comparação entre os sexos, em 1994-95, enquanto 75% das mulheres de 15+ anos se encontraram na categoria sem escolaridade a primário incompleto, 65,1% dos homens de mesmo recorte etário se encontravam nessa categoria. Para o mesmo ano, 25,5% dos indivíduos de sexo masculino possuíam ensino primário completo a secundário incompleto. As mulheres dessa categoria representavam 21,1%. Quanto ao ensino secundário completo ou mais, os homens representavam 5,4%, enquanto apenas 2,1% das mulheres se enquadravam nessa categoria (Gráfico 9).

Em 2016-17, o gap entre os sexos diminuiu consideravelmente entre todos os níveis. Entre elas, 47,8% pertencem ao grupo sem instrução a primário incompleto, ao passo que entre eles, 41,9% se encontram nessa situação. Para o nível primário completo e secundário incompleto, 45,1% dos homens se enquadraram nessa categoria, enquanto entre as mulheres, são 43,2%. Apesar de certa diminuição do gap educacional entre os sexos ao longo do período analisado, as mulheres estão em desvantagens em relação aos homens – tendência que permanece no nível secundário completo ou mais, onde 12,7% dos homens atingiram esse patamar educacional, em contraste com apenas 8,9% das mulheres (Gráfico 9).

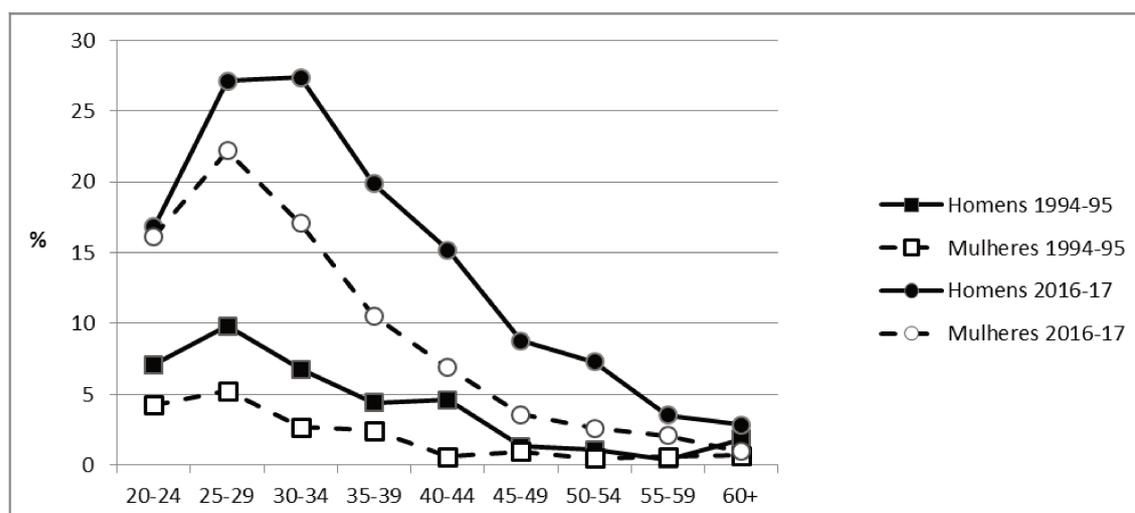
Apesar da desigualdade educacional que existe entre homens e mulheres, o avanço das mulheres do ponto de vista educacional é evidente. Todavia, o baixo nível

educacional da população de 15+ anos de ambos os sexos é consequência de um sistema educativo excludente, que impõe severas barreiras à escolarização dos mais vulneráveis. A educação pública está longe de oferecer uma cobertura que assegure o acesso a todos os cidadãos. Boa parte das instituições educacionais é privada, o que por vezes torna economicamente insustentável para as famílias manter seus filhos na escola.

Ademais, no sistema educativo haitiano existe um exame oficial durante o último ano do secundário (ciclo final de 7 anos) denominado “Baccalauréat”. Para facilitar a compreensão, ele seria em parte comparável ao Exame Nacional do Ensino Médio-ENEM no Brasil. Ser aprovado neste exame é condição necessária para o ingresso na universidade. Por outro lado, ele não garante por si só uma vaga na universidade, pois todos os candidatos aprovados no “Baccalauréat” devem ainda se submeter a uma espécie de vestibular. Na ausência de uma “boa” escola, a chance de reprovar neste teste é muito grande.

Em um pesquisa realizada sobre transição para a vida adulta dos jovens haitianos na cidade de São Paulo, já foi ilustrado que o “Baccalauréat” representa um obstáculo à continuidade dos estudos de muitos jovens haitianos (BAPTISTE, 2015). Sem a aprovação neste exame, os jovens veem estancadas todas as chances de progressão educacional e de qualificação profissional de nível universitário. Como foi ressaltado pela autora, a sensação é de que se tem no Haiti uma “dupla peneira” constituída pelo “Baccalauréat” e o vestibular. Os jovens haitianos percebem o “Baccalauréat” como um mecanismo de exclusão social, pois estudantes provenientes de escolas confessionais – a maioria de congregações religiosas e com maior rigor educacional e disciplinar – geralmente têm melhor desempenho no “Baccalauréat”, enquanto os demais tendem a ser rejeitados (BAPTISTE, 2015). Cabe destacar que essa situação não afeta exclusivamente às mulheres. Todavia, em um contexto no qual muitas vezes as famílias precisavam optar acerca de qual filho deveria receber investimentos, somado a um cenário onde as mulheres desde muito cedo constroem suas diretrizes de vida ao redor de projetos de constituição de família, o desfecho tende a ser a manutenção de um gap educacional favorável aos homens. Essa tendência geral pode vir a ser questionada pelas gerações mais jovens. De acordo com o gráfico 10, na faixa etária 20-24 anos em 2016-17, praticamente o mesmo percentual de moças e rapazes atingiu o nível educacional mais elevado aqui considerado (secundário completo ou mais). Na faixa 25-29 anos, embora os homens mantenham vantagens sobre as mulheres para aquele mesmo ano, nota-se que o gap é menor do que entre os grupos etários subsequentes.

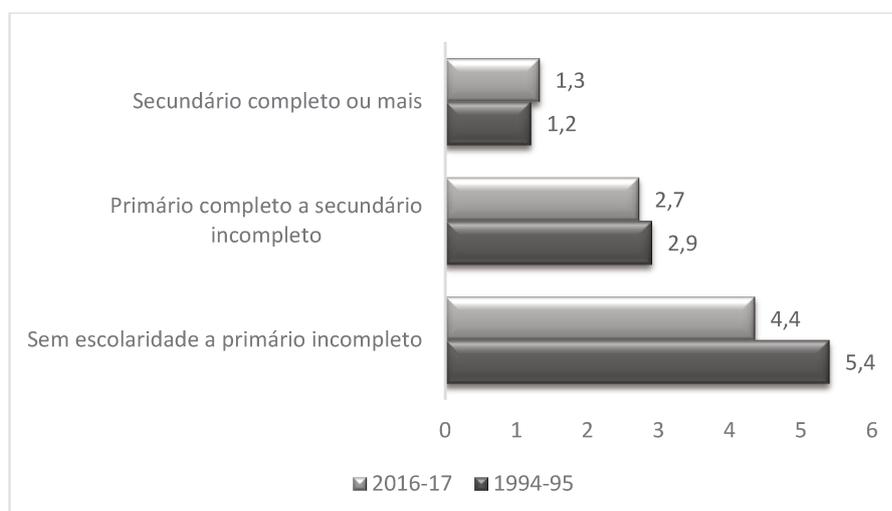
**GRÁFICO 10** – Proporção de homens e mulheres com secundário completo ou mais segundo grupo etário quinquenal em 1994-95 e 2016-17



Fonte: DHS (1994-96; 2016-17). (Microdados dos membros do domicílio).

A educação é reconhecida como um determinante clássico da fecundidade. A literatura sobre fecundidade já mostrou há muito tempo evidências de que o número de filhos tende a cair com o aumento do nível de instrução da mulher. Aliás, a escolaridade das mulheres é um elemento fundamental da transição da fecundidade. Essa hipótese é também válida para o caso haitiano. O Gráfico 11 apresenta as taxas de fecundidade das mulheres haitianas de acordo com a escolaridade. Primeiro, nota-se uma tendência de redução nas taxas de fecundidade das mulheres das categorias sem escolaridade a primário incompleto; e primário completo a secundário incompleto. Nessa primeira categoria, a taxa de fecundidade passou de 5,4 filhos por mulher em 1994-95 para 4,4 filhos por mulher em 2016-17. A fecundidade das mulheres com ensino primário completo e secundário incompleto passou de 2,9 para 2,7 filhos por mulher no mesmo período. Quanto às mulheres com nível secundário ou mais, a mudança foi quase insignificante (1,2 em 1994-95 contra 1,3 filhos por mulher em 2016-17) (Gráfico 11). Essa tendência observada na fecundidade das mulheres em relação à escolaridade segue a lógica da região latino-americana e caribenha na medida em que o ritmo da redução da fecundidade já é maior entre os grupos mais desfavorecidos (CHACKIEL; SCHKOLNICK, 2003).

**GRÁFICO 11** – Taxa de fecundidade no Haiti de acordo com o nível educacional atingida: 1994-95 e 2016-17



Fonte: DHS (1994-95; 2016-17). (Microdados referentes a mulheres em idade reprodutiva).

#### 4.2 Situação laboral

Nessa tese não se apresenta as taxas de fecundidade segundo ocupação, pois se assume que a ocupação é algo que se altera com maior frequência do que a escolaridade e está altamente correlacionada com essa última. Ainda assim, julga-se pertinente qualificar a inserção laboral feminina e compará-la com a masculina, por ser um dado de contexto que evidencia o grau de autonomia econômica das mulheres.

Em sociedades nas quais houve ampla difusão do ensino superior e da participação feminina no mercado de trabalho, a fecundidade sofreu mudanças significativas. De fato, a população haitiana feminina vivenciou algumas mudanças no mercado de trabalho. Entre 1994-95 e 2016-17, nota-se um aumento da população feminina (15-49 anos) que desempenhou alguma atividade econômica. Esse percentual passou de 38% para 44% entre os dois anos estudados. Esse dado mostra que mesmo com uma tendência de aumento, mais da metade da população feminina haitiana não desempenha nenhuma atividade econômica. Há pelo menos três hipóteses que poderiam nos ajudar a compreender o porquê a atividade econômica ainda é relativamente baixa entre as mulheres: 1) elas podem ter procurado exercer uma atividade remunerada e não conseguiram; 2) elas podem estar exercendo trabalho, mas essa atividade não é remunerada ou reconhecida como uma contribuição econômica; 3) a persistência de uma divisão sexual do trabalho relativamente rígida, na qual existe a expectativa de que a prioridade da mulher seja o cuidado e as tarefas domésticas, enquanto a prioridade do homem seja ser o provedor econômico da família.

A participação masculina (15-49 anos) passou de 64% para 66% no período analisado. Percebe-se, portanto, que eles têm um nível de participação bem superior ao das mulheres.

A inserção feminina é maior nos setores de vendas e serviços (Gráfico 12). Isso praticamente não muda ao longo do tempo, o que expressa em grande medida a precariedade laboral entre as mulheres haitianas, pois sabe-se que nessa categoria o que se sobressai são as vendedoras ambulantes.

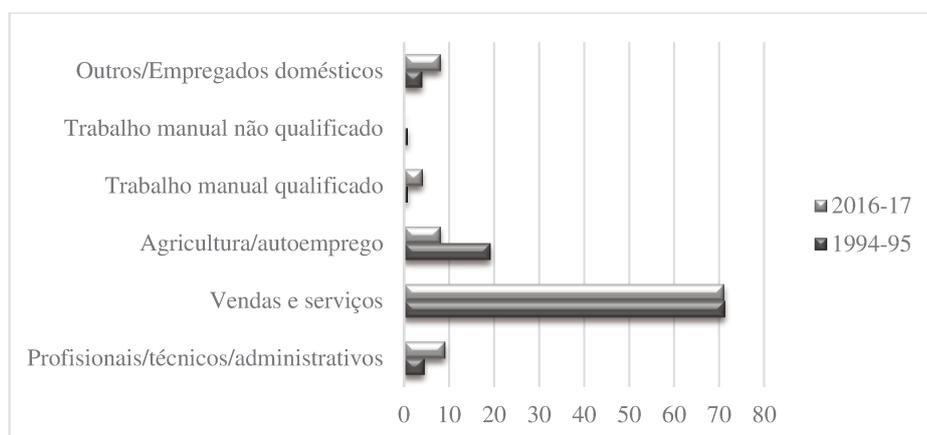
A representatividade das profissionais técnicas/administrativas dobra no período analisado (4,4% a 9%), o que indica que a inserção e permanência no mercado de trabalho exige cada vez mais maior qualificação. Contudo, falta fazer muito para impulsionar a qualificação feminina, pois 9% de profissionais ainda é um percentual relativamente baixo. Certamente, isso está associado à baixa escolaridade feminina, como já retratado anteriormente. Mesmo mulheres com uma escolaridade elevada, podem se deparar com um conjunto de fatores culturais e sociais que não são lhes são favoráveis: assédio, propostas indecentes, falta de confiança em sua capacidade, situação econômica vulnerável, entre outros. Tudo isso impede uma inserção feminina não precária no mercado de trabalho formal.

O percentual das mulheres que se dedicam à agricultura passou de 19 % para 8% entre 1994-95 e 2016-17. Essa queda é devida provavelmente ao aumento da urbanização ou por conta das dificuldades encontradas pelos camponeses no sistema tradicional de produção. A proporção de mulheres empregadas domésticas ou que exercem trabalho similar dobrou ao longo do tempo (3,9% para 8%). Se por um lado ter um emprego pode ser interpretado como um “avanço” em um país onde conquistá-lo é difícil, deve-se atentar que o emprego doméstico é muito vulnerável no que diz respeito a direitos trabalhistas.

No Código Trabalhista do Haiti (1984), os artigos 254 a 267 são direcionados aos empregados domésticos. Nele, estabelece-se o direito do empregado doméstico a tempo de descanso, refeições, dias de folga aos domingos e feriados, direito a frequentar escola de alfabetização, obriga-se o empregador a fornecer cuidado e medicamentos em caso de adoecimento do empregado e a cobrir os custos do enterro em caso de morte. Embora a lei assegure todos esses direitos, eles não são efetivamente respeitados. Eles não são necessariamente bem-tratados e em geral recebem os salários mais baixos.

Essa breve análise descritiva revela claramente a vulnerabilidade das mulheres haitianas no mercado de trabalho e a sua maior concentração no setor de serviços e de vendas. A partir de minha experiência como nativa, diria que se trata justamente de um setor que se caracteriza por uma alta informalidade.

**GRÁFICO 12** – Distribuição percentual das mulheres haitianas segundo setor de atividade em 1994-95 e 2016-17



**Fonte:** DHS (1994-95; 2016-17). (Microdados referentes a mulheres em idade reprodutiva).

**TABELA 7** – Distribuição percentual de homens e mulheres segundo ocupação, Haiti, 1994-95 e 2016-17

Ocupação	1994-95		2016-17	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
Profissionais/técnicos/administrativos	4,4	9,1	9,0	18,0
Vendas e serviços	71,2	8,4	71,0	16,0
Agricultura/autoemprego	19,1	67,4	8	37,0
Trabalho manual qualificado	0,7	2,7	4,0	24,0
Trabalho manual não qualificado	0,7	10,0	0,0	2,0
Outros/Empregados domésticos	3,9	2,2	8,0	3,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
N	2019	1031	8091	7553

**Fonte:** Cayemittes et al. (1995) e IHE (2018).

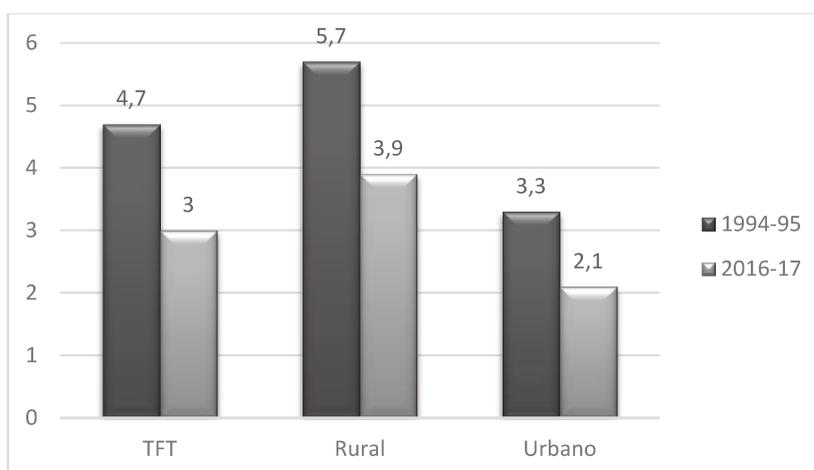
Comparadas aos homens, percebe-se que as mulheres estão sempre em desvantagens (Tabela 7). Enquanto a grande maioria das mulheres atua em vendas e serviços, a maioria dos homens se concentra na agricultura e autoemprego nos dois anos. Destaca-se a baixa representatividade das mulheres em posições de maior mando e que exigem maior qualificação (Tabela 7).

Segundo a UNFPA-Haiti (2017), a precária inserção feminina no mercado de trabalho é um dos fatores que contribuem para a feminização da pobreza no país. Ademais, mulheres com qualificação igual àquela dos homens recebem um salário menor do que os deles; elas também são maioria entre os trabalhadores informais (55,9%), e minoria entre os formais (30%).

### 4.3 Situação de domicílio

O lugar de residência também pode fazer muita diferença na fecundidade. Em um país como o Haiti, onde o meio rural é muitas vezes esquecido pelas autoridades governamentais, os indicadores sociais como educação, o acesso à informação, direito ao lazer, por exemplo, tendem a revelar maior precariedade das condições de vida do que aqueles de áreas urbanas. Isso pode ter impacto significativo na fecundidade das mulheres. De fato, de acordo com os dados da DHS (2016-17), enquanto a fecundidade das mulheres residentes em áreas urbanas já estava no nível de reposição (2,1 filhos por mulher), as residentes em áreas rurais possuíam uma fecundidade comparativamente alta, 3,9 filhos por mulher. A mesma lógica é válida para 1994-95, quando a fecundidade rural ainda era de aproximadamente 6 filhos por mulher, ao passo que em áreas urbanas era da ordem de 3,3 filhos por mulher (Gráfico 13).

**GRÁFICO 13** – Taxa de fecundidade das mulheres haitianas de acordo com o lugar de residência em 1994-95 e 2016-17



**Fonte:** DHS (1994-95; 2016-17) (Microdados referentes a mulheres em idade reprodutiva).

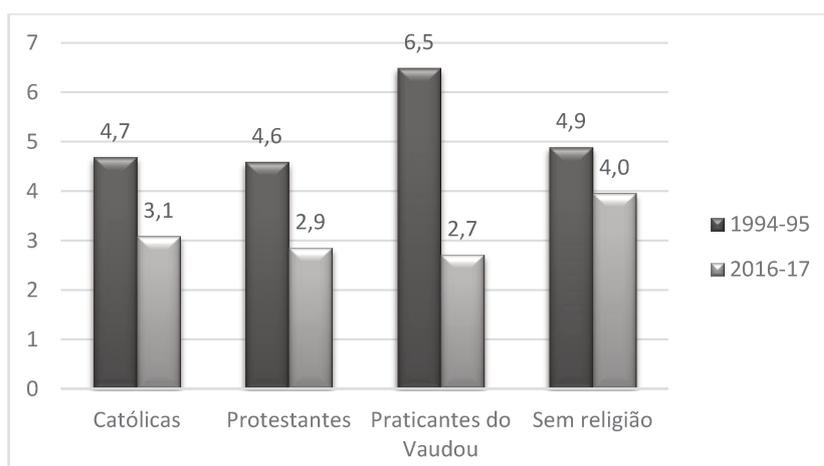
### 4.4 Religião

Considerando a influência que a igreja ainda detém no Haiti e que ela exerce um controle forte sobre o corpo da mulher, a religião pode ser uma variável interessante na compreensão do comportamento da fecundidade. No Haiti atual, cerca de 56% das mulheres são protestantes. Nessa categoria entram os metodistas, adventistas, batistas e testemunhas de Jeová. Já as católicas representam 35% da população, seguidas pelas “sem religião” (8%) e pelas praticantes de vaudou (1%). Como foi destacado no Capítulo 1, essa baixa representatividade do vaudou é devido ao preconceito que recai sobre essa religião, fazendo

com que muitas pessoas preferam omitir sua ligação com tais práticas. Portanto, não se declarar “*vaudouisant*” não significa não o praticar.

O Gráfico 14 apresenta as taxas de fecundidade das mulheres haitianas de acordo com a religião. Houve uma redução da fecundidade em todas as categorias, no entanto as mulheres praticantes de vaudou são aquelas em que a mudança é mais notável. Isso pode estar relacionado com a composição desse grupo, com quem ainda se declara praticante de vaudou. Esse indicador passou de 6,5 filhos por mulher em 1994-95 para 2,7 filhos por mulher em 2016-17 – uma queda de 58,5%. As protestantes registram a segunda maior queda da fecundidade observada no período, uma redução de 37%. O terceiro maior declínio da fecundidade ocorreu entre mulheres católicas: 34%. Por fim, a menor redução da fecundidade foi observada entre as mulheres sem religião, que tiveram uma redução de 18,4% em sua taxa de fecundidade total.

**GRÁFICO 14** – Taxa de fecundidade no Haiti de acordo com a religião: 1994-95 e 2016-17



**Fonte:** DHS (1994-95; 2016-17). (Microdados referentes às mulheres em idade reprodutiva).

Considerando a exposição realizada acima, é evidente a existência de diferenças regionais, religiosas e educacionais no que tange ao nível da fecundidade.

A seguir, serão analisadas as variações na fecundidade das mulheres haitianas considerando os determinantes próximos da fecundidade elaborados por Bongaarts (2015) a exposição ao risco de engravidar considerando a prevalência de mulheres casadas/unidas consensualmente e mulheres sem companheiro sexualmente ativas, o uso de contracepção, a infertilidade pós-parto, e o aborto induzido.

#### 4.5 O processo de formação do par conjugal e a atividade sexual fora de uniões

Na maioria das sociedades, a união embora não seja sempre o lugar exclusivo das relações sexuais, constitui o quadro privilegiado da reprodução. As normas que a regulamentam variam de acordo com a população ou subgrupo populacional em questão. Portanto, a idade em que se inicia a união e sua prevalência na população variam de acordo com as diversidades cultural, econômica e estrutural da sociedade (DHS, 1994-95).

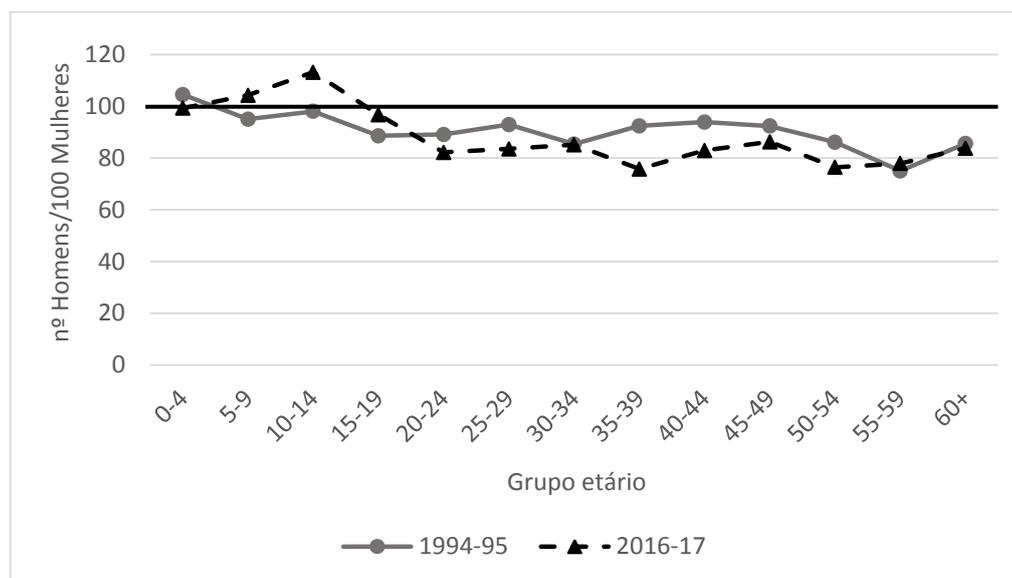
Como foi ressaltado no capítulo 1, no Haiti existem 5 tipos de união: *renmen*, *fiancé*, *vivavek*, *placé* e *marié*. Enquanto os dois primeiros são tipos de união que não necessariamente implicam em coabitação, os três últimos são mais estáveis, e neles, a coabitação entre os cônjuges é a norma. Com o intuito de simplificar a análise, essas categorias foram reclassificadas em: nunca unida, casada com e sem coabitação, união consensual com e sem coabitação, separada/divorciada e viúva. A Tabela 8 apresenta esses dados.

**TABELA 8** – Distribuição das mulheres (15-49 anos) segundo estado conjugal

Estado conjugal	1994-95		2016-17	
	N	%	N	%
Nunca unida	1702	31,8	5823	40,5
Casada com coabitação	833	15,6	4879	33,9
Casada sem coabitação	124	2,3	1273	8,9
Consensual com coabitação	1290	24,1	38	0,3
Consensual sem coabitação	865	16,2	1212	8,4
Separada/divorciada	430	8,0	929	6,5
Viúva	111	2,1	217	1,5
Total	5355	100,0	14371	100,0

**Fonte:** DHS (1994-95; 2016-17) (Microdados referentes a mulheres em idade reprodutiva).

A mudança mais significativa observada na tabela acima é o expressivo aumento da proporção de mulheres nunca unidas, que passa de 31,8% para 40,5% no período em estudo. Conforme se pode vislumbrar no gráfico 15, essa tendência pode ter sido acentuada em virtude do desequilíbrio numérico entre homens e mulheres. Tanto em 1994-95 quanto em 2016-17, o número de mulheres excede o número de homens já a partir da adolescência (15-19 anos). Nota-se que esse desequilíbrio se intensificou em 2016-17, muito provavelmente em função da emigração masculina em idades produtivas. Na verdade, a migração internacional, especialmente a emigração dos homens faz parte das especificidades da população haitiana. Na maioria dos casos, o homem migra primeiro, para depois buscar os outros membros da família.

**GRÁFICO 15** – Razão de sexo, Haiti, 1994-95 e 2016-17

Fonte: DHS (1994-95; 2016-17). (Microdados referentes aos membros dos domicílios).

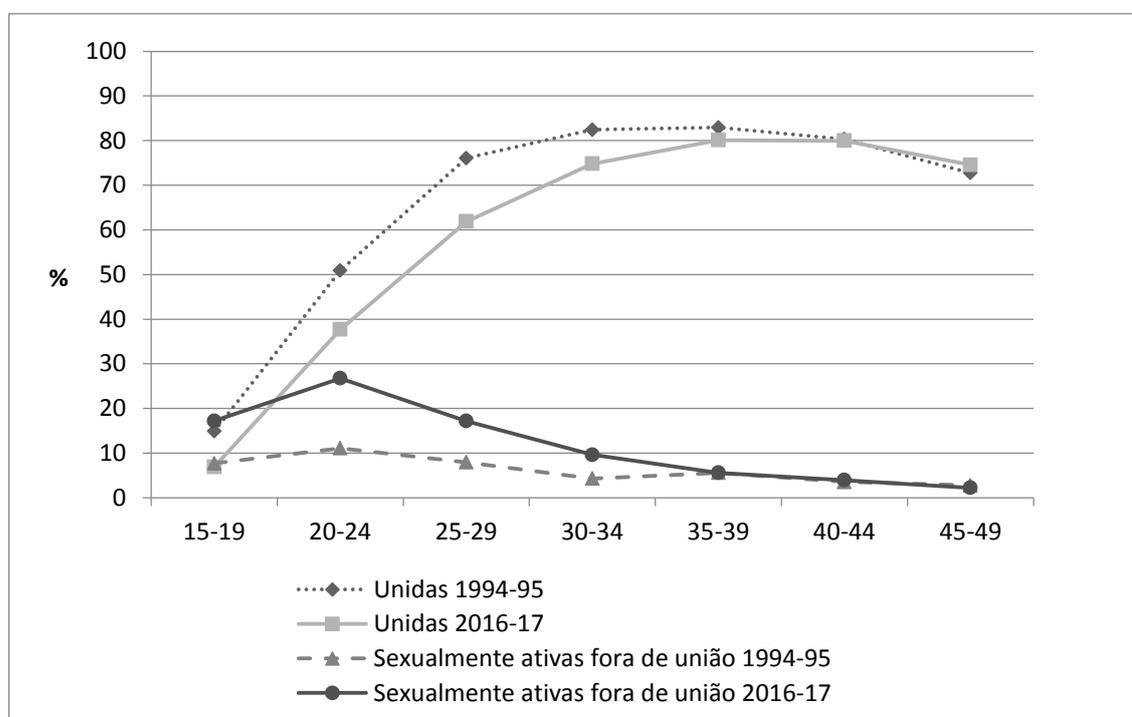
A prática de manter relacionamentos à distância não sofre grandes alterações ao longo do tempo, quando se considera indistintamente uniões consensuais e casamentos. A proporção de pessoas unidas, mas que não moram debaixo do mesmo teto que seu companheiro(a) passa de 18,5% para 17,3% entre 1994-95 e 2016-17, o que também pode estar associado à emigração internacional. Apesar da permanência dessa característica da nupcialidade haitiana, há pelo menos uma mudança que salta aos olhos: trata-se da tendência de formalização das uniões. Isso fica mais claro a partir dos dados apresentados na tabela 9.

Quando se considera apenas as mulheres que têm cônjuge, observa-se que a proporção das casadas com e sem coabitação aumentou ao longo do tempo. Esse indicador passou de 30,8% para 83,1%, quanto a proporção de coabitantes declinou de 69,3% a 16,9% no mesmo período. Como hipótese, pode-se supor que a própria migração internacional estimule a formalização como caminho mais ágil em caso de uma possível reunificação familiar. Essa hipótese é corroborada pelo expressivo aumento da proporção de mulheres casadas sem coabitação.

**TABELA 9** – Distribuição das mulheres (15-49 anos) com parceiro estável segundo tipo de união

Tipo de união	1994-95		2016-17	
	N	%	N	%
Casada com coabitação	833	26,8	4879	65,9
Casada sem coabitação	124	4,0	1273	17,2
Consensual com coabitação	1290	41,5	38	0,5
Consensual sem coabitação	865	27,8	1212	16,4
Total	3112	100,0	7402	100,0

Fonte: DHS (1994-95; 2016-17) (Microdados referentes a mulheres em idade reprodutiva).

**GRÁFICO 16** – Proporção de mulheres unidas e daquelas sexualmente ativas fora de união segundo o grupo etário quinenal, Haiti, 1994-95 e 2016-17

Fonte: DHS (1994-95; 2016-17). (Microdados referentes a mulheres em idade reprodutiva).

O Gráfico 16 evidencia que a prevalência das mulheres inseridas em algum tipo de união, seja formal ou consensual, declina especialmente nos grupos etários reprodutivos mais jovens (15-34 anos). Por outro lado, a atividade sexual fora de uniões aumentou significativamente nesses mesmos grupos etários jovens ao longo do período analisado. Certamente essas mudanças afetaram o nível da fecundidade, como veremos mais adiante.

#### 4.6 Uso de contracepção

O uso de contracepção também desempenha um papel importante no entendimento do ritmo das mudanças no nível da fecundidade. Já foi mostrado nos capítulos

iniciais como, sobretudo, a esterilização teve uma contribuição significativa na transição da fecundidade nos países latino-americanos.

No Haiti, os serviços de planejamento familiar têm sido oferecidos muito antes da realização da primeira DHS datada de 1987. Todavia, as pesquisas prévias sobre planejamento familiar sempre sublinharam não apenas o baixo grau de uso dos métodos contraceptivos, mas também a falta de informação e a irregularidade no oferecimento e distribuição desses métodos à população. Logo, isso indica problemas em relação ao acesso e, conseqüentemente, ao uso de tais métodos.

Apesar de a taxa de prevalência contraceptiva ser relativamente baixa no Haiti, esse indicador apresenta uma tendência de aumento entre as mulheres casadas/unidas e aquelas sem companheiro, mas que são sexualmente ativas. Nesse grupo, 11,8% usavam algum método em 1994-95. Esse indicador alcança o patamar de 36,6% em 2016-17. Destaca-se que os métodos modernos estão ganhando um espaço importante frente aos métodos tradicionais e são os grandes responsáveis pelo aumento da prevalência de uso de contraceptivos. Em 1994-95 apenas 9% das mulheres sexualmente ativas ou unidas usavam métodos modernos, e cerca de 3%, os tradicionais. Já em 2016-17, 33,3% das mulheres sexualmente ativas ou unidas usavam métodos modernos e outros 3,3%, os tradicionais.

**TABELA 10** – Distribuição das mulheres casadas/unidas e daquelas sexualmente ativas que utilizam algum método contraceptivo segundo método em uso, Haiti, 1994-95 e 2016-17

<b>Método contraceptivo em uso</b>	<b>1994-95</b>	<b>2016-17</b>
Pílula	50,8	5,8
Injeção	11,0	50,0
Camisinha	6,3	25,9
Esterilização feminina	7,4	2,9
Abstinência periódica/tabelinha	1,6	3,3
Coito interrompido	12,3	3,6
Implantes/DIU	4,2	5,9
Outros	6,4	2,6
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Fonte:** DHS (1994-95; 2016-17) (Microdados referentes a mulheres em idade reprodutiva).

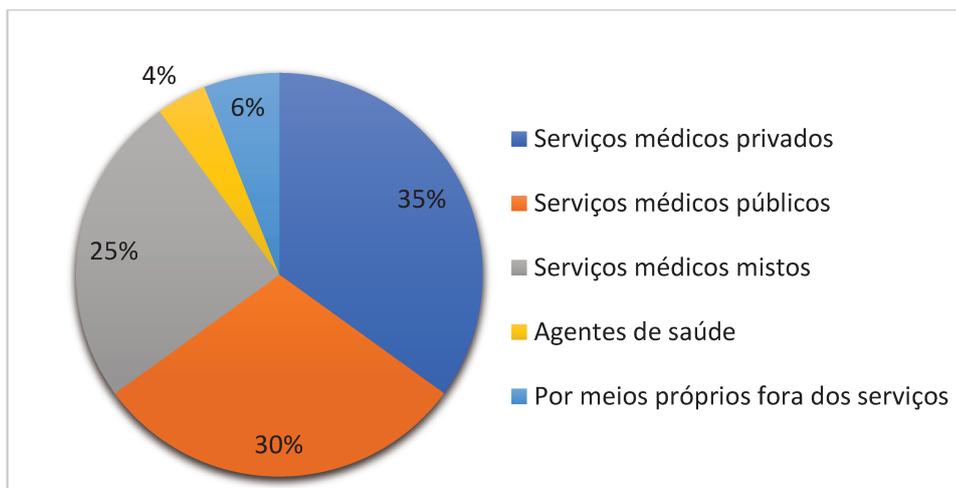
Dentre as mulheres que usam algum método, os mais populares são em 1994-95 pílula, coito interrompido e injeção. Já em 2016-17, são injeção, camisinha e implantes, estes últimos praticamente empatados com a pílula. É importante frisar que, diferentemente da América Latina, uma hipótese explicativa para a preferência das haitianas pela injeção frente à pílula e ao DIU seja por conta da facilidade de acesso e uso, pois não exige grande disciplina como a pílula e nem certa infraestrutura médico-hospitalar como o DIU. Para usar a

pílula, é necessário inserir a preocupação com a contracepção na rotina diária, respeitando horário de ingestão dela. Já o DIU precisa de uma pequena cirurgia na sua implantação. Além das organizações não governamentais, as redes sociais são uma ferramenta importante na difusão de informação sobre sexualidade e saúde sexual e reprodutiva no Haiti. Recentemente, no final do ano 2018, a página de Facebook “Djanm” (*Strong ou forte*, no sentido de poderoso) começou a promover uma publicação sobre essa temática a cada semana. Por um lado, é uma iniciativa interessante, pois traz para o debate público questões que ainda são consideradas tabu na sociedade haitiana. Por outro lado, a partir da leitura dos comentários pode-se perceber o quanto uma parcela dos haitianos de ambos os sexos revela dificuldades, preconceitos e falta de conhecimento sobre o tema. Isso poderia ser um caminho para entender que, embora existam alguns programas e políticas governamentais e não-governamentais, a questão cultural e religiosa possui um peso significativo sobre a visão hegemônica sobre o corpo feminino, bem como sobre a sexualidade e a saúde sexual e reprodutiva de ambos os sexos.

O grupo “*Stand up ladies*” e mais especificamente as humoristas Cynthia e Garihana Jean-Louis e Gaelle Bien-Aimé também estão colocando a questão em pauta na sociedade utilizando o espaço midiático de que dispõem. Essa postura tem rendido severas críticas ao grupo por parte de setores que consideram que o debate público sobre temas relacionados à sexualidade é por definição uma vulgaridade.

A informação sobre métodos contraceptivos e o fácil acesso a eles são elementos chave para viabilizar o uso dos mesmos. Quando a mulher está utilizando algum método contraceptivo moderno, em geral, os levantamentos de tipo DHS realizados no Haiti indagam sobre qual entidade lhe forneceu acesso ao método atual. De modo geral existem cinco (5) grandes canais para obter contracepção no Haiti: serviços médicos públicos, privados, mistos, de formação-institucional e fora de serviços médicos. Em 1994-95 a maior parte das mulheres tinha acesso a métodos contraceptivos modernos via serviços médicos privados (35%), em segundo lugar vinha os serviços médicos públicos (30%). Os serviços médicos mistos forneciam métodos contraceptivos para 25% das mulheres entrevistadas que controlavam sua fecundidade. Cerca de 6% das mulheres obtinham acesso à contracepção fora dos serviços. Nesses casos, a contracepção era oferecida por familiares, amigos ou adquiridos diretamente no mercado. Por fim, 4% das mulheres tinham acesso à contracepção via agentes promotores de saúde (Gráfico 17).

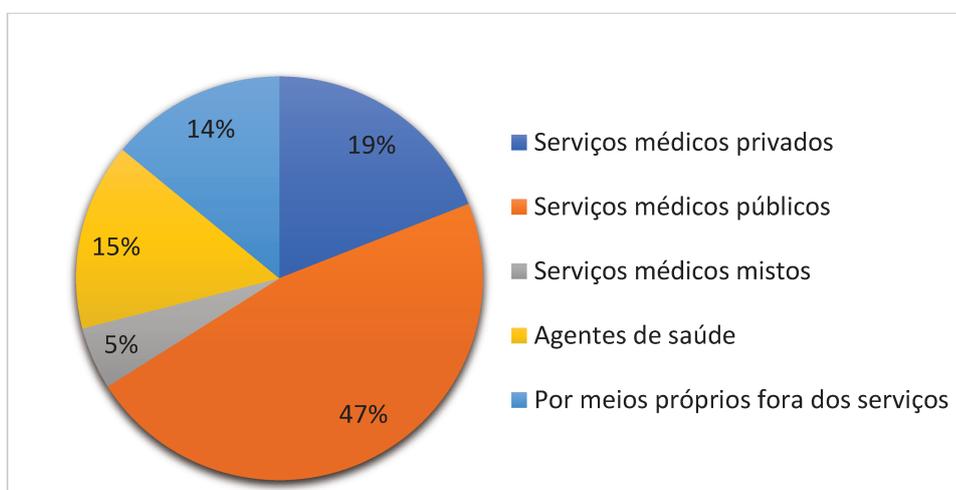
**GRÁFICO 17** – Distribuição de usuários de métodos modernos de acordo com a fonte de abastecimento mais recente em 1994-95



Fonte: Cayemittes et al (1995)

Em 2016-17, os serviços públicos de saúde foram os que mais viabilizaram o acesso a métodos contraceptivos modernos. Quase metade das mulheres (47%) havia recorrido a esse tipo de serviço, sendo que 30% das mulheres que usam algum método havia sido atendida em um centro de saúde. Os serviços médicos privados atenderam 19% das mulheres. Em 15% dos casos, os métodos foram fornecidos por agentes promotores de saúde. Cerca de 14% das mulheres recorreram a meios próprios sem passar pelos serviços estabelecidos. Já os serviços médicos mistos foram os que menos contribuíram com o fornecimento de métodos contraceptivos em 2016-17 (5%) (Gráfico 18).

**GRÁFICO 18** – Distribuição de usuários de métodos modernos de acordo com a fonte de abastecimento mais recente em 2016-17



Fonte: IHE (2018).

É importante ressaltar que o tipo de método contraceptivo oferecido varia de acordo com o serviço acessado. Em 1994-95, o setor público foi amplamente responsável pela disponibilização esterilização feminina com 51% de oferta. Os serviços médicos privados se destacaram pelo oferecimento de preservativo masculino (49% da oferta) e de implantes (41% da oferta). Por fim, o setor misto foi a maior fonte de implantes subcutâneos (47% da oferta) e pílula (36% da oferta). Já em 2016-17, o cenário é completamente distinto, com os serviços públicos se tornando o principal fornecedor da maioria dos métodos contraceptivos modernos. Os serviços públicos se tornam a fonte de 74% dos implantes utilizados, por 69% das esterilizações femininas (69%), por 57% das injeções oferecidas e por 42% do acesso a pílulas. Sua contribuição é menos significativa no que diz respeito à distribuição de preservativos masculinos. Apenas 19% das mulheres que utilizam camisinha reportam haver as adquirido via serviços públicos de saúde. Os serviços médicos privados desempenham um papel importante no fornecimento de pílulas (38%) e de preservativos masculinos (25%). Já os agentes promotores e saúde costumam trabalhar com injeções.

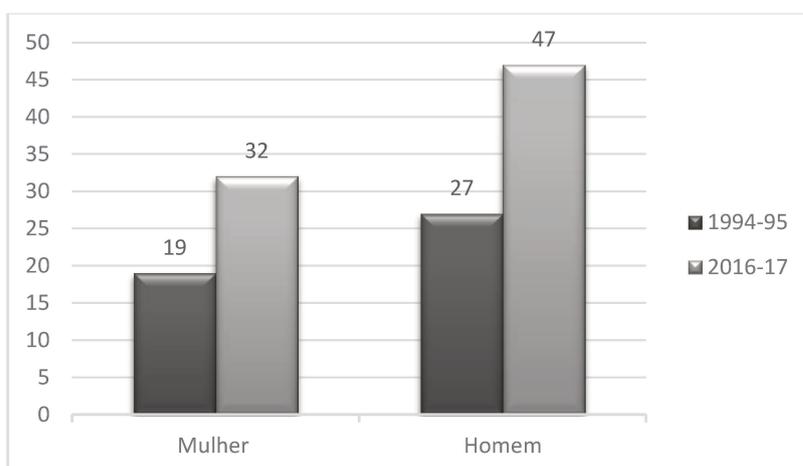
Para escolher um método, o usuário precisa conhecê-lo. Por isso, a informação sobre métodos contraceptivos é um fator determinante na escolha destes. Desde 1994-95, a maioria das mulheres (98%) conhecia pelo menos um método contraceptivo. Em 2016-17, a população inteira (100%) passou a ter esse conhecimento. Enquanto em 1994-95, os métodos mais conhecidos eram respectivamente o preservativo masculino, a pílula e as injeções, mais de vinte anos depois, em 2016-17, a pílula passou a ser o método mais conhecido, seguido pelas injeções, implantes e o preservativo masculino. Pelo visto, os implantes entram no ranking dos métodos mais conhecidos por conta da promoção dos métodos de longa duração iniciada há alguns anos pelo Ministério da Saúde e pela UNFPA.

Por outro lado, conhecimento é uma condição necessária, mas não suficiente para que as pessoas efetivamente façam uso de métodos contraceptivos. Se bastasse conhecer métodos para adotá-los, a prevalência contraceptiva seria igual ao grau de conhecimento. Em 1994-95, os métodos mais usados foram os mais conhecidos (preservativo masculino, pílula e injeção). No entanto em 2016-17, esse padrão é modificado. A pílula, apesar de ser o método mais conhecido, não era o mais usado. Os mais empregados eram injeção, o preservativo masculino e os implantes. Isso provavelmente é reflexo da política de Estado, e também incentivada pela UNFPA, de disponibilizar preferencialmente métodos de longa duração, como mencionado acima. A pílula exige grande regularidade e disciplina para ser efetiva, enquanto injeções e implantes barram a concepção por períodos pré-determinados sem necessidade de compromisso diário com o controle da fecundidade.

Em todo o mundo, os meios de comunicação cumprem papel central na difusão de informação sobre novos padrões familiares e o controle de fecundidade. A difusão de informação é uma fase essencial na sensibilização e conscientização sobre planejamento familiar e sobre saúde sexual e reprodutiva. A quantidade e qualidade da informação disponível pode impactar substancialmente o comportamento e a atitude do indivíduo. Embora exista um sistema de comunicação e informação bastante variado no Haiti, que inclui rádio, televisão, jornal, magazine, panfleto etc., o rádio é o veículo mais popular dentre todos.

Como em muitas outras dimensões sociais, a exposição à informação é maior entre os homens. Chama muita atenção o fato de que no Haiti os homens são mais expostos à informação do que as mulheres tanto em 1994-95 quanto em 2016-17 (Gráfico 19) por causa de seu maior acesso aos veículos de comunicação (rádio, televisão e internet, por exemplo). Como foi defendido primeiramente por Faria (1989) e Faria e Potter (1994-95) para o caso brasileiro, os meios de comunicação de massa podem afetar a fecundidade, mesmo que indiretamente, através dos apelos ao consumo, e da apresentação de novos modelos e comportamentos familiares nas telenovelas, filmes e publicidade. É importante mencionar que no momento de realização da DHS 1994-95, havia frequentes descontinuidades no fornecimento de eletricidade no país. Conseqüentemente, a frequência das emissões de rádio e de televisão também foi reduzida. Naquela época, apenas 19% das mulheres afirmavam ter ouvido alguma notícia sobre planejamento familiar. Em 2016-17 a proporção de mulheres que foram expostas a esse tipo de informação atingiu 32%. Para os homens, esse indicador passou de 27% em 1994-95 para 47% em 2016-17 (Gráfico 19). Nota-se que os homens não apenas recebem mais informação como o acesso a ela segue crescendo mais rapidamente entre eles.

**GRÁFICO 19** – Proporção de mulheres e homens (em%) expostos à informação sobre planejamento familiar no Haiti via meios de comunicação em 1994-95 e 2016-17



Fonte: Cayemittes et al. (1995) e IHE (2018).

Apesar de a população em geral ter certo conhecimento sobre métodos contraceptivos, o acesso à contracepção, aos serviços de fornecimento regular de métodos modernos e o acesso à informação via meios de comunicação precisam ser aperfeiçoados e ampliados para atender uma parcela maior da população haitiana, especialmente as mulheres. Isso, sem dúvida, tem um impacto sobre a fecundidade dessas mulheres. Uma possível consequência do cenário descrito acima é o gap que existe entre a fecundidade observada e fecundidade desejada das mulheres haitianas.

Em 1994-95 enquanto a taxa de fecundidade observada era 4,7 a desejada era 3 filhos por mulher. Isto é, quase 36% das crianças não eram desejadas. O ano 2016-17 apresentou a mesma tendência, mas com um percentual de filhos indesejados menores: a fecundidade observada era de 3 filhos por mulher em 2016-17, já a desejada atingiu 1,9 filhos por mulher. Ou seja, um pouco mais de um quarto dos filhos não era desejado ou pelo menos, não ocorreu no tempo desejado. Embora esteja caindo, a fecundidade indesejada expressa o problema de necessidades contraceptivas não satisfeitas entre as mulheres haitianas, como já foi ressaltado no trabalho de Lachaud (2012). De 48% em 1994-95, as necessidades não satisfeitas de contracepção passam a 38% em 2016-17. Como foi mostrado no capítulo 2, ao considerar a demanda total por contracepção, até os dias atuais, o Haiti não consegue cobrir mais da metade da sua demanda total<sup>29</sup>.

Ainda assim, apesar de o resultado não ser muito satisfatório, houve alguns avanços no uso de contracepção entre as mulheres haitianas. Todavia, muitos esforços ainda precisam ser feitos em relação ao acesso aos métodos em si, às fontes de fornecimento e distribuição, à informação, entre outros aspectos.

#### **4.7 Infertilidade pós-parto**

Logo após o nascimento de um filho, a exposição ao risco de engravidar depende de dois fatores: a amenorreia, devido à amamentação; e a abstinência pós-parto, que é também chamada de abstinência sexual. A partir desses dois elementos é possível determinar o período de infertilidade pós-parto, ou seja, o período que a mulher não está suscetível a engravidar. Por definição, a amenorreia pós-parto é o período de tempo decorrido entre o parto e a volta da ovulação. Esse período pode ser estimado a partir do nascimento do filho e a volta da menstruação. É importante deixar claro que a duração do período de amenorreia é influenciada pela duração, a intensidade e a frequência da amamentação. Ao amamentar, a

---

<sup>29</sup> A demanda total é a soma das demandas satisfeita e não satisfeita. No caso essa demanda seria igual a 72% no Haiti (34% de demandas satisfeitas e 38% de demandas não satisfeitas).

mulher produz no cérebro um hormônio chamado oxitocina. A presença desse hormônio inibe a ovulação (PARENTEAU, 2017). E claro, sem ovulação, não há chance de gravidez.

Outra maneira que, talvez seja mais simples e mais fácil de entender que a mulher não está exposta ao risco de engravidar é a abstinência. Entende-se por abstinência pós-parto o período decorrido entre o nascimento de um filho e a retomada das relações sexuais. Dito isso, uma mulher é considerada como não susceptível de engravidar depois do nascimento de um filho se ela está amamentando frequentemente, ou em abstinência. É esse período onde a mulher praticamente tem muito pouca chance de engravidar seja por estar amamentando ou em abstinência que Bongaarts (2015) chama de período de infertilidade pós-parto.

Como já foi enfatizado no capítulo 3, segundo Hinde (1978), o período de abstinência, por ser bastante curto, sobretudo em países ocidentais (onde varia em torno de duas semanas), é melhor considerar a duração da amamentação para calcular a infertilidade da mulher depois do parto. Esse critério será usado no âmbito deste trabalho.

#### **4.8 Aborto**

O aborto é o quarto fator, mas não menos importante, que pode impactar a fecundidade segundo o modelo de Bongaarts (2015). Por aborto entende-se a interrupção de maneira prematura do processo de gestação e, pode ocorrer de forma espontânea (aborto espontâneo), mas pode ser causado também por intervenção humana por razões médicas ou outras motivações: desejo de não ter filho em determinado momento ou sob condições consideradas socialmente adversas, por exemplo. Esses tipos de intervenções humanas podem afetar tanto o feto quanto a mãe (DHS, 1994-95). Esse último tipo de aborto é chamado de aborto provocado. Nas pesquisas da DHS, os abortos provocados, espontâneos e os natimortos compõem a categoria gravidez improdutiva<sup>30</sup>. É importante ressaltar que esses dados podem ser subestimados pela simples questão de memória especialmente nos casos de aborto espontâneo e natimortos, ou por omissão voluntária no caso dos abortos provocados, por conta da criminalização do aborto de acordo com a legislação de diversos países. Como ocorre em outros países, também no Haiti, é muito provável que mulheres que tiveram um aborto provocado prefiram declarar que tiveram um aborto espontâneo ou natimorto, visto que o aborto provocado é malvisto socialmente e é proibido no país. Em 1994-95 o percentual de haitianas que declararam ter tido um aborto provocado era igual a 2,1%. No entanto 11,3% das mulheres afirmavam ter sofrido pelo menos um aborto espontâneo, e 4% disseram que

---

<sup>30</sup> Gravidez improdutiva é qualquer tipo de gravidez que não chega à termo (DHS, 1994-95).

tiveram ao menos uma gravidez que resultou em um natimorto. Já em 2016-17, 4% das mulheres admitiam ter passado por um aborto induzido, cerca de 6,3% sofreram um aborto espontâneo e um percentual de 2,6% tiveram pelo menos um natimorto ao longo da vida (Tabela 11).

Como pode-se observar, no período estudado, houve uma diminuição no percentual das mulheres que declaram ter tido pelo menos um aborto espontâneo e natimorto. Todavia, ao considerar as três categorias (incluindo aborto induzido), o percentual de aborto espontâneo foi sempre maior. Destaca-se que enquanto a proporção de gravidezes terminadas em “aborto espontâneo” e “natimorto” tendem a diminuir ao longo do tempo, o percentual das gravidezes que cujo desfecho foi um aborto provocado aumentou durante o período de tempo estudado, passando de 2% a 4%. Como já foi ressaltado, apesar de haver uma proporção maior de abortos induzidos, o percentual permanece relativamente baixo, como já dito, devido à criminalização do aborto e à censura social sofrida por quem o pratica no Haiti. Outra possível hipótese teria a ver com a forma como a informação foi coletada. Tanto em 1994-95 quanto em 2012, a pergunta sobre quantos abortos provocados a mulher teve durante a vida foi formulada de maneira bem direta. Logo, a mulher pode omitir a ocorrência de abortos por conta das razões já citadas acima.

**TABELA 11** – Gravidezes em (%) que não chegam ao termo em 1994-95 e 2016-17

<b>Tipo de perda fetal</b>	<b>1994-95</b>	<b>2016-17</b>
Aborto induzido	2,1	4,0
Aborto espontâneo	11,3	6,3
Natimorto	4,3	2,6

**Fonte:** Cayemittes et al (1995) e IHE (2018).

Como as outras variáveis, a ocorrência do aborto provocado varia de acordo com certas características sociodemográficas, sobretudo a faixa etária, o lugar de residência e o nível de escolaridade. Não importa a categoria de aborto, isso aumenta com a idade. De modo geral, para os dois anos, o aborto espontâneo e o parto de natimorto são mais frequentes na região rural e entre as mulheres de menor escolaridade. Em contraponto, o aborto provocado é mais comum na região urbana e entre as mulheres com maior nível educacional. Mais uma vez, isso faz pensar que talvez a baixa ocorrência de aborto no meio rural entre as mulheres menos educadas ocorra justamente por medo do rechaço social. Uma segunda hipótese possível é de que as mais escolarizadas sintam que têm mais a perder se tiverem um filho em um momento que não consideram oportuno, ou ainda que elas simplesmente são mais

propensas a declarar que recorreram a um aborto provocado. Há muito ainda a ser estudado sobre os diferenciais na prevalência do aborto ou mesmo sobre a qualidade da informação declarada.

O procedimento mais usado entre as mulheres haitianas durante o último aborto induzido foi o misoprostol<sup>31</sup> (45% dos casos), seguido pela dilatação ou curetagem (42%)<sup>32</sup>. O procedimento usado varia com a idade, o lugar de residência, a escolaridade. A dilatação/curetagem foi utilizada pelas mulheres mais velhas (49% entre as mulheres de 30-39 anos contra 38% entre as mulheres de 20-34 anos). Nas regiões urbanas, quase metade das mulheres (49%) utilizam a dilatação ou curetagem, contra apenas 29% no meio rural. Esse procedimento é mais usado pelas mulheres que possuem nível secundário e mais (46%) do que aquelas que possuem um nível primário (34%). As mulheres entre 20 e 24 anos (48%) e aquelas com ensino secundário (47%) ou mais são mais propensas a usar o Misoprostol no seu último aborto provocado. Já a ingestão de plantas, chás e infusões (métodos abortivos tradicionais) é mais usada pelas mulheres entre 20 e 29 anos do meio rural (23%) e de escolaridade primária (26%).

Quanto ao lugar onde ocorreu o último aborto, não importa a característica demográfica da mulher, a maioria dos abortos teve lugar no domicílio. Cerca de 53% das mulheres que realizaram um aborto provocado responderam que o último aborto ocorreu no seu próprio domicílio ou em domicílio de conhecidos, cerca de 32% em uma instituição privada e 14% em uma instituição pública ou mista. No meio rural, e entre as mulheres de menor escolaridade, o percentual de abortos ocorridos em domicílio próprio ou em outro domicílio representa quase dois terços do total (64% e 65%, respectivamente). Essa situação lança luz sobre a problemática do aborto inseguro no Haiti. Não há dúvida de que, o fato de o aborto ocorrer nos domicílios, muitas vezes sem ajuda de um profissional de saúde, coloca em risco a vida de muitas mulheres. A sugestão aqui é ver o aborto inseguro como um problema de saúde pública. Isso certamente não vai zerar a taxa do aborto, no entanto poderia contribuir para uma diminuição do aborto inseguro no país.

---

<sup>31</sup> O Misoprostol é um medicamento anti-úlceras. Há pesquisas que apontam que o Misoprostol tem entre 75 e 85% de chances de sucesso no aborto induzido quando é realizado no primeiro trimestre da gravidez. Em muitos lugares, inclusive Haiti, este medicamento pode ser encontrado nas farmácias sob o nome de Cytotec, sem necessidade de receita, mas algumas farmácias podem pedir uma prescrição médica para permitir a compra (INTERNATIONAL WOMEN'S HEALTH COALITION, 2016).

<sup>32</sup> A curetagem é uma operação cirúrgica que se caracteriza pela raspagem do interior do útero ou por aspiração de seu conteúdo, com o objetivo de esvaziá-lo. É um procedimento que também pode ser utilizado após um aborto espontâneo. Não é um procedimento exclusivo de abortos provocados.

#### **4.9 Resultados do modelo dos determinantes próximos para o Haiti**

Como afirmado diversas vezes ao longo desse trabalho, entre 1994-95 e 2016-17, houve um declínio na taxa de fecundidade no Haiti. Esse indicador passou de 4,7 filhos por mulher para 3 filhos por mulher, o que indica que a fecundidade se reduziu a pouco menos de dois terços do que era no início do período estudado.

Boongarts (2015) rebatiza a velha “taxa de fecundidade marital” (número médio que as mulheres casadas teriam ao final do período reprodutivo) como taxa de fecundidade das mulheres expostas à atividade sexual – que abarca indistintamente as mulheres casadas/unidas e as sexualmente ativas no último mês independentemente do estado conjugal. Nessa nova abordagem, a fecundidade máxima que uma mulher poderia atingir na ausência de controle de natalidade deixa de ser considerado fixo (a fecundidade das huteritas). A fecundidade máxima possível passa a variar de acordo com o padrão de nupcialidade e com o padrão reprodutivo de cada população e é chamada por Boongarts (2015) de taxa de fecundidade natural. Quando essa taxa de fecundidade natural é calculada considerando apenas as mulheres unidas/casadas e sexualmente ativas no último mês, ela é nomeada como taxa de fecundidade natural das mulheres expostas à atividade sexual.

De acordo com os dados apresentados na tabela 12, observa-se que a mesma tendência de queda notada para a taxa de fecundidade total também se reflete na taxa de fecundidade das mulheres expostas à atividade sexual e nas taxas de fecundidade natural e fecundidade natural das mulheres expostas à atividade sexual. Quando se observa a razão entre as referidas taxas observadas em 2016-17 e 1994-95, sobressai que a maior variação ocorreu nas taxas de fecundidade natural das mulheres expostas à atividade sexual. O que indica que está havendo maior controle da natalidade justamente entre as mulheres que tem parceiro no momento da entrevista. A tabela 12 também permite perceber que a prevalência contraceptiva triplicou; que o período médio de infertilidade pós-parto, medida em meses, teve uma diminuição de 41% e a taxa de aborto, um aumento de 20%.

No que diz respeito aos índices relacionados a cada um dos determinantes próximos, as maiores variações ocorridas no período são relativas ao índice de infertilidade pós-parto e ao índice de contracepção.

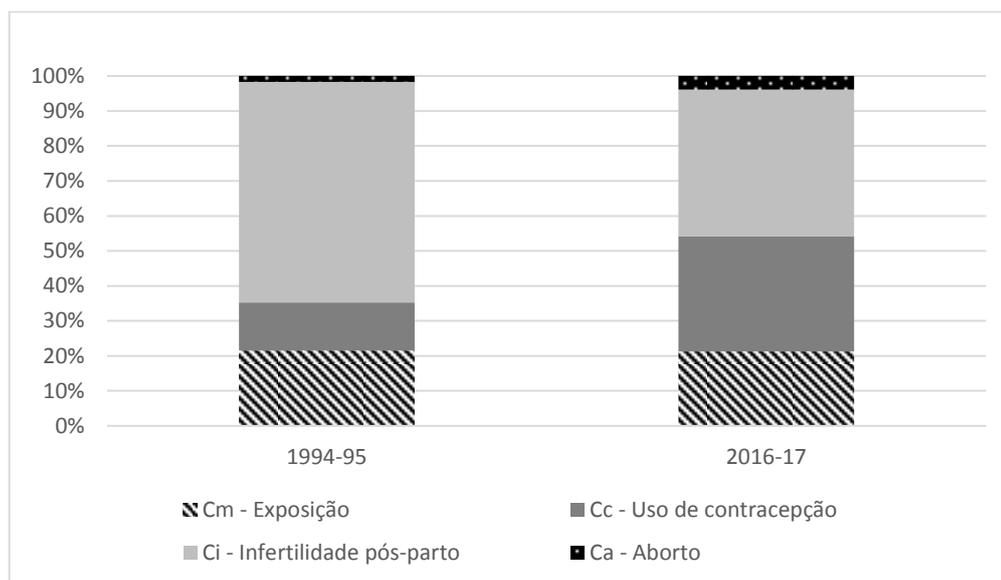
**TABELA 12** – Medidas selecionadas e índices dos determinantes próximos da fecundidade no Haiti em 1994-95 e 2016-17

<b>Indicador</b>	<b>1994-95</b>	<b>2016-17</b>	<b>Razão 2016/1994</b>
Taxa de fecundidade total (TFT)	4,7	3	0,64
Taxa de fecundidade das mulheres expostas à atividade sexual	6,5	4,3	0,66
Taxa de fecundidade natural das mulheres expostas à atividade sexual	7,6	6,2	0,82
Taxa de fecundidade natural TF	13	9	0,69
Prevalência contraceptiva	11,8%	36,6%	3,10
Infertilidade devido à amamentação (média em meses)	14,96	8,9	0,59
Taxa de aborto induzido	0,05	0,06	1,20
<b>Índices</b>			
Índice de exposição (Cm)	0,73	0,71	0,98
Índice de contracepção (Cc)	0,85	0,69	0,81
Índice de infertilidade pós-parto (Ci)	0,60	0,73	1,22
Índice de aborto (Ca)	0,98	0,95	0,97

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos microdados das DHS do Haiti 1994-95 e 2016-17.

O modelo de Bongaarts permite estimar qual a contribuição de cada determinante próximo que explica a diferença entre a taxa de fecundidade natural e a taxa de fecundidade total. Em outras palavras, o quanto cada um dos determinantes próximos – nupcialidade, contracepção, infertilidade pós-parto e aborto – contribuiu para que não fosse alcançada a taxa de fecundidade natural esperada para aquela população feminina. O Gráfico 20 apresenta os dados sobre a contribuição de cada índice na redução da fecundidade no Haiti.

**GRÁFICO 20** – Haiti 1994-95 e 2016, 17: Determinantes próximos da fecundidade



**Fonte:** DHS (1994-95; 2016-17).

**TABELA 13** – Contribuição (em %) dos determinantes próximos na queda da fecundidade no Haiti em 1994-95 e 2016-17

Índice	1994-95	2016-17
Cm - Exposição	0,21	0,21
Cc - Uso de contracepção	0,14	0,33
Ci - Infertilidade pós-parto	0,63	0,42
Ca - Aborto	0,02	0,04
Soma	1	1

Fonte: DHS (1994-95; 2016-17).

De modo geral, o que se torna evidente a partir do gráfico acima é que, entre 1994-95 e 2016-17, a maior mudança ocorreu na infertilidade pós-parto que é um fator puramente biológico. Embora siga sendo um fator muito relevante para conter a fecundidade, a infertilidade pós-parto perde importância relativa ao longo do tempo, enquanto o peso da contracepção, e em menor grau também do aborto, avançaram nas últimas décadas. A mesma informação apresentada no Gráfico 20 também é disponibilizada na Tabela 13. Nela, observa-se em termos percentuais o quanto cada determinante próximo explica a diferença entre a taxa de fecundidade total e taxa de fecundidade natural (ou fecundidade máxima esperada na ausência de qualquer controle da natalidade). Frisa-se que a contribuição da contracepção passou de 14% para 33%; enquanto a do aborto, por sua vez, dobrou ao longo do tempo, passando de 2% a 4% (Tabela 13).

Em contrapartida, a influência do padrão de nupcialidade e de atividade sexual sobre a fecundidade (Cm) se manteve praticamente constante ao longo do tempo. A sua contribuição permanece 21% para os dois anos analisados (Tabela 13). Apesar de haver em termos relativos menos mulheres unidas em 2016-17 do que em 1994-95, a atividade sexual extramarital compensa em termos numéricos essa potencial perda de peso explicativo que a nupcialidade poderia ter tido. É necessário sempre ter claro que a reformulação do modelo de determinantes próximos efetuada por Bongaarts (2015) reforça a importância da exposição à atividade sexual, mais do que exclusivamente o casamento ou a união estável, como se enfatizava em formulações anteriores do modelo. Ainda assim, de acordo com a revisão de bibliografia realizada no primeiro capítulo dessa tese, é plausível que ainda sobreviva certa visão cultural de que a mulher precisa de um homem para satisfazer as suas necessidades econômicas. Apesar de alguns avanços do ponto de vista educacional entre as mulheres, essa concepção ainda permanece na sociedade haitiana.

Nesse sentido, é fundamental a criação de certas políticas de igualdade entre os sexos desde a primeira infância e mais especificamente a criação de políticas de empoderamento das mulheres para que as meninas possam crescer tendo direito à autonomia individual. Esse tipo de política deve ser particularmente estimulada nas regiões mais isoladas do país, onde as meninas iniciam a formação de família relativamente mais cedo se comparado às meninas das cidades maiores e da capital. Essa mudança de concepção sem dúvida aumentaria a chance de que as mulheres, e a sociedade em geral, investissem mais na educação e na qualificação profissional feminina, o que provavelmente reverteria a tendência de reduzir às mulheres a dependência do homem para sobreviver. Tal postura teria impacto sobre a formação de união, as relações afetivo-sexuais e sobre as relações de gênero em geral nos diversos âmbitos sociais.

Percebe-se que, para os dois anos analisados, a duração da infertilidade pós-parto é o elemento que mais contribuiu para reduzir a fecundidade. No entanto, a contribuição desse fator diminuiu ao longo do tempo. Enquanto a infertilidade pós-parto contribuiu com 63% da redução da fecundidade em 1994-95, essa contribuição passou a ser de 42% em 2016-17. Isso reflete na duração média da amamentação, variável que foi usada para calcular o índice de infertilidade pós-parto. De fato, o tempo médio de amamentação que era de aproximadamente 15 meses, baixou para cerca de 9 meses. Essa queda na duração média da amamentação pode ser explicada em parte, por razões culturais sobre a amamentação materna. Apesar de esforços e campanhas do setor de saúde, de ONGs, do UNICEF e USAID para incentivar o aleitamento materno exclusivo até seis meses, e como reforço à alimentação até os dois anos de idade, por falta de informação sobre o assunto, há mulheres que interrompem o aleitamento exclusivo poucos meses depois do parto – o que supõe uma frequência menor de contato entre a mãe e o recém-nascido.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2012), em um estudo realizado sobre a prática do aleitamento em países latino-americanos, o Haiti possuiu os piores indicadores nesse campo. Além da falta de informação, existem certos mitos e tabus que fazem com que a amamentação seja atualmente menos frequente do que no passado. Um obstáculo, comum à amamentação é a concepção de mudança que as mulheres têm sobre o corpo após o parto e mais especificamente, sobre os seios. Elas acreditam que amamentar faz com que o seio fique mais flácido. Outro ponto importante encontrado em um estudo qualitativo sobre os motivos de não amamentar é que elas pensam que quando amamentam, efeitos psicológicos como estresse, por exemplo, podem passar da mãe para o recém-nascido. O ministério de saúde procura esclarecer que é necessário aleitar as crianças mesmo após um choque

emocional, pois a emoção não tem nenhum efeito negativo sobre o aleitamento materno em si (GROSJEAN, 2010). Por fim, além do tabu, percebe-se que, de qualquer maneira, existe um sério problema de falta de informação sobre o aleitamento materno no Haiti. Há até casos nos quais a mulher joga fora o primeiro leite chamado de “*colostrum*”, cheio de nutriente para o recém-nascido. Segundo essas mães, deve-se jogar esse primeiro leite, pois ajuda a limpar o intestino e a se livrar dos resíduos acumulados durante toda a gravidez. Logo, é preciso conscientizar a população de que o aleitamento é uma forma fundamental de estimulação e imunização para as crianças (NAÇÕES UNIDAS, 2008). Em 2016-17, o uso de contracepção foi o segundo elemento que mais contribuiu para a queda da fecundidade no Haiti. Apesar da diminuição da participação da infertilidade pós-parto, a contracepção não consegue superá-la em importância. A contracepção contribuiu apenas para 33% do declínio da fecundidade. Vale lembrar que há ainda 38% das mulheres haitianas que sofrem de necessidades não satisfeitas de contracepção. Diante disso, faz-se necessário não só ampliar a oferta de serviços de saúde sexual e reprodutiva, mas também melhorar o nível de cobertura de informações sobre contracepção. Isso, seguramente contribuiria para que a contracepção tivesse um maior impacto na queda da fecundidade no país.

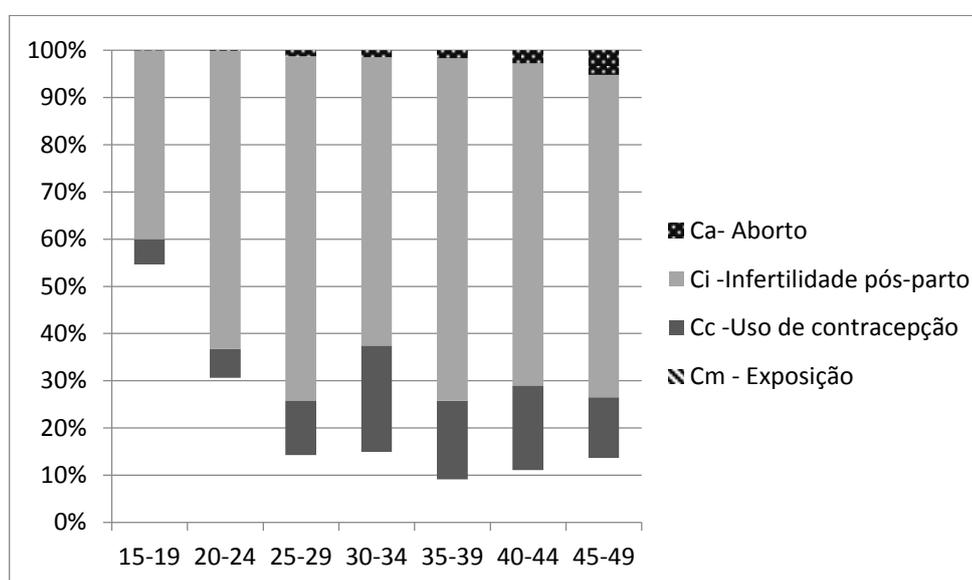
Quanto ao aborto, apesar do aumento de sua contribuição ao longo do tempo, ele foi o fator que menos teve impacto sobre a queda da fecundidade. Entre os dois períodos analisados, a participação do aborto no declínio da fecundidade passou de 2% para 4%. Como foi destacado no início deste capítulo, os dados sobre aborto induzido são provavelmente subenumerados, justamente pela sua proibição na legislação haitiana e pelo rechaço social dirigido por grande parte da população àquelas mulheres que o praticam.

Outra maneira de explorar os determinantes próximos da fecundidade é analisá-los por faixa etária. Para os dois períodos em análise, a união/exposição à atividade sexual extramarital é o fator que mais explica o nível da fecundidade entre as meninas de 15-19 anos. O peso dessa contribuição no grupo etário mais jovem não mudou entre os dois anos em estudo. O segundo determinante próximo mais importante entre as adolescentes foi a infertilidade pós-parto em ambos os pontos no tempo. Mas é notável que a contracepção triplicou o seu impacto sobre o nível da fecundidade adolescente entre 1994-95 e 2016-17 (ver Gráficos 21 e 22).

Quanto aos outros grupos etários, a infertilidade pós-parto sempre ocupou o primeiro lugar como o que mais impacta o nível da fecundidade, embora se apresente uma tendência de perda de importância relativa entre 1994-95 e 2016-17.

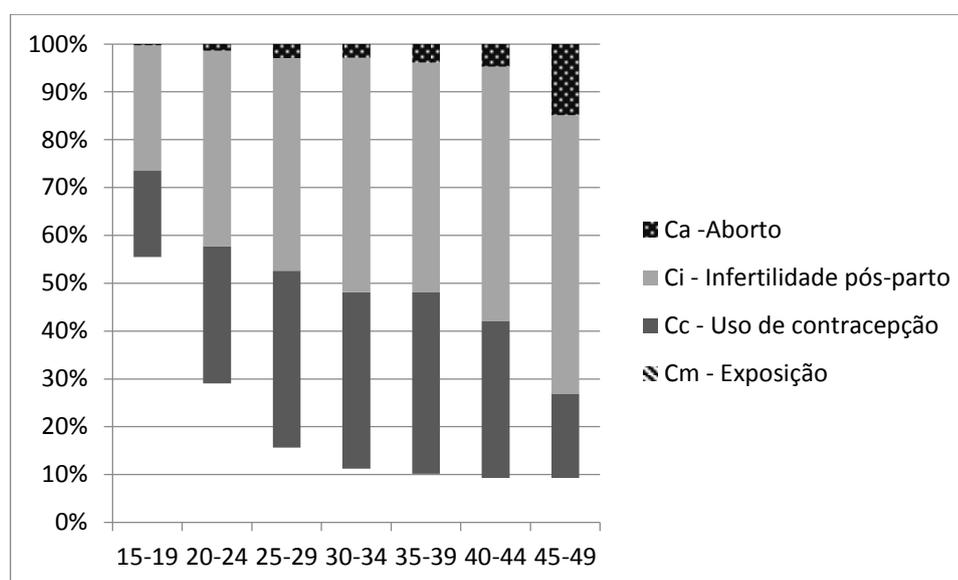
Já o uso de contracepção é o determinante próximo da fecundidade que mais ganha importância ao longo do tempo em todas as faixas etárias. Ele se mostra particularmente relevante na faixa etária 20-44 anos, quando chega a ser o segundo determinante próximo mais importante em 2016-17. Em 1994-95, sua importância parecia mais concentrada na faixa 30-44 anos. Para efeito de política pública, vale registrar que a contracepção contribuiu bem menos do que outros determinantes próximos para estabelecer o nível da fecundidade nas faixas etárias mais jovens (15-24 anos).

**GRÁFICO 21** – Haiti – 1994-95: Determinantes próximos da fecundidade segundo faixa etária



Fonte: DHS (1994-95).

**GRÁFICO 22** – Haiti – 2016-17: Determinantes próximos da fecundidade segundo faixa etária



Fonte: DHS (2016-17).

No que diz respeito ao aborto, nos dois anos em estudo, o índice aumenta com a idade – o que era de se esperar, pois quanto mais velha a mulher, maior é a chance de ter vivenciado algum aborto ao longo da vida. Por fim, esse olhar sobre os determinantes próximos da fecundidade segundo a idade da mulher permite captar variações significativas no comportamento reprodutivo ao longo da vida: entre as adolescentes a exposição à atividade sexual é o que mais determina o nível da fecundidade; nas faixas etárias intermediárias (20-44 anos) a importância do uso de contracepção tende a aumentar o seu efeito sobre o nível da fecundidade; e, por sua vez, à medida que a idade avança, o peso do aborto tende a aumentar sua relevância como determinante do nível da fecundidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal desta tese foi analisar as mudanças na fecundidade haitiana entre 1994-95 e 2016-17 considerando o contexto social, econômico e cultural no qual as mulheres haitianas estão inseridas. Tratava-se, portanto, de explorar determinantes considerados na literatura como distantes (contextuais) e determinantes próximos (união/exposição à atividade sexual, contracepção, infertilidade pós-parto e aborto). Gostaria de registrar minha gratidão e minha alegria pela oportunidade que tive de estudar um fenômeno tão importante para mim - que é a fecundidade, tendo como unidade geográfica meu país de origem. Por outro lado, procurei estar consciente em todos os momentos de que o fato de ser nativa poderia enviesar a análise. Mas queria deixar claro que tentei aplicar ao máximo o princípio da imparcialidade, procurando manter sempre uma postura de pesquisadora, sem me desgarrar enquanto nativa.

A minha intenção aqui não é fazer uma recapitulação da tese, mas mostrar, em poucas palavras o que eu consegui aprender com essa pesquisa, as interrogações que não consegui responder, as principais contribuições deste trabalho, além de apresentar as suas principais limitações.

Vimos por meio desta investigação que, como todos os países da região latino-americana e caribenha o Haiti está passando pelo processo de transição da fecundidade. Todavia, a situação socioeconômica, política, cultural e ambiental do país faz com que essa transição seja relativamente tardia. O Haiti tem uma das fecundidades mais elevadas do continente na atualidade e um ritmo de crescimento acima da média latino-americana. Esse cenário pode ser facilmente vinculado à questão dos fluxos intergeracionais de riqueza (CALDWELL, 1976), pois no Haiti a família, e especialmente os filhos são o principal investimento, pois os pais esperam retorno econômico direto por ter filhos. A geração mais jovem de uma família representa a principal “seguridade social” dos membros mais velhos da família.

Como ocorreu na região latino-americana, o processo de transição demográfica no Haiti se iniciou com a queda da mortalidade, devido especialmente à propagação das campanhas de saúde pública e paulatina melhora da cobertura do saneamento. Depois se seguiu a queda da fecundidade, conhecido como transição da fecundidade. Esse fenômeno geral foi devido em razão à urbanização e às mudanças ocorridas no comportamento das famílias no nível coletivo e individual, sobretudo, o crescimento do acesso a métodos contraceptivos modernos nas últimas duas décadas.

Considerando que a transição da fecundidade é um fenômeno geral, o processo acabou sendo postergado em países em situação mais vulnerável, como o Haiti. No contexto específico haitiano, essa postergação ocorreu, em parte, em função do colapso de um Estado que passa regularmente por crises cíclicas e crônicas. A consequência direta disso se manifesta no sistema de saúde que não consegue atender as necessidades mais básicas da sua população. De fato, os indicadores de saúde no Haiti estão longe do desejável. A situação preocupante da saúde é tributária de fatores ambientais que estão vinculados ao baixo nível de desenvolvimento do país – o que dificulta o oferecimento de serviços básicos com a qualidade e na quantidade que a população carece. Ademais, a ingerência do governo, a falta de organização, falta de recursos humanos e materiais acrescentam ainda mais desafios ao sistema de saúde haitiano e à oferta de serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Além dos fatores relacionados à saúde, o ritmo da transição da fecundidade no Haiti reflete um conjunto de valores da sociedade haitiana baseado no significado da vida familiar e nas crenças religiosas. Na sociedade haitiana, além da existência de razões econômicas, existe a aceitação do “*plasaj*”, que em algum sentido favorece a formação de uniões múltiplas. Essa última supõe mais chance de ter filhos ainda mais em uma sociedade onde os filhos são considerados como riqueza dos pobres e onde os pais esperam, na velhice, um retorno econômico, emocional e material das suas progenituras, o que explica muito bem a ideia de transferência ou fluxo intergeracional de riqueza de Caldwell (1976) ao ilustrar os aspectos socioculturais da fecundidade nas sociedades em transição em países africanos como Nigéria e Gana.

Quanto à religião, ela desempenha um papel significativo na vida familiar da sociedade haitiana. Na opinião da maioria da população haitiana, sobretudo os cristãos, é Deus que lhes envia os filhos. Isso explica claramente uma possível razão da resistência ao uso de métodos contraceptivos e reforça a ideia de que sexo seja vinculado à procriação. Além das religiões cristãs, o *vaudou* é também contribui para que a transição da fecundidade no Haiti tenha sido iniciada mais tardiamente, pelo fato de estimular a prática de ter vários parceiros sexuais ao mesmo tempo sem se preocupar devidamente com o sexo seguro.

O baixo nível educacional da mulher, a sua inserção precária no mercado de trabalho – consequência da sua baixa qualificação e o seu status dentro do domicílio expressam o ritmo do processo de transição em curso no Haiti atualmente. A baixa escolaridade das mulheres é consequência da concepção de grande parte da sociedade que prioriza a educação dos meninos em detrimento das meninas. Isso reforça sem dúvida o problema da inequidade de gênero no país. No que diz respeito ao status feminino dentro da

família, muitas vezes elas se encontram em família monoparental, ou em união com um homem que está em união múltipla, com vários filhos para cuidar, sem nenhuma fonte de renda.

A concepção de que é o homem quem cuida a mulher (trabalhando ou não), de que ele é o provedor, é algo que tem um peso ainda muito grande na sociedade haitiana. Às vezes, mesmo mulheres que trabalham, são muito dependentes do homem, pois elas crescem ouvindo e acreditando que o homem deve cuidar delas e elas devem atuar nas tarefas domésticas. Essa divisão sexual do trabalho, que explica essa dependência econômica permanente não joga em favor delas, pois muitas vezes, após conceder o cuidado às mulheres, os homens as consideram como objeto. Isso dificulta um eventual empoderamento dessas mulheres – uma das características fundamentais, da transição da fecundidade. Diante dessa situação, mesmo com a existência de políticas de inserção das mulheres no mercado laboral, é fundamental ter um grande esforço para educar as meninas, ainda na primeira infância, sobre a importância da independência e autonomia individual. Uma condição *sine qua non* para essa mudança ideológica na sociedade inteira, e comportamental entre as mulheres, seria impulsionar ainda mais políticas que promovam a igualdade de gênero e de oportunidades de emprego para as mulheres.

Quanto ao padrão da fecundidade, certamente ocorreram mudanças importantes entre os dois anos estudados. Enquanto em 1994-95, a cúspide da curva estava no grupo etário de 25-29 anos, em 2016-17, observa-se um platô nos grupos etários 20-24, 25-29 e 30-34 anos. Conclui-se que, entre os dois anos, houve diminuição da fecundidade em todos os grupos etários, sendo mais acentuada na faixa etária 25-29 anos. Quanto ao nível da fecundidade total no mesmo período, o número médio de filhos por mulher declinou de 4,7 para 3 em pouco mais de vinte anos.

Em relação ao modelo dos determinantes próximos de Bongaarts, embora a infertilidade pós-parto seja o determinante que mais impacta o nível da fecundidade haitiana a contracepção tem aumentado substancialmente a sua importância entre 1994-95 e 2016-17. Mas ainda há muito a ser feito para garantir o acesso de todas as mulheres à contracepção sempre que desejarem. As necessidades contraceptivas não satisfeitas no país continuam elevadas.

Operacionalmente, o modelo de determinantes próximos representa um ganho para análises comparativas. No entanto, poucas pesquisas permitem sua aplicação. Trata-se de uma metodologia que se adequa bem aos dados da DHS que capta informações de países em desenvolvimento que estão em estágios diferentes da transição demográfica. Os determinantes

contextuais não são levados diretamente em conta, isso certamente é uma limitação. No entanto, deve-se admitir o fato de que o modelo leva em conta apenas o que é passível de ser mensurado. Grande parte da complexidade das decisões reprodutivas em um contexto de alta vulnerabilidade social e cultura *sui generis* como a haitiana ainda pode ser mais bem explorada em estudos qualitativos. A multiplicidade de formas de união com diferentes graus de compromisso e responsabilidades, bem como o debate entorno das leis que proíbem o aborto são temáticas correlacionadas à trajetória reprodutiva das mulheres que ainda merecem maior aprofundamento em pesquisas futuras.

Em síntese, para além dos determinantes da fecundidade, esse trabalho possibilita ter um registro da condição feminina no Haiti – o que nos ajuda a entender melhor a situação da mulher no contexto haitiano. Percebemos que as variações no nível das taxas de fecundidade são resultantes de fatores que não dependem da simples vontade da mulher, mas sim de um conjunto de elementos culturais e de problemas estruturais ligados ao sistema de saúde. A falta de capacidade econômica do país para manter seu próprio sistema de saúde em funcionamento faz com que não tenha total autonomia para tomar decisões, sendo levado pelas circunstâncias a depender e a se submeter a organizações internacionais. Por fim, é importante deixar claro que, ao contrário da concepção de muitos intelectuais e gestores de políticas, a fecundidade feminina não é responsável pelos problemas socioeconômicos do país. Nesse sentido, é oportuno abandonar a prática de culpabilizar as mulheres haitianas pelo subdesenvolvimento do país. Pelo contrário, como sociedade, nós falhamos. Estigmatizar e discriminar as mulheres por terem filhos acaba sendo uma nuvem de fumaça que nos impede reconhecer e atuar sobre os problemas estruturais e político-econômicos que impedem tanto o desenvolvimento haitiano quanto a decisão, livre de constrangimentos, sobre quantos filhos as mulheres gostariam de ter. Faz-se necessário respeitar nossos compromissos enquanto sociedade nacional de fortalecer e fazer valer os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres haitianas.

## REFERÊNCIAS

- ALLENDORF, K. Like daughter, like son? Fertility decline and the transformation of gender systems in the family. **Demographic Research**, Germany, n. 2, v. 27, p. 429-454, 2012.
- ALLMAN, J.; ALLMAN, S. N. Women's status and family planning in Haiti. **International Journal of Sociology of the Family**, India, v. 17, n. 1, p. 109-120, 1987.
- ALLMAN, J. Fertility and family planning in Haiti. **Studies in Family Planning**, New York, NY, v. 13, n. 8-9, p. 237-245, 1982.
- ALLMAN, J. Sexual unions in rural Haiti. **International Journal of Sociology of the Family**, India, v. 10, n. 1, p. 15-39, 1980.
- ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. Fecundidade e direitos sexuais e reprodutivos na agenda do Cairo+20. In: ARILHA, M.; LAGO, T. (org.). **Cairo+20 e políticas públicas no Brasil: consolidando e ampliando direitos**. São Paulo, SP: Oficina Editorial, 2014. (Coleção Democracia, Estado Laico e Direitos Humanos).
- ALVES, J. E. D.; CORREA, S. Demografia e ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo + 10. **Revista Brasileira de Estudos População**, Campinas, SP, v. 20, n. 2, p. 129-156, 2003.
- ARIÈS, P. Two successive motivations for the declining birth rate in the west. **Population and Development Review**, New York, NY, v. 6, n. 4, p. 645-650, 1980.
- ARILHA, M.; BERQUÓ, E. Cairo+15: trajetórias globais e caminhos brasileiros em saúde reprodutiva e direitos reprodutivos. In: ABEP; UNFPA. **Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo**. Campinas, SP, 2009.
- BANQUE MONDIALE HAITI. **Haiti presentation**. [S.l.], 2017. Disponível em: <http://www.banquemondiale.org/fr/country/haiti/overview#3>. Acesso em: 26 jul. 2017.
- BAPTISTE, C. J.; VIEIRA, J. M. Catástrofe ambiental e migração internacional: a perspectiva dos migrantes haitianos na cidade de São Paulo. In: BAENINGER, R. et al. (org.). **Imigração haitiana no Brasil**. Jundiaí, SP: Paco Editorial, 2016.
- BAPTISTE, C. J. **Transição para a vida adulta e migração internacional: o caso dos jovens haitianos na cidade de São Paulo**. 2015. 156f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2015.
- BARON, A. **Haiti: en première ligne du séisme, l'hôpital de Port-de-Paix sans moyens ni courant**. L' EXPRESS, 2018.
- BARROW, C. **Family in the Caribbean: themes and perspectives**. Jamaica, Oxford: Ian Randle, 1996.
- BASTIEN, R. Haitian rural family organization. **Social and Economic Studies**, Washington, DC, v. 10, n. 4, p. 478-510, 1961.
- BAY, G.; Del POPOLO, F.; FERRANDO, D. **Determinantes próximos de la fecundidad: una aplicación a países latinoamericanos**. Santiago de Chile, Chile: CELADE, 2003. (Serie Población y Desarrollo, n. 43).
- BEAUVAIS, C. La femme dans la société haitienne: état des lieux avec Roxane Ledan. **Challenges Magazine**, Port-au-Prince, Haiti, 2016. Disponível em: <https://challengesnews.com/la-femme-dans-la-societe-haitienne-etat-des-lieux-avec-roxane-ledan/>. Acesso em: 17 jul. 2017.

- BECKER, G. An economic analysis of fertility. In: ROBERTS, G. B. **Demographic and economic change in developed countries**. New York, NY: Columbia University Press, 1960.
- BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, SP, n. 74, p. 11-15, 2006.
- BERQUÓ, E. O Brasil e as recomendações do Plano de Ação do Cairo. In: BILAC, E. D.; ROCHA, M. I. B. (org.). **A saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas**. Campinas, SP: Editora 34; PROLAP; ABEP; NEPO/UNICAMP, 1998.
- BERQUÓ, E. Brasil, um caso exemplar. Anticoncepção e parto cirúrgico. A espera de uma ação exemplar. In: CFEMEA. **Direitos reprodutivos: uma questão da cidadania**. Brasília, DF, 1994.
- BONGAARTS, J. Modeling the fertility impact of the proximate determinants: time for a tune-up. **Demographic Research**, Germany, v. 33, n. 19, p.535-560, 2015.
- BONGAARTS, J. **The causes of stalling fertility transitions**. New York, NY: Population Council, 2005. (Policy Research Division Working Papers, n. 204).
- BONGAARTS, J.; POTTER, R. **Fertility, biology, and behavior: an analysis of the proximate determinants**. New York, NY: Academic Press, 1983.
- BONGAARTS, J. The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables. **Studies in Family Planning**, New York, NY, v. 13, n. 6-7, p. 179-189, 1982.
- BONGAARTS, J. A framework for analyzing the proximate determinants of fertility. **Population and Development Review**, New York, NY, v. 4, n. 1, p. 105-132, 1978.
- BORDES, A.; COUTURE, A. **For the people, for a change: bringing health to the families of Haiti**. Boston: Beacon Press, 1978.
- BRAUDO, S.; BAUMANN, A. **Dictionnaire du droit privé: définition de possession d'état**, 1996-2017. Disponível em: <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/possession-d-etat.php>. Acesso em: 01 out. 2017.
- BRUNO, E. M. Haiti-education/Genre: les filles vont à l'école mais n'y restent pas. **Alter Presse**, 2013. Disponível em: <http://www.alterpresse.org/spip.php?article14052#.WW0czoTyuM8>. Acesso em: 17 jul. 2017.
- CABELLA, W.; PARDO, I. ¿Es hora de usar indicadores refinados para estudiarla fecundidade en América Latina? **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Rio de Janeiro, RJ, v. 33, n. 3, p. 475-493, 2016.
- CALDWELL, J. C. Toward a restatement of demographic transition theory. **Population and Development Review**, New York, NY, v. 2, n. 3-4, p. 321-366, 1976.
- CAYEMITTES, M. et al. **Enquêtemortalité, morbiditéetutilisation des services: Haiti**, 2012. Calverton, Maryland, USA: MSPP; IHE; ICF International, 2013.
- CAYEMITTES, M. et al. **Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services: Haiti**, 2005-2006. Calverton, Maryland, USA: Ministère de la Santé Publique et de la Population; Institut Haitien de l'Enfance et Macro International, 2007.
- CAYEMITTES, M. et al. **Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services: Haiti** 2000. Calverton, Maryland, USA: Ministère de la Santé Publique et de la Population; Institut Haitien de l'Enfance et ORC Macro, 2001.

CAYEMITTES, M. et al. **Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services (EMMUS-II), Haiti 1994/95**. Calverton, Maryland USA: Institut Haitien de l'Enfance et Macro International, 1995.

CEPAL. **La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad (L'avenir de la protection sociale: accès, financement et solidarité)**. Santiago de Chile, Chile, 2006.

CEPAL. **Commission économique pour l'Amérique latine et la Caraïbe**. Santiago de Chile, Chile, 2005. Disponível em: <http://www.eclac.cl>.

COALE, A. J. The demographic transition reconsidered. In: PROCEEDINGS OF THE INTERNATIONAL POPULATION CONFERENCE, 1973, Liege. **Anais...** Liege: IUSSP, 1973.

CORREA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, S. (org.). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Belo Horizonte, MG: ABEP; Brasília, DF: UNFPA, 2006.

CHACKIEL, J.; SCHKOLNICK, S. **América Latina: los sectores rezagados en la transición de la fecundidad**. Santiago de Chile, Chile: CEPAL, 2003. (Serie Población y Desarrollo, n. 42).

DESMANGLES, L. G. **The faces of the gods: vodou and Roman Catholicism in Haiti**. 2. ed. Chapel Hill, NC: The University of North Carolina Press, 1992.

DESMANGLES, P. Témoignage: un système de santé en crise. In: RAINHORN, J. D (org.). **Haiti, réinventer l'avenir**. Paris: Éditions de la Maison des sciences de l'homme, Éditions de l'Université d'État d'Haiti, 2012. Disponível em: <https://books.openedition.org/editionsmsmh/8365>. Acesso em: 17 abr. 2019.

DI CESARE, M.; RODRIGUEZ VIGNOLI, J. Analysis micro of adolescent fertility determinants: case of Brazil and Colombia. **Papeles de Población**, México, DF, v. 12, n. 48, p. 107-140, 2006.

EBAUGH, H. R; CURRY, M. Fictive kin as social capital in new immigrant communities. **Sociological Perspectives**, v. 43, n. 2, p. 189-209, 2000.

ESTEVE, A; LESTHAEGHE, R; LÓPEZ-GAY, A. The Latin American cohabitation boom, 1970–2007. **Population and Development Review**, New York, NY, v.38, n. 1, p 55-81, 2012.

FARIA, Vilmar. **Políticas de governo e regulação da fecundidade: consequências não antecipadas e efeitos perversos**. Cebrap, 1989.

FARIA, Vilmar, POTTER, Joseph E. **Television, telenovelas and fertility change in Northeast Brazil**. Austin: Texas Population Research Center Papers, University of Texas at Austin, 1994-1995.

FJELLMAN, S. M.; GLADWIN, H. Haitien family patterns of migration to South Florida. **Society for Applied Anthropology**, v. 44, n. 4.p. 301-312, 1985.

FRANCE DIPLOMATIE. **Présentation de Haiti**. Paris, 2017. Disponível em: <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/haiti/presentation-de-haiti/>. Acesso em: 17 ago. 2017.

FRASER, N. After the family wage: gender equity and the welfare state. **Political Theory**, US, v. 22, n. 4, p. 591-618, 1994.

FRAZIER, E. F. **The negro family in the United States**. Chicago: University of Chicago Press, 1966.

FUJIWARA, J. C. A. M. **Mulheres sem filhos no Brasil: uma análise de características socioeconômicas e demográficas, razões e repercussões**. 2018. 194p. Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2018.

GREENFIELD, S. **English rustics in black skin: a study of modern family in a pre-industrialized society**. Sydney: New College & Univ. Pr., 1966.

GRONDIN, M. **Haiti, cultura, poder e desenvolvimento**. São Paulo, SP: Brasiliense, 1985.

GROSJEAN, L. Haiti: semaine mondiale de l'allaitement: necessite d'un allaitement exclusif jusqu'a 6 mois pour la sante des nourrissons. **Relief Web**, 2010.

GUZMÁN, J. M. et al. La démographie de l'Amérique Latine et de la Caraïbe depuis 1950. **Population**, London, v. 61, n. 5-6, p. 623-733, 2006.

GUZMÁN J. M. The onset of fertility declines in Latin America. In: LOCOH, T.; HERTRICH, V. (ed.). **The onset of fertility transition in Sub-Saharan Africa**. Liège: Derouaux Ordina Éditions; IUSSP, 1994. p. 43-67.

HAITI LIBRE. **Haiti – Social: le téléphone bleu, pour une meilleure planification familiale**. [S. l.], 2012. Disponível em: <https://www.haitilibre.com/article-6580-haiti-social-le-telephone-bleu-pour-une-meilleure-planification-familiale.html>. Acesso em: 01 out. 2017.

HAITI LIBRE. **Haiti – social: la loi sur la paternité responsable enfin votée**. [S. l.], 2012. Disponível em: <http://www.haitilibre.com/article-5399-haiti-social-la-loi-sur-la-paternite-responsable-enfin-votee.html>. Acesso em: 01 out. 2017.

HAITI. **Constituição de 1987**. Artigo 17.1. s.d. Disponível em: <https://www.haiti-reference.com/pages/plan/histoire-et-societe/documents-historiques/constitutions/constitution-de-1987-amendee/>. Acesso em: 17 jul. 2017.

HAITI. **Loi sur la paternité, la maternité et la filiation**. Port-au-Prince, Haiti, 2017. Disponível em: [https://www.healthpolicyproject.com/pubs/713\\_BrochurePaternitewithcover.pdf](https://www.healthpolicyproject.com/pubs/713_BrochurePaternitewithcover.pdf). Acesso em: 09 out. 2017.

DHS HAITI. Ministère de L'économie et des Finances. **Enquête sur les conditions de vie en Haiti**. Port-au-Prince, Haiti, 2001.

HAITI. Ministère de L'éducation Nationale et de la Formation Professionnelle. **Plan opérationnel 2010-2015 des recommandations du groupe de travail sur l'éducation et la formation**. Port-au-Prince, Haiti, 2012.

HAITI. Ministère de la Planification et de la Cooperation Externe. **Carte de la pauvreté d'Haiti**. Port-au-Prince, Haiti, 2004.

HAITI. Ministère de la Santé Publique et de la Population. **Évaluation de la prestation des services de soins de Santé (EPSSS): Haiti 2013**. Port-au-Prince, Haiti, 2014.

HAITI. Ministère de la Santé Publique et de la Population. **Plan directeur de santé 2012-2022**. Port-au-Prince, Haiti, 2013.

HERSKOVITS, M. J. **Life in a Haitian valley**. Princeton, NJ: Markus Wiener Publishers, 2007.

HINDE, A. The determinants of fertility. In: HINDE, A. **Demographic methods**. London: Routledge, 1998. p. 121-132.

IHE – INSTITUT HAITIEN DE L'ENFANCE. **Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services (EMMUS-VI 2016-2017)**. Pétiion-Ville, Haiti; Rockville, Maryland, USA, 2018.

IHSI – INSTITUT HAITIEN DE STATISTIQUE ET D'INFORMATIQUE. **Enquête sur les conditions de vie en Haiti**. Haiti, 2001. Disponível em: <http://www.ihsi.ht/pdf/ecvh/ECVHVolumeI/education.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

INTERNATIONAL WOMEN'S HEALTH COALITION. **Aborto com autoadministração de Misoprostol: um guia para as mulheres**. New York, NY, 2016.

JEAN-ULYSSE, H.; NORCEIDE, J.C. **Aperçu de la situation d'insécurité alimentaire chronique en Haiti**. [S. l.], 2015.

KHAN, C. **Haiti aid groups criticized as money sits unspent [radio broadcast]**. Special Series – Haiti a year later. Washington, DC: National Public Radio, 2011. Disponível em: <https://www.npr.org/2011/01/11/132807059/haiti-aid-money-lies-unspent-drawing-criticism>. Acesso em: 17 abr. 2019.

LACHAUD, J.; LEGRAND, T. K.; JEAN- FRANÇOIS, K. Intergenerational transmission of educational disadvantage in the context of the decline of family size in urban Africa. **Population Review**, London, v. 56, n. 1, p. 102-126, 2017.

LACHAUD, J. **Changements démographiques et inégalités éducatives à Ougadougou**. 2015. 216f. Tese (Doutorado) – Faculté des Arts et des Sciences, Université de Montréal, Aout, 2015.

LACHAUD, J. **Análisis sociodemográfico del comportamiento de las mujeres en Haití, respecto al uso de métodos anticonceptivos y las necesidades no satisfechas de anticoncepción**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Sede Academica de México, Ciudad de Mexico, Mexico, 2010.

LE NOUVELLISTE. **Échec total aux examens d'État des sciences infirmières**. Port-au-Prince, Haiti, 2018. Disponível em: <https://lenouvelliste.com/article/196291/echec-total-aux-examens-detat-des-sciences-infirmieres>.

LECARPENTIER, P. L'évolution du droit de la filiation et le cheminement de la réforme sur la paternité responsable en Haiti. In: CONFERENCE INTERNATIONALE ET INTERDISCIPLINAIRE DE RECHERCHE SUR LE GENRE, 2016, Port-au-Prince, Haiti. **Anais...** Port-au-Prince, Haiti: Université Quisqueya, 2016.

LEIDERMAN, S.M. **A new Haiti: a proposal for a model community in Haiti**. Journal of Haitian Studies, v.8, n.2, 2002.

LERNER, S.; QUESNEL, A. Instituciones y reproducción. Hacia una interpretación del papel de las instituciones en la regulación de la fecundidad en México. In: ALBA, F., CABRERA, G. (comp.). **La población em el desarrollo contemporáneo de México**. México, DF: El Colegio de México, 1994.

MADEIRA, F. R. (org.). **Quem mandou nascer mulher?: estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Rosa dos Tempos, 1997.

MARTINE, G. Brazil's fertility decline, 1965-95: a fresh look at key factors. **Population and Development Review**, New York, NY, v. 22, n. 1, p. 47-75, 1996.

- MARTINEZ-ALIER, V. **Marriage, class and colour in nineteenth-century Cuba: a study of racial attitudes and sexual values in a slave society.** Cambridge: Cambridge University Press, 1974.
- MASON, K. O. Gender and demographic change: what do we know? In: JONES, G. W. et al. (ed.). **The continuing demographic transition.** Oxford: Clarendon Press, 1997.
- MATERNOWSKA, M. C. **Reproducing inequities: poverty and the politics of population in Haiti.** New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2006.
- MATHIEU, M. L'espace familial et l'offre de travail des femmes: une synthèse des contributions théoriques sur le sujet. **Haiti Perspectives**, v. 7, n. 1, p. 45-57, 2019.
- MCDONALD, P. Societal foundations for explaining low fertility: gender equity. **Demographic Research**, Germany, v. 28, n. 34, p. 981-994, 2013.
- MCDONALD, P. Gender equity in theories of fertility transition. **Population and Development Review**, New York, NY, v. 26, n. 3, p. 427-439, 2000a.
- MCDONALD, P. Gender equity, social institutions and future of fertility. **Journal of Population Research**, New York, NY, v. 17, n. 1, p. 1-16, 2000b.
- MCNICOLL, G. Institutional determinant of fertility change. **Population and Development Review**, New York, NY, v. 6, n. 3, p. 441-462, 1980.
- MÉNARD, E. T. L'éducation en Haiti: inégalités économiques et sociales et question de genre. La femme dans l'enseignement supérieur. **Haiti Perspectives**, v. 2, n. 3, 2013.
- MERRICK, T. W.; BERQUÓ, E. **The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility.** Washington, DC: National Academy Press, 1983.
- MICHEL, C. Women's moral and spiritual leadership in Haitian vodou: the voice of mama Lola and Karen McCarthy. **Journal of Feminist Studies in Religion**, v. 17, n. 2, p. 61-87, 2001.
- MINTZ, S.; PRICE, R. **An anthropological approach to the Afro-American past: a Caribbean perspective.** Philadelphia: Institute for the Study of Human Issues, 1976.
- MINUSTAH. **Autonomisation économique des femmes en Haiti: un défi à relever.** Port-au-Prince, Haiti, 2013.
- MUELLER, E. Income, aspirations, and fertility in rural areas of less developed countries. In: SCHUTJER, W. A. (org). **Rural development and human fertility**, New York, NY: Macmillan Publishing Company, 1984. p. 121-150.
- MWISSA, C. K. Parenté et famille en Haiti: les héritages africains. **Africulture**, v. 1, n. 58, p. 161-168, 2004.
- NATIONS-UNIES. **Faitset figures clés sur la situation des femmes en Haiti.** New York, NY, 2017. Disponible en: [https://minustah.unmissions.org/sites/default/files/faits\\_et\\_figures\\_cles\\_sur\\_la\\_situation\\_des\\_femmes\\_en\\_haiti\\_mars\\_2017.pdf](https://minustah.unmissions.org/sites/default/files/faits_et_figures_cles_sur_la_situation_des_femmes_en_haiti_mars_2017.pdf).
- NICHOLAS, T. et al. "Here's your diploma, Mom!" Family obligation and multiple pathways to success. **The Annals of the American Academy of Political and Social Science**, v. 620, n. 1, p. 237-252, 2008.
- NOIN, D. La baisse de la fécondité dans le monde. **Annales de Géographie**, Paris, t.100, n. 559, p. 257-272, 1991.

OLIVEIRA, M. C. F. A.; VIEIRA, J. M.; MARCONDES, G. Cinquenta anos de relações de gênero e geração no Brasil: mudanças e permanências. In: ARRETCHE, M. (org.). **Trajetórias da desigualdade: como o Brasil mudou nos últimos 50 anos.** São Paulo, SP: Editora da UNESP, 2015.

OLIVEIRA, M. C. F. A.; SANTOS, T. F. Apresentação. In: CAETANO, A. J.; CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D. **Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil.** Belo Horizonte, MG: ABEP, 2008.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constitution of the World Health Organization.** Brasília, DF, 1946.

OPS – ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ. **Semaine mondiale de l’allaitement maternel 2012: comprendre le passé. Planifier l’avenir célébration du 10e anniversaire de la stratégie mondiale pour l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant (OMS/UNICEF).** Washington DC, 2012.

PARDO, I.; VARELA, C. La fecundidad bajo el reemplazo y las políticas familiares en América Latina y el Caribe: qué puede aprenderse de la experiencia europea. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais,** Rio de Janeiro, RJ, v. 30, n. 2, p. 503-518, 2013.

PARENTAU, S. **La fertilité aprivoisée: les méthodes naturelles après une naissance.** Quebec, 2017.

PATARRA, N. L.; OLIVEIRA, M. C. A. Transição, transições. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 6., 1988, Brasília, DF. **Anais...** Belo Horizonte, MG: ABEP, 1988.

PAXMAN, J. M.; POY, P. I. L. La connaissance et la pratique de la contraception en Haiti: facteur de labaisse de la fécondité depuis deux décennies? **Cahiers Québécois de Démographie,** Montreal, v. 26, n. 1, p. 41-68, 1997.

PNUD – PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT. **Ranking IDH Global 2014.** New York, NY, 2014. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idh-global.html>. Acesso em: 26 jul. 2017.

PSACHAROPOULOS, G.; PATRINOS, A. **Returns to investment in education: a further update.** Washington, DC: World Bank, 2004. (Policy Research Working).

RHRC – REPRODUCTIVE HEALTH RESPONSE IN CRISIS CONSORTIUM. **Minimum initial service package for reproductive health in crisis situations.** New York, NY, 2011.

ROBERT, G. W.; SINCLAIR, S. A. **Women in Jamaica: patterns of reproduction and family.** New York, NY: KTO Press, 1978.

RODRIGUEZ VIGNOLI, J. **La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición.** Santiago de Chile, Chile: CEPAL, 2003. (Serie Población y Desarrollo, n. 46).

SAINTUS, E. **La santé en Haiti, pas en santé.** Haiti PROGRES. Port-au-Prince, Haiti, 2018.

SCHKOLNICK, S. **La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?** Santiago de Chile, Chile: CEPAL, 2004. (Serie Seminarios y Conferencias, n. 36).

SCHULLER, M. “Pa manyen fanm nan konsa”: intersectionality, structural violence and vulnerability before and after Haiti’s Earthquake. **Feminist Studies,** US, v.41, n.1, p. 184-210, 2015.

- SHELLER, M. **Citizenship and the making of Caribbean freedom**. Nacla, New York, NY, 2014.
- SIMEY, T.S. **Welfare and planning in the West Indies**. London: Oxford University Press, 1946.
- SIMPSON, G. E. Sexual and family institutions in Northern Haiti. **American Anthropological Association**, US, v. 44, n. 4, p. 655-674, 1942.
- SMITH, M. G. Introduction. In: CLARKE, E. **My mother who fathered me: a study of the families in three selected communities of Jamaica**. London: Allen & Unwin, 1970.
- SMITH, R. T. **Kinship and class in the West Indies: a genealogical study of Jamaica and Guyana**. Cambridge: Cambridge University Presse, 1988.
- SMITH, R. T. The matrifocal family. In: GOODY, J. (org). **The character of kinship**. Cambridge: Cambridge University Presse, 1973.
- SMITH, R. T. **The negro family in British Guiana: family structure and social status in the Villages**. London: Routledge and Kegan Paul, 1956.
- SMITH-BELLEGARDE, P. **Haiti: the breached citadel**. Revised and update edition. Toronto, Canada: Canadian Scholars Press, 2004.
- STOVER, J. Revising the proximate determinants of fertility framework: what have we learned in the past 20 years? **Studies in Family Planning**, New York, NY, v. 29, n. 3, p. 255-267, 1998.
- THERMIDOR, F. **La diasporaphilie, une autre forme de prostitution en Haiti**. Balistrad, 2018.
- UNESCO. **L'éducation des filles et des femmes: vers un cadre d' actionmondia**. Paris, 2013.
- UNFPA – FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: plataforma de Cairo**. Brasília, DF, 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2019.
- UNFPA/HAITI. **Haiti: L'ONU rappelle que les droits des femmes sont impératifs pour les objectifs de développement**. Port-au-Prince, Haiti, 2017. Disponível em: <https://haiti.un.org/fr/973-haiti-lonu-rappelle-que-les-droits-des-femmes-sont-imperatifs-pour-les-objectifs-de>. Acesso em: 01 out. 2017.
- UNICEF. **Progrès pour les enfants: un bilan de l'enseignement primaire et de la parité des sexes**. New York, NY, 2005.
- UNICEF/HAITI. **Le droit à l' éducation pour tous**. Port-au-Prince, Haiti, 2019. Disponível em: [https://www.unicef.org/haiti/french/education\\_8926.htm](https://www.unicef.org/haiti/french/education_8926.htm). Acesso em: 13 abr. 2019.
- UNICEF/HAITI. **Les défis**. Port-au-Prince, Haiti, 2018. Disponível em: [https://www.unicef.org/haiti/french/hiv\\_aids\\_8770.htm](https://www.unicef.org/haiti/french/hiv_aids_8770.htm). Acesso em: 18 ago. 2018.
- UNICEF/HAITI. **Vue d' ensemble: Haiti enchiffres**. Port-au-Prince, Haiti, 2017. Disponível em: [https://www.unicef.org/haiti/french/overview\\_16366.html](https://www.unicef.org/haiti/french/overview_16366.html). Acesso em: 18 ago. 2017.
- UNITED NATIONS. **UNDATA: a word of information**. New York, NY, 2015.
- UNITED NATIONS. **World population prospects: the 2012 revision**. New York, NY, 2013a.

UNITED NATIONS. **UN fact sheet:** combating cholera in Haiti. New York, NY, 2013b. Disponible en: <http://www.un.org/News/dh/infocus/haiti/haiticholerafactsheet-december-2013.pdf>.

UNITED NATIONS. **Summary.** New York, NY: United Nations Office of the Secretary-General's Special Adviser on Community-Based Medicine & Lessons from Haiti, 2013c.

UNITED NATIONS. **Cap Haïtien:** les femmes formées sur l' allaitement, la contraception et les soins du bébé. New York, NY, 2008.

WARD, V. M.; SANTISCO-GALVEZ, R.; BERTRAND, J. T. **La planification familial en Haïti:** les accomplissements des 50 dernières années. Washington, DC: USAID, 2015.

WATKINS, S. C. The fertility transition: Europe and the third world compared. **Sociological Forum**, [S. l.], v. 2, n. 4, p. 645-673, 1987.

WILLIAMS, S. J.; MURTHY, N.; BERGGREN, G. Conjugal unions among rural Haitian women. **Journal of Marriage and Family**, [S. l.], v. 37, n. 4, p. 1022-1031, 1975.

ZAVALA, M. E. C. Dos modelos de transición demográfica en América Latina. Perfiles Latinoamericanos – **Revista de la Sede Académica de México de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales**, México, DF, n. 6, p. 29-47, 1995.