

**INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA
ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA – ENAP**

**Cooperação técnica Sul-Sul, capacidades estatais e
desenvolvimento social – o caso do projeto de
fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DOUGLAS VALLETTA LUZ

Brasília/DF

2018

DOUGLAS VALLETTA LUZ

Cooperação técnica Sul-Sul, capacidades estatais e desenvolvimento social – o caso do projeto de fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Desenvolvimento, realizado em parceria entre o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e a Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), como requisito à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana de Barros Jaccoud

Coorientador: Prof. Dr. Roberto Rocha Coelho Pires

Brasília/DF

2018

**INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA
ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA – ENAP**

Luz, Douglas Valletta
L979c Cooperação técnica Sul-Sul, capacidades estatais e desenvolvimento social : o caso do projeto de fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti / Douglas Valletta Luz. – Brasília : IPEA : ENAP, 2018.
121 f.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Escola Nacional de Administração Pública, Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Desenvolvimento, 2018

Orientação: Luciana de Barros Jaccoud
Coorientação: Roberto Rocha Coelho Pires
Inclui Bibliografia.

1. Desenvolvimento Social. 2. Saúde Pública. 3. Cooperação Técnica. 4. Cooperação Internacional. 5. Brasil. 6. Haiti. I. Jaccoud, Luciana de Barros. II. Pires, Roberto Rocha Coelho. III. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. IV. Escola Nacional de Administração Pública. V. Título.

CDD 338.97294

Ficha catalográfica elaborada por Patricia Silva de Oliveira CRB-1/2031

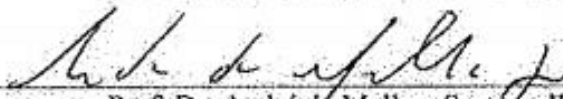
DOUGLAS VALLETTA LUZ

Cooperação técnica Sul-Sul, capacidades estatais e desenvolvimento social – o caso do projeto de fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Desenvolvimento, realizado em parceria entre o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e a Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), como requisito à obtenção do título de Mestre.

Defendida em 28 de fevereiro de 2018.

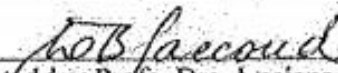
COMISSÃO JULGADORA



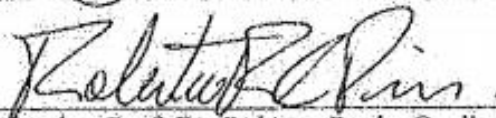
Prof. Dr. André de Mello e Souza – IPEA



Prof. Dra. Michelle Graciela Morais de Sá e Silva – University of Oklahoma



Orientadora: Prof. Dra. Luciana de Barros Jaccoud



Coorientador: Prof. Dr. Roberto Rocha Coelho Pires

Brasília/DF

2018

AGRADECIMENTOS

A gente não faz nada sozinho. Sou extremamente grato a todos que estiveram por perto nesse período e que ofereceram seu apoio, incentivo, compreensão, amizade e paciência.

Agradeço à Sandra Brandão, à Lena Peres, ao Miguel Matteo e à Simone Silva, pelo apoio, incentivo e empurrão. À equipe Gaia e agregados, pela amizade e longos debates. À Marizete Silva, ao Paulo Sellera e à Soraya Santos, pela gentil acolhida no retorno ao MS. Ao Wesley Kuhn, ao Fabio Frederico e ao Bruno Rezende, pela confiança e acolhida na AISA e total apoio no principal período do mestrado. Aos colegas da cooperação Luciano, Jorge, Layana, Raquel, Tati, Edgard, Sonia, Barbara, Bola, Anna, Malu e todos os demais da AISA. Aos colegas de projeto Everaldo, Ana, Ludimila, Zé Manoel, Danyelle. Aos caros colegas haitianos Gerald, Henrys, Nicolas, Alland e tantos outros. Ao pessoal do PNUD, UNOPS, OPAS. Aos colegas da ABC, Tomás Seferin e Maria Augusta.

A todos os parceiros de troca de ideias e experiências para o objeto do mestrado: Ana Laura, Anita Stefani, Natália Koga, Marcos Lopes, Taís Porto, Teresa Barroso, Paulo Lima, Silvana Pereira, Fabíola Sulpino, Alessandra Ambrosio, Ariana Frances. Aos meus avaliadores e entrevistados, por toda a atenção que me conferiram com muita gentileza.

Ao povo de casa, Teresa, Diego, Matheus, Priscilla, Michele, Euze, Mari, Amanda, Maricy, Ely, Miguel, Francisca, Chico. Aos amigos do mestrado, Erica, Fabiana, Luis, Camille, Amanda, Nathalia, Samantha e tantos outros. Ao meu xará Douglas Gualberto, companheiro do mestrado, da USP, do serviço público, das visões de mundo. Família de Brasília, Marisa Jesus, Rodrigo Benevides, Charles e Shirlei Uelse, Nico, Ni, Charles Rodrigues, Thiago Uehara, William Castro, Lídia, Hermes, Flavia, Carina, Flor. Amigos da vida Denise Scassa, Joana Bronze, Jônatas de Paula, Nathalia Terra, Anita Stefani, Vera Regina, Fernanda Leitão, Renan Camilo, Lua Hirata, Daniele Camargo, Rodrigo Araújo, Rui Lopes, Carlos Mourão, Leticia Scarp, Felipe Estre, Thiago Carreira, tanta gente boa e tantos outros que não deu para listar aqui nesta página. À amizade e cigarros com Crystina Aoki.

À Roberta Luz e aos meus pais, Marjorie e Geraldo, pelo amor, apoio, dedicação – estendido também a meus tios, primos, avós. Ao Francisco Rocha, pela paciência, apoio total, afeto e parceria.

Especialmente, à Luciana Jaccoud e ao Roberto Pires, que, mais do que orientadores, foram grandes parceiros nesse processo todo. O convívio com eles foi uma honra e um dos grandes prazeres do período, por todo o repertório, lucidez e gentileza dos dois, por quem nutro não somente gratidão, mas também uma profunda admiração.

No mundo, atualmente, perdemos em muito a 'ideologia'. Os jovens recebem uma imagem de um mundo materialista e com um modelo liberal sobressalente. Creio que há mais do que isso, e para nós é uma responsabilidade compartilhar com os jovens outros valores e outra imagem do mundo, e demonstrar que há coisas, provavelmente simples, que podemos fazer e precisamos fortalecê-las. Acredito que assim nós trabalhamos para construir um mundo diferente.

Entrevistado 4, haitiano, quando questionado se teria sugestões ao trabalho
(Comunicação pessoal, 02 de fevereiro de 2018, tradução livre)

Lista de Símbolos e Abreviaturas

ABC	Agência Brasileira de Cooperação
AISA	Assessoria de Assuntos Internacionais
CAN	Centro Nacional de Ambulâncias (sigla em francês)
CARICOM	Comunidade do Caribe
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CGU	Controladoria-Geral da União
CID	Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
CSS	Cooperação Sul-Sul
CT	Cooperação Técnica
CTI	Cooperação Técnica Internacional
CTPD	Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HCR	Hospital Comunitário de Referência
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MINUSTAH	Missão das Nações Unidas para Estabilização do Haiti
MRE	Ministério das Relações Exteriores
MS	Ministério da Saúde
MSPP	Ministério da Saúde Pública e da População do Haiti
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis
OEA	Organização dos Estados Americanos
ONG	Organização Não Governamental
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PALOPs	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PEV	Programa Ampliado de Vacinação (sigla em francês)
PNI	Programa Nacional de Imunizações

PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
PROMESS	Programa de Aquisição de Medicamentos Essenciais (sigla em francês)
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNOPS	Escritório das Nações Unidas de Serviços para Projetos (sigla em inglês)
UPA 24h	Unidades de Pronto Atendimento 24 horas

Lista de Figuras

Figura 1 – Esquema metodológico da pesquisa	5
Figura 2 – Medidas da OMS para proteção da saúde em situação de crise econômica	21

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Princípios e elementos da cooperação Sul-Sul conforme dimensões.....	37
Tabela 2 – Gastos do governo brasileiro com a cooperação para o desenvolvimento internacional, por modalidade. 2005-2013 (valores em R\$)	41
Tabela 3 – Organização dos serviços de saúde pública do Haiti.....	65
Tabela 4 – Produtos esperados no documento de projeto inicial do BRA/10/005	74
Tabela 5 – Revisões do BRA/10/005	77
Tabela 6 – Análise do BRA/10/005 à luz dos princípios e elementos da cooperação Sul-Sul, conforme dimensões	82
Tabela 7 – Análise do BRA/10/005 do enquadramento de propostas de projeto de cooperação técnica Sul-Sul da ABC/MRE	84

Resumo

A abordagem oficial brasileira de cooperação técnica Sul-Sul centra-se no fortalecimento de capacidades estatais para o desenvolvimento, orientada por princípios como a horizontalidade, a não condicionalidade e o compartilhamento de experiências bem-sucedidas com outros países em desenvolvimento. Desde que o Brasil assumiu o comando militar da MINUSTAH, em 2004, o Haiti adquiriu centralidade em suas relações internacionais. O terremoto de 2010 foi marco para a intensificação da cooperação com o país. O Haiti reconhece direitos sociais em sua Constituição, inclusive à saúde pública. A ação social do Estado, contudo, é fragilizada. Em 2010, foi firmado o “BRA/10/005 – Projeto de cooperação Sul-Sul de fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti”, instrumento por meio do qual o Brasil executa a maior parte dos compromissos assumidos no Memorando de Entendimento firmado entre Brasil, Cuba e Haiti para o “fortalecimento do sistema e dos serviços públicos de saúde e de vigilância epidemiológica no Haiti”. Entre suas principais atividades estão: a construção e a reforma de infraestruturas físicas, a aquisição de veículos e equipamentos para o sistema público de saúde haitiano e a manutenção e custeio de serviços, que não seriam ações de fortalecimento de capacidades preconizadas pela orientação oficial da cooperação brasileira. A partir da revisão da literatura de ação do Estado para desenvolvimento social, capacidades estatais e cooperação internacional para o desenvolvimento, da análise de documentos e registros administrativos disponíveis e de entrevistas com atores relevantes, o trabalho buscou compreender como a concepção do BRA/10/005 aborda o desenvolvimento de capacidades estatais para o fortalecimento da saúde pública no Haiti. Os achados revelam que o projeto representou uma relativa inovação em relação a projetos de cooperação técnica tradicionalmente prestados pelo Brasil e fortaleceu a capacidade de cobertura territorial do Estado e acesso para a saúde pública, com a característica de “fazer conjunto” e de vincular atividades de formação e de organização de serviços ao sistema de saúde haitiano, inspirado no Sistema Único de Saúde. As entrevistas revelam, ainda, “efeitos colaterais positivos”, como o fortalecimento da saúde comunitária; de estratégias de coordenação e gestão; criação de serviço pioneiro de reabilitação de deficiências físicas; e até uma possível política de participação social em gestação.

Palavras-Chave: Desenvolvimento social. Capacidades estatais. Cooperação técnica Sul-Sul. Haiti.

Abstract

Brazil's official approach to South-South technical cooperation focuses on strengthening state capacities for development, guided by principles such as horizontality, non-conditionality, and the commitment to share successful experiences with other developing countries. Ever since Brazil took military command of MINUSTAH in 2004, Haiti has acquired a central role in its international relations. The earthquake of 2010 marked the enhancement of cooperation between the two countries. Haiti recognizes social rights in its Constitution, including the right to public health. The social action of the State is, however, fragile. In 2010, the "BRA/10/005 - South-South cooperation project to strengthen Haiti's health authority" was entered into as the instrument through which Brazil would fulfill the majority of the commitments undertaken in the Memorandum of Understanding executed by Brazil, Cuba and Haiti to "strengthen the public health system and epidemiologic surveillance in Haiti". Among its main activities are: building and renovating health infrastructure; purchasing vehicles and equipment for the public health system; and maintaining the services of the built infrastructures. These activities would not be deemed as the capacity strengthening actions recommended according to the official guidance of Brazilian cooperation. By reviewing literature on State action for social development, State capacities and international cooperation for development; plus research of documents and administrative records available and interviews with relevant actors, this study sought to understand how the design of the BRA/10/005 addresses State capacity-building to strengthen public health in Haiti. The findings reveal that this project represented a relative innovation when compared to technical cooperation projects traditionally presented by Brazil. It strengthened the State's capacity of territorial coverage and the access to public health, with activities of a collaborative nature that incorporated training and organization of the health care services and of the Haitian health system. Experiences gained through the institutionalization and implementation of the Unified Health System of Brazil were also used as inspiration for the Haitian system. The interviews also unveil "positive side effects" such as the strengthening of communitarian health and of strategies of coordination and management, as well as the creation of a pioneer rehabilitation service for physical disabilities; and even brought forth the possibility of social participation on health policy, which is being discussed by the Haitian government.

Keywords: Social development. State capacity. South-South technical cooperation. Haiti.

SUMÁRIO

Lista de Símbolos e Abreviaturas	vi
Lista de Figuras	viii
Lista de Tabelas	viii
Resumo	ix
Abstract.....	x
Introdução	1
Apresentação do problema.....	1
Pergunta de pesquisa.....	2
Justificativa	3
Metodologia e procedimentos de pesquisa	5
Delimitação	7
Capítulo 1 – Estado e o desenvolvimento social.....	8
A emergência e a tipologia do Estado de Bem-Estar Social em países desenvolvidos	8
O Estado de Bem-Estar Social em países de baixo desenvolvimento	12
A visão internacional de desenvolvimento humano e proteção social	15
Saúde e desenvolvimento.....	19
Considerações finais do capítulo	22
Capítulo 2 – Fortalecimento de capacidades estatais	25
Primeira geração de análise do conceito de capacidade estatal – a questão da autonomia ..	26
Michael Mann e o poder infraestrutural do Estado.....	27
Segunda geração de análise do conceito de capacidade estatal – a questão da governança.	28
O desenvolvimento de capacidades no contexto internacional.....	30
Considerações finais do capítulo	33

Capítulo 3 – Cooperação técnica Sul-Sul e a cooperação em saúde	34
Breve histórico da cooperação técnica internacional.....	34
A cooperação técnica Sul-Sul	35
A abordagem brasileira da cooperação técnica Sul-Sul.....	38
Uma experiência brasileira – o SUS e a saúde como questão de Estado.....	43
A cooperação técnica Sul-Sul em saúde	46
Considerações finais do capítulo	50
Capítulo 4 – Contextualização do caso haitiano	53
Breve histórico do Haiti	53
Contexto sociopolítico	58
Relação entre Brasil e Haiti	61
O sistema de saúde haitiano.....	63
Considerações finais do capítulo	66
Capítulo 5 – Cooperação para o fortalecimento da autoridade sanitária haitiana – um estudo de caso	69
Delimitação e contexto	70
BRA/10/005 – Projeto de cooperação Sul-Sul de fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti	72
Revisões do projeto e o Plano de Manutenção dos HCR	76
Princípios e elementos da cooperação Sul-Sul	80
Alinhamento à abordagem brasileira de cooperação Sul-Sul	83
Fortalecimento de capacidades estatais e da saúde pública.....	86
Implementação do projeto e revisões.....	90
Resultados identificados do projeto	95
Considerações finais do capítulo	97
Considerações finais	101
Referências bibliográficas	108
APÊNDICE – Roteiro de entrevistas semiestruturadas.....	120

Introdução

Apresentação do problema

Em 12 de janeiro de 2010, um terremoto causou grande destruição ao Haiti – foram mais de 200 mil pessoas mortas, um milhão de desabrigadas e 300 mil prédios destruídos, num país com uma população então estimada em dez milhões de habitantes (HAITI, 2009). Esse fato agravou a condição de pobreza e vulnerabilidade do país e constituiu um marco para a intensificação da cooperação para o desenvolvimento com o Brasil.

No campo da saúde, ainda em janeiro de 2010, o governo brasileiro destinou R\$ 135 milhões para o Ministério da Saúde brasileiro cooperar com o Ministério da Saúde Pública e da População (MSPP) haitiano – seja por meio de cooperação técnica, seja por meio de cooperação humanitária, como resposta mais imediata à catástrofe. Considerando que Cuba já vinha atuando há mais de dez anos no Haiti mediante sua Brigada Médica, por sugestão haitiana, os três países acordaram firmar um entendimento trilateral.

Em 27 de março de 2010, os ministros da saúde dos três países firmaram o Memorando de Entendimento Brasil-Cuba-Haiti para o “fortalecimento do sistema e dos serviços públicos de saúde e de vigilância epidemiológica no Haiti”, em que cada um assume os seguintes compromissos:

- Brasil: apoiar a recuperação e construção de unidades hospitalares; contribuir para a aquisição de equipamentos, ambulâncias e insumos de saúde; viabilizar bolsas de estudo para capacitar profissionais de saúde haitianos; apoiar a qualificação da gestão assistencial e de vigilância epidemiológica no Haiti; e apoiar medidas de fortalecimento do sistema de atenção básica do Haiti.
- Cuba: dar apoio e assessorar a logística das operações; colaborar com a disponibilização de profissionais de saúde e de apoio; e apoiar a formação dos profissionais de saúde haitianos.
- Haiti: identificar áreas para a instalação das unidades de saúde; identificar unidades de saúde a serem reformadas; apoiar a identificação da logística; fornecer segurança às unidades de saúde; identificar os profissionais de saúde a serem qualificados; identificar jovens secundaristas para serem formados na

área técnica de saúde; e responsabilizar-se pela totalidade do salário do pessoal haitiano que trabalhará nas instalações contempladas no Memorando.

O Memorando estabeleceu um Comitê Gestor Tripartite, instância de diálogo e deliberação entre os coordenadores de projeto de cada um dos países. Após quatro reuniões do comitê, entre abril e agosto de 2010, em 28 de novembro de 2010 o Brasil, por meio do Ministério da Saúde e da Agência Brasileira de Cooperação, firmou um documento de projeto com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) para a execução da maior parte de seus compromissos. Esse projeto cunhado como “**BRA/10/005 – Projeto de cooperação Sul-Sul de fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti**” foi responsável pela execução de R\$ 105,2 milhões dos R\$ 135 milhões destinados pelo Brasil ao Haiti, no campo da Saúde, e é o objeto de análise do presente trabalho.

Em seu título e objeto, o projeto se apresenta como uma “cooperação Sul-Sul” para o fortalecimento institucional do MSPP e o provimento de uma política social, especificando que ele ocorre em um contexto de reconstrução do Haiti.

Pergunta de pesquisa

Considerando os princípios internacionalmente aceitos da cooperação Sul-Sul; as diretrizes e formas de intercâmbio do discurso oficial da cooperação técnica Sul-Sul brasileira; a literatura sobre desenvolvimento social, capacidades estatais e cooperação técnica para o desenvolvimento, a presente pesquisa propõe-se a responder à pergunta: **como a concepção do “BRA/10/005 – Projeto de cooperação Sul-Sul de fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti” aborda o desenvolvimento de capacidades estatais para o fortalecimento da saúde pública no Haiti?**

Para responder à pergunta acima, o presente trabalho realiza revisão bibliográfica de temas relevantes à análise – Estado e desenvolvimento social; fortalecimento de capacidades estatais; e cooperação técnica internacional para o desenvolvimento brasileira – e examina o caso do projeto BRA/10/005, à luz dos princípios internacionais da cooperação Sul-Sul, da visão oficial brasileira, do caso verificado e da literatura aqui mobilizada.

A análise do caso inclui uma breve contextualização do Haiti e da relação entre Brasil e Haiti, do documento inicial do projeto e de suas revisões, por meio da estratégia de pesquisa em registros administrativos de consulta pública e publicações do projeto, bem como de entrevistas semiestruturadas com atores relevantes.

Justificativa

Reis e Cheibub (1993, p. 238-239) discutem generalizações teóricas antes de se debruçarem sobre o caso da trajetória histórica brasileira de modernização e, sobre esse tipo de abordagem, defendem que

[...] a sociedade e o Estado são de certa forma prisioneiros tanto de escolhas pretéritas quanto de condições adversas do presente. Contudo, o imperativo da Ciência Social é o de produzir conhecimento e explicação a partir dos registros históricos. Entre o conhecimento de experiências singulares totalmente imersas em sua historicidade, de um lado, e a identificação de padrões explicativos universais, trans-históricos, de outro, defrontamo-nos com um vasto conjunto de possibilidades teóricas e de pesquisa.

O presente trabalho pretende revisar a literatura e discutir e articular temas e conceitos relevantes à área de Políticas Públicas e Desenvolvimento, a partir de um caso concreto e emblemático de cooperação técnica Sul-Sul.

A partir dos anos 1990, esteve em voga, entre organismos e fóruns internacionais, a noção de que o fortalecimento institucional e o desenvolvimento de capacidades estatais seriam condicionantes ao desenvolvimento. O tema, porém, é fluido e cabe discutir diferentes visões assumidas pela literatura para o fortalecimento institucional. O caso em questão parte de uma visão de que um Estado fortalecido pode promover o desenvolvimento. Parte, também, da visão de que uma política social, a saúde pública, promove o desenvolvimento.

Desde o início dos anos 2000, o Brasil assumiu como diretriz de política externa um perfil de cooperação internacional entre países do “Sul Global”, calcada no objetivo de desenvolvimento de capacidades e fortalecimento institucional, com viés social, e realizada, por princípio, de maneira horizontal. Nesse sentido, a seção de referencial teórico é uma oportunidade para discutir e articular conceitos de desenvolvimento social, capacidades estatais e cooperação técnica internacional para o desenvolvimento. No caso aqui analisado, essa discussão é peculiar, pois trata-se do desenvolvimento de capacidades de executar políticas públicas em um país fragilizado em capacidades consideradas básicas por muitos autores, como a capacidade fiscal e a plena soberania – o Haiti é um país dependente de ajuda externa e cooperação internacional e, durante a quase totalidade da vigência do projeto, esteve sob missão de paz composta por forças armadas estrangeiras.

O caso em questão reveste-se de uma série de singularidades relevantes, o que o torna emblemático para um estudo de caso. O BRA/10/005 é um dos maiores projetos de

cooperação Sul-Sul executados pelo Brasil e assumiu atividades distintas do formato tradicional de cooperação Sul-Sul que o país costuma prestar, assim como o formato de financiamento é diverso – sua execução parte integralmente do orçamento do Ministério da Saúde. Nos últimos 15 anos, o Haiti adquiriu centralidade nas relações internacionais com o Brasil. Entre 2004 e 2017, as Forças Armadas brasileiras chefiaram a Missão das Nações Unidas para a Estabilização do Haiti (MINUSTAH). Em 2010, ano do terremoto, 47,4% dos gastos de cooperação internacional para o desenvolvimento do Brasil foram destinados ao Haiti (IPEA, ABC, 2013).

O Haiti está entre os países mais pobres do mundo e é o mais pobre das Américas, portanto, a cooperação tem grande impacto no cotidiano de seus cidadãos – e o fortalecimento do Estado não é a tônica principal da comunidade internacional no país. Nessa conjuntura, o fortalecimento de capacidades estatais é considerado uma estratégia para colaborar com o fim da instabilidade política no país, que durou mais de duas décadas.

Ademais, assim como o Brasil, o Haiti assumiu a saúde pública como dever do Estado e direito do cidadão. O fortalecimento institucional de outros sistemas de saúde a partir da experiência do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro também fortalece o nosso modelo.

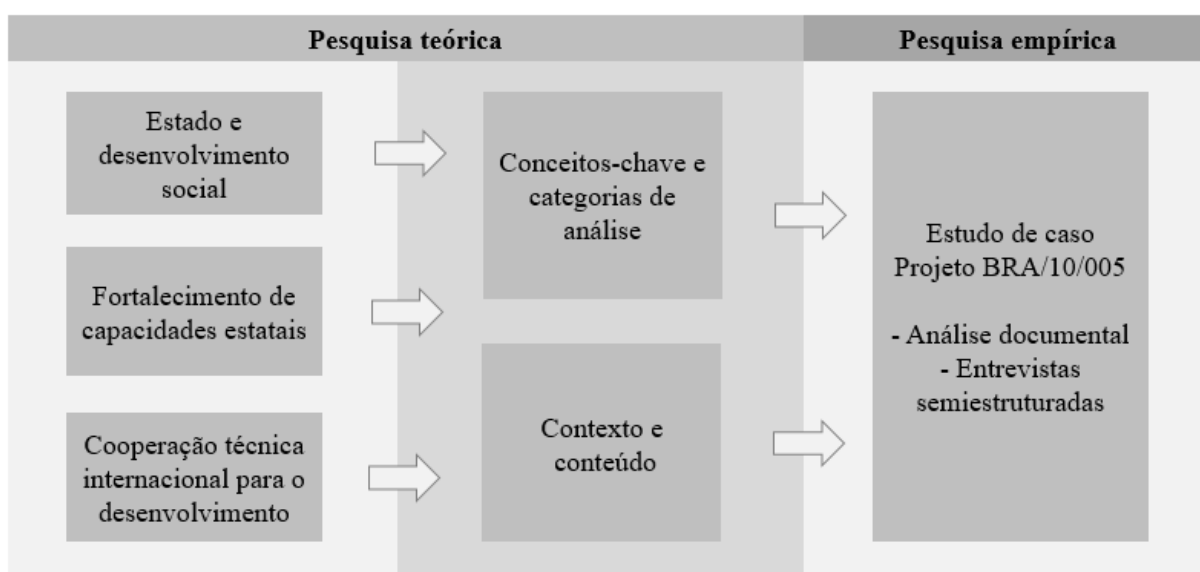
Finalmente, o pesquisador tem o BRA/10/005 como um dos seus objetos de trabalho profissional desde outubro de 2016, e entende que o Mestrado Profissional é uma boa oportunidade para fortalecer, discutir e aprofundar o entendimento de seu exercício profissional a partir da discussão de Políticas Públicas e Desenvolvimento – sendo relevantes tanto o estudo de caso aqui realizado quanto a oportunidade de revisar a literatura em mérito.

A ENAP é uma escola de governo e o IPEA um instituto de excelência do governo, assim como o pesquisador é servidor público federal. Nesse sentido, o tipo de articulação de conceitos aqui desenvolvido é útil para a óptica do gestor público, tendo em vista a necessidade de se promover a compreensão e o diálogo entre diferentes campos, como economia, política social, desenvolvimento, capacidades e suas aplicações em diferentes contextos (MKANDAWIRE, 2001, p. 24). Assim, para uma discussão puramente acadêmica, talvez as relações aqui propostas possam soar arriscadas, ao passo que, no âmbito do desenvolvimento de capacidades do setor público, a interdisciplinaridade e visão holística são questões fundamentais.

Metodologia e procedimentos de pesquisa

Quanto aos fins, é uma pesquisa exploratória, pois há pouco conhecimento acumulado e sistematizado sobre o tema. Quanto aos meios, é uma pesquisa bibliográfica e um estudo de caso. Pesquisa bibliográfica, para fundamentação teórico-metodológica do trabalho, em temas de Estado e desenvolvimento social; fortalecimento de capacidades estatais; e cooperação técnica internacional para o desenvolvimento brasileiro, de maneira geral e em saúde. Dessa pesquisa bibliográfica, segue-se um estudo de caso do projeto BRA/10/005, cujo objetivo é justamente responder à pergunta de pesquisa, que envolve pesquisa documental, amparada em registros administrativos, e publicações disponíveis ao acesso público, além de pesquisa de campo, com entrevistas baseadas em questionário semiestruturado. A figura abaixo sistematiza o esquema metodológico da pesquisa proposta.

Figura 1 – Esquema metodológico da pesquisa



Fonte: elaboração própria.

A resposta à pergunta de pesquisa passa pelos seguintes passos:

- Nos quatro capítulos iniciais, o trabalho realiza discussão teórica dos temas propostos acima. Esse trabalho, embora extenso, é relevante tanto para a contextualização do caso quanto para os propósitos do mestrado profissional de qualificar o exercício profissional na área da cooperação técnica internacional.

- Análise do documento de projeto do BRA/10/005 e de suas revisões, à luz dos princípios internacionais de cooperação Sul-Sul; e da visão brasileira oficial da cooperação Sul-Sul.
- Mapeamento de atores governamentais que participaram da concepção do projeto.
- Desenvolvimento de questionário semiestruturado para entrevista.
- Realização de entrevistas que explorem os resultados verificados na análise documental.
- Discussão dos resultados.

A utilização de estudos de caso tem por vantagens permitir o entendimento de processos com múltiplas causas e generalizações teóricas a partir da análise aprofundada de determinados casos emblemáticos. Também, é adequada para estudos exploratórios de fenômenos ou variáveis sobre os quais há pouca informação disponível e para aprofundar uma relação causal já verificada na literatura, sobre a qual o mecanismo causal não esteja claro (BORGES, 2007; EV, GOMES, 2014).

A entrevista semiestruturada permite investigar com maior profundidade e abertura os temas previstos num roteiro, da mesma forma permite a emergência de novos temas, advindos das experiências, vivências e percepções dos entrevistados (MATTOS, 2005; BONI, QUARESMA, 2005).

Os(as) entrevistados(as) são sete gestores(as) ou colaboradores(as) governamentais diretamente ligados à concepção ou ao processo de revisões do projeto BRA/10/005, tanto do Brasil quanto do Haiti, que atuaram, então: no Ministério da Saúde, no Ministério das Relações Exteriores, na Agência Brasileira de Cooperação e no Ministério da Saúde Pública e da População do Haiti. Para a análise e citação no trabalho, os entrevistados foram numerados conforme a ordem das entrevistas realizadas, entre 29 de janeiro e 23 de fevereiro de 2018. No trabalho, eles são citados por “entrevistado”, independente do gênero, e como “ligado” à determinada instituição, seja durante algum momento determinado do projeto ou até o presente momento.

Com relação aos entrevistados haitianos, a entrevista ocorreu a distância e em língua estrangeira, além do contexto cultural diferente entre entrevistador e entrevistado, o que pode representar limitações aos resultados. O fato de o pesquisador ter o BRA/10/005

como um de seus objetos profissionais também pode representar uma limitação às entrevistas, inclusive por sua relação profissional com alguns dos entrevistados.

Delimitação

O BRA/10/005 é um projeto de cooperação técnica internacional executado ao abrigo de um Memorando de Entendimento político trilateral, entre Brasil, Cuba e Haiti. Com o presente trabalho, pretende-se analisar especificamente o BRA/10/005 e seu projeto complementar, o Plano de Manutenção dos Hospitais Comunitários de Referência. Os projetos em questão não incluem os compromissos políticos ou as atividades de Cuba, e tampouco envolvem Cuba em seu arranjo de gestão.

Também não são objeto deste trabalho os três convênios firmados pelo Ministério da Saúde brasileiro no âmbito do Memorando de Entendimento Brasil-Cuba-Haiti, a saber: com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); e com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); nem a cooperação humanitária executada diretamente pelo Ministério da Saúde brasileiro. No capítulo 5 há breve contextualização da cooperação trilateral e dessas demais atividades.

Capítulo 1 – Estado e o desenvolvimento social

O projeto BRA/10/005 buscou fortalecer as capacidades estatais do Ministério da Saúde Pública e da População do Haiti, que tem como missão “garantir a todos os cidadãos, sem distinção, o direito à vida, à saúde e fornecer, em todas as coletividades territoriais, meios adequados para a proteção, a manutenção e o restabelecimento da saúde” (HAITI, s.d., tradução nossa). A proteção social tem-se revelado altamente efetiva como estratégia global para reduzir a pobreza e as desigualdades e contribuir para o desenvolvimento econômico e social (RODRIGUEZ; PERCH In: PNUD, 2016, p. 177).

O presente capítulo contextualiza a discussão teórica sobre a ação do Estado para a proteção e o desenvolvimento sociais. Inicialmente, é apresentada a literatura mais difundida de gênese do Estado de Bem-Estar Social, mais adequada aos países centrais e industrializados. Na sequência expõe-se a produção teórica relacionada à proteção social nos países de renda, industrialização e assalariamento baixos. Finalmente, discute-se a visão da comunidade internacional e as contribuições do campo da saúde para a questão do desenvolvimento social e humano.

A emergência e a tipologia do Estado de Bem-Estar Social em países desenvolvidos

Ao longo do século XX, vários Estados nacionais desenvolveram um conjunto articulado de programas de proteção social, contemplando direitos como aposentadoria e pensões, habitação, educação e saúde, que acabaram denominados Estados de Bem-Estar Social (*Welfare States*). Por envolver uma multiplicidade de questões causais, vários autores e correntes buscaram compreender a gênese e a emergência dos Estados de Bem-Estar Social nos países desenvolvidos. Arretche (1996) identifica, na literatura especializada, seis grandes linhas de argumento para o fenômeno de o Estado assumir a provisão de serviços sociais, que incluem temas como: motivações econômicas, dinâmicas da produção capitalista, tensões da luta de classes e demandas sociais, reconhecimento de igualdade e direitos por parte do Estado, protagonismo estatal para o desenvolvimento social, e pacificação de questões sociais latentes por meio do reconhecimento de direitos.

Cardoso e Jaccoud (2005) sintetizam que a gênese histórica da construção desses sistemas estatais articulados de proteção social reside na resposta do Estado, por um lado, a

conflitos sociais gerados pelas economias capitalistas e, por outro, a demandas por igualdade surgidas no contexto de luta pela democracia. A ação do Estado para o provimento de políticas de proteção social esteve diretamente relacionada ao vácuo de respostas efetivas à questão social e à ineficácia de outras formas de regulação sobre ela. Para Castel (1998), “questão social” é uma contradição em torno da qual “uma sociedade experimenta o enigma de sua coesão e tenta afastar o risco de sua fratura”, e está ligada a possíveis processos de ruptura e vulnerabilidade sociais, associadas às mudanças na dinâmica do trabalho e da reprodução social em contexto de assalariamento expandido.

Essa ação culminou, em vários países, no reconhecimento da cidadania social e na definição de um novo paradigma, o da existência de direitos sociais, que podem ser reivindicados pelos cidadãos ao Estado. Para Cardoso e Jaccoud (2005, p. 187),

[...] a construção dos direitos sociais de educação, saúde e proteção social, base da cidadania social, reporta-se a uma estratégia de enfrentar a temática da desigualdade, central no debate político das sociedades modernas. [...] A cidadania social realiza, assim, uma ampliação do espaço público, deslocando para fora do mercado setores importantes da reprodução social e despolitizando os conflitos relacionados à desigualdade.

Além da diversificada discussão teórica sobre a gênese e emergência dos Estados de Bem-Estar Social, há também uma importante discussão sobre quais características teria esse Estado. Nesse campo, o trabalho de Gøsta Esping-Andersen, “As três economias políticas do *Welfare State*” (1990), acabou por se tornar referência para o debate acadêmico, ao propor uma tipologia de Estados de Bem-Estar Social. Até então, parte importante da literatura especializada analisava o Estado de Bem-Estar Social a partir do volume de gasto social realizado. Um dos principais argumentos de Esping-Andersen é a insuficiência dessa variável analítica para qualificar o Estado de Bem-Estar Social – cita, por exemplo, a existência de conflitos redistributivos relacionados a “como” o gasto social é aplicado e aos diferentes resultados decorrentes, não só do volume, mas também da forma como é gasto. Nesse sentido, as características institucionais das políticas sociais, dentre elas as regras de titularidade – quem e como pode acessar determinado benefício – interferem no bem-estar da população.

O autor estudou dezoito países democráticos e de capitalismo avançado em busca de características que permitissem identificar uma tipologia de Estados de Bem-Estar Social. Em primeiro lugar, nota, do ponto de vista da gênese histórica, que a democracia não necessariamente produz Estados sociais, pois há países de democracia avançada que não têm Estados sociais adensados, como Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia. Essa

gênese é, sim, fruto de um processo histórico – coalizões políticas, relação de classes, trajetórias históricas, construções –, assim como é um objeto em mudança.

Embora o patamar de gasto social nos países citados seja considerável, o tipo de política social desenvolvido é substancialmente diferente daquele desenvolvido nos países nórdicos ou da Europa Continental. Esping-Andersen resgata de Polanyi a categoria de “desmercadorização” para graduar o Estado de Bem-Estar Social, com o intuito de verificar se os direitos sociais influem na estrutura social e na subordinação do indivíduo ao mercado. A ideia central dessa visão é que o capitalismo inovou ao mercadorizar terra, trabalho e moeda, destruindo o que Polanyi considera as bases naturais da sociedade humana. O trabalho assalariado passa a ser a única forma de subsistência da pessoa, que não detém as demais mercadorias nesse sistema econômico. Para ele, o Estado é a instituição privilegiada para oferecer algum grau de autonomia à população em relação à mercadorização das condições de vida, atuando no ordenamento das relações sociais.

Posteriormente, em resposta à crítica feminista aos seus estudos iniciais, Esping-Andersen assumiu também a “desfamiliarização” como categoria de análise do Estado de Bem-Estar Social, na medida em que este seja capaz de promover a igualdade não somente entre classes e extratos sociais, mas também nos papéis de gênero e nas relações sociais e familiares, transformando os papéis sociais da mulher de cuidadora e do homem de provedor, de modo a permitir que ambos tenham autonomia para acesso a direitos sociais e ao mercado de trabalho.

Esping-Andersen identifica três tipos de regimes de Estado de Bem-Estar Social:

- O *liberal*, em que a regra de titularidade principal é a comprovação de incapacidade do indivíduo de cuidar de si ou de sua família. Sua base é a solidariedade individual e o incentivo ao mercado. Ele é calcado no princípio da responsabilidade individual da ética liberal, em que é imoral transferir responsabilidades sobre sua vida ou família a outros; e de que a política social estimularia a pobreza, pois existem benefícios para se declarar pobre ou retirar-se do mercado de trabalho. Os auxílios sociais são significativamente inferiores ao menor valor pago pelo mercado, para que não haja desincentivo ao trabalho remunerado. Há estigma social sobre depender de auxílios. O regime liberal não promove a desfamiliarização. A classe média tende a se opor ao sistema de proteção social, pois não se beneficia dele, embora contribua para o seu financiamento. Esse tipo é identificado majoritariamente em países como Estados Unidos, Canadá e Austrália.

- O *conservador/corporativo*, em que a regra de titularidade principal é o emprego formal. Sua base é o princípio da solidariedade familiar ou corporativa. O benefício social costuma ser segmentado por categoria profissional, reproduzindo a desigualdade social existente na sociedade, embora ofereça proteção aos que acessam as políticas sociais. É assentado na ideia de contribuições. Esse tipo de regime acaba por criar diferentes *status* no interior da classe trabalhadora, inibindo a sua ação coletiva. Assenta-se, também, na existência da família como provedora de proteção às crianças, idosos e incapazes, em geral, pela configuração do homem provedor e da mulher dedicada ao cuidado familiar, reproduzindo a desigualdade de gênero e a configuração tradicional da família. A classe média costuma ser favorável na medida em que tenha titularidade dos direitos e *status* oferecidos. Esse tipo é identificado majoritariamente em países como Alemanha, França e Itália.
- O *social democrata*, cuja regra de titularidade é a cidadania universal. Baseado na solidariedade universal, busca oferecer aos seus cidadãos condições de independência do mercado e da família. Está amplamente assentado no conceito de cidadania social, independente de contribuição. Promove a desfamiliarização e igualdade de gênero na medida em que reconhece a proteção às crianças, idosos e incapazes como uma questão coletiva da sociedade. Proporciona condições para rendas mínimas universais que ofereçam segurança e bem-estar aos cidadãos, sem depender do acesso ao mercado de trabalho. Esse tipo é identificado majoritariamente em países como Suécia, Dinamarca, Noruega e Finlândia.

É importante ressaltar que esses tipos não são estáticos, e pode haver especificidades internas nos Estados – por exemplo, o Canadá, que é identificado como predominantemente liberal e conta com um sistema de saúde pública universal que se aproxima mais de um modelo social-democrata.

Como nota Arretche (2018, p. 17), “o Estado – qualquer Estado – é produtor de igualdade e de desigualdades simultaneamente, porque suas políticas atingem categorias diferentes de beneficiários e, principalmente, dimensões diferentes da vida de um mesmo indivíduo”. A definição das titularidades de políticas sociais – ou, em suas palavras, a definição de quem são os “insiders” e os “outsiders” dessas – é determinante para a redução das desigualdades sociais. A conquista de direitos sociais de caráter universal favorece a redução da desigualdade em uma sociedade, ao passo que sistemas de proteção social que

prevejam *outsiders* ou desprotegidos tendem a acentuar desigualdades relacionadas a excluídos do sistema de proteção social.

Num contexto capitalista, o enfoque integrado de políticas sociais ao desenvolvimento econômico é fundamental para fomentar a relação de progresso social, crescimento econômico e democracia, e mitigar os efeitos do mercado sobre as populações. Draibe (2006), a respeito desse enfoque, defende que a busca pela integração de desenvolvimento social e econômico é antiga e contou com formulações por parte de teóricos como Marx, Weber e Durkheim. Para a autora, a mais sofisticada delas é a vertente de pensamento keynesiano, que vê um círculo virtuoso na associação entre crescimento econômico e desenvolvimento social. Ao analisar a emergência histórica dos Estados de Bem-Estar Social em países em desenvolvimento latino-americanos, a autora nota que há frequentes casos em que as políticas sociais foram condição para modernizar a sociedade e permitir o desenvolvimento do capitalismo, por exemplo, por meio da urbanização e da industrialização. As instituições de políticas sociais foram fundamentais para a transição demográfica ocorrida em vários países no século XX, e permitiu a industrialização tardia em países em desenvolvimento, por oferecer segurança às rápidas mudanças demográficas que algumas sociedades passaram na transição da vida rural para a urbano-industrial.

A abordagem apresentada nesta seção diz respeito, de maneira geral, a países com capacidade de implementar políticas, industrializados e com população majoritariamente envolvida em relação de trabalho assalariado. Há dificuldade de aplicação desses conceitos em um país como o Haiti. Na próxima seção, é apresentado o debate sobre o Estado de Bem-Estar Social em países de baixo desenvolvimento, com experiências tardias ou incompletas de desenvolvimento de políticas de proteção social.

O Estado de Bem-Estar Social em países de baixo desenvolvimento

Segundo Gough (2004), uma história de referência das políticas sociais no “Sul” ainda está para ser escrita. Após analisar experiências em países da África, Ásia e América Latina, o autor defende que o modelo de regimes de Bem-Estar Social proposto por Esping-Andersen é relevante, mas precisa passar por adaptações, principalmente para a utilização nos países de baixo desenvolvimento, dos quais o autor elenca algumas características marcantes, sintetizadas a seguir:

- A divisão do trabalho não é determinada somente pelo sistema capitalista ou pelo trabalho assalariado, mas também por outros sistemas locais de produção, como relações de subsistência, trocas, relações comunitárias ou tribais, e pela divisão do trabalho no interior das famílias.
- Existem Estados que são fracos para arbitrar em questões sociais e em muitos casos há, no Estado, predomínio dos interesses privados das classes dominantes sobre os interesses públicos. Verificam-se formas patrimonialistas e clientelistas, ou mesmo excessivamente permeadas pela ação de grupos econômicos estrangeiros.
- A mobilização política da sociedade pode assumir distintas formas, podendo envolver diferentes identidades (origem, religião, clãs, castas etc.) e relações paternalistas ou excludentes de poder.
- Verifica-se a complexidade da atuação no campo do bem-estar social de atores transnacionais, como organismos internacionais e organizações não governamentais, ou mesmo outros Estados por meio de ajuda externa e cooperação técnica.

No contexto desses países, então, ele identifica três regimes distintos e não necessariamente homogêneos entre as políticas sociais de um mesmo país:

- O regime de *bem-estar social*, em que as pessoas têm suas necessidades atendidas pelo Estado ou pelo mercado, independente se do tipo liberal, conservador/corporativista ou social-democrata.
- O regime de *seguridade informal*, em que as pessoas encontram, principalmente nas relações, na família e na comunidade, a satisfação de suas necessidades e o Estado pode aprimorar ou complementar essa satisfação. Essas relações são, em geral, hierárquicas e assimétricas, o que alimenta a dependência, vulnerabilidade e manutenção da desigualdade e reforça relações clientelistas, mas garante uma seguridade informal aos indivíduos.
- O regime de *inseguridade*, em que uma instabilidade generalizada impede que haja a emergência mesmo de mecanismos informais de seguridade. Ocorre em áreas de instabilidade política e/ou conflito, em que os atores locais estão submetidos a atores transnacionais mais poderosos. Nesses, o governo tem dificuldade de assumir a governança ou o papel de reforçar a seguridade informal, gerando um círculo vicioso de instabilidade e vulnerabilidade na

maior parte da sociedade, com uma pequena elite satisfazendo plenamente suas necessidades.

Gough (2004, p. 36 e 18) ressalta que esses tipos são ideais e baseados em abstrações desenhadas a partir da análise comparada de diferentes experiências. Sua conclusão é que um regime de bem-estar social deve perseguir, no mundo não desenvolvido, a satisfação das necessidades básicas, erradicar a pobreza e promover o desenvolvimento humano. O autor entende por “satisfação de necessidades básicas e promoção de autonomia”: acesso adequado a água e nutrição, acesso a habitação adequada, segurança no trabalho, desenvolvimento físico seguro, cuidados à saúde, segurança na infância, relações sociais primárias significantes, segurança e saúde reprodutiva e educação básica e multicultural.

A literatura vem ultrapassando a temática das necessidades sociais, destacando, também para os países em desenvolvimento, o vínculo entre a política social e a dinâmica econômica. Ellis et al. (2009), após estudarem quinze casos de políticas de transferências sociais em países africanos, defendem que, em contextos de vulnerabilidade e de países de baixa renda, é muito tênue a linha entre desenvolvimento econômico e social.

Nos casos estudados, os autores verificaram uma “colcha de retalhos” de atores oferecendo proteção social aos cidadãos, pela ação de ONGs, agências internacionais e órgãos públicos. Da análise dos casos africanos, os autores apresentam recomendações como: a necessidade de ampliação da coordenação de diferentes atores, considerando a carência de cobertura das políticas ao longo do território; horizontalidade, diálogo e empoderamento local; promoção da coesão social nas comunidades por meio da solidariedade e participação; e incentivo à inovação como meio de enfrentar desafios locais. Algumas das fragilidades e desafios a serem enfrentados foram: descontinuidade de ações; fundos e doadores internacionais com fontes de recurso instáveis; ações com escopos muito limitados; falta de motivação local para continuidade de ações desenvolvidas; ações com baixo custo-benefício e efetividade; e falta de monitoramento e acompanhamento de ações. Os autores advogam pela necessidade de os Estados se fortalecerem institucionalmente para promover coordenação e governança dessas ações, visto sua dependência dos atores externos e incapacidade de oferecer políticas sociais com cobertura em todo o território. Eles também constataram a existência, em vários países, de comitês de harmonização das políticas, por vezes coordenados pelos governos nacionais, com o intuito de melhorar a coordenação das ações.

Nos autores apresentados acima, a questão do desenvolvimento humano mostrou-se variável fundamental para a proteção social nos países menos desenvolvidos – ao contrário do verificado na seção dos países desenvolvidos, que mostrou a relevância da “questão

social”, da mobilização social e do fato de o Estado ter sido instigado por seus nacionais a oferecer proteções em um contexto de transição econômica e demográfica da população. A seção a seguir discute a concepção do desenvolvimento humano para os países de baixo desenvolvimento.

A visão internacional de desenvolvimento humano e proteção social

A Carta da ONU, em 1945, já em seu preâmbulo, propõe “promover o progresso social e melhores condições de vida dentro de uma liberdade ampla” e “promover o progresso econômico e social de todos os povos” (ONU, 1945). Como notam Cecchini e Robles (2013, p. 5, tradução nossa), desde então, para o Sistema ONU, os direitos econômicos e sociais dos povos são apresentados como questões relevantes ao desenvolvimento.

A proteção social é considerada um mecanismo fundamental para contribuir para a plena realização dos direitos econômicos e sociais da população, reconhecido em uma série de instrumentos jurídicos nacionais e internacionais, tais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas de 1948 e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais [de 1966]. Estes instrumentos normativos reconhecem os direitos à seguridade social, ao trabalho e à proteção de níveis de vida adequados para os indivíduos e as famílias, bem como ao gozo de maior bem-estar físico e mental e à educação. A responsabilidade pela garantia destes direitos encontra-se principalmente sobre o Estado, que deve desempenhar um papel fundamental na proteção social – para que essa seja interpretada como um direito e não um privilégio –, em colaboração com três outros grandes atores: as famílias, o mercado e as organizações sociais e comunitárias.

Mkandawire (2001) e Ellis et al. (2009) apresentam uma breve trajetória histórica da [não] integração entre desenvolvimento econômico e social. Nos anos 1960 e 1970, havia o predomínio da visão de “*growth first*” – que no Brasil encontrou sua versão em “primeiro crescer o bolo para depois dividir” –, em que se verificaram altas taxas de crescimento econômico e consequente euforia do período para o crescimento econômico imediato como forma de enriquecer a sociedade e melhorar as suas condições de vida, com uma promessa de redistribuição posterior. No campo social para países em desenvolvimento, praticavam-se largamente políticas de subsídios para preços de alimentos como estratégia de segurança alimentar.

No período dos anos 1980, esteve em voga a noção neoliberal de estabilização econômica e ajustes fiscais como estratégia de desenvolvimento, do mesmo modo que a concepção de um “minimalismo social” – por exemplo, estratégias de garantia de emprego rural em perdas de safra – e de incentivo à solidariedade de base individual. O caso brasileiro

é uma ressalva, em que, nos anos 1980, no contexto da redemocratização do país e da nova Constituição, houve uma ampliação dos direitos sociais, e o minimalismo do Estado viria a ser adotado nos anos 1990. Draibe (2006, p. 4) explica que, após duas décadas de paradigma neoliberal entre os anos 1980 e 1990, verificou-se um esgotamento desse modelo, que foi orientado por baixo crescimento, desemprego crônico, aumento da desigualdade e incapacidade de redução da pobreza. Nesse contexto, a partir do final dos anos 1990 e início dos anos 2000, a integração entre economia e política social voltou a ter relevância e a orientar políticas para o desenvolvimento.

Merrien (2013) nota que, nos países em desenvolvimento, políticas de proteção social começaram a ser utilizadas essencialmente após a Segunda Guerra Mundial, contudo, de maneira geral, concentrada à parcela assalariada da população, que em alguns países trata-se de parcela bastante reduzida da população. Para o autor, havia um quase tabu relacionado à ideia de proteção social sem base contributiva associada aos salários. O regime dual de setor formal protegido versus setor informal desprotegido colapsa nos anos 1980. Para o autor,

[...] com o início do novo milênio, a proteção social tornou-se uma nova prioridade tanto para os países do Sul Global quanto para as políticas de desenvolvimento internacional em geral. Dado que, no passado, políticas de proteção social tinham sido consideradas inadequadas para os países em desenvolvimento, a ascensão de proteção social para um instrumento preferencial de desenvolvimento marca uma mudança fundamental no paradigma. Esta mudança começou no final da década de 1990, alimentada pelo desencanto com os resultados dos programas de ajuste econômico, a crise econômica asiática de 1997 e a maior conscientização sobre os efeitos negativos da pobreza global. Portanto, a proteção social tornou-se um instrumento preferencial para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, ao mesmo tempo que o Banco Mundial estava promovendo a proteção social como uma chave componente nas estratégias internacionais para a redução da pobreza (gestão de risco social). O Departamento de Desenvolvimento Internacional (DFID, sigla em inglês) do Reino Unido, juntamente com outras organizações, promoveu um modelo de desenvolvimento focado nos direitos dos pobres. Programas exitosos de proteção social desenvolvidos nos países do Sul Global – tais como a previdência social brasileira e sul-africana e transferências condicionadas de renda no Brasil e México – foram adotados como modelo de programas ao redor do mundo (MERRIEN, 2013, p. 69-70, tradução nossa).

A criação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) pela ONU, nos anos 1990, enfatizou a importância dada ao se entender desenvolvimento não somente pela métrica do crescimento econômico ou do Produto Interno Bruto, mas também por métricas do desenvolvimento social – expectativa de vida (que reflete questões como saúde, alimentação, desenvolvimento físico, segurança etc.) e escolaridade. A visão teórica de que a expansão das capacidades individuais pode levar ao desenvolvimento, influenciou o trabalho do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e acabou por ser instrumentalizada no IDH, criado por colaboradores da organização, como o economista paquistanês Mahbub ul

Haq, com o apoio do prêmio Nobel de economia, Amartya Sen, que relacionou o desenvolvimento social à liberdade dos povos.

A partir do final dos anos 1990, organismos internacionais¹, como os vinculados ao Sistema ONU e ao Banco Mundial, resgataram a noção de círculo virtuoso da economia e política social, sendo emblemático o relatório do Banco Mundial, publicado no ano 2000, sobre a pobreza (MKANDAWIRE, 2001), na esteira dos efeitos dos programas de ajuste estrutural, além disso, a proteção social se tornou elemento-chave para o atingimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, na virada do século XXI.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram pactuados no ano 2000, por meio da Declaração do Milênio das Nações Unidas, entre os seus 191 países-membros. Os ODM são compromissos que se propuseram a melhorar as condições de vida da humanidade entre os anos 2000 e 2015. Para sucederem os ODM no período de 2015 a 2030, foram propostos os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), adotados por 193 países-membros, na Cúpula de Desenvolvimento Sustentável, em setembro de 2015. Os dezessete ODS são: erradicação da pobreza; fome zero e agricultura sustentável; saúde e bem-estar; educação de qualidade; igualdade de gênero; água potável e saneamento; energia limpa e acessível; trabalho decente e crescimento econômico; indústria, inovação e infraestrutura; redução das desigualdades; cidades e comunidades sustentáveis; consumo e produção responsáveis; ação contra a mudança global do clima; vida na água; vida terrestre; paz, justiça e instituições eficazes; e parcerias e meios de implementação. Os ODS marcam a defesa internacional explícita da proteção social como mecanismo para o desenvolvimento sustentável. Os países são incentivados, por exemplo, a “implementar, em nível nacional, medidas e sistemas de proteção social adequados, para todos, incluindo pisos, e até 2030 atingir a cobertura substancial dos pobres e vulneráveis” (ODS 1.3) e a “adotar políticas, especialmente fiscal, salarial e de proteção social, e alcançar progressivamente uma maior igualdade” (ODS 10.4).

Mkandawire (2001) argumenta que o desenvolvimento humano precisa ser o link entre política social e desenvolvimento econômico, para que esses campos sejam reconhecidos como complementares a qualquer desenvolvimento sustentável. Contudo, ele vê que, por razões ideológicas, existem resistências em incluir componentes sociais no desenho da política econômica. Para o autor, estabilidade política e democracia, bem como altos

1 Merrien (2013) elenca alguns organismos com essa perspectiva: o ECOSOC das Nações Unidas, PNUD, UNICEF, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e seu Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD), a OIT, além de fundações e organizações internacionais, como a Oxfam e HelpAge International, e organizações de desenvolvimento bilaterais, como a Agência Alemã para a Cooperação Internacional (GIZ) e agências de países emergentes, como do Brasil e da África do Sul.

índices de produtividade, escolaridade, autonomia, condições de saúde, entre outros, estão ligados também a populações com altos índices de igualdade. A distribuição de renda mais igualitária desenvolve o mercado doméstico, encoraja uma melhor utilização das capacidades da nação, impulsiona novos investimentos, favorece arranjos de coordenação e estimula a coesão social. O contrário também é verificado: a desigualdade leva a conflitos políticos, vulnerabilidade a choques externos – visto que a polarização dificulta consensos necessários a mudanças de política em contexto de crise – e baixo capital social. Nesse sentido, a política social e a economia formam uma via de mão dupla: por um lado há aumento de capital social, produtividade, mercado de consumo, estabilidade política etc.; por outro, há crescimento econômico para reforçar o ciclo de políticas sociais. Mkandawire argumenta que as políticas sociais são componente fundamental para o crescimento econômico sustentável. O autor chama atenção, contudo, para a necessidade de dosar o Estado de Bem-Estar Social possível, pois o gasto social excessivo pode levar a déficits econômicos e ao consumo da poupança e do investimento nacionais.

Com relação aos atores transnacionais, como ONGs e doadores internacionais, Mkandawire (2001), afirma que o apoio destes à política social, de maneira geral, está associado aos objetivos humanitários e raramente integrado com concepções de desenvolvimento. Nesse sentido, o autor reforça que os Estados, quanto mais abertos a interferências externas, devam ter um setor público desenvolvido que dê segurança à resolução dos conflitos sociais internos e às pressões da globalização.

Ellis et al. (2009), após analisarem os casos no continente africano, verificaram a importância política dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), então em execução, para a uniformização da ação dos atores externos, sobretudo os vinculados a agências da ONU, com suporte das elites locais e com foco no desenvolvimento. Os autores notam a produção de visões internacionais sobre a proteção internacional, fato que apoiou o reforço e a legitimação do desenvolvimento social nos países analisados e orientou a coordenação da atuação de atores internacionais. Por outro lado, Merrien (2013, p. 84) defende que apesar de haver uma clara aproximação de posições no sentido da importância da proteção social para o desenvolvimento, “estamos ainda longe de obter um verdadeiro consenso internacional”, permanecendo, entre as principais divergências, o lócus do setor público e do setor privado, a questão da segmentação ou universalismo, a definição de condicionalidades ou de acesso incondicional aos direitos sociais.

Como nota Jaccoud (2013, p. 298), a construção e o adensamento de sistemas de proteção social são resultado de um longo percurso. “Também no Brasil, esta construção não

se faz sem dificuldades, contradições e disputas. Seu sucesso depende de vários fatores, entre eles o vigor em torno do debate (e da defesa) do projeto de sociedade que lhe dá sustentação”.

Nesse sentido, a legitimidade internacional do desenvolvimento social, embora harmonize e impulsione esforços internacionais para o desenvolvimento, não pode prescindir da questão da legitimidade política nacional e da participação social na construção e na manutenção das políticas de proteção social centradas no Estado, mesmo porque uma proteção social que não se mostre perene não terá os resultados de uma ação pública de longo prazo. Uma gestão participativa do desenvolvimento social, bem como a democratização da sociedade e o apoio a medidas soberanas e que fortaleçam o Estado, são fundamentais à legitimidade, continuidade e adensamento das políticas sociais.

Quando a proteção social é entendida como uma responsabilidade pública, isso altera os termos do debate e favorece a construção de formas alternativas de viver em sociedade e formas alternativas de ação pública. Três pontos podem ser destacados aqui. Em primeiro lugar, a ideia de garantias protetoras enfraquece a questão da responsabilidade individual, assim como assegura níveis mínimos de bens básicos para a sobrevivência e cuidados básicos necessários para superar as vulnerabilidades relacionadas à saúde, à alimentação, aos ciclos de vida, à coexistência e às contingências sociais. Em segundo lugar, redefine os termos do debate sobre o crescimento econômico, pois questiona a capacidade da economia – mesmo em crescimento – de gerar riqueza que seja distribuída pela sociedade, de promover o desenvolvimento e de garantir a segurança e o bem-estar. Em terceiro lugar, também oferece mecanismos de apoio, prevenção e promoção social. Vale a pena recordar que, como uma responsabilidade pública, a proteção social envolve o reconhecimento de padrões de igualdade que se oponham a hierarquias, decisões discricionárias e desigualdades, e que promovam a coesão social e o desenvolvimento. Portanto, as demandas por seguridade e bem-estar representam um grande desafio para a sociedade e para o Estado em termos políticos, sociais e econômicos. A proteção social é o resultado dos esforços públicos para criar um campo de solidariedade que ofereça garantias em termos de renda e serviços, a fim de responder a necessidades básicas e apoiar o desenvolvimento de capacidades e oportunidades. Além disso, ela representa a convicção de que a pobreza e o desenvolvimento são incompatíveis e que essa incompatibilidade deve ser superada para garantir a cada cidadão a oportunidade de participar plenamente na sociedade (JACCOUD; RIZZOTTI In; PNUD, 2013, p. 89, tradução nossa).

Na próxima seção, são apresentadas algumas das relações estabelecidas entre saúde e desenvolvimento.

Saúde e desenvolvimento

Para Buss et al. (2017), há um razoável consenso em torno da convergência dos temas de desenvolvimento e de saúde – entendida não apenas no sentido de ausência de doença, mas também no sentido de populações saudáveis. Para Mkandawire (2001), por razões “quase óbvias”, a produtividade é melhorada quando se reduz a taxa de mortalidade

infantil e na infância, quando se melhora a expectativa de vida das populações, quando se tem promoção da saúde e um desenvolvimento físico e humano com qualidade de vida.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio tiveram três de seus oito objetivos relacionados à saúde das populações. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável têm um objetivo específico para Saúde e Bem-Estar, o ODS 3, com metas ambiciosas, dentre as quais atingir a cobertura universal em saúde, eliminar as mortes evitáveis na infância, aumentar o financiamento em saúde, acabar com as epidemias de Aids, Tuberculose, Malária e outras doenças tropicais negligenciadas. Ademais, como notam Buss et al. (2017), os demais ODS são determinantes sociais e ambientais de saúde – e o seu atingimento gera cobenefícios no setor da saúde.

Vieira (2016, p. 7) defende que, além dos efeitos diretamente ligados à saúde da população, o setor da saúde também gera uma série de efeitos positivos à economia e ao desenvolvimento de maneira geral. Para a autora,

[...] o setor da saúde constitui importante fator para o desenvolvimento econômico por sua capacidade de gerar renda e empregos. Por exemplo, nos 28 países da União Europeia, a participação deste setor na economia tem sido de cerca de 9% do PIB e, no Brasil, o valor adicionado bruto das atividades de saúde foram responsáveis por 6,5% do PIB em 2013, sendo que a atividade da saúde pública teve participação de 2,3% do PIB no mesmo ano. [...] Segundo Stuckler e Basu (2013), em estudo que analisou dados de 25 países europeus, dos Estados Unidos e Japão, a educação e a saúde têm os maiores multiplicadores fiscais, que são superiores a três. Contudo, apesar de os números revelarem a importância do setor da saúde na economia, muitas vezes o debate em meio à discussão de um ajuste fiscal dispensa à saúde pública um tratamento como se o gasto realizado no setor tivesse efeito negativo sobre a economia, desconsiderando inclusive o seu papel principal que é o de promover, prevenir e recuperar a saúde dos indivíduos, contribuindo assim para o bem-estar da população.

Nesse sentido, investimentos em saúde geram efeitos positivos à economia, não só por melhorar as condições de saúde da população, mas também por ser um setor que gera receitas, empregos e inovações. O investimento em saúde pública deve buscar superar desigualdades sociais, territoriais e de acesso, e assim se beneficiar de seus efeitos positivos. Abrahão et al. (2011) desenvolveram estudo em que mostram os efeitos positivos das políticas sociais, por exemplo, desenvolvimento, crescimento econômico e combate à desigualdade – no caso específico da saúde, chegam ao multiplicar de 1,7, em que cada R\$ 1,00 gasto com saúde gera um aumento esperado no PIB de R\$ 1,70.

Vieira (2016, p. 21) cita lições aprendidas sobre crise econômica e saúde: justamente nos contextos de maior escassez e aumento de desigualdades, é necessário investir em saúde, pois nessas situações há aumento da mortalidade em geral – sobretudo nos países mais pobres –, transtornos de saúde mental e redução da qualidade de vida. A autora entende

que os “programas de proteção social são medida importante para proteção da saúde da população e para retomada do crescimento econômico em prazo mais curto”. A autora organiza, também, um quadro com recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), da ONU, para proteção da saúde em situação de crise econômica.

Figura 2 – Medidas da OMS para proteção da saúde em situação de crise econômica

1 - PROTEGER O GASTO COM SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> • Os gestores da saúde precisam utilizar argumentos baseados em evidências para defender o gasto em saúde
2 - SALVAR VIDAS E PROTEGER A RENDA	<ul style="list-style-type: none"> • A proteção social é importante para preservar as rendas, bem como a saúde, e requer a coordenação de políticas de vários setores
3 - TORNAR O GASTO EM SAÚDE MAIS EFETIVO E EFICIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Se o orçamento do governo está sob pressão e a renda das famílias diminui, a demanda por serviços públicos de saúde crescerá. É preciso trabalhar para que o gasto seja mais efetivo e eficiente, por exemplo, priorizando serviços de atenção primária e de prevenção em saúde
4 - COLABORAR COM OUTROS PAÍSES E DENTRO DO PAÍS	<ul style="list-style-type: none"> • É importante reconhecer o papel das organizações da sociedade civil, como prestadores de serviço e defensores da saúde, que constituem ativos relevantes em momento de crise. Avaliações rápidas, comunicação efetiva, troca de experiência, arranjos de trabalho eficazes e efetivos
5 - USAR O MONITORAMENTO, A ANÁLISE E A PESQUISA NA INFORMAÇÃO DE POLÍTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • O monitoramento e a análise de dados e informações constituem a base para a elaboração de efetivo plano de contingência em relação a aspectos específicos do setor saúde e a pesquisa é uma ferramenta crítica no desenvolvimento de respostas da saúde à crise
6 - AJUDA PARA A SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> • Em países em desenvolvimento, a ajuda para manutenção do gasto em serviços-chave é fundamental. A necessidade de comprometimento por parte dos doadores, a quantidade e a qualidade da ajuda são importantes

Fonte: Vieira (2016, p. 24, elaborado a partir das recomendações de publicação da Organização Mundial da Saúde)².

Algumas dessas medidas estão diretamente relacionadas à prática de cooperação internacional, como ajuda externa para a saúde, colaboração com outros países e atores, e formas de fortalecer as capacidades (tornar o gasto mais eficiente, monitorar, garantir o adequado financiamento etc.). A agenda preconizada internacionalmente para o desenvolvimento sustentável está estreitamente vinculada a políticas sociais e à redução da desigualdade, à saúde e ao bem-estar das populações, bem como apresenta, entre seus objetivos, o de desenvolver instituições eficazes para a promoção do desenvolvimento por meio da ação do setor público.

2 WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The financial crisis and global health*. Report of a High-Level consultation. Geneva: World Health Organization, 2009.

Considerações finais do capítulo

O capítulo mobilizou, de maneira geral, os pontos a seguir:

- Nos países desenvolvidos, o Estado foi instado a assumir um papel fundamental de proteção social, diretamente relacionado ao vácuo de respostas efetivas à “questão social” e no reconhecimento da ineficácia de outras formas de regulação sobre elas.
- A gênese desse papel é fruto de um processo histórico – coalizões políticas, relação de classes, trajetórias históricas, construções –, assim como é um objeto em mudança.
- A forma como o gasto social é realizado e a definição de “insiders” e “outsiders” são determinantes para a alteração ou manutenção da estrutura social, da vulnerabilidade social e da autonomia do mercado e das relações familiares e de gênero.
- A titularidade de direitos sociais e cidadania social continua sendo diretamente vinculada ao pertencimento de cidadãos a Estados nacionais.
- Ao contrário da literatura sobre a gênese do Estado Social em países desenvolvidos, marcada pelo conflito social decorrente de processos como industrialização, urbanização e avanço do trabalho assalariado nas sociedades capitalistas, a literatura sobre o desenvolvimento social em Estados de baixo desenvolvimento é marcada por recomendações e boas práticas feitas à burocracia internacional ou nacional sobre quais políticas apoiam o desenvolvimento humano e sustentável, bem como pela pactuação de compromissos internacionais para o desenvolvimento.
- Nesses países, em que uma multiplicidade de atores, como ONGs, organismos internacionais e doadores internacionais bilaterais, assume o provimento de políticas sociais, recomenda-se ao Estado assumir o papel de coordenação das ações com vistas a uma maximização das ações, melhor alocação da cobertura e promoção de ações sociais que culminem com o desenvolvimento local, e buscar perenizar a oferta de proteção social à população.
- O Estado é fundamental para a superação de regimes de seguridade informal ou de insegurança de proteção social nos países de menor renda.

- É reconhecidamente discutido por fóruns internacionais – inclusive Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional – que a redução da desigualdade e o desenvolvimento social são dimensões essenciais ao desenvolvimento econômico de países e que o fortalecimento institucional dos Estados é fundamental para o desenvolvimento.
- O tema do desenvolvimento humano tem sido pauta desde os anos 1990 para nortear os esforços internacionais com o objetivo de melhorar as condições de vida das pessoas.
- A atual agenda internacional de desenvolvimento ressalta a importância de políticas sociais e de fortalecimento institucional.
- A ação pública para a proteção social favorece a solidariedade e o desenvolvimento social de longo prazo.
- A construção e o adensamento de sistemas de proteção social são resultado de um longo percurso e seu sucesso depende de vários fatores, entre eles o vigor em torno do projeto de sociedade que lhe dá sustentação.
- O setor da saúde tem vários efeitos positivos ao desenvolvimento.

A Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), da ONU, em sua publicação *Matriz da Desigualdade na América Latina* (2016), oferece, entre suas recomendações de políticas para a superação das desigualdades e o desenvolvimento, que uma política social de qualidade tem que se sustentar no fortalecimento da institucionalidade. Para a CEPAL (2016, p. 82, tradução nossa), o fortalecimento institucional significa

- consolidar uma base jurídico-normativa que permita viabilizar o exercício dos direitos sociais e reforçar a sustentabilidade das políticas sociais como políticas de Estado e não somente de governo;
- acentuar o papel do desenvolvimento social na agenda pública e estabelecer uma autoridade social com capacidade de coordenação e articulação entre as diferentes políticas sociais (educação, saúde, trabalho, proteção social e habitação) e as políticas econômicas e ambientais;
- acrescentar a capacidade de gestão pública em matéria social, robustecendo tanto as equipes técnicas e a infraestrutura quanto os processos de gestão centrados na efetividade e na eficiência (como o desenvolvimento de sistemas de informação para diagnóstico, monitoramento e avaliação, registros de participantes e procedimentos de participação, controle social, transparência e resolução de conflitos);
- e dispor de recursos suficientes e estáveis para atender às necessidades de uma política social de qualidade.

Evans (1993), em seu texto “O Estado como problema e solução”, afirma que independente da visão sobre o tamanho que o Estado deva ter, seu fortalecimento é

imperativo. Após analisar trajetórias de Estados latino-americanos, africanos e asiáticos, o autor argumenta que é necessário fortalecê-los como maneira de lidar com as demandas de ação pública, inclusive sendo capaz de planejar, priorizar, coordenar, lidar com interesses conflitantes, entre outras atividades. O autor conclui que

[...] reconstruir o Estado é uma tarefa amorfa e frustrante, um projeto para décadas, se não para gerações. Apesar disso, a capacidade ampliada do Estado continua a ser uma exigência da política econômica eficaz, inclusive do ajuste estrutural sustentável. Buscar outra alternativa seria uma forma perigosa de utopismo. Transformar o Estado de problema em solução deve ser um item central em qualquer agenda política realista para o Terceiro Mundo (EVANS, 1993, p. 18).

Feitas as considerações acima, cabe compreender melhor como a literatura discute a questão do fortalecimento de capacidades do Estado, que será o tema do próximo capítulo.

Capítulo 2 – Fortalecimento de capacidades estatais

O fortalecimento de capacidades estatais é tema recorrente na literatura de desenvolvimento e na cooperação técnica internacional para o desenvolvimento. A agenda internacional do fortalecimento de capacidades é também fruto do reconhecimento de que a cooperação internacional por si não pode levar ao desenvolvimento. A cooperação técnica Sul-Sul brasileira tem o fortalecimento de capacidades como um de seus eixos centrais. Além disso, conforme visto no capítulo anterior, o fortalecimento de capacidades tem sido fundamental para o desenvolvimento de políticas sociais e melhoria da qualidade de vida das populações. O projeto BRA/10/005, objeto deste trabalho, tem em seu enunciado o fortalecimento de uma instituição, o Ministério da Saúde Pública e da População do Haiti.

O fortalecimento institucional é aqui compreendido a partir do seu vínculo à produção ou fortalecimento de capacidades das instituições, observando o Estado dentro de uma rede complexa de instituições. Merilee Grindle (1997, p. 3, tradução nossa) conceitua o Estado como

[...] um conjunto de instituições em curso para controle social e autoridade de tomada de decisões e implementação. O Estado é conceitualmente distinto da economia e da sociedade, com interesses inerentes em expandir o seu âmbito de ação autônoma, afirmando o controle sobre as interações sociais e econômicas, e estruturar as relações econômicas e sociais. Esses interesses derivam principalmente da preocupação do Estado em estabelecer e manter a segurança interna e externa, para gerar receitas e alcançar a hegemonia sobre formas alternativas de organização social.

O termo “capacidade estatal” refere-se a um conceito polissêmico, complexo e multifacetado, que “pode ser aplicado em diferentes contextos, com pressupostos distintos e objetivos diversos” (STEFANI, 2016). Pode ser desmembrado em diversas variáveis que se refiram às atividades mapeadas como aquelas que o Estado deve oferecer, e é volátil na dimensão empírica (KJAER et al., 2002). Nesse sentido, é de difícil conceituação – compreender “o quê” e “para o quê” seriam as capacidades, pois cada problema público requer capacidades diferentes – e, conseqüentemente, de difícil mensuração.

Neste capítulo, é feita uma breve trajetória histórica dos conceitos relacionados às capacidades estatais e o desenvolvimento.

Primeira geração de análise do conceito de capacidade estatal – a questão da autonomia

Pires e Gomide (2016) identificam duas gerações de análise de capacidades estatais. A primeira refere-se à análise de processos históricos da construção do Estado enquanto ente autônomo – capacidades de criação e manutenção da ordem em um determinado território, de soberania, de administração de aparato coercitivo, fiscal e de arrecadação de tributos e administração de um sistema de justiça. Para os autores,

[...] tais análises avançaram na compreensão sobre a formação e construção dos aparatos governamentais, onde eles nunca existiram ou onde eles eram frágeis e incipientes. Além disso, embasaram estudos sobre a autonomia do Estado em relação à oposição de grupos da sociedade. Assim, em um nível macro, o conceito de capacidade do Estado tem sido empregado para explicar as situações em que os Estados emergem, gerenciam conflitos internos e externos e transformam as suas sociedades e economias (PIRES; GOMIDE, 2016, p. 123).

Até meados dos anos 1980, o Estado e suas capacidades eram um tema pouco debatido na ciência política. Em 1985, Skocpol, Evans e Rueschemeyer (2000) publicam o livro *Bringing the State back in*, propondo recentrar a análise de ciência política no Estado. Os autores argumentam que, até então, a literatura política havia deixado o Estado de lado enquanto poder autônomo, e centrado a análise na sociedade e suas interações. Arretche (1996, p. 53) aponta que esse livro foi uma espécie de fundador da corrente que ficaria conhecida como neo-institucionalista, que considera a autonomia estatal e centra a análise na natureza, capacidades e estrutura das instituições do Estado. Para essa corrente, “as estruturas institucionais do Estado, tais como se conformaram historicamente em cada país, influenciam a formação e o desenvolvimento dos interesses e das modalidades de ação dos grupos da sociedade civil”. A premissa principal era, naquele momento, rejeitar os argumentos de correntes de tipo *society-centered*, que viam a ação estatal como resultado de fatores exógenos à dinâmica interna das instituições estatais.

Desde então, a discussão centrada no Estado – e suas capacidades – ganhou novo fôlego (KJAER et al., 2002). O retorno dos estudos sobre o Estado trouxe de volta também a preocupação sobre como melhorá-lo, fortalecendo suas instituições (HUERTA, 2008). Com a frustração da perspectiva neoliberal do Estado Mínimo, nos anos 1990, conforme discutido no capítulo anterior, acadêmicos e organismos internacionais passaram a defender a necessidade de construção e fortalecimento de capacidades como estratégia para o desenvolvimento de países de média e baixa renda.

Michael Mann e o poder infraestrutural do Estado

Uma importante análise da primeira geração é a de Michael Mann (1984, 2008). Cingolani (2013) afirma que, a partir da análise de Mann, a capacidade relacional e de cobertura territorial ganhou relevância na literatura especializada, porque o autor inovou em propor tipologias a partir do poder do Estado. Mann argumenta a existência de dois poderes fundamentais no Estado, o poder infraestrutural e o poder despótico, processos interligados, porém distintos. O poder despótico é “o conjunto de ações que a elite estatal tem a faculdade de levar adiante sem consultar grupos da sociedade civil”. Já o poder infraestrutural, diz respeito às “relações de poder limitadas a um determinado território, que, por sua vez, limitam os sujeitos a esse território, derivadas de um lugar central. Nenhuma outra forma importante de poder conseguiu isso [que o Estado conseguiu]” e leva a uma “capacidade do Estado de penetrar a sociedade civil e implementar ações em seu território” (MANN, 2008, tradução nossa), inclusive com a participação da sociedade civil institucionalizada. Nesse sentido, sua teoria tem aspectos da primeira geração de análise, enfatizando a autonomia e a diferenciação, como também daqueles que serão discutidos mais a frente, relativos a uma segunda geração, enfocando implementação, parcerias e participação.

O poder infraestrutural pressupõe uma logística própria, que para Mann seria a existência de técnicas e recursos que permitam ao Estado exercer o seu poder, reforçando a capacidade de formulação e de implementação de políticas com alcance na sociedade. “O Estado pode promover grandes mudanças sociais consolidando a territorialidade, o que não teria ocorrido sem ele. A importância desse papel é proporcional ao seu poder infraestrutural: quanto maior ele for ou se tornar, maior a territorialização da vida social” (MANN, 1984, p. 208, tradução nossa).

Para Mann, então, o Estado pode ser forte de maneiras diferentes. Por exemplo, ele nota que as monarquias históricas eram fortes no sentido despótico, mas bastante débeis no sentido infraestrutural, enquanto países capitalistas modernos são fortes em poder infraestrutural, porém fracos no poder despótico, exercido com alternância de poder, penetração de grupos de interesse e forte participação da sociedade civil. “Os Estados ocidentais foram despoticamente fracos no século XX, e assim permanecem hoje” (MANN, 1984, p. 210).

O poder infraestrutural é relevante especialmente em democracias capitalistas, por garantir maior previsibilidade do Estado e controle sobre o poder despótico. A democracia,

contudo, não se traduz automaticamente em maior capacidade do Estado. Como nota Diniz (2006, p. 19),

[...] pode haver – e ocorre com frequência – um descompasso entre, por um lado, o robustecimento da democracia, e por outro, a debilidade do Estado como instituição pública capaz de prover e universalizar o acesso a bens públicos essenciais, nas áreas de segurança pública, saúde, educação, habitação e saneamento básico, traduzindo-se em baixo poder infraestrutural do Estado.

Soifer e Vom Hau (2008), apontaram algumas limitações da teoria de Mann. Primeiro, há um paradoxo da relação do poder infraestrutural – para Mann, seu bom exercício pressupõe um Estado autônomo. Contudo, existem Estados desenvolvidos hoje que não são dotados de grande autonomia, no sentido de que se colocam em relação de entrelaçamento com atores não estatais para a consecução de seus objetivos.

Outro paradoxo colocado pelos autores é que um Estado fraco – aquele em que faltariam capacidades de implementação – é determinante para a presença e persistência de conflito doméstico e é condição necessária para a ocorrência de revoluções sociais. Se por um lado, a democracia não pode ser consolidada em um Estado que não tenha alcance para garantir suas políticas na sociedade (SOIFER; VOM HAU, 2008, p. 3), cabe discutir também como fortalecer um Estado mesmo num contexto de tendência de redução de sua autonomia e desenvolvimento de outras formas de implementação de políticas.

Soifer e Vom Hau chamam a atenção para o fato de o poder infraestrutural não irradiar somente das atividades administrativas do Estado, mas também de seu entrelaçamento (*organizational entwining*) com atores não estatais e pela relação entre as diferentes agências estatais. De acordo com os autores, o poder de penetração no território isoladamente também não dá ao Estado o poder de formular ou implementar efetivamente decisões políticas, tampouco legitimidade, o que é medido justamente pelas relações entre os diversos atores políticos e sociais, que será discutido pela segunda geração de análise de capacidades estatais.

Segunda geração de análise do conceito de capacidade estatal – a questão da governança

A segunda geração de análise centra-se na percepção de que a autonomia do Estado, defendida pela primeira geração de autores, tem se verificado cada vez mais limitada. É importante enfatizar que essa geração tem debatido “sobre as capacidades que os Estados – que já superaram seus estágios iniciais de construção – possuem (ou não) para atingir, de forma efetiva, os objetivos que pretendem por meio de suas políticas públicas, como a

provisão de bens e serviços públicos” (PIRES; GOMIDE, 2016, p. 123). Essa corrente de pensamento acabou por efetuar um deslocamento de perspectiva *state-centered* para uma perspectiva *polity-centered* (ARRETCHE, 1996).

Como resposta à questão da limitação da autonomia do Estado, alguns autores têm apontado a impossibilidade de, contemporaneamente, o Estado ser capaz de implementar autonomamente políticas; outros autores notam a redução do Estado ao papel de regulador. Um terceiro grupo, contudo, tem centrado a noção de governança como solução e estratégia para a redução da autonomia do Estado (PIRES; GOMIDE, 2016).

Essa noção passa pela percepção de que o Estado necessita de capacidade para ofertar políticas sociais aos seus cidadãos; a democracia coloca uma multiplicidade de atores e arenas decisórias; a complexidade do atual sistema global também coloca ao Estado a necessidade de lidar com questões que extrapolam suas fronteiras. A noção de fortalecimento de capacidades estatais amplia-se, nesse sentido, para a “boa governança”, uma ação orquestrada pelo Estado que faça entregas à sociedade diante da multiplicidade de atores e arenas. Para Pires e Gomide (2016), a governança refere-se aos processos e métodos de governo ou condições para o exercício do poder e da organização estatal.

Se por um lado isso complexifica e, por vezes, quase inviabiliza certas ações na busca de consensos de atores multi-interessados, também é verdade que a multiplicidade de atores amplifica as perspectivas, conhecimentos e recursos, fortalecendo a tomada de decisões ao envolver diversos atores nesse processo e no acompanhamento, monitoramento e avaliação das iniciativas. Nesse sentido, é importante a sinergia entre Estado e sociedade, quando processos de cooperação propiciam ganhos e transformação econômica. Ao depender de como o Estado delega autoridade à sociedade, e à boa governança possível desse processo, mais que perder, o Estado pode ganhar poder.

O conceito de governança parece ser útil quando se discute capacidade estatal, porque é situado entre estruturas e atores, Estado e sociedade. O foco na governança reconhece agentes individuais sem desconsiderar padrões de comportamento preexistentes. E o conceito de governança transcende a divisão Estado-sociedade, porque centra-se na formulação das regras do jogo e nos atores envolvidos neste processo contínuo de formulação e mudança das regras (KJAER et al., 2002, p. 17, tradução nossa).

Wu et al. (2015), por exemplo, desenvolveram um modelo para compreender capacidades de implementar políticas (*policy capacity*), definindo competências e capacidades necessárias para desempenhar funções relacionadas às políticas públicas. Para os autores, as capacidades podem ser de tipo analítico, operacional ou político, e envolvem competências

individuais, organizacionais e sistêmicas, abrangendo, com isso, nove tipos básicos para a percepção e definição de capacidades relevantes para políticas públicas.

Assim, o debate contemporâneo das capacidades que o Estado necessita deter para o desenvolvimento requer tanto capacidades técnico-administrativas, “típicas das burocracias desenvolvimentistas de meados do século passado, quanto as capacidades políticas para negociação e condução, por parte de governos, de processos decisórios compartilhados envolvendo múltiplos atores – sociais, políticos e econômicos” (GOMIDE; PIRES, 2012, p. 25-26). Com o intuito de conciliar as abordagens tradicionais sobre as capacidades estatais com as noções contemporâneas de governança, Pires e Gomide (2016, p. 127) propõem uma “calibração conceitual”, especificando que as capacidades do Estado precisam ser analisadas sob duas dimensões:

- i) técnico-administrativa, que envolve as capacidades derivadas da existência e funcionamento de burocracias competentes e profissionalizadas, dotadas dos recursos organizacionais, financeiros e tecnológicos necessários para conduzir as ações de governo de forma coordenada; e
- ii) político-relacional, associadas às habilidades e procedimentos de inclusão dos múltiplos atores (sociais, econômicos e políticos) de forma articulada nos processos de políticas públicas, visando à construção de consensos mínimos e coalizões de suporte aos planos, programas e projetos governamentais.

Os autores esclarecem que a primeira dimensão pode ser associada às noções de eficiência e eficácia, ao passo que a segunda se relaciona às ideias de legitimidade, aprendizagem e inovação nas ações dos governos. A partir dessas dimensões, é possível analisar como se configuram os arranjos institucionais que permitem a ação estatal nas mais diferentes frentes. Essa abordagem é útil ao campo das políticas públicas, pois “contesta possíveis interpretações de que capacidade por si só é suficiente para explicar o sucesso ou o fracasso de ações governamentais” (STEFANI, 2016, p. 58).

O desenvolvimento de capacidades no contexto internacional

No contexto da discussão de desenvolvimento, é comum deparar-se com diagnósticos que defendem que parte de problemas de nações subdesenvolvidas é justamente sua falta de capacidade estatal ou de governança (CHUDNOVSKY; SIDDEERS, 2015; EVANS, 1993; BRAUTIGAM, 1992; ELLIS et al., 2009). Grindle (1997, p. 6) aponta para um argumento comum na literatura, o de que países do Leste Asiático lograram um

desenvolvimento industrial em larga medida devido às suas altas capacidades estatais – o que outros países em desenvolvimento não teriam conseguido.

Soifer e Vom Hau (2008, p. 1, tradução nossa) apontam que o Estado é central para o desenvolvimento e para o bem-estar humano e ressaltam a questão de seu fortalecimento.

No Afeganistão, Haiti e República Democrática do Congo, que vários analistas contemporâneos apontam como Estados fracos ou frágeis, a inability de prover segurança e estabelecer presença no território deixou a população local vulnerável a caudilhos e milícias e debilitou a busca de crescimento econômico e provisão social básica.

Em paralelo, os autores indicam que são comumente apontados como Estados fortes aqueles que contam com algum nível de capacidade estatal, com apoio de uma burocracia para a boa relação dos atores sociais e alcance espacial e social do Estado no território. A capacidade estatal, nesse caso, costuma ser relacionada ao Estado ser bem equipado para exercer o monopólio da violência, garantir contratos, controlar a população, regular as instituições, extrair recursos e prover bens públicos. Essas atividades são desejáveis, portanto, para o desenvolvimento e para o bem-estar.

O conceito de governança tem sido apresentado como útil também para o desenvolvimento de Estados fracos, que segundo nosso entendimento são aqueles desprovidos de capacidades estatais. Brautigam (1992) discute desenvolvimento, governança e ajuda externa (*foreign aid*) para Estados que dependem desta. Para a autora, especialmente nos Estados subdesenvolvidos, uma boa governança passou a ser recomendada como maneira de combater lideranças ilegítimas, abusos de autoridade, falta de *accountability* oficial, controle da informação e desrespeito à lei e aos direitos humanos. A governança seria, nesse contexto, uma forma de aproximar Estados, cidadãos e líderes, além de doadores internacionais, promovendo abertura e *accountability*.

A autora argumenta que, embora a *accountability* dependa também de um nível técnico burocrático – que pode ser desenvolvido num processo de ajuda externa –, a governança é necessariamente uma relação entre um Estado e os seus cidadãos. Aponta, então, problemas decorrentes de grandes somas de ajuda externa. Por exemplo, cita que, em 1991, mais de 20 países tinham ajuda externa superior a 10% de seu produto nacional bruto, o que os tornava muito mais propensos a prestar contas às agências internacionais que à sua população ou aos produtores da economia nacional, que, por sua vez, também tendem a pressionar menos os governos por *accountability* na medida em que também se beneficiam da ajuda externa. Para a economia, pode haver outros danos, como, na medida em que o Estado

nacional depende primariamente da arrecadação de doação externa, pressiona menos o setor produtivo por produtividade. O capital disponível na sociedade acaba sendo destinado prioritariamente a aluguéis e investimentos rentáveis (inclusive fora do país), ao invés de encorajar investimentos de risco. Também, a ajuda externa diminui o diálogo entre Estado e sociedade, que fica distorcido pelas obrigações contraídas externamente para acesso aos fundos de ajuda externa.

Em sua conclusão, Brautigam recomenda então que doadores internacionais devem estar cientes do efeito perverso que grandes somas de assistência externa podem adquirir e, com isso, devem fomentar o debate interno, o diálogo e a negociação em decisões para alocar a assistência estrangeira, para a “apropriação local” – mesmo que tal processo seja lento e envolva frustrações. Isso deve incentivar o desenvolvimento de *accountability* como um assunto entre governos e cidadãos e não apenas um entre os governos e os doadores, e com isso promover a governança local.

Como discutido no capítulo anterior, Ellis et al. (2009) postularam a importância da coordenação em contextos de multiplicidade de atores para o desenvolvimento dos Estados de média e baixa renda. Para os autores, essa é uma forma de maximizar a efetividade e cobertura das ações. Igualmente, como visto, a agenda internacional para o desenvolvimento sustentável vincula diretamente o fortalecimento das instituições ao desenvolvimento sustentável.

Finalmente, é preciso ter em mente que as capacidades variam conforme os contextos, de modo que os projetos internacionais para o desenvolvimento de países de média e baixa renda precisam considerar essa dimensão. Andrews et al. (2013) argumentam que esses projetos têm obtido considerável êxito em construir infraestrutura física – como escolas, hospitais, canais de irrigação, entre outros –, mas nota-se pouco sucesso no desenvolvimento de outros tipos de capacidades. Para os autores, há uma armadilha (*capability traps*) na abordagem desses projetos, pois as organizações internacionais tendem a apresentar boas práticas internacionais, de aplicação vertical, ao invés de tentar compreender a partir dos contextos locais os problemas e possíveis soluções. As armadilhas seriam a dinâmica verificada pelos autores em projetos internacionais, em que governos locais aparentemente assumem reformas, contudo o fazem somente para legitimarem a ajuda externa, cumprindo os pré-requisitos do projeto e não transformando ou fortalecendo de fato suas instituições locais. Para os autores, é fundamental a formulação e definição de agenda de projetos de desenvolvimento junto ao contexto local, e não baseado somente na adoção de boas práticas internacionais.

Uma das formas existentes para o fortalecimento de capacidades estatais é justamente a cooperação técnica internacional, como será visto no próximo capítulo.

Considerações finais do capítulo

O capítulo mobilizou, de maneira geral, os pontos a seguir:

- O conceito de capacidades estatais é complexo e pode se referir a diversos aspectos da atividade do Estado.
- Uma primeira geração de estudiosos esteve mais preocupada com a questão da gênese e construção do Estado e de sua autonomia, e questões como soberania, manutenção da ordem no território, administração da justiça e recolhimento de tributos.
- Michael Mann defende a importância da capacidade de o Estado exercer o seu poder infraestrutural, de penetrar a sociedade civil e implementar ações em seu território.
- Uma segunda geração de estudiosos deparou-se com a limitação da autonomia do Estado em contextos democráticos e globalizados, e se dedicou à questão da coordenação, parcerias, participação e implementação de políticas públicas.
- Para Estados dito fracos, é fundamental fortalecer a capacidade estatal para o desenvolvimento e para o bem-estar, tanto em aspectos relacionados à capacidade de implementar políticas públicas quanto com a capacidade política de exercício da ação estatal em contextos democráticos, em sinergia com a sociedade.
- O debate internacional tem enfatizado também a questão da governança e da coordenação como formas de fortalecer os Estados fracos, por coordenar diferentes atores, assumindo a mediação de conflitos e envolvendo a sociedade na ação estatal.

Feitas as considerações acima, cabe compreender melhor como a literatura discute a cooperação técnica internacional para o desenvolvimento, tema do próximo capítulo.

Capítulo 3 – Cooperação técnica Sul-Sul e a cooperação em saúde

O presente trabalho analisa o caso do projeto BRA/10/005, cujo nome o identifica como um “projeto de cooperação Sul-Sul de fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti”. O capítulo 3 apresenta um breve histórico da cooperação técnica internacional, conceitua a cooperação técnica Sul-Sul, apresenta o atual contexto da cooperação técnica Sul-Sul brasileira e, finalmente, apresenta a experiência brasileira de saúde pública e sua cooperação técnica Sul-Sul.

Breve histórico da cooperação técnica internacional

O conceito clássico de cooperação internacional nas relações internacionais está associado à possibilidade de os Estados estabelecerem relações entre si que não sejam calcadas no conflito, mas, em geral, em temas ou contextos de interdependência complexa entre as nações (SÁ E SILVA, 2016).

A cooperação internacional para o desenvolvimento é um conceito em voga desde a fundação da Organização das Nações Unidas, ao final da Segunda Guerra Mundial, e se relaciona com o desenvolvimento econômico e social dos países em desenvolvimento, como forma de promover a paz e reduzir as desigualdades, buscando, desse modo, abordar e resolver questões globais de pobreza e exclusão social.

Em geral, ela indica o fluxo de recursos públicos de um Estado ou de um organismo internacional, sejam eles financeiros ou técnicos, com o objetivo declarado de promover o desenvolvimento econômico ou social de um Estado receptor, sendo diferente de ajuda humanitária em casos de emergências ou da ajuda militar em casos de conflitos. São diversas as formas que pode assumir, por exemplo, técnica, científica e tecnológica, educacional, humanitária, cultural, econômica, financeira, aceitando, inclusive, formas mistas de cooperação (LOPES, 2008; CAIXETA, 2014).

A cooperação técnica internacional está contida no conceito de cooperação internacional para o desenvolvimento e diz respeito às atividades de capacitação técnica e transferência de conhecimento de um Estado a outro, para superar desafios do desenvolvimento local (LOPES, 2008).

Uma das principais formas de cooperação internacional para o desenvolvimento, desde então, ficou conhecida como “cooperação Norte-Sul”. Prestada por governos e agências de países desenvolvidos, parte do pressuposto de que áreas desenvolvidas devem colaborar para levar desenvolvimento a áreas até então não desenvolvidas. Surgida historicamente num contexto de Guerra Fria, um dos principais objetivos dessa visão era sanar o subdesenvolvimento de ex-colônias, muitas delas com independência recém-conquistada, e aliar a promoção internacional do desenvolvimento à luta contra o comunismo. Esse tipo de abordagem parte de uma premissa funcionalista da sociedade, de que há um caminho em etapas para o desenvolvimento, e, portanto, os países desenvolvidos teriam receituário a compartilhar (SÁ E SILVA, 2016). Cervo (1994, p. 38) defende que

[...] a inserção da CTI [cooperação técnica internacional] no sistema internacional ocorreu com as modificações introduzidas no imediato pós-guerra, entre 1945 e 1949. Falava-se então em “ajuda” para a reconstrução da Europa e para o desenvolvimento, porém as duas superpotências, Estados Unidos e União Soviética, tinham em vista, antes de tudo, a montagem de seus sistemas de aliança (Organização do Tratado do Atlântico Norte – OTAN e Pacto de Varsóvia), bem como a preservação das zonas de influência com que haviam organizado o espaço terrestre. A CTI nasceu, portanto, em contexto estratégico, não tendo como único escopo o que lhe era próprio, mas algo mais e distinto. Essa ambivalência entre fins próprios e a função derivada manter-se-á pelas décadas seguintes.

A partir dos anos 2000, houve um movimento de ressurgimento da “cooperação Sul-Sul” como proposta emancipatória de construção de capacidades entre países em desenvolvimento, “com base na recuperação das capacidades reguladoras do Estado como impulsionador do desenvolvimento e do fortalecimento do papel das instituições nacionais para governar os mercados” (PINO, 2013, p. 13). O próprio reconhecimento da importância do fortalecimento de capacidades estatais é também indicativo de que a cooperação internacional por si não é suficiente para levar ao desenvolvimento.

A cooperação técnica Sul-Sul

A cooperação³ técnica entre países em desenvolvimento (CTPD), também chamada cooperação técnica Sul-Sul, é um conceito surgido a partir do final dos anos 1970 e,

3 Mello e Souza (2012, p. 89), sobre a utilização do termo “cooperação” chama a atenção para o fato de que, “o conceito de ‘assistência’ é usualmente preterido pelos países do Sul em lugar de ‘cooperação’. Ao contrário de ‘assistência’, conceito empregado nos países desenvolvidos, ‘cooperação’ implica uma relação de benefícios mútuos e maior participação e controle do país ‘receptor’ dos recursos; e serve ao propósito político de distinguir o fenômeno que ocorre no âmbito Sul-Sul daquele verificado há muito mais tempo e em extensão muito maior no âmbito Norte-Sul. [...] Contudo, é preciso atentar que na literatura produzida no campo das relações internacionais o conceito de ‘cooperação’ aparece geralmente associado aos estudos sobre regimes e se refere a situações de benefícios mútuos concebidos e mensurados a partir de ‘interesses

no Brasil, ganhou bastante notoriedade a partir da primeira década dos anos 2000, quando virou diretriz estratégica da política externa brasileira.

Sá e Silva (2016) identifica três fases principais da cooperação Sul-Sul. Numa primeira fase, sob contexto da Guerra Fria, nos anos 1970, ela seria uma forma de atuação conjunta dos países do Sul – entendidos aqui não pelo conceito de Sul geográfico, mas sim como a ideia de um “Sul Global”, composto por países de baixa e média renda distribuídos tanto no Norte quanto no Sul geográficos, “cujas formações históricas estiveram marcadas por dominações colonialistas, intervenções ou exploração econômica de grandes potências” (SUYAMA, 2017, p. 7) – pela promoção de uma nova ordem econômica global, liderada pelo Movimento dos Não Alinhados. Era, portanto, uma bandeira política para emancipação de ex-colônias e para o fortalecimento dos países periféricos, num contexto de polarização de política internacional.

Numa segunda fase, entre os anos 1980 e 1990, houve uma baixa da cooperação Sul-Sul, em função da crise internacional que colocou os países do Sul em relações, principalmente, com seus credores do Norte global e implementando um modelo de políticas públicas neoliberal, as quais deveriam seguir para cumprir programas internacionais de ajuste estrutural.

Em sua terceira fase, a cooperação Sul-Sul se colocou como alternativa à cooperação Norte-Sul⁴. Assim, “antes proposta como plataforma de organização política e colaboração entre os países em desenvolvimento, a cooperação Sul-Sul dos anos 2000 denota, principalmente, iniciativas de cooperação técnica entre governos voltadas ao alcance do desenvolvimento” (SÁ E SILVA, 2016, p. 15). Para Hirst (2012, p. 7),

[...] ao representarem uma nova fonte de pressões, opiniões e recursos, alguns poderes emergentes expressam a decisão de aumentar o escopo de suas responsabilidades e compromissos junto aos países em desenvolvimento; seja para melhorar capacidades de provisão de bens públicos de forma a atender às necessidades sociais em contextos carentes, seja para oferecer ajuda humanitária em situações de escalada de violência e/ou desastres naturais. Ao mesmo tempo, vem sendo criada uma articulação entre o empenho dos emergentes por aumentar o volume de voz dos países em desenvolvimento no concerto das nações e na formação de colisões políticas e iniciativas de cooperação Sul-Sul (CSS). Este duplo

nacionais’, usualmente compostos por interesses estratégicos ou econômicos. Dessa forma, considerar o ‘desenvolvimento’, amplamente concebido, como um ‘benefício’ advindo de uma relação de ‘cooperação’ implica a introdução de um sentido a esse conceito essencialmente distinto daquele atribuído pela maior parte da literatura, o que pode gerar confusão conceitual. Além disso, o financiamento a fundo perdido de atividades de desenvolvimento no exterior, por mais que conte com a participação e controle dos ‘receptores’ – e em certos casos constituam mesmo demandas desses ‘receptores’ –, redundaria inevitavelmente numa relação assimétrica entre os países envolvidos, mesmo que essa assimetria seja menor na cooperação para o desenvolvimento Sul-Sul do que na assistência Norte-Sul”.

⁴ Caixeta (2014) defende que a cooperação Sul-Sul seja entendida “como nova tendência da cooperação internacional para o desenvolvimento, e não como modalidade que coexiste e concorre com a cooperação Norte-Sul. [...] a cooperação Sul-Sul, no cenário contemporâneo, caminha paralelamente com dois fenômenos importantes: o da ascensão do Sul na política internacional e o da necessária produção de pensamentos do Sul em meio à comunidade científica”.

movimento, do qual o Brasil participa ativamente, tem contribuído para inovar formatos e conteúdos da assistência prestada ao mundo em desenvolvimento.

O BRICS Policy Center, a Articulação Sul e a ABC (2017), numa proposta de definir os princípios e características da cooperação Sul-Sul sob uma ótica internacional, situam esse movimento entre as principais conferências internacionais realizadas nessa matéria. Esse esforço verificou que, em 1955, em Bandung, na Indonésia, vinte e nove países propuseram dez princípios relacionados ao discurso anticolonialista. Em 1978, o Plano de Ação de Buenos Aires lançou as bases para as noções mais contemporâneas da cooperação Sul-Sul, evocando princípios básicos, como a horizontalidade e a não interferência. Em 2008, o Grupo dos 77 produziu um documento reforçando singularidades da cooperação do Sul e contrapondo-a à ajuda ao desenvolvimento, característica do Norte, o Consenso de Yamoussoukro, na Costa do Marfim.

Finalmente, a Conferência de Alto Nível das Nações Unidas sobre a Cooperação Sul-Sul, realizada em 2009, em Nairóbi, no Quênia, no marco dos 30 anos do Plano de Ação de Buenos Aires, propôs a promoção dessa modalidade de cooperação para o desenvolvimento, com apoio do sistema das Nações Unidas, e em seu documento final, são apresentados princípios e elementos da cooperação Sul-Sul, que os autores organizam por dimensões, conforme quadro a seguir.

Tabela 1 – Princípios e elementos da cooperação Sul-Sul conforme dimensões

Princípios de política externa aplicados à cooperação Sul-Sul (CSS) Respeito à soberania, não interferência em assuntos internos, não condicionalidade para a cooperação e horizontalidade (apresentada no documento como igualdade).
Princípios e elementos orientadores da CSS Apropriação nacional e independência, benefícios mútuos, alinhamento e orientação por demanda, horizontalidade, não condicionalidade e participação de múltiplos agentes.
Elementos para o alcance dos objetivos últimos da CSS Desenvolvimento de capacidades e intercâmbio de conhecimentos.
Elementos que estabelecem os objetivos da CSS Bem-estar, autonomia nacional e coletiva, e objetivos internacionalmente acordados.

Fonte e elaboração: BRICS Policy Center et al. (2017, p. 17).

Mais especificamente com relação ao formato do fortalecimento de capacidades preconizado, o documento final da Conferência de Nairóbi (2009, p. 2, tradução nossa) informa que os signatários:

12. Reconhecemos que a cooperação Sul-Sul assume formas diferentes e em constante evolução, incluindo, a tal propósito, a partilha de conhecimentos e experiências, formação, transferência de tecnologia, cooperação financeira e monetária e contribuições em espécie.

13. Reconhecemos a necessidade de fortalecer as capacidades locais nos países em desenvolvimento, apoiando o desenvolvimento de capacidades, instituições, expertise e recursos humanos e sistemas nacionais, quando apropriado, no contributo para as prioridades nacionais de desenvolvimento nacional, sob demanda dos países em desenvolvimento.

Além de versar sobre a necessidade de desenvolver capacidades de inovação e transferência de tecnologia, o documento também aborda a capacidade de cooperar internacionalmente, que compreende formular projetos de cooperação para o desenvolvimento, monitorar, avaliar, mensurar e divulgar dados.

A abordagem brasileira da cooperação técnica Sul-Sul

A abordagem oficial brasileira de cooperação técnica Sul-Sul centra-se na construção de capacidades para o desenvolvimento, integra formação de recursos humanos, fortalecimento organizacional e desenvolvimento institucional, e se opõe à transferência passiva de conhecimentos e tecnologias (ALMEIDA et al., 2010). Alinhada aos princípios internacionais de Cooperação Sul-Sul, preza pelo compartilhamento de boas experiências brasileiras para o desenvolvimento, baseada na horizontalidade, na não condicionalidade, no processo de construção conjunta dos projetos e na compreensão das especificidades locais, respeitando-as no processo de definição de atividades da cooperação.

A agenda brasileira de cooperação Sul-Sul, centrada em desenvolvimento social e combate à pobreza, teve suas primeiras ações a partir do segundo mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, ainda de maneira isolada, e ganharam peso e orientação como política de Estado a partir do primeiro mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (SÁ E SILVA, 2016).

O órgão responsável pela cooperação técnica internacional estabelecida entre o governo brasileiro e outros países ou organismos internacionais é a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), vinculada ao Ministério das Relações Exteriores. Com o intuito de dotar a cooperação técnica Sul-Sul brasileira de “orientações abrangentes e padronizadas para a

concepção, negociação, aprovação, execução, acompanhamento e avaliação de iniciativas de cooperação técnica Sul-Sul” (ABC, 2013, p. 11), em 2013, a ABC publicou o *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul*. O Manual é um instrumento que expressa a visão geral da orientação brasileira para a cooperação Sul-Sul. Desde o seu lançamento, há esforços da ABC para que suas orientações sejam utilizadas e que as ações de cooperação Sul-Sul brasileiras sejam padronizadas conforme suas orientações. As orientações do Manual foram institucionalizadas na Portaria GM n. 182, de 14 de abril de 2015, do Ministério das Relações Exteriores. No Manual, a cooperação técnica internacional Sul-Sul é conceituada como um:

[...] instrumento privilegiado para o adensamento das relações do Brasil com outros países, com ênfase na integração política, econômica e social. A cooperação técnica é um dos pilares da cooperação internacional. O seu foco é o desenvolvimento de capacidades, entendido como a identificação, mobilização e expansão de conhecimentos e competências disponíveis no país parceiro, com vistas à conquista da autonomia local para o desenho e implementação de soluções endógenas para os desafios do desenvolvimento. [...] A cooperação técnica Sul-Sul é entendida como o intercâmbio horizontal de conhecimentos e experiências originados nos países em desenvolvimento cooperantes. A ideia é compartilhar lições aprendidas e práticas exitosas disponíveis no Brasil, geradas e testadas para o enfrentamento de desafios similares ao desenvolvimento socioeconômico (ABC, 2013, p. 12-13).

Para o desenvolvimento de capacidades, a ABC prescreve que a cooperação Sul-Sul brasileira atue por meio:

- do apoio à identificação e mobilização de atores e de capacidades disponíveis no país parceiro;
- do intercâmbio de métodos, abordagens, experiências e estratégias entre os países cooperantes, além de outros conteúdos de aplicação prática nos processos de desenvolvimento;
- de ações de fortalecimento organizacional, incluindo o aperfeiçoamento dos quadros profissionais, aprimoramento de competências gerenciais e técnicas das instituições beneficiárias e modernização ou estruturação de processos produtivos;
- da identificação e celebração de parcerias locais e externas, e da promoção de arranjos interinstitucionais associados ao aprimoramento das etapas de planejamento, concepção e implementação de políticas públicas (ABC, 2013).

Finalmente, o Manual tem um quadro que revela o enquadramento de um projeto de cooperação técnica internacional brasileiro à sua abordagem Sul-Sul, que revela o que seria inegável quanto ao objeto e a modalidades de intercâmbio:

Apoio orçamentário ao país parceiro ou a doação de dinheiro em qualquer forma; Concessão de crédito subsidiado, estabelecimento de linhas de financiamento ou fundos rotativos, ou qualquer outro tipo de operação creditícia/financeira; Construção e/ou reforma de infraestruturas físicas em larga escala; Aquisição de bens imóveis; Concessão de bolsas de estudo ou qualquer ação no campo acadêmico; Pagamento de despesas continuadas ou financiamento de atividades-meio das instituições beneficiárias do(s) país(es) parceiro(s) (e.g. pagamento de salários de funcionários; gastos com taxas de serviços públicos); Provimento direto de bens e serviços públicos (e.g. operação de escolas, hospitais e delegacias; policiamento; construção de infraestrutura sanitária ou de transporte; recolhimento de lixo); Prestação de serviços profissionais, de caráter pontual ou continuado, em apoio às atividades das instituições beneficiárias (e.g. assessoria jurídica, suporte de informática) (ABC, 2013, p. 90-91).

Dentro das possibilidades da cooperação Sul-Sul, o conceito de cooperação estruturante em saúde vem sendo utilizado pelo governo brasileiro em sintonia com o objetivo de fortalecer bases tecnológicas, institucionais e de recursos humanos. “No campo da saúde, por exemplo, o foco não é a solução de uma doença ou problema específico, mas o fortalecimento ou a criação de instituições estruturantes do sistema de saúde” (SUYAMA, 2017, p. 7). Com essa visão,

[...] o propósito é ir além das formas tradicionais de ajuda externa e redefinir a cooperação brasileira em saúde como “estruturante”, isto é, centrada no fortalecimento institucional dos sistemas de saúde dos países parceiros, combinando intervenções concretas com a construção de capacidades locais e a geração de conhecimento, e ainda promovendo o diálogo entre atores, de forma a possibilitar que eles assumam o protagonismo na liderança dos processos no setor da saúde e promovam a formulação autônoma de uma agenda para o desenvolvimento futuro na saúde (ALMEIDA et al., 2010, p. 28).

Milani (2017), ao analisar a atuação da ABC ao longo de seus 30 anos, nota que, desde 2010, a Agência tem atuado com orçamento médio anual de R\$ 35 milhões, passíveis de contingenciamento e cortes no período. Contudo, como os projetos de cooperação são firmados, sobretudo, em dólares americanos, a atuação da ABC em projetos vem reduzindo substancialmente com o aumento do câmbio no período. Outro ponto que o autor levanta é que, como não há um marco jurídico-legal para a cooperação brasileira, a execução dos projetos se dá por meio de parceria com o PNUD, sobretudo, e outros organismos internacionais, como FAO e OIT. Esse formato de execução compromete a transparência e mesmo a compreensão dos gestores da execução do orçamento da Agência e a tomada de decisões estratégicas. Igualmente, é difícil mapear os gastos dos demais órgãos do governo federal com cooperação. O Ministério da Saúde, por exemplo, também se vale da parceria com organismos internacionais (OPAS/OMS e PNUD) para executar projetos de cooperação internacional para o desenvolvimento – como é o caso, inclusive, do projeto aqui analisado.

Em 2010, o IPEA e a ABC divulgaram o primeiro estudo sobre as características da Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional (COBRADI), relativa ao período de 2005 a 2009, seguido, em 2013, do estudo relativo ao ano de 2010 e, em 2016, relativo ao período 2011-2013. O estudo enfoca os gastos com a cooperação – computando, até mesmo, o valor das horas técnicas dos servidores dedicados a projetos de cooperação internacional – e considera as modalidades de cooperação técnica, educacional, científica e tecnológica, humanitária, apoio e proteção a refugiados, operações de manutenção da paz e gastos com organismos internacionais, por meio de dados informados diretamente pelos órgãos para o estudo. Os resultados para o período estão na tabela abaixo.

Tabela 2 – Gastos do governo brasileiro com a cooperação para o desenvolvimento internacional, por modalidade. 2005-2013 (valores em R\$)

Ano	Cooperação técnica	Cooperação educacional	Cooperação científica e tecnológica ⁵	Cooperação humanitária	Apoio e proteção a refugiados	Operações de manutenção da paz	Gastos com Organismos Internacionais	Total
2005	27.755.711	56.104.205		1.185.826	-	147.793.000	299.145.649	531.984.391
2006	32.801.149	56.454.858		5.524.359	-	80.709.000	509.533.964	685.023.329
2007	35.599.272	56.376.649		31.804.809	-	131.773.000	445.421.638	700.975.368
2008	58.738.113	70.666.567		29.744.779	-	127.919.000	457.249.201	744.317.659
2009	97.744.760	44.473.907		87.042.331	-	125.409.000	495.159.128	849.829.126
2010	101.676.174	62.557.615	42.255.987	284.186.759	1.039.225	585.063.470	548.361.950	1.625.141.181
2011	76.390.347	34.646.482	122.424.762	121.271.980	7.887.750	67.263.976	555.368.404	985.253.701
2012	66.412.814	43.500.716	140.926.898	214.714.376	8.060.186	40.380.374	490.426.159	1.004.421.523
2013	68.803.402	51.441.211	114.883.132	46.813.527	3.931.500	22.319.849	49.106.534	857.299.155
Total	565.921.743	476.222.210	420.490.779	822.288.747	20.918.661	1.328.630.669	4.349.772.626	7.984.245.435

Fonte: IPEA; ABC (2016, p. 15). Tabela elaborada a partir dos dados fornecidos pelos órgãos responsáveis ao Estado. Elaboração: IPEA.

A cooperação técnica teve um aumento de 148% entre 2005 e 2013 – cabendo a ressalva de que o dado de 2005 incluía também a cooperação científica e tecnológica. O estudo não discrimina se a cooperação se deu com países desenvolvidos ou em desenvolvimento, mas é importante indicativo do crescimento da cooperação técnica no período analisado. Nota-se que, em 2010, ano do terremoto no Haiti e de assinatura do projeto aqui analisado, houve o pico do gasto com cooperação técnica no período. Especificamente com os países em desenvolvimento, a cooperação técnica brasileira atuou, entre 2005 e 2013, principalmente em agricultura (19,26%), saúde (15,4%), educação (10,93%), defesa e cooperação militar (9,14%), meio ambiente (6,01%), desenvolvimento social (4,47%) e setor

⁵ Segundo o estudo, no período 2005-2009, os dados referentes à cooperação científica e tecnológica foram inseridos na modalidade cooperação técnica.

energético (4,47%), sendo a prioridade de cooperação com América Latina e países africanos de língua oficial portuguesa – PALOPs (MILANI, 2017, p. 81).

Mello e Souza (2012), comparando características da cooperação Sul-Sul prestada por Brasil, Índia e China, nota que elas têm em comum: a existência de motivações políticas e econômicas ao prestar cooperação; o princípio básico da não condicionalidade para questões macroeconômicas, ambientais, de governança ou de direitos humanos; uma institucionalidade fragilizada, com menor transparência ou divulgação de informações oficiais de maneira clara e centralizada, ou ainda avaliações de impacto, se comparados a países da OCDE. Como diferenças, Índia e China costumam fazer mais cooperações bilaterais, ao passo em que o Brasil também coopera de maneira trilateral e multilateral – como já visto, a maior parte dos recursos brasileiros alocados em ações de cooperação técnica internacional, mesmo que envolva somente dois países, é executada por meio de parcerias com organismos internacionais. Finalmente, com relação ao objeto principal das cooperações técnica Sul-Sul estabelecidas, Índia e China têm o campo de infraestrutura e energia como sua principal oferta de cooperação, ao passo que, no Brasil, os temas mais recorrentes são os apresentados no parágrafo anterior.

Sá e Silva (2016) apresentou como resultados relevantes da cooperação Sul-Sul prestada pelo Brasil,

- i) a elevação do fluxo comercial com esses países [com os quais o Brasil coopera], havendo o comércio com a África, por exemplo, quintuplicado durante os governos Lula; ii) a elevação do status e do *soft power* do Brasil nas negociações internacionais, como refletido em seu papel de intermediador nas negociações de um acordo nuclear com o Irã; iii) a reorganização da balança de poder mundial, em que os países em desenvolvimento de renda média passaram a ter maior protagonismo.

Para além dos interesses comerciais e geopolíticos, o terceiro ponto levantado pela autora mostra justamente que um dos principais resultados da cooperação Sul-Sul que vem sendo prestada pelo Brasil nos últimos anos é o protagonismo dos países em desenvolvimento e de suas políticas.

A cooperação técnica internacional também é um objeto histórico e em constante mudança. Após os dois mandatos do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que a priorizou como política internacional do país, a cooperação Sul-Sul brasileira tem sido apontada como fragilizada: (i) pela falta de uma política pública clara para sua execução e a ausência de um marco legal da cooperação Sul-Sul; (ii) pela institucionalidade enfraquecida da ABC, que não conta com corpo próprio e é dependente da coordenação do Ministério das Relações Exteriores; bem como (iii) pela fragilidade de acompanhamento, avaliação e mensuração do

impacto dessas ações e transparência, embora notadamente se vejam resultados concretos nos projetos realizados e esforços no sentido de mitigar essas fragilidades (SUYAMA, 2017; HIRST, 2012; MELLO E SOUZA, 2012).

O Plano Plurianual 2016-2019 (BRASIL, 2016d) prevê, para a Política Externa Brasileira, o fortalecimento da participação da sociedade civil em sua formulação e o estabelecimento de marco legal da cooperação internacional, embora não se tenha ainda informações da efetivação dessas metas:

PROGRAMA: 2082 - Política Externa

[...]

[Meta] 04QJ - Fortalecer a interlocução com a sociedade civil organizada, a academia e o setor privado brasileiros, com vistas a subsidiar as posições de Governo nos órgãos e fóruns multilaterais e multissetoriais.

[...]

[Meta] 04PN - Elaborar propostas de marcos legais e regulatórios para a cooperação internacional.

Para contextualizar a cooperação técnica internacional para o desenvolvimento exercida pelo Brasil no campo da saúde pública, discute-se, a seguir, o sistema de saúde pública brasileiro e um pouco de sua atuação internacional.

Uma experiência brasileira – o SUS e a saúde como questão de Estado

O Sistema Único de Saúde foi criado com a Constituição Federal de 1988 como um sistema universal de atenção à saúde, tendo por premissa que a saúde é direito do cidadão e dever do Estado. O SUS levou à unificação dos serviços públicos na área da saúde, bem como promoveu a universalização do acesso a eles. Também, o modelo prevê a descentralização dos serviços, por meio de pactos formais entre os níveis de governo (federal, estadual e municipal). No início da implementação do SUS, houve viés bastante municipalista. Ao longo de sua institucionalização, começou a haver mais ênfase na organização das redes de serviço regionais, para integrar melhor o sistema e melhorar o acesso aos serviços. Um dos aspectos fundamentais da gestão do SUS é a participação social, em que representantes de usuários do SUS são formalmente envolvidos nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação (CASTRO In: PNUD, 2016).

Antes do SUS, o atendimento médico era oferecido sobretudo pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1977, vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Esse sistema era de tipo não universal –

restrito aos trabalhadores formais e beneficiários do então Instituto Nacional de Previdência Social. O INAMPS cobria, em 1981, apenas 49% da população (GRAGNOLATI et al., 2013, p. 58). Ao restante da população, havia alguns serviços públicos gratuitos ou, ainda, era possível recorrer à saúde privada, hospitais beneficentes, filantrópicos ou Santas Casas de Misericórdia.

Ao longo da década de 1980, conforme nota Pimenta (1993), houve movimentos no sentido de ampliação do acesso à saúde pública e descentralização de serviços do INAMPS. A partir de 1983, teve início um plano de descentralização da saúde, que ficou conhecido como Plano das Ações Integradas de Saúde (AIS). O plano propunha-se “a integrar os serviços públicos de saúde, descentralizar o sistema de assistência médica, e criar uma ‘porta de entrada’ para o sistema através de uma rede básica de serviços de saúde” (PIMENTA, 1993, p. 25), da mesma forma previa repasses financeiros da Previdência para secretarias de saúde, ao invés de repasse a entidades privadas e filantrópicas. Em 1986, houve a realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde, um marco do movimento sanitário brasileiro, que consagrou os princípios do Sistema que viria a ser instituído com a Constituição de 1988. Em 1987, foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como um aprofundamento das AIS e uma maior descentralização, com uma “estadualização” do INAMPS, com ampliação da cobertura de serviços públicos e início de desenvolvimento de serviços comunitários em alguns Estados. Permanecia, ainda, a coexistência de dois ministérios (Saúde e Previdência e Assistência Social), a insuficiência do acesso e a lógica mercantilista da saúde.

A instituição do SUS, em 1988, foi fruto de intensa mobilização social e legislativa durante o processo constituinte. O movimento sanitário,

[...] de âmbito nacional e que envolveu praticamente todas as áreas de profissionais da saúde, conquistando associações e sindicatos, que penetrou nas Comissões de Saúde do poder legislativo, nos sindicatos dos trabalhadores através da criação dos Departamentos Sindicais de Saúde do Trabalhador, e que mobilizou parte da Universidade, da Igreja, atingindo até mesmo alguns movimentos sociais urbanos, que se organizaram em torno da luta por melhores serviços de saúde. Este movimento, cujo lema era “Saúde e democracia”, conseguiu criar um debate nacional sobre a necessidade de reformulação do Sistema de Saúde e contra a mercantilização da medicina (PIMENTA, 1993, p. 28).

O SUS “nasce trazendo um novo conceito do processo saúde-doença e abriga os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade para o conjunto das ações em saúde, que abrangem um ciclo completo e integrado entre a promoção à saúde, a proteção e a recuperação” (BERMUDEZ et al., 2009, p. 115). Assim, a saúde pública, no Brasil, remete à ideia dos direitos incondicionais de cidadania social. Ao contrário de outras áreas do

sistema de proteção social brasileiro, a motivação específica não provém da vinculação das pessoas com o mundo do trabalho, tampouco se resume às camadas mais pobres da população. Pode-se afirmar, assim, que seja um direito pleno de cidadania social, pois não se exige nada do habitante de um país para o gozo daqueles direitos, além do seu próprio pertencimento àquela comunidade nacional (CARDOSO; JACCOUD, 2005).

A regulamentação e as ações e políticas adotadas para a implantação do SUS subsequentes à sua instituição – cite-se, entre vários exemplos, a definição das Leis n. 8.080 e n. 8.142 de 1990, as normas operacionais básicas, as emendas constitucionais que viriam a definir critérios de financiamento do SUS, as políticas desenvolvidas no período, como o fortalecimento da saúde primária, o avanço da participação social, a instituição de processos inovadores de gestão, a municipalização e a regionalização, entre tantos outros, foram passos importantes e decisivos para a institucionalização de um sistema de saúde universal e público e, de certa forma, recente. “De um ponto de vista internacional, as conquistas da reforma sanitária brasileira, ainda que parciais, fazem do sistema de saúde do Brasil, uma experiência ímpar, sobretudo no contexto latino-americano” (PIRES-ALVES et al., 2012, p. 444), em que a maior parte dos países teve experiências de redução do gasto em saúde pública ao longo dos anos 1990.

A título de exemplo, as principais políticas ou experiências compartilhadas no projeto de cooperação técnica Sul-Sul em questão, o BRA/10/005, foram desenvolvidas ao longo da implementação do SUS, posteriormente a 1988.

A política de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por exemplo, já era uma experiência existente desde o fim da década de 1980 em algumas cidades do Nordeste, São Paulo e Distrito Federal, mas foi oficialmente implantada pelo Ministério da Saúde em 1991. A política constituiu uma nova categoria de trabalhadores, “formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades” (BRASIL, s.d.). A partir de 1994, os ACS passaram a compor a Estratégia de Saúde da Família.

Quanto ao SAMU e às UPA 24h, que também embasaram a cooperação com o Haiti, Konder e O’Dwyer (2015, p. 526) apontam que

[...] a Política Nacional de Urgência (PNAU), formulada no Brasil em 2003, foi fruto de uma grande insatisfação com o atendimento nas emergências hospitalares, que culminou com a mobilização de diversos atores, como: o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a Rede Brasileira de Cooperação em Emergência (RBCE), além do próprio Governo Federal. Nesse processo, destaca-se a criação de um novo ente gestor no organograma do Ministério da Saúde, a Coordenação Geral de Urgência e Emergência – CGUE, primordial para a formulação e implantação dessa política. A construção da política federal para atenção às urgências no Brasil envolveu três momentos principais: de 1998 até 2003, há predomínio da

regulamentação; entre 2004 e 2008, há grande expansão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); e a partir de 2009, predomina a implantação do componente fixo da atenção pré-hospitalar, as Unidades de Pronto Atendimento – UPAs.

Silva (2013) analisa a trajetória histórica do sistema de saúde brasileiro a partir da abordagem de como projetos políticos conformam diferentes formatos de políticas sociais e identifica traços de três projetos políticos:

- a) o autoritário, que remete ao período do regime militar, em que houve subordinação da política nacional de saúde à política econômica; e as ações de saúde à população tiveram foco campanhista, em que os agentes de saúde intervinham de forma verticalizada no processo saúde-doença da população;
- b) o democrático-participativo, herança do movimento sanitarista brasileiro, calcado na noção da cidadania social, e que garantiu os aspectos de gratuidade, universalidade, organização federativa e participação social do sistema;
- c) e o neoliberal, presente nos períodos de enfraquecimento do sistema de saúde pública em detrimento da saúde suplementar, de seguros privados e da concepção de redução de gastos públicos em saúde.

Como visto, desses processos político-históricos, e tendo um sistema universal de saúde de formação recente, o Brasil desenvolveu, desde 1988, várias políticas inovadoras e de bons resultados, centradas nos princípios do SUS, por exemplo, o diálogo com os usuários e o controle social. O caso brasileiro é relevante a vários países em desenvolvimento da América Latina e da África, que também tiveram formação de sistemas públicos de saúde recente e em ambiente de disputa de projetos políticos. Promover a cooperação técnica e disseminar os avanços do SUS significa, assim, fortalecer o próprio sistema e suas perspectivas de direito universal, calcado em fundamentos democráticos e participativos, orientados para o bem-estar da população.

A cooperação técnica Sul-Sul em saúde

A saúde é um tema historicamente presente em iniciativas de cooperação. Já no século XIX, houve tratados internacionais relacionados à contenção de epidemias e a tecnologias de transporte e seu impacto no comércio internacional. A Primeira Conferência Sanitária Internacional ocorreu em 1851, em Paris, e é um dos marcos da cooperação internacional. Desde então, houve tantas outras conferências, tratados, entendimentos, até a

criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, e à iniciativa do Regulamento Sanitário Internacional (ALMEIDA et al., 2010). Ressalta-se, também, que em 1902 foi criada a Repartição Sanitária Pan-Americana, que viria a se tornar a Organização Pan-Americana da Saúde, ligada à OMS. Regina (2016, p. 127) aponta que

[...] o processo de globalização tem criado grandes disparidades internacionais, sendo que as áreas social e da saúde são as mais sensíveis diante desse contexto, sobretudo naqueles países que estão mais à margem da economia global, os quais carecem de condições mínimas para a implementação de uma sólida governança capaz de enfrentar os problemas de suas populações. Estes locais, além de sofrerem com a carência de profissionais de saúde capacitados e/ou bem remunerados, possuem sistemas de saúde considerados frágeis e desprovidos de recursos tecnológicos.

Internacionalmente, desde a constituição do Sistema ONU, a trajetória da cooperação em saúde teve três grandes momentos: entre os anos 1950 e 1970⁶, centrou-se na afirmação política dos sistemas de saúde e da atenção primária a saúde como orientadora do sistema para um enfoque da saúde integral; após, entre os anos 1980 e 1990, os países estavam sobrecarregados com as dívidas e promovendo cortes de gastos em saúde⁷. A emergência do HIV nos anos 1980 também representou alto custo aos sistemas de saúde dos países de média e baixa renda. Nos anos 2000, várias ações foram marco para a retomada de um envolvimento internacional pela melhoria da saúde das populações, como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, com três de oito objetivos relacionados à saúde das populações, e conferências internacionais que discutiram a importância de se abordar o tema dos determinantes sociais da saúde.

Considerando a institucionalidade de tipo universal do sistema de saúde brasileiro e as capacidades que o país desenvolveu no esforço de consolidá-lo ao longo dos últimos trinta anos, e a relevância da saúde para o desenvolvimento, também ganhou força a cooperação técnica Sul-Sul em saúde. Sobre esse tema, o Estudo da Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento 2005-2009 (IPEA, ABC, 2010, p. 38) aponta que

[...] a Constituição Federal do Brasil de 1988 (CF/88) consagrou o direito de acesso universal aos serviços de saúde por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que abrange desde o atendimento ambulatorial até procedimentos complexos como o transplante de órgãos [...], tendo em vista o desenvolvimento relativamente recente de uma política de saúde pública gratuita e universal no Brasil e a visibilidade alcançada pelo país nos fóruns internacionais sobre o tema, a demanda de outros países em

6 A Conferência de Alma-Ata, de 1978, notória por sua defesa da atenção primária, é constantemente citada entre os movimentos globais de afirmação da saúde pública, e repercutiu no movimento sanitário brasileiro. O entrevistado 4, haitiano, informou que também no Haiti a Conferência fortaleceu o desenvolvimento da saúde comunitária (comunicação pessoal, 02 de fevereiro de 2018).

7 Novamente, faz-se a ressalva de que o Brasil, ao contrário, nos anos 1980 teve expansão de direitos sociais no contexto da redemocratização e da Constituição de 1988, tendo mais impactos do período neoliberal nas políticas sociais nos anos 1990.

desenvolvimento por projetos e programas de cooperação técnica na área de saúde é também crescente.

Hirst (2012, p. 40) destaca, dentre as características da cooperação Sul-Sul brasileira, que o campo da saúde pública tem especial visibilidade, com “uma agenda de cooperação autônoma dentro da estrutura estatal brasileira, executada por um corpo de profissionais especialmente capacitado para a assistência internacional”.

O Ministério da Saúde “é o órgão do Poder Executivo federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros” (BRASIL, s.d.b). A Assessoria de Assuntos Internacionais⁸ é sua responsável formal pela “elaboração das diretrizes, a coordenação e a implementação da política internacional do Ministério da Saúde, bem como a preparação da posição brasileira sobre temas de saúde em âmbito internacional, de acordo com as diretrizes da política externa do Brasil e em permanente articulação com as áreas do Ministério da Saúde” (BRASIL, s.d.c).

Além do Ministério da Saúde, suas entidades vinculadas desenvolvem ações de cooperação técnica com países em desenvolvimento, sobretudo na América Latina e na África, com trabalho ativo da Fundação Oswaldo Cruz e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, bem como da Agência Nacional de Saúde Suplementar, da Fundação Nacional de Saúde e do Instituto Nacional do Câncer.

Segundo o Estudo da Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento 2010 (IPEA, ABC, 2013, p. 36),

[...] a cooperação do MS e das demais instituições especializadas nacionais no campo da saúde pública se efetiva com o intercâmbio de experiências, mediante o envio de técnicos brasileiros para realizar capacitações nos países que demandaram esta cooperação; com o apoio à estruturação de serviços, por meio de iniciativas voltadas ao fortalecimento institucional; com visitas de profissionais de saúde de distintos países para conhecer áreas de excelência da política pública de saúde brasileira; com a doação de medicamentos e insumos de saúde; e com formação de profissionais da área de saúde. Excepcionalmente, em caráter complementar, a cooperação envolve construções e a doação de equipamentos e insumos de saúde, como é o caso da cooperação pós-terremoto com o Haiti, Gana e Moçambique.

Com a demanda crescente de países em desenvolvimento por cooperação técnica em saúde pública, desde o início dos anos 2000, o Ministério da Saúde ampliou suas atividades de cooperação Sul-Sul, bem como sua participação na agenda de temas globais de saúde (CAIXETA, 2014). A partir de 2008, o tema entrou em instrumentos estratégicos e de

8 Desde 1977, o Ministério da Saúde tem uma estrutura dedicada a temas internacionais. A AISA, com o nome e atribuições semelhantes à sua atuação atual, foi criada em 1998, por meio do Decreto n. 2.477, de 28 de janeiro de 1998 (BRASIL, s.d.c).

planejamento da instituição. Como nota Pires-Alves (2012, p. 448), sobre o Plano Mais Saúde,

[...] quando o Ministério da Saúde lançou o Programa Mais Saúde Direito de Todos, apresentado como a estratégia de desenvolvimento da pasta para o período 2008-2011, e como segmento da saúde do Programa de Aceleração do Crescimento, instituído pelo governo de Luiz Inácio Lula da Silva, esses avanços na cooperação internacional receberam significativo destaque. O Mais Saúde baseava-se na perspectiva de que a saúde deve ser parte integrante de uma estratégia de desenvolvimento comprometida com o bem-estar e a equidade, como ambiente especialmente dinâmico, no que concerne à realização de investimentos, à inovação e à geração de empregos, renda e receitas. Ao fazê-lo, o programa definia a “cooperação entre os países” como um de seus sete eixos de trabalho. Nesse sentido, o programa assumiu como diretriz o fortalecimento da presença do Brasil no cenário internacional na área da saúde, sempre em estreita articulação com o Ministério das Relações Exteriores, assumindo como foco de atuação privilegiada os organismos e programas das Nações Unidas, os países da América do Sul (em especial os do Mercosul e da América Central), a CPLP e os demais países da África. Como medidas objetivas, o programa estabelecia, entre outras: o desenvolvimento de estruturas e dos sistemas de saúde dos países; a formação em larga escala de técnicos da área da saúde; o estabelecimento de programas de saúde na fronteira entre os países da América do Sul; e, por fim, a instituição de uma rede pan-amazônica de cooperação em ciência, tecnologia e inovação.

O Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015 (BRASIL, 2013a), organizado em 16 objetivos estratégicos, teve o objetivo 14 inteiramente destinado a atuação internacional do órgão, “OE 14 – Promover internacionalmente os interesses brasileiros no campo da Saúde, bem como compartilhar as experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira”. O objetivo indicava, entre as suas iniciativas prioritárias,

[...] a cooperação Sul-Sul mediante o compartilhamento e a divulgação das experiências do SUS, o diálogo com os parceiros internacionais, a defesa dos interesses brasileiros em foros multilaterais e regionais, o aprofundamento dos mecanismos de integração regional e ações em área de fronteira, o apoio ao fortalecimento do sistema de Saúde do Haiti e a assistência humanitária.

O instrumento de planejamento não só indicou a cooperação Sul-Sul como uma iniciativa prioritária, mas também incluiu de maneira específica o “apoio ao fortalecimento do sistema de Saúde do Haiti”, sob responsabilidade da Secretaria-Executiva do órgão.

Desde 2016, o Ministério da Saúde não publicou um plano próprio do órgão, conforme os dois quadriênios anteriores. O órgão é orientado, como de praxe, pelos objetivos do Plano Plurianual (PPA) 2016-2019 e do Plano Nacional de Saúde⁹ 2016-2019 – instrumentos de planejamento da Administração Pública e do Sistema Único de Saúde, respectivamente. Com relação à atuação internacional do Ministério da Saúde, o PPA 2016-

9 O Plano Nacional de Saúde é previsto pela Lei n. 8.080 de 1990, sendo de atribuição da União, Unidades da Federação e Municípios, e devendo manter coerência com o Plano Plurianual do período.

2019 contém uma iniciativa “06OP – Promoção da cooperação internacional em saúde, compartilhando as experiências e saberes do SUS, fortalecendo a presença do Brasil nos fóruns e organismos internacionais” dentro de um objetivo estratégico mais amplo, o de “12 – Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS”. Nota-se que houve redução da orientação estratégica do órgão da atuação internacional – bem como da definição de orientações estratégicas, de maneira geral.

O Ministério da Saúde informou possuir, em janeiro de 2018, “mais de 90 projetos e atividades de cooperação em saúde em execução em todos os continentes, com destaque para as parcerias com países da África lusófona, da América Latina e do Caribe” (BRASIL, 2018a). Também são destacadas as parcerias com blocos como o MERCOSUL, a UNASUL e a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Como nota Regina (2016), desde 2004, o Ministério da Saúde é um dos principais atores da cooperação técnica brasileira no Haiti.

Alguns dos temas principais das ações de cooperação técnica desenvolvidas, ao longo dos últimos anos, são: Sistema Único de Saúde e organização do sistema e dos serviços de saúde; fortalecimento dos ministérios da saúde e institutos de saúde pública; vigilância epidemiológica; nutrição; saúde materno-infantil; bancos de leite humano; telemedicina e telessaúde; prevenção e controle de HIV/aids e outras infecções sexualmente transmissíveis; malária; tuberculose; saúde bucal; saúde mental; vigilância ambiental em saúde; fármacos e imunobiológicos; sangue e hemoderivados; recursos humanos em saúde; agentes comunitários de saúde; doença falciforme; prevenção e controle do câncer; transplantes; de medula óssea; saúde indígena (ABC, 2007; IPEA, ABC, 2016).

Considerações finais do capítulo

O capítulo mobilizou, de maneira geral, os pontos a seguir:

- A cooperação internacional para o desenvolvimento é um conceito em voga desde a fundação da Organização das Nações Unidas, ao final da Segunda Guerra Mundial. Está relacionada ao desenvolvimento econômico e social dos países em desenvolvimento, como forma de promover a paz e reduzir as desigualdades, e tem buscado abordar e resolver questões globais de pobreza e exclusão social.

- A cooperação técnica Sul-Sul ocorre entre países em desenvolvimento, que enfrentaram desafios semelhantes ao desenvolvimento tardio. Ela preza pela horizontalidade, pela não condicionalidade, pelo processo de construção conjunta dos projetos, que dê conta de entender as especificidades locais e respeitá-la no processo de definição de atividades da cooperação, para o fortalecimento de capacidades estatais. Sua prática internacional remonta ao início dos anos 2000.
- Para a Agência Brasileira de Cooperação, a cooperação técnica Sul-Sul é entendida como “o intercâmbio horizontal de conhecimentos e experiências originados nos países em desenvolvimento cooperantes. A ideia é compartilhar lições aprendidas e práticas exitosas disponíveis no Brasil, geradas e testadas para o enfrentamento de desafios similares ao desenvolvimento socioeconômico” (ABC, 2013, p. 13).
- O documento final da Conferência de Nairóbi (2009, p. 2, tradução nossa) informa que o fortalecimento de capacidades para a cooperação Sul-Sul se dá por meio da “partilha de conhecimentos e experiências, formação, transferência de tecnologia, cooperação financeira e monetária e contribuições em espécie; [...] apoiando o desenvolvimento de capacidades, instituições, expertise e recursos humanos e sistemas nacionais, quando apropriado, no contributo para as prioridades nacionais de desenvolvimento nacional, sob demanda dos países em desenvolvimento”.
- No Brasil, o fortalecimento de capacidades se dá por meio “do apoio à identificação e mobilização de atores e de capacidades disponíveis no país parceiro; do intercâmbio de métodos, abordagens, experiências e estratégias entre os países cooperantes, além de outros conteúdos de aplicação prática nos processos de desenvolvimento; de ações de fortalecimento organizacional, incluindo o aperfeiçoamento dos quadros profissionais, aprimoramento de competências gerenciais e técnicas das instituições beneficiárias e modernização ou estruturação de processos produtivos; da identificação e celebração de parcerias locais e externas, e da promoção de arranjos interinstitucionais associados ao aprimoramento das etapas de planejamento, concepção e implementação de políticas públicas” (ABC, 2013).

- A visão oficial da cooperação técnica Sul-Sul brasileira torna inelegíveis modalidades de cooperação como construção e/ou reforma de infraestruturas físicas em larga escala; e o pagamento de despesas continuadas ou financiamento de atividades-meio – como o pagamento de salários de funcionários – das instituições beneficiárias dos países parceiros.
- A área social é uma das principais da cooperação Sul-Sul brasileira.
- Tendo um sistema universal de saúde de formação recente, o Brasil desenvolveu, desde 1988, várias políticas inovadoras e de bons resultados, centradas nos princípios do SUS, como a universalidade, integralidade, equidade, gestão participativa e descentralização.
- Promover a cooperação técnica e disseminar os avanços do SUS significa, assim, fortalecer o próprio sistema e suas perspectivas de direito universal, calcado em fundamentos democráticos e participativos, orientados para o bem-estar da população.

Feitas as considerações acima, cabe discutir o caso haitiano e seus desafios ao desenvolvimento, para compreender melhor o contexto em que se insere o projeto BRA/10/005.

Capítulo 4 – Contextualização do caso haitiano

O presente capítulo contextualiza o caso haitiano com um breve histórico do país e dados e informações socioeconômicas, bem como contextualiza sua relação com o Brasil e seu sistema de saúde.

Breve histórico do Haiti

O Haiti está situado no Caribe, no terço Oeste da ilha de Hispaniola, que é compartilhada com a República Dominicana, ao Leste. Inicialmente dominada pelos espanhóis, a ilha foi repartida – após o Tratado de Ryswick, de 1697, que pôs fim a disputas entre franceses e espanhóis – entre a parte francesa – à época Saint Domingue, que viria a ser o atual Haiti – e a parte espanhola – Santo Domingo, que viria a ser a atual República Dominicana.

Nos séculos XVII e XVIII, o Haiti foi a mais rica colônia francesa, tendo sido conhecida como a “pérola das Antilhas”, baseada na economia manufatureira exportadora de açúcar. Nesse período, chegou a ter 40 mil plantadores brancos, 30 mil mulatos – em geral livres e favorecidos, por serem filhos ou descendentes de brancos – e meio milhão de escravos negros (VALLER FILHO, 2007). Entre os mulatos, havia os que iam estudar na França e, como nota Verenhitch (2008), a Revolução Francesa, de 1798, tornou-se um marco na história haitiana. O lema do país, ainda presente na atual Constituição haitiana, de 1987, é “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”¹⁰.

Uma das grandes peculiaridades e feitos de sua história é que a independência do Haiti foi resultado do êxito de uma revolta escrava, único caso das Américas. Em 1804, o Haiti foi a segunda colônia¹¹ das Américas a conquistar sua independência, pela união dos negros e mulatos, o primeiro país das Américas a abolir a escravidão e a primeira República negra do mundo. O nome Haiti, assumido a partir de então, remete ao nome dado pelos povos indígenas que habitavam a ilha antes da colonização¹², e significa “país montanhoso”.

10 Artigo 4º da Constituição da República do Haiti, de 1987.

11 A primeira independência foi a dos Estados Unidos da América, em 1776.

12 Povo Taino-Arawak, dizimados em 1522 (VERENHITACH, 2008).

Para manter o status de independente, contudo, o Haiti precisaria do reconhecimento internacional das potências estrangeiras – os Estados Unidos somente o fariam em 1862. Verenhitach (2008, p. 22) nota que,

[...] tomado pelo medo de uma reconquista por parte da França, [em 1825] Jean Pierre Boyer [presidente do Haiti de 1818 a 1843] aceitou a imposição francesa e pagou-lhes uma indenização de 90 milhões de francos-ouro. A dívida contraída estrangulou a economia haitiana, já frágil pela falta de recursos próprios para a continuidade da produção de cana-de-açúcar e pelas fortunas expendidas nas guerras de libertação do país e da região.

Desde então, sua história foi marcada por regimes militares, intervenções dos Estados Unidos, ditaduras autoritárias, como as dos Duvalier (Papa Doc e Baby Doc), instabilidade política e missões de paz estrangeiras (VALLER FILHO, 2007). Para Verenhitach (2008, p. 19), “a crise do Haiti provém de dois séculos de história independente, nos quais o país sofreu 34 golpes de Estado e promulgou 23 constituições, em um longo e ininterrupto ciclo de governos ditatoriais”.

Valler Filho (2007) divide a história do país em alguns grandes períodos, aqui muito brevemente reportados. Entre a independência, em 1805, e 1820, o Haiti viveu o que seria sua “fase fundacional”, em que substituiu a agricultura exportadora por agricultura de subsistência. No período posterior, até 1915, voltou sua economia para a exportação de produtos primários. Houve, no período, sucessivos comandos militares no país e instabilidade política. Em 1915, teve início uma intervenção norte-americana – quando o país vira protetorado dos Estados Unidos – que durou até 1934, e manteve sua ingerência na vida política e econômica do país. Em 1946, houve uma greve geral no país, que reivindicava melhores condições de vida e empregos.

Em 1957, François Duvalier, que também ficou conhecido como Papa Doc, se elegeu presidente, com o apoio dos Estados Unidos e, em 1964, declarou-se presidente vitalício, governando o país até sua morte, em 1971. Logo após, seu filho, Jean-Claude Duvalier, que ficou conhecido como Baby Doc, assumiu o comando do país, também sob o cargo de presidente vitalício. O período da ditadura Duvalier foi marcado por episódios de desrespeito aos direitos humanos e clima de terror, patrocinado por milícia própria do regime. Em 1986, protestos sociais tomaram o país contra o regime.

O descontentamento, principalmente no campo e nos bairros populares, crescia contra o regime repressivo dos Duvalier. Os meios de comunicação, a universidade pública e a Igreja Católica, em especial as Comunidades Eclesiais de Base (*Ti Legliz*, em creole), figuraram entre as primeiras forças (ainda que não as únicas) que canalizaram e articularam o protesto social contra o regime duvalierista. [...] À raiz de um grande movimento social, o ditador Jean Claude Duvalier teve que exilar-se do País, pondo fim a uma terrível ditadura que durou cerca de 30 anos. O dia 7 de

fevereiro de 1986 marcou uma nova etapa na história do País: “a segunda independência do Haiti”, como foi batizada. No ano seguinte, uma nova Constituição, democrática e de acordo com a vontade popular, foi elaborada e aceita unanimemente pela população, que a proclamou solenemente para “garantir seus direitos inalienáveis e imprescritíveis à vida e à liberdade, conforme com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948”, para “construir uma nação haitiana socialmente justa, economicamente livre e politicamente independente”, e para “implantar a democracia, que implica o pluralismo ideológico e a alternância política, e afirmar os direitos invioláveis do povo haitiano”, de acordo com o preâmbulo da nova Carta Magna do País (LOUDOR In: SANTIAGO, 2013, p. 21-22).

A Constituição da República do Haiti (1987) se propôs a garantir direitos sociais à sua população, num contexto de grande mobilização social após a derrocada de um regime ditatorial perverso. Nesse sentido, educação, saúde, moradia e seguridade social são direitos sociais dos haitianos, a despeito da dificuldade do Estado de assegurá-los, e mesmo da dificuldade dos cidadãos haitianos de reivindicá-los na justiça.

Entre 1986 e 1990, houve grande instabilidade política: um governo provisório constituído liderado pelo General Henry Namphy, com a saída de Baby Doc, organizou eleições em 1988, cujo presidente eleito, Leslie Manigat, teve poucos meses de governo e foi deposto por um golpe do próprio General Namphy. Namphy passaria por novo golpe de Estado, e seria deposto pelo General Porsper Avril. Em 1990, houve a instalação de um governo civil transitório, que convocou eleições em dezembro de 1990.

Em fevereiro de 1991, o padre católico Jean-Bertrand Aristide, adepto da teologia da libertação, assumiu a presidência do Haiti, eleito com 67% dos votos. Passados sete meses, Aristide seria deposto por outro golpe de Estado e buscaria asilo nos Estados Unidos. Em 1993, as Nações Unidas, em parceria com a Organização dos Estados Americanos (OEA), criaram a *International Civilian Mission in Haiti*, composta por observadores internacionais para monitorar as denúncias de violações aos direitos humanos apresentadas pelo presidente deposto, e permaneceria no país até 1994, quando foi expulsa. Diante disso, o Conselho de Segurança da ONU aprovou intervenção militar no país, a *United Nations Mission in Haiti* (UNMIH), a primeira nas Américas, e de maneira inédita, que apoiou a recondução do presidente deposto ao poder e acompanhou o término de seu mandato.

Aristides logrou eleger um sucessor, René Preval, para o mandato de 1995 a 2001. No período, houve rompimento do grupo de Aristides com a situação e o quadro político levou a uma nova onda de instabilidades, com dificuldade de Preval aprovar um Primeiro Ministro junto ao Congresso ao final de seu mandato. Nas eleições de 2000, cuja validade foi contestada inclusive pela comunidade internacional, Aristides foi eleito novamente para um mandato até 2006, com maioria no Congresso. Esse feito gerou uma nova onda de

instabilidades no país, que incluiu um governo paralelo da oposição, violações de direitos humanos, assassinato de líder da oposição e reunião de segmentos da sociedade civil pedindo um novo contrato social no país para pacificá-lo, em paralelo à escalada de violência nas ruas e violenta repressão da oposição, com desintegração e politização da Polícia Nacional. As eleições legislativas previstas para 2003 não ocorreram e os mandatos parlamentares terminaram em janeiro de 2004, quando o Executivo passou a legislar por decretos.

Em 2004, a Comunidade do Caribe (CARICOM) e a OEA se propuseram a apoiar a mediação do conflito, sem sucesso, pois a oposição não estava disposta a negociar e exigia a derrubada do presidente. Em fevereiro, uma revolta armada iniciada em Gonaïves¹³ espalhou-se para outras cidades, inclusive Cabo Haitiano, a segunda maior cidade do país, tendo o movimento rebelde dominado o Norte do país. A revolta ameaçava tomar Porto Príncipe e, diante do alerta de um conflito civil, e após reunião com os embaixadores da França e dos Estados Unidos, Aristides renunciou em 29 de fevereiro de 2004¹⁴ e exilou-se do país.

O governo provisório foi assumido pelo Presidente da Suprema Corte de Justiça, cuja primeira medida foi solicitar apoio internacional para manutenção da ordem no país. No próprio dia 29 de fevereiro o representante das Nações Unidas no Haiti submeteu o pleito ao Conselho de Segurança, que o aprovou na mesma noite, criando uma Força Multinacional Provisória (MIF, sigla em inglês), composta por tropas norte-americanas, francesas e chilenas, que estabeleceu um governo provisório e um conselho de sábios. Em 30 de abril de 2004, o Conselho de Segurança da ONU aprovou a Resolução n. 1.542, que deu origem à Missão das Nações Unidas para a Estabilização do Haiti (MINUSTAH), cujo comando militar foi de responsabilidade das tropas brasileiras. O governo provisório e a MINUSTAH tiveram a incumbência de promover a conciliação política, convocar novas eleições – inicialmente previstas para 2005 e realizadas em 2006 –, restabelecer a segurança e os serviços públicos, fortalecer a governança política e econômica do país, promover o desenvolvimento institucional, a recuperação econômica e a melhoria do acesso a serviços públicos.

A MINUSTAH foi a quinta¹⁵ missão da ONU com o objetivo de reestabelecer a ordem no país, e nesse sentido buscou se diferenciar das anteriores por meio de uma maior presença de países em desenvolvimento, latino-americanos e com atividades amplas, como

13 “Quarta cidade haitiana e simbólica para a história do país, por ter sido a sede da revolta vitoriosa contra o colonizador francês e do movimento que culminou com o fim da ditadura duvalierista, em 1986” (VALLER FILHO, 2007, p. 152).

14 Verenhitch (2008, p. 29) argumenta que “em geral, especialistas, mídia e opinião pública acreditam que houve um golpe, liderado pelos Estados Unidos e apoiado por França e Canadá”.

15 Por ser um histórico breve, o texto acima apresentou somente a primeira missão e a MINUSTAH. As quatro missões anteriores à MINUSTAH foram: UNMIH (*United Nations Mission in Haiti*), missão conjunta da ONU e OEA, set./1993-jun./1996; UNSMIH (*United Nations Support Mission in Haiti*), jul./1996-jul./1997; UNTMIH (*United Nations Transition Mission in Haiti*), ago./1997-nov./1997; e MIPONU (*United Nations Civilian Police Mission in Haiti*), dez./1997-mar./2000 (VERENHITCH, 2008, p. 35-36).

assistência eleitoral, segurança pública, ajuda humanitária, proteção de direitos humanos e meio ambiente e desenvolvimento econômico. A comunidade internacional foi instada a oferecer cooperação e recursos para apoiar o movimento de estabilização e desenvolvimento do país. Valler Filho (2007, p. 170) ressalta que a MINUSTAH teve envolvimento de vários países,

[...] com mais de 6.700 militares e cerca de 1.600 policiais e seu caráter internacional seria configurado pela origem de seus componentes. Assim, os países que contribuiriam com pessoal militar seriam, além do Brasil, a Argentina, Bolívia, Canadá, Chile, Croácia, Equador, França, Filipinas, Guatemala, Jordânia, Marrocos, Nepal, Paquistão, Paraguai, Peru, Sri Lanka, Estados Unidos e Uruguai. O contingente policial seria formado por Argentina, Benin, Bósnia-Herzegovina, Brasil, Burkina Faso, Camarões, Canadá, Chade, Chile, China, Colômbia, Egito, El Salvador, Espanha, Estados Unidos, Filipinas, França, Granada, Guiné, Iêmen, Jordânia, Madagascar, Mali, Ilhas Maurício, Nepal, Níger, Nigéria, Paquistão, Romênia, Rússia, Senegal, Serra Leoa, Togo, Turquia, Uruguai, Vanuatu e Zâmbia.

O terremoto de 12 de janeiro de 2010 causou grande destruição ao Haiti, o que agravou a situação de pobreza e vulnerabilidade do país, e acabou por estender o mandato da missão. A MINUSTAH esteve presente no Haiti até outubro de 2017, já com sua imagem desgastada devido ao longo período de sua vigência, bem como por denúncias de violações de direitos humanos, e pela introdução da epidemia de cólera no país¹⁶. A subseção sobre a relação entre Brasil e Haiti versará mais sobre a liderança militar brasileira na missão.

Após a retirada da MINUSTAH do país, em outubro de 2017, teve início a Missão das Nações Unidas de Apoio à Justiça no Haiti (MINUSJUSTH), sem componente militar, para apoio político ao fortalecimento da Polícia Nacional do Haiti, das instituições judiciais e penais e da situação de direitos humanos, com mandato de seis meses.

Apesar de ser um país comumente caracterizado como receptor de ajuda, Apollon (2016) defende que é importante ressaltar que

[...] o Haiti foi um dos membros fundadores nas Nações Unidas, em 1945. No período pós-colonial da África, nos anos 1960, 7.500 haitianos responderam a um chamado para ajudar no desenvolvimento rural dos países de língua francesa. Em 1962, os haitianos constituíam o segundo maior contingente de especialistas das Nações Unidas trabalhando no Congo. Muitos deles estavam fugindo do regime de Duvalier no Haiti nessa época.

Na próxima seção são apresentados dados e informações relativos ao contexto atual do país.

16 O cólera teria sido introduzido no país por nepaleses a serviço da MINUSTAH. Somente em agosto de 2016, após algum desgaste político, o Secretário-Geral da ONU assumiu a responsabilidade da organização pela epidemia de cólera no país, embora tenha mantido sua imunidade com relação a processos judiciais solicitando reparação de danos. A organização estabeleceu um fundo, em 2017, para combate ao cólera no Haiti e vem instando os países a doarem.

Contexto sociopolítico

O Haiti tem um território de aproximadamente 27.750 km² ¹⁷, dividido em 10 departamentos, com uma população estimada de 11 milhões de pessoas para 2015, sendo 6,3 milhões de pessoas com 18 anos ou mais (HAITI, 2015). A população é essencialmente jovem, tendo uma idade média de 22,2 anos em 2015 (OMS, s.d.). O censo de 2003, último realizado, apresentou a população como 95% negra, 4,95% de mulatos e 0,15% de brancos. 80% da população se diz católica e 50% praticam o vudu, religião local de origem africana. Há duas línguas oficiais: o francês e o creole. O francês é falado essencialmente pela elite, enquanto o creole é a língua falada em todo o território, inclusive pela elite, e teve sua formação principalmente a partir do francês normando (pré-moderno), falado pelos colonizadores, e de línguas africanas. Somente em 1961, o creole foi reconhecido como segunda língua oficial no Haiti (VALLER FILHO, 2007).

Está entre os países mais pobres do mundo e é o mais pobre da América, com o menor Índice de Desenvolvimento Humano (0.493, considerado baixo) do continente. Numa lista de 185 países, ocupa a posição 163^o do IDH e apresenta o quarto maior índice de Gini (60,8), indicador de alta concentração de renda ¹⁸. É um país em processo de urbanização, com 52% da população vivendo em áreas urbanas em 2010. A taxa de mortalidade infantil era, em 2015, de 52,2 para cada mil nascidos vivos (OMS, s.d.).

Nos últimos dez anos, o crescimento econômico tem sido fraco (1,8% ao ano, em média) e instável, com quedas devido a acontecimentos sociopolíticos (2004) ou desastres naturais (2004, 2008 e 2010). Isto, combinado com o dinamismo do crescimento da população, levaram a uma diminuição média do PIB per capita no mesmo período (-0,9% ao ano), o que indica a continuação de uma tendência de longo prazo desde 1987. O enfraquecimento das capacidades produtivas devido às políticas de liberalização comercial iniciadas em 1987, que não foram acompanhadas de um reforço da oferta, resultou em uma reestruturação da atividade econômica. O setor agrícola perdeu muito peso no valor agregado, enquanto foi acentuada a terceirização de uma economia que não consegue atender à demanda doméstica. As importações chegaram a representar mais de 50% da oferta global a preços constantes em 2000, e quase 60% em 2011. Depois dos rendimentos do trabalho, o segundo pilar do consumo das famílias são as remessas do exterior, que não pararam de crescer desde 1994 e representaram em 2011, a preços correntes, o dobro das exportações do país e mais de 30% do PIB (LAMAUTE-BRISSON, 2013, p. 9, tradução nossa).

Valler Filho (2007) aponta como elementos constitutivos da História haitiana a dificuldade para a consolidação do Estado e seus reflexos na formação do Estado nacional. Para o autor, no país, permanecem a crença na força como garantia da ordem pública e a

¹⁷ A título comparativo, é aproximadamente o mesmo território do estado de Alagoas, no Brasil.

¹⁸ Dados do Relatório sobre o Desenvolvimento Humano de 2016 (PNUD), disponíveis em: <<http://hdr.undp.org/en/data#>>.

crença em agentes externos como capazes de moderar crises. Ainda segundo o autor, após a independência haitiana, a burocracia que mais razoavelmente se desenvolveu foi aquela do exército, cuja força acabou servindo aos interesses do governante no poder, havendo pouco desenvolvimento institucional em outras áreas do Estado.

A questão da estratificação social e da desigualdade é também bastante relevante no país. Há, entre os jovens, um sentimento difuso de falta de futuro, com dificuldade de inserção no mercado de trabalho e testemunho de diásporas em busca de melhores condições de vida em outros países. Valler Filho relaciona a diáspora à ausência de crença na reconstrução do Estado por parte de sua população.

O Haiti está em 11º lugar no ranking dos Estados frágeis (Fund for Peace, 2017), bastante distante de outros países latino-americanos, e situado juntamente ao grupo dos países subsaarianos mais pobres. Baranyi (2012) nota que, embora conteste-se as limitações metodológicas desse estudo em nível global, ele revela indicadores importantes da fragilidade institucional. O índice é composto por 12 indicadores, sendo que, no Haiti, os que se sobressaem¹⁹ para 2017 são decadência econômica e pobreza, desenvolvimento desigual, fuga de cérebros, falta de legitimidade do Estado, baixa provisão de serviços públicos, pressões demográficas e presença de intervenção externa.

Para Baranyi, a estabilidade pretendida pela MINUSTAH deve estar diretamente relacionada também ao desenvolvimento de capacidades locais de governança, planejamento, taxaço, entrega de serviços, e atividades características de instituições democráticas, como promover eleições e fortalecer a legitimidade do Estado perante seus cidadãos. O autor observa que a provisão de serviços pelo Estado no Haiti é baixa e, quando há, está concentrada na região metropolitana de Porto Príncipe, havendo pouca ou baixa cobertura em outros centros urbanos relevantes, como Cabo Haitiano, e baixa cobertura nas localidades rurais e pequenas municipalidades. Quanto à legitimidade do Estado, o autor ressalta que essa dimensão é complexa no Haiti e assim vem sendo historicamente, pois há desconfiança da população quanto à legitimidade de seus líderes, assim como é má vista a presença de tropas estrangeiras. As eleições costumam ter baixo percentual de votantes, e os votos dispersos em um número muito alto de candidatos, o que torna mais difusa a identificação de apoio político.

O Haiti é um país extremamente dependente de ajuda externa e cooperação internacional. Em 2011, 60% do orçamento nacional provinha de ajuda oficial ao

19 Os indicadores são: *factionalized elites**, *group grievance*, *economic indicators*, *economic decline and poverty**, *uneven development**, *human flight and brain drain**, *political indicators*, *state legitimacy**, *public services**, *human rights and rule of law*, *social indicators*, *demographic pressures**, *refugees and idps*, *cross-cutting indicator*, e *external intervention**, sendo sinalizados com asterisco aqueles em que o Haiti teve nota acima de 8,0/10,0.

desenvolvimento, porém somente 10% passavam de fato para as contas nacionais e instituições, o que denota que a ajuda externa não necessariamente está fortalecendo o Estado haitiano (BARANYI, 2012).

Muitas publicações citam o Haiti como uma “República de ONGs”, dada a proliferação de organizações atuando no território do país, sejam governamentais, religiosas, caridosas, filantrópicas etc. Para Jerôme (In: SANTIAGO, 2013), a dura situação social haitiana também se deve à ajuda humanitária que transformou o país em uma das principais fontes de recursos de milhares de ONGs, em atuação há décadas no país, sem contudo melhorar a situação da população – elas assumem inclusive serviços de competência do Estado e em alguns casos têm o orçamento maior que a própria instituição que deveria regulá-la. Não há plena coordenação ou regulação de suas ações. Existem denúncias relacionadas ao desvio ou à má aplicação de verbas, bem como aos trabalhos difusos e sem busca de interesse público dessas organizações, por vezes mais focadas em sua própria manutenção do que na emancipação e melhoria da qualidade de vida do povo haitiano. Como será visto na próxima seção, há participação relevante das organizações religiosas e de caridade no setor da saúde do país, sem necessariamente haver compromisso com o sistema de saúde – o que compromete o funcionamento e fortalecimento do sistema público, seu referenciamento e organização de níveis de atenção, bem como a adoção de protocolos nacionais e a coleta de informações padronizadas para a vigilância epidemiológica. Como notou Brautigam (1992), a ajuda externa pode ter efeitos perversos no sentido de formar uma elite diretamente beneficiada por ela, e não interessada na mudança da estrutura social.

Nota-se também pouca informação oficial que o Estado consiga articular sobre seu território. O último censo realizado é de 2003, anterior ao terremoto e à diáspora haitiana ocorrida após o terremoto de 2010, o que dificulta o planejamento e a tomada de decisões dos gestores.

Frequentemente, também são apresentadas fragilidades relativas ao território montanhoso, o clima – em decorrência da passagem de temporadas anuais de tempestades tropicais e furacões – e, em 2010, o terremoto, que aliados à pobreza e vulnerabilidade da população e à urbanização desorganizada tendem a ser mais devastadoras no Haiti que em outros países da região.

Apesar de situado numa região de altíssimo potencial turístico – o Caribe –, o Haiti não se encontra na condição dos países vizinhos para usufruir desse potencial – nem mesmo a República Dominicana, com quem divide a Ilha de Hispaniola. Geograficamente, a paisagem haitiana se distingue “pela ausência quase total de alta vegetação, além da baía completamente poluída, onde as águas turvas adquirem uma tonalidade escura contrastante”. O país sofre as consequências de séculos de uso

abusivo do solo e, principalmente, de uma devastação sistêmica oriunda do uso de carvão vegetal para geração de energia, devido à falta de distribuição de energia elétrica à maior parte da população. O preocupante grau de desmatamento é capaz de modificar a paisagem, a geografia e, conseqüentemente, o clima do país (VERENHITACH, 2008, p. 32).

O contexto do desenvolvimento do projeto BRA/10/005, aqui analisado, é o da vigência da MINUSTAH, missão de paz da ONU inicialmente planejada para apoiar a estabilização do país em 2 anos e que durou 13 anos. A própria demora na retirada das tropas denota o reconhecimento da incapacidade da comunidade internacional em apoiar o Estado local a ter capacidade de assumir o controle de suas instituições, mais que colocar tropas estrangeiras na rua para garantir segurança e respeito às instituições. É também o contexto de apoio às estratégias de resposta ao desastre do furacão na área da saúde, na resposta emergencial e no fortalecimento do sistema e expansão da rede de atendimento.

Relação entre Brasil e Haiti

O início das relações diplomáticas entre Brasil e Haiti se deu em 1928, com a abertura de legações em ambos os países, que foram elevadas a embaixadas em 1953. Até 2004, os países tiveram relações intermitentes. O Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica, firmado em 15 de outubro de 1982, entrou em vigor somente em novembro de 2004, quando o Brasil o ratificou por meio de Decreto.

Valler Filho (2007) registra que houve alguns intercâmbios entre os países mediante conexões relevantes estabelecidas por intelectuais e diplomatas, mais do que por trocas comerciais ou relações sistemáticas. O interesse nas relações culturais estaria assentado por um jogo de construções identitárias pois, assim como no Brasil, no Haiti tanto povo quanto elite vieram de fora do país – o autor faz um paralelo com o que Darcy Ribeiro chamou de “sociedades transplantadas” para caracterizar as sociedades dos dois países.

Como nota Sá e Silva (2016, p. 36-37),

[...] o Haiti nunca foi um destacado parceiro comercial do Brasil. Os dois países não possuem proximidade geográfica, não compartilham a mesma língua oficial e sofreram ocupações coloniais distintas. [...] Mas Brasil e Haiti se aproximaram historicamente, de um modo provavelmente sem volta, no momento em que a Missão das Nações Unidas para a Estabilização do Haiti (MINUSTAH), estabelecida em 2004, passou a ser composta e liderada por tropas brasileiras. Naquele momento, o Brasil passou a se interessar pelo Haiti e vice-versa.

A partir de 2004, as relações entre esses países aumentaram a intensidade, quando o Brasil assumiu o comando militar da MINUSTAH²⁰ e o manteve até outubro de 2017²¹.

A postura brasileira de assumir o comando de uma operação de paz mostrou uma mudança em sua orientação de política externa, assentada no princípio da não intervenção. Como defendido oficialmente à época, o Brasil estaria mudando da não intervenção para a não indiferença, por tratar-se de operação de paz não para conter guerras, mas para apoiar um país em realidade de descontrole e colapso institucional. A Missão também foi vista como uma possibilidade de oferecer projeção internacional ao Brasil, por meio de sua colaboração com a comunidade internacional num contexto de novos tipos de conflito e de crescentes desafios humanitários, e assim reforçar sua liderança regional e sua pretensão de obter um assento permanente no Conselho de Segurança das Nações Unidas (VALLER FILHO, 2007; HIRST, 2007). Para Hirst (2007, p. 12, tradução nossa), ao contrário de operações de paz anteriores no Haiti, a MINUSTAH

[...] compreende uma dimensão simbólica e histórica na qual se reúnem elementos da memória coletiva latino-americana, referências ideológicas, comuns e antecedentes políticos e diplomáticos. A peculiaridade dessa justaposição inspirou a construção do discurso dos países latino-americanos que acompanhou sua presença no Haiti. Busca-se somar um sentido de identidade própria às motivações ético-políticas normalmente presentes em operações de paz.

Uma das principais características dessa missão foi a de se propor a articular dimensões de desenvolvimento à operação de paz. Assim, para além do comando da MINUSTAH, o Haiti assumiu centralidade nas relações exteriores brasileiras também pelo volume de recursos e esforços empregados pelo governo brasileiro para cooperar tecnicamente com o país.

O discurso brasileiro é de que a cooperação pode e deve realizar-se a partir de um impulso solidário e desinteressado, que contribua para a superação de realidades que, por serem conhecidas no Brasil, devem constituir-se numa responsabilidade a ser compartilhada entre parceiros. Este constitui o sentido político propriamente dito da CSS brasileira. Este enfoque está presente no discurso da CSS do Brasil no Haiti, [...] valorizando-se o fato de que provém de um país não identificado com experiências prévias de ocupação e dominação duramente vivenciadas pelo recipiente (HIRST, 2012, p. 41).

Em Comunicado Conjunto assinado pelos então presidentes do Brasil e do Haiti, Luiz Inácio Lula da Silva e Boniface Alexandre, em 18 de agosto de 2004, a saúde era uma das áreas prioritárias para realização de prospecção com vistas a iniciar projetos de

20 Verenhitch (2008) analisa o processo decisório da participação do Brasil na MINUSTAH.

21 O entrevistado 4, haitiano, opina que a MINUSTAH só teria durado tantos anos por causa da postura discreta e respeitosa das tropas brasileiras, em comparação com as operações anteriores. O haitiano teria empatia pelo brasileiro, e vice-versa (comunicação pessoal, 02 de fevereiro de 2018).

cooperação técnica internacional (REGINA, 2016). No período de 2004 até 2006, “catorze projetos e/ou atividades foram elaborados para as áreas da agricultura, saúde, meio ambiente, esportes, defesa civil, educação, combate à violência de gênero, combate a incêndios em aeródromos e merenda escolar” (VALLER FILHO, 2007, p. 167).

A partir de 2010, o terremoto foi um marco para a intensificação dos esforços brasileiros de cooperação técnica com o país. Imediatamente após o terremoto, o governo brasileiro criou um Gabinete de Segurança de Crise, coordenado pelo Gabinete de Segurança Institucional (GSI), com a participação da Casa Civil da Presidência da República, dos Ministérios da Defesa, do Planejamento, das Relações Exteriores e da Saúde, e da Defesa Civil. O Gabinete avaliou as ações emergenciais e determinou envio de ajuda financeira ao Haiti, inclusive por meio da Medida Provisória que originou o BRA/10/005, que será apresentada mais adiante. Também foi a partir do Gabinete que foi solicitado ao Ministério da Saúde enviar uma missão de avaliação de risco epidemiológico e criar grupo de trabalho para definição do escopo do apoio ao país no campo da saúde (REGINA, 2016)²².

Em 2010, 47,4% dos gastos do Brasil com cooperação técnica para o desenvolvimento internacional foram destinados ao Haiti (IPEA, ABC, 2013). Desde então o Brasil mantém diversos projetos de cooperação técnica internacional com o Haiti, inclusive o BRA/10/005, aqui analisado.

O sistema de saúde haitiano

Lamaute-Brisson (2013, p. 7, tradução nossa), em sua análise sobre a proteção social no Haiti para a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe da ONU (CEPAL), nota que, na gênese dos direitos sociais no Haiti,

[...] historicamente, não se verificou uma “questão social” que tenha interpelado de maneira significativa o Estado predatório sobre o tema específico da proteção social, tanto por parte de sindicatos quanto por parte de movimentos sociopolíticos. A questão salarial que alude ao *primum vivere* e as condições de trabalho é que aparecem como primordiais. Não obstante, no contexto do assalariamento crescente e do surgimento de uma classe média, houve os primeiros passos para a criação de mecanismos de assistência social na década de 1940, depois de mais de meio século de assistência social a cargo das obras de caridade das ordens religiosas e das mulheres de classe média ou alta.

22 Regina (2016, p. 164) apresenta, em seu trabalho, o processo decisório então verificado para a definição do escopo de atividades do projeto. A autora defende que esse processo é anterior à definição do projeto em si, e diz respeito à tomada de decisão sobre o Memorando de Entendimento e a realização do projeto.

Como visto na seção de histórico do país, em 1946, houve uma greve geral que reivindicava melhores condições de vida e empregos. A Constituição de 1946 previu a educação pública e a assistência social. A Constituição de 1987, elaborada em contexto de mobilização social com o término da ditadura dos Duvalier em 1986, se propôs a garantir direitos sociais à sua população – educação, saúde, moradia e seguridade social – a despeito da dificuldade do Estado de assegurá-los, e mesmo da dificuldade dos cidadãos haitianos de reivindicá-los na justiça. Em seus artigos 19 e 23, respectivamente, a Constituição estipula que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.

Lamaute-Brisson (2013), argumenta que, ao contrário do que muitos pressuporiam, a ação de proteção social do Estado haitiano está longe de ser a “antítese do Estado de Bem-Estar”. Ao contrário, ela defende que o Estado assuma ações e discursos de luta contra a pobreza e de proteção social, mas que as limitações de cobertura, tanto em extensão territorial quanto em magnitude, levam a uma situação em que os beneficiários de políticas são “pobres privilegiados”, por terem acesso ao que ela denomina “ilhas de serviços público”.

Do ponto de vista da organização de serviços, conforme diretrizes do documento *Organisation des soins de santé communautaire*, do Ministério da Saúde Pública e da População (2016), o sistema de saúde haitiano é composto por três níveis de atenção à saúde:

- O primeiro nível de cuidados inclui três subníveis.
 - No primeiro subnível estão os agentes comunitários de saúde polivalentes, que atuam em sua comunidade, ligados a instituições de saúde nas proximidades (centro comunitário de saúde ou outro, conforme possibilidade).
 - Os agentes estão ligados às Equipes de Saúde da Família, compostas idealmente por um médico, dois enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem polivalentes. A Equipe assegura a coordenação, o planejamento e a supervisão da saúde básica.
 - O segundo subnível é composto pelos Centros de Saúde, com ou sem leitos, de nível municipal.
 - O terceiro subnível é o dos Hospitais Comunitários de Referência (HCR), nas capitais dos distritos.
- O segundo nível de atendimento é o de Hospitais Departamentais, que é a instituição de referência para o departamento.

- O terceiro nível refere-se a instituições acadêmicas e especializadas de referência nacional, os Hospitais Universitários.

A tabela a seguir sintetiza a organização dos serviços, nos moldes propostos acima (HAITI, 2016).

Tabela 3 – Organização dos serviços de saúde pública do Haiti

Nível	Serviços	
1°	Subnível 1	Agentes Comunitários de Saúde Polivalentes Equipes de Saúde da Família (1 médico, 2 enfermeiros, 4 auxiliares de enfermagem) Centros Comunitários de Saúde – nível comunitário
	Subnível 2	Centros de saúde – nível municipal
	Subnível 3	Hospital Comunitário de Referência – nível distrital
2°	Hospitais departamentais – nível departamental	
3°	Instituições hospitalares universitárias e especializadas	

Fonte: Elaboração própria, a partir de Haiti (2016).

A definição acima está relacionada à instrução de como deveria ser organizado o sistema e não necessariamente ao seu funcionamento efetivo. De todo modo, segundo Lamaute-Brisson (2013), o primeiro nível abrange 600 instituições de atenção primária e 45 hospitais comunitários de referência; o segundo nível conta com dez hospitais departamentais; e o terceiro nível conta com seis hospitais universitários de Porto Príncipe.

De acordo com Bordin e Misoczky (2015, p. 30), em sua prática, o sistema de saúde haitiano é composto por:

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

Segundo o Plano Diretor de Saúde 2012-2022, o sistema de saúde haitiano, em 2012, conseguia oferecer cuidados formais a 60% da população (HAITI, 2012, p. 14), enquanto o restante da população, que não tinha acesso à saúde formal, acabava por buscar assistência na medicina tradicional haitiana. Publicação do MSPP (2016, p. 2, tradução nossa) informa que

[...] o sistema de saúde haitiano, apesar dos esforços, não é capaz de executar corretamente a sua função de garantir o direito à saúde para todos. A maioria das famílias está em situação de saúde precária, o fornecimento de serviços de saúde, essencialmente curativos, de qualidade insuficiente, descontínua e fragmentada cobre apenas 60% da população e não está adaptado às necessidades da população

[...] A organização dos serviços baseia-se em programas verticais e em hospitais (departamentais e comunitários de referência). Recursos humanos, inadequados e irregularmente distribuídos, foram treinados em correspondência com este regime e, portanto, o desempenho não satisfaz as reais necessidades de saúde da população.

O Plano Diretor de Saúde 2012-2022 (HAITI, 2012, p. 16-17, tradução nossa) pontua alguns desafios de gestão e governança, conforme trechos destacados a seguir.

Na prática, o sistema de saúde do Haiti tem, em todos os níveis, problemas significativos de funcionalidade, de organização, gestão e controle, resultando em um atendimento fragmentado, de difícil acesso e oferta de baixa qualidade. A fraca capacidade de supervisão da autoridade nacional de saúde, a multiplicidade de doadores e programas verticais, a ausência de gerenciamento padronizado de protocolos de problemas de saúde, bem como esgotamentos frequentes de suprimentos médicos essenciais contribuem para a baixa qualidade de cuidados a nível institucional. [...] Com um grande número de atores na saúde, é crucial para a autoridade de saúde nacional (MSPP) exercer liderança, coordenação, gestão e regulamentação de sistema.

Uma característica do sistema de saúde haitiano relevante e que, inclusive, dificulta o acesso da população aos serviços de saúde, é a questão do pagamento devido pelos usuários para a maior parte dos serviços. Ainda que dita “simbólica”, que haja gratuidade a programas como vacinação, HIV/aids e malária, e da alegação do MSPP de que, em caso de comprovada incapacidade de pagamento, o usuário seja isentado da taxa, ou mesmo que a cobrança represente um custo de 10% dos custos de um atendimento, como notam Bordin e Misoczky (2015), a cobrança é uma barreira ao acesso aos cuidados de saúde, dada a condição de pobreza da população.

A dificuldade de recursos que o MSPP enfrenta leva, ainda, à necessidade de contar com o apoio de ONGs e parceiros internacionais para a oferta de serviços públicos de saúde. Nesse sentido, há dificuldades para produção de informações em saúde e para a vigilância epidemiológica, pois muitos desses atores atuam com bases próprias de dados e não necessariamente as compartilham com a autoridade sanitária (MENEGHEL et al., 2016).

Considerações finais do capítulo

O capítulo mobilizou, de maneira geral, os pontos a seguir:

- Há que se notar, antes de mais nada, que a independência do Haiti foi o êxito de uma revolta escrava, feito único nas Américas. Em 1804, o Haiti foi a segunda colônia das Américas a conquistar sua independência, o primeiro país das Américas a abolir a escravidão e a primeira República negra do mundo.

- A fragilidade do país pode ser explicada por várias razões, como o colonialismo francês, a assunção de vultuosa dívida externa na formação do Estado, a construção de um Estado despótico e fragmentado no século XIX, a modernização superficial do Estado sob a ocupação norte-americana do início do século XX, e a degeneração das instituições do Estado em momentos de ditadura dos Duvalier, seguida do receituário neoliberal dos anos 1980 e 1990 e do populismo de Aristide. Há também a maciça presença de ONGs no país, que não necessariamente oferecem vinculação ou se submetem à coordenação do Estado. Finalmente, citam-se também as dificuldades naturais, como território montanhoso, temporadas anuais de tempestades tropicais e furacões e, em 2010, o terremoto (BARANYI, 2012).
- Os indicadores sociais do país apontam para uma situação de desproteção social e alta vulnerabilidade e pobreza.
- São apontadas uma série de ausência ou de fragilidades de capacidades estatais, como de soberania, de manutenção da ordem, de planejamento, de coordenação, de arrecadação e de alocação orçamentária, de cobertura territorial de serviços, de prestação de serviços públicos, de implementação de políticas públicas, entre outras.
- A proliferação da ajuda humanitária e de ONGs também podem representar entraves ao desenvolvimento, pela dificuldade de canalizar os esforços dessas organizações para a consecução do bem-estar social.
- A saúde é um direito social e um dever do Estado no Haiti.
- Para a assunção de direitos sociais, não se verificou no Haiti uma “questão social” nos termos clássicos da literatura, mas houve tanto movimentos grevistas nos anos 1940 quanto movimentos sociais pela ampliação de direitos sociais na definição da Constituição de 1987, ainda vigente. Educação, saúde, moradia e seguridade social são direitos sociais dos haitianos, a despeito da dificuldade do Estado de assegurá-los, e mesmo da dificuldade dos cidadãos haitianos de reivindicá-los na justiça.
- O Estado haitiano tem tentado oferecer proteção social aos seus cidadãos, mas, na prática, o faz em algumas ilhas de serviços públicos para alguns “pobres privilegiados” (LAMAUTE-BRISSON, 2013).

- Até 2004, as relações entre Brasil e Haiti eram praticamente inexistentes e, desde então, são constantes e prioritárias. O Brasil liderou a ação militar da MINUSTAH entre 2004 e 2017 e, no período, empreendeu vários esforços de cooperação, intensificados pelo terremoto de 2010.

Realizadas a discussão sobre os temas da literatura propostos pelo trabalho e sobre a contextualização do caso haitiano, o próximo capítulo se dedicará ao estudo de caso do projeto BRA/10/005.

Capítulo 5 – Cooperação para o fortalecimento da autoridade sanitária haitiana – um estudo de caso

Os capítulos anteriores constituem uma contextualização relevante à discussão do caso em si, que será construída a partir de agora. Este capítulo expõe uma breve conjuntura do “BRA/10/005 – Projeto de cooperação Sul-Sul de fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti” e as características principais de seu documento de projeto inicial. Nas duas seções seguintes, são apresentadas suas revisões e o Plano de Manutenção dos Hospitais Comunitários de Referência (HCR). A análise aqui proposta, com vistas a responder à pergunta de pesquisa, discute os resultados obtidos da pesquisa dos documentos e das entrevistas realizadas sobre o projeto BRA/10/005, como *experiência emblemática* da ação da cooperação brasileira para o desenvolvimento, à luz:

- a. dos princípios e elementos da cooperação Sul-Sul *internacionalmente aceitos*;
- b. de seu alinhamento (ou não) à *visão geral oficial brasileira* sobre a cooperação Sul-Sul;
- c. da *prática percebida* pelos documentos consultados e pelos atores-chave entrevistados;
- d. da *literatura difundida* e, neste trabalho anteriormente discutida, sobre a cooperação Sul-Sul brasileira, o fortalecimento de capacidades estatais e o desenvolvimento social.

Houve consulta aos documentos de projeto e suas revisões – quando disponíveis à consulta pública –, bem como de publicações em diário oficial, relatórios do projeto e artigos acadêmicos. Ademais, as sete entrevistas realizadas (comunicação pessoal, entrevistas realizadas entre 29 de janeiro e 23 de fevereiro de 2018) identificaram importantes percepções de atores-chave sobre o projeto. Apesar de o roteiro de entrevista estar mais focado na concepção do projeto, seu caráter semiestruturado permitiu a emergência de outros temas, também relacionados à prática do projeto, verificada desde 2010, e alguns de seus resultados, além de dificuldades de implementação apuradas, o que torna relevante o registro desses temas a despeito de a pergunta de pesquisa dedicar-se à concepção do projeto.

Delimitação e contexto

Como apresentado em seções anteriores, o projeto BRA/10/005, que envolve a execução de atividades bilaterais entre Brasil e Haiti, está inserido no marco político de uma cooperação técnica trilateral entre países em desenvolvimento, que também envolve Cuba, identificada por parte da literatura como uma cooperação de arranjo “Sul-Sul-Sul”, em que os três cooperantes prezam pelos princípios, elementos e práticas da cooperação Sul-Sul. A respeito da prática brasileira de participação nesse tipo de arranjo, como notou Pino (2013, p. 42, grifos nossos),

[...] no âmbito da cooperação técnica trilateral entre países em desenvolvimento (a CTR Sul-Sul-Sul), o Brasil assinou, em 2006, um Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica com a Argentina para a execução de projetos em conjunto no Haiti, e um Memorando Tripartite com Cuba, em 2010, na área da saúde. Em todos esses casos, *cada parte financia suas atividades e compartilha os recursos humanos, técnicos e financeiros em todas as fases dos projetos*. O Brasil assumiu a posição de financiar ao menos uma parte da CTR, de forma que não se interprete que terceiros estejam subcontratando sua cooperação. A ABC, por sua vez, e com caráter geral, prefere financiar os projetos “um a um”, embora sob o guarda-chuva de programas mais amplos.

Com relação à participação cubana na cooperação, cabe ressaltar que desde 1998, após a passagem do furacão Georges no Haiti, Cuba retomou as relações diplomáticas com o país – depois de 36 anos de ruptura iniciada na ditadura Duvalier – e enviou médicos e outros profissionais de saúde para atuarem no país mediante apoio e assistência à saúde da população haitiana, mantendo-os em atividade no país até hoje (KASTRUP et al., 2017). Em 2010, quando o Brasil se disponibilizou a apoiar a reconstrução do país por meio do fortalecimento de seu sistema de saúde, considerando que Cuba já vinha atuando no país por meio da Brigada Médica Cubana, com cerca de 700 especialistas e técnicos de saúde financiados pelo governo cubano, por sugestão haitiana, os três países acordaram firmar um entendimento trilateral (PNUD, 2010; entrevistado 4, comunicação pessoal, 02 de fevereiro de 2018).

O formato de cooperação trilateral adotado envolveu a assunção de compromissos políticos entre os três países, apresentados na Introdução deste trabalho, para que cada um desenvolva as atividades que assumiu como compromisso, sempre em concertação política e coordenação nas reuniões trimestrais do Comitê Gestor Tripartite.

O BRA/10/005 é o projeto de cooperação técnica internacional responsável pelo desenvolvimento da maior parte das atividades para a consecução dos compromissos

assumidos pelo Brasil²³ no Memorando de Entendimento e, junto com seu projeto complementar, o Plano de Manutenção dos Hospitais Comunitários de Referência, é responsável pela execução de R\$ 105,2 milhões dos R\$ 135 milhões destinados pelo Brasil ao Haiti, no campo da saúde. O projeto em questão não inclui os compromissos políticos ou as atividades de Cuba, tampouco envolve este país em seu arranjo de gestão de projeto.

Além do BRA/10/005, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro firmou três convênios para execução dos cerca de R\$ 30 milhões não envolvidos nesse projeto, relacionados a capacitações e organização de serviços, a saber: com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); e com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Esses convênios tiveram como escopo, respectivamente: o desenvolvimento de atividades nas áreas de epidemiologia, informação e comunicação e informação de saúde; a formação de recursos humanos na Atenção Primária à Saúde; a gestão e organização de serviços em saúde no Haiti; e a elaboração de protocolos de gestão assistencial. Nesses projetos houve uma maior interação trilateral, no sentido de execução conjunta das atividades, pois foram desenvolvidos grupos de trabalho técnicos, envolvendo os atores dos três países nos temas de assistência à saúde, reabilitação de deficiências físicas, urgência e emergência, formação de recursos humanos em saúde, vigilância epidemiológica e imunização, organização da rede de serviços, saúde mental e comunicação em saúde. Houve intenso intercâmbio técnico e troca de experiências entre os três países, e foram elaborados diagnósticos do sistema de saúde haitiano, de seu funcionamento, dos recursos humanos necessários, da atenção primária, da vigilância epidemiológica da saúde mental, entre outros temas.

Também, no contexto da resposta emergencial do pós-terremoto, foram empreendidas ações de cooperação humanitária no Haiti, numa perspectiva de aliar a resposta emergencial a ações que fortaleçam o sistema de saúde haitiano no médio e longo prazos. Com esse recurso, o Ministério da Saúde realizou a aquisição e doação de insumos e vacinas, além de ter organizado a atuação de profissionais de saúde em navio hospital no Haiti no contexto de resposta ao desastre.

Para maior conhecimento dessas outras ações, remete-se a estudos existentes para as atividades de formação em vigilância epidemiológica (MENEGHEL et al., 2016), comunicação em saúde (GOMES; OLIVEIRA, 2015), apoio a formação de redes de serviços

23 Os compromissos estão na Introdução deste trabalho. Os do Brasil foram: “apoiar a recuperação e construção de unidades hospitalares; contribuir para a aquisição de equipamentos, ambulâncias e insumos de saúde; viabilizar bolsas de estudo para capacitar profissionais de saúde haitianos; apoiar a qualificação da gestão assistencial e de vigilância epidemiológica no Haiti; e apoiar medidas de fortalecimento do sistema de atenção básica do Haiti” (BRASIL, CUBA, HAITI, 2010).

de saúde (MISOCZKY et al., 2015), formação de recursos humanos em saúde (KASTRUP et al., 2017), informações gerais sobre a cooperação tripartite e memória de reuniões do Comitê Gestor Tripartite (BRASIL, 2014b) e o processo decisório da cooperação do lado brasileiro, sua relação com a política externa brasileira e o ativismo do então presidente Luiz Inácio Lula da Silva para sua concretização (REGINA, 2016).

BRA/10/005 – Projeto de cooperação Sul-Sul de fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti

Bordin e Misoczky (In: MISOCZKY et al., 2015, p. 38) apontam que o terremoto de 2010 gerou, entre outras situações, os seguintes impactos e repercussões para a área da saúde:

[...] nos três departamentos afetados, 60% dos hospitais foram gravemente danificados ou destruídos; [... houve] 10.000 pessoas com deficiências diversas, mais de 4 mil amputações realizadas, 400 tetraplégicos e um grande número de pessoas com problemas de saúde mental no pós-terremoto; desestruturação econômica e destruição da infraestrutura e dos equipamentos públicos [...]; redução na oferta dos serviços de saúde, pela destruição da capacidade instalada ou diminuição do número total de profissionais de saúde (feridos em consequência do sismo ou pro êxodo), levando a uma desorganização plena dos serviços de saúde pública; piora da já pequena capacidade de gestão do Ministério da Saúde, seja na coordenação, infraestrutura, equipamentos ou recursos humanos.

Em resposta a essa situação, o governo haitiano optou por duas estratégias na área da saúde, paralelas e complementares: resposta à emergência por meio do atendimento à população; e um processo de reestruturação do sistema de saúde nacional, que passaria pelo fortalecimento da atenção primária à saúde, com serviços descentralizados e de complexidade crescente, para o incremento da cobertura e para sanar a questão do déficit do acesso.

Do lado brasileiro, imediatamente após o terremoto de 12 de janeiro de 2010, o governo criou um Gabinete de Segurança de Crise, coordenado pelo Gabinete de Segurança Institucional (GSI), com a participação da Casa Civil da Presidência da República, dos Ministérios da Defesa, do Planejamento, das Relações Exteriores e da Saúde, bem como da Defesa Civil. O Gabinete avaliou as ações emergenciais e determinou envio de ajuda financeira ao Haiti, além de organizar, ainda em janeiro, missão técnica ao Haiti, incluindo o Ministério da Saúde, para definição do escopo do apoio ao país (REGINA, 2016; entrevistado 5, comunicação pessoal, 06 de fevereiro de 2018). Em 27 de janeiro de 2010, a Medida Provisória n. 480 – posteriormente convertida na Lei n. 12.239, de 19 de maio de 2010 –

liberou R\$ 375 milhões de crédito extraordinário para o Haiti, sendo R\$ 135 milhões²⁴ para o Ministério da Saúde brasileiro cooperar tecnicamente com o Ministério da Saúde Pública e da População (MSPP) haitiano.

Segundo os entrevistados 1 e 4, haitianos, o projeto foi uma proposição do governo haitiano, a partir de uma oferta inicial do governo brasileiro de construir UPAs 24h, dado seu caráter de construção rápida e sua boa experiência em periferias do Rio de Janeiro. As linhas gerais dessa proposição foram definidas pelo MSPP haitiano e apresentadas nas reuniões do Comitê Gestor Tripartite²⁵, havendo poucas alterações por parte do Brasil na proposição apresentada (comunicação pessoal, 29 de janeiro e 02 de fevereiro de 2018).

Após quatro reuniões deliberativas do Comitê Gestor Tripartite, o projeto foi firmado em 28 de novembro de 2010²⁶, em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), com recursos da ordem de R\$ 47,7 milhões. A duração prevista era de dois anos, com encerramento em 31 de dezembro de 2012. Ainda em 2010, na revisão substantiva 2, esses recursos foram aumentados para R\$ 92,7 milhões. Ao longo de sua execução, houve seis revisões substantivas. Também, em 2014, foram acrescidos R\$ 12,5 milhões, remanescentes da Lei n. 12.239, por meio de projeto complementar ao BRA/10/005, o Plano de Manutenção dos Hospitais Comunitários de Referência (HCR), ainda em execução²⁷.

Em suas primeiras linhas, o projeto BRA/10/005 especifica claramente seu objetivo de fortalecimento institucional do Ministério da Saúde Pública e da População (MSPP) haitiano, enfatizando que ele ocorre num contexto de reconstrução do país abalado pelo terremoto.

A cooperação técnica exercida pelo Ministério da Saúde do Brasil tem como princípio fundamental o fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti: o Ministério da Saúde Pública e da População da República do Haiti. É através dessa ação de fortalecimento institucional que o presente projeto buscará atuar no processo de reestruturação do sistema de saúde haitiano (PNUD, 2010, p. 5).

O projeto se propôs a atuar em três frentes de ação: o investimento em infraestrutura e aquisição de veículos e equipamentos; a capacitação de recursos humanos; e a imunização e a vigilância epidemiológica. Os resultados previstos nesse documento são: contribuir para a reestruturação e organização dos serviços de saúde haitianos; contribuir para a prevenção e controle de doenças imunopreveníveis; contribuir para a qualificação da

24 Como apresentado anteriormente, aproximadamente R\$ 30 milhões foram destinados a projetos elaborados por meio de convênios com a UFSC, a UFRGS, a Fiocruz e a aquisições e doações realizadas diretamente pelo Ministério da Saúde.

25 Instituído pelo Memorando de Entendimento Tripartite. Reuniões entre abril e agosto de 2010.

26 No projeto há a data de 11 de novembro de 2010, mas no *Diário Oficial* foi publicada a data de 28 de novembro de 2010.

27 Brasil (2017b), acesso em outubro de 2017.

vigilância epidemiológica; e monitorar e gerir o projeto. Para tanto, previu a entrega dos produtos a seguir.

Tabela 4 – Produtos esperados no documento de projeto inicial do BRA/10/005

Produto 1.1. Estruturas das unidades de saúde haitianas implantadas: unidades de referência comunitária nas regiões de Croix des Bouquets, Carrefour, Tabarre e Bon Repos.
Produto 1.2. Estruturas das unidades de saúde haitianas reformadas.
Produto 1.3. Agentes comunitários de saúde formados.
Produto 1.4. Técnicos de enfermagem, em próteses e órteses, vigilância em saúde, laboratório clínico e registro de informação formados.
Produto 2.1. Rede de frio adquirida e em funcionamento.
Produto 3.1. Projeto de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti monitorado e avaliado.

Fonte: PNUD (2010, p. 2).

Do ponto de vista financeiro, proporcionalmente, os produtos majoritários são as construções, aquisições e reformas. Para enfatizar seu objetivo de fortalecimento institucional, o projeto especifica que as estruturas de saúde construídas ou reformadas devem dar apoio à organização do sistema de saúde em suas localidades, e servirem como projeto piloto de modelo de sistema organizado de saúde – como apresentado na delimitação, houve também outros projetos paralelos destinados a questões de diagnóstico do sistema e organização dos serviços, formações e capacitações, comunicação, entre outras atividades.

A estratégia de implementação determina que as unidades de saúde sejam dirigidas pelo Ministério da Saúde Pública e da População do Haiti, com apoio gerencial das equipes brasileiras e cubanas. Prevê, ademais, que os recursos humanos dessas unidades sejam haitianos²⁸ e cubanos (conforme compromisso assumido por Cuba no Memorando de Entendimento). Com relação à vigilância epidemiológica, o projeto prevê que as unidades de saúde devam funcionar como Centros Sentinela de Vigilância Epidemiológica e serem local de treinamento para técnicos, além de alinhar esses serviços de saúde ao nível central de vigilância epidemiológica, o que é apontado como deficitário no país – e, com isso, fortalecer capacidades e formar pessoal. A estratégia de saída do projeto está centrada na formação de pessoal e no apoio à gestão assistencial das unidades, com transferência de tecnologia de gestão assistencial e redes de serviço, o que segundo o projeto “reduz o risco da não absorção das técnicas de gestão nas unidades pelos haitianos” (PNUD, 2010, p. 8).

O documento explicita, no produto 1.1, a previsão da manutenção por dois anos das instalações físicas, até o termino do projeto, quando o governo haitiano deveria assumir

28 No Memorando de Entendimento, um dos compromissos haitianos seria arcar com a totalidade dos salários dos profissionais haitianos – o que acabou sendo absorvido em parte pelo projeto, como será visto adiante.

essa atividade. A análise de risco do documento informa as medidas defensivas ou respostas gerenciais abaixo.

- Risco da implementação do projeto depender de ações executivas do governo do Haiti, que está em fase de reconstrução e construção de capacidades: como medida defensiva, o documento prevê a manutenção de uma equipe administrativa local para a implementação do projeto e que irá trabalhar em conjunto com o governo haitiano para solucionar estrangulamentos e gargalos²⁹.
- Risco de não absorção das tecnologias e conhecimento de gestão das unidades de saúde pelo sistema de saúde do Haiti e risco de mudança de governo após eleição: a medida defensiva para esses riscos é que um gerente de projeto seja responsável por “promover a governança dos atores públicos no Haiti” (PNUD, 2010, p. 30).

Não foi previsto, no projeto, o risco de não absorção das atividades de manutenção das instalações físicas construídas pelo Brasil. O documento de projeto não vincula diretamente os governos haitiano ou cubano em seu arranjo de gestão. São vinculados: o Ministério da Saúde do Brasil como financiador, executor e coordenador estratégico do projeto; o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) como apoiador na execução do projeto, responsável pelo desenvolvimento de atividades de planejamento, monitoria e assistência nos processos de aquisição de bens, serviços e utilização de insumos; e a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), para acompanhar o desenvolvimento do projeto sob os aspectos técnicos e administrativos, para fins de verificação do cumprimento dos seus objetivos, metas e resultados. O Ministério da Saúde é responsável, por exemplo, pela guarda e conservação de todos os bens móveis adquiridos no âmbito do projeto até que sua titularidade seja transferida ao governo haitiano. As decisões estratégicas e políticas da cooperação tripartite são tomadas de maneira colegiada no Comitê Gestor Tripartite, com reuniões presenciais trimestrais, contando com a participação dos coordenadores do Brasil, Cuba e Haiti. Contudo, as decisões específicas do projeto não envolvem formalmente os atores dos demais países.

²⁹ Houve, de fato, uma coordenação do projeto *in loco* nos dois primeiros anos de sua execução.

Revisões do projeto e o Plano de Manutenção dos HCR

O BRA/10/005 teve seis revisões substantivas e uma revisão geral, e seus produtos previstos passaram por algumas alterações: as quatro Unidades de Pronto Atendimento deram lugar a três Hospitais Comunitários de Referência; foi incluída a construção da Oficina de Órteses e Próteses e o Instituto Haitiano de Reabilitação; foram indicados laboratórios para reconstrução; foi incluída a construção de depósitos de vacinas; houve a inclusão de aquisição de equipamentos e veículos; houve alteração na proposta das formações; e foi elaborado, em complemento ao BRA/10/005, um Plano de Manutenção dos Hospitais Comunitários de Referência. Os objetivos mais recorrentes das revisões foram a atualização de orçamento, remanejamento de recursos entre as linhas orçamentárias do projeto, refletidos em função de sua execução física e programação financeira, e prorrogações de sua vigência.

A tabela a seguir sistematiza as revisões do “BRA/10/005 – Projeto de cooperação Sul-Sul de fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti” e informa suas principais alterações. Como nem todos os documentos estão disponíveis à consulta pública, algumas informações foram elaboradas a partir de documentos complementares, como relatórios, publicações, extratos publicados no *Diário Oficial* e relatório de auditoria da Controladoria-Geral da União.

Tabela 5 – Revisões do BRA/10/005

Revisão	Data	Principais alterações	Orçamento total (US\$)	Orçamento total (R\$)	Vigência até
<i>Initial revision</i>	28/11/2010	Projeto inicial, descrito na seção anterior	26.964.615,00	47.727.366,00	31/12/2012
<i>Revisão substantiva 2³⁰</i>	22/12/2010	<ul style="list-style-type: none"> • Suplementa o projeto em mais R\$ 45.000.000 (US\$ 26.162.790,00). • Há alteração da nomenclatura de “UPAs” para quatro Hospitais Comunitários de Referência. • Inclui a construção do Instituto Haitiano de Reabilitação e aquisição de equipamentos e mobiliários. • Inclui a aquisição de 30 ambulâncias. • Insere o UNOPS como implementador de atividades do projeto. 	53.127.404,40	92.727.366,00	31/12/2012
<i>Revisão substantiva 3</i>	07/02/2013	<ul style="list-style-type: none"> • Prorroga a vigência do projeto para 31/12/2014. • Altera nomenclatura de produtos. 	53.127.404,40	92.727.366,00	31/12/2014
<i>General revision 2</i>	30/04/2014	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustes entre linhas orçamentárias e remanejamentos de saldos por ano. 	53.127.404,40	92.727.366,00	31/12/2014
<i>Revisão substantiva 4</i>	06/10/2014	<ul style="list-style-type: none"> • Prorroga a vigência do projeto para 31/07/2016. • Altera o valor do orçamento global em dólares americanos, refletindo flutuações cambiais nos repasses de recurso ocorridos entre 2011 e 2013. • Insere o PROMESS/OPAS/OMS como implementador de atividades do projeto. • Altera nomenclatura de produtos. 	51.596.245,23	92.727.366,00	31/07/2016
<i>Revisão substantiva 5</i>	05/09/2015	<ul style="list-style-type: none"> • Prorroga a vigência do projeto para 31/01/2017. • Remaneja recursos de outros produtos para a manutenção dos Hospitais Comunitários de Referência e para a aquisição de gás propano para a rede de frio implantada. • Informa que para o resultado da rede de frio, são três caminhões adquiridos, três depósitos de vacinas construídos, a instalação de refrigeradores solares, e o fornecimento de gás propano. 	51.596.245,23	92.727.366,00	31/01/2017
<i>Revisão substantiva 6</i>	02/12/2016	<ul style="list-style-type: none"> • Prorroga a vigência do projeto para 31/07/2018. 	51.596.245,23	92.727.366,00	31/07/2018

Fonte: Elaborado pelo autor a partir das revisões substantivas disponíveis para consulta pública e publicações do projeto (BRASIL, CGU, 2016; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, 2011, 2012, 2014a, 2014b, 2016a, 2016b; MISOCZKY et al., 2015; PNUD, 2010, 2015a, 2015b).

30 Não foi localizado extrato dessa Revisão no *Diário Oficial* da União. Informações obtidas por publicação do MS de 2011, que atualiza os produtos do projeto, e pela retrospectiva realizada na Revisão Substantiva 5, de acesso público.

Os entrevistados, de modo geral, justificaram a quantidade de revisões pela flexibilidade do projeto, pelo “fazer conjunto” e pelos desafios localizados na implementação, como será visto em seção adiante. Segundo o entrevistado 3, ligado à ABC, o projeto tinha um volume de recursos e de atividade muito amplo para ser executado no prazo de dois anos previsto inicialmente (comunicação pessoal, 02 de fevereiro de 2018). Segundo o entrevistado 5, ligado ao MS, mesmo no Brasil já seria difícil a execução de quatro hospitais em 24 meses (comunicação pessoal, 06 de fevereiro de 2018). O entrevistado 1, haitiano, informou que o país teve dificuldade com a sua contrapartida de localizar e adquirir os terrenos para construção dos hospitais, o que acabou atrasando o início das obras e teria reduzido os hospitais de quatro para três, devido a dificuldades relacionadas ao quarto terreno (comunicação pessoal, 29 de janeiro de 2018).

Houve, também, ao longo da execução, a inclusão de dois parceiros: o PNUD transferiu algumas atividades, por meio de Carta Acordo, para o Escritório das Nações Unidas de Serviços para Projetos (UNOPS), que implementou as estruturas físicas do projeto e acompanha a manutenção dos HCR; e para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que apoiou a execução das atividades de aquisição e distribuição de insumos médicos e medicamentos com o seu Programa de Medicamentos Essenciais (PROMESS) e apoiou ações de vacinação e formação de agentes comunitários de saúde polivalentes.

Entre 2010 e 2014, a maior parte dos produtos previstos foi executada (construções, reformas, aquisições de equipamentos, mobiliários e veículos, capacitações). Os três HCR, a Oficina de Órteses e Próteses e o Instituto Haitiano de Reabilitação foram inaugurados em maio de 2014. A partir de então, a prioridade identificada pelo Haiti, segundo informa o documento da quinta revisão substantiva, foi a utilização dos recursos remanescentes para a manutenção dos HCR e para apoio à rede de frio e programa de vacinação, com fornecimento de gás propano (PNUD, 2015). A aquisição de gás propano foi justificada pela insuficiência do país de provimento de energia elétrica e problemas para a instalação de refrigeradores solares, o que demandou uma transição de modelo e o fornecimento contínuo de gás propano por meio do projeto.

[...] o projeto BRA/10/005 [...] vem sendo executado de acordo com o estabelecido em sua matriz lógica inicial, porém, considerando o dinamismo dessa cooperação Sul-Sul, muitos ajustes foram necessários de 2010 a 2015, considerando as dificuldades encontradas em campo, tais como: a) a falta de orçamento do MSPP para a sequência de atividades iniciadas no âmbito do projeto; b) o atraso do MSPP em relação ao cronograma de seleção de profissionais especialistas para os três Hospitais Comunitários de Referência construídos e inaugurados; c) a dificuldade de execução de contrapartidas pelo MSPP, ou mesmo do governo haitiano; d) o contexto político de eleições em 2015; e) as várias mudanças de gestores do

Ministério da Saúde do Brasil para o projeto BRA/10/005; f) a falta de pessoal qualificado no MSPP para as atividades básicas de funcionamento dos HCRs; g) vários pedidos de apoio financeiro para o custeio de atividades nas áreas de vacinação e de manutenção das estruturas físicas construídas; e h) dificuldades do MSPP em realizar as prestações de contas de recursos executados no âmbito do projeto (PNUD, 2015b, p. 23).

Em novembro de 2014, com recursos remanescentes da Lei n. 12.239, da ordem de R\$ 12,5 milhões³¹, foi firmado um projeto complementar ao BRA/10/005, para as “ações de sustentabilidade” – notadamente custeio e manutenção, com acompanhamento do UNOPS – dos Hospitais Comunitários de Referência construídos, cunhado como *Sustainability of the BRA/10/005 project through the implementation of a maintenance support for 2014 and 2015*. Os recursos foram repassados ao PNUD, que firmou com o UNOPS uma Carta Acordo entre agências ONU para execução local do projeto.

O Plano de Manutenção previu a contratação de 83 especialistas (médicos e profissionais de saúde), o fornecimento de gás propano para manutenção dos geradores de energia elétrica, o fornecimento regular de bens de consumo e serviços, atividades globais de manutenção (preventivas, corretivas e extraordinárias) e capacitações (BRASIL, 2014b; MISOCZKY et al., 2015³²). A justificativa para o plano cita dois estudos que indicam que, no Haiti,

[...] as atividades de manutenção preventiva, corretiva e extraordinárias das infraestruturas e equipamentos de saúde são em geral ineficientes e não são realizadas de forma sistemática. Isto ocorre principalmente devido à falta de financiamento, capacidade e adequado planejamento / gestão no nível de campo e também no nível central do MSPP (MISOCZKY et al., 2015, p. 306).

Como visto anteriormente, entre os compromissos assumidos pelo Haiti no Memorando de Entendimento Tripartite, estava o de “responsabilizar-se pela totalidade do salário do pessoal haitiano que trabalhará nas instalações contempladas no Memorando” – cuja dificuldade de executar foi elencada acima.

O fato de o projeto assumir, com seu recurso remanescente, atividades de custeio de serviços de saúde e de insumos básicos, como gás propano para funcionamento de geradores, pode ser indicativo da dificuldade de o Haiti assumir as estruturas previstas pelo projeto e de gerir os serviços construídos ou, mesmo, indicam a fragilidade da ação de saída do projeto por parte do Brasil.

A duração do Plano de Manutenção, inicialmente prevista para vinte e quatro meses, foi estendida até julho de 2018³³. Há, contudo, dificuldade do governo haitiano em

31 US\$ 6 milhões, convertido em câmbio aproximado de julho de 2014.

32 O documento de projeto não foi localizado para consulta pública.

33 Conforme revisão substantiva 6.

assumir as atividades de manutenção desses hospitais com o encerramento desse projeto, o que está sendo assegurado pelo *BRA/17/018 – Strengthening the management of services and the Health System in Haiti*. O BRA/17/018 é um novo projeto de três anos entre os governos brasileiro e haitiano e o PNUD, firmado em 23 de junho de 2017, com recursos da ordem de US\$ 20 milhões oriundos de doação feita pelo governo brasileiro ao Fundo de Reconstrução do Haiti em 2010 (BRASIL, 2017a; PNUD, 2017). O novo projeto não só assumirá a manutenção dos Hospitais Comunitários de Referência por mais três anos, mas também o custeio de mais uma estrutura até então não incluída no Plano de Manutenção, o Instituto Haitiano de Reabilitação (BRASIL, 2018b; PNUD, 2017), inclusive na contratação de especialistas de saúde – o que poderia indicar que o governo brasileiro estaria ampliando sua presença no custeio de ditas estruturas. O projeto prevê a elaboração de um plano de sustentabilidade para a transferência das instalações físicas e retirada dos projetos brasileiros de manutenção e custeio em 2020, bem como o apoio ao fortalecimento do sistema de urgências e emergências do Haiti.

Princípios e elementos da cooperação Sul-Sul

No que concerne às características da relação de cooperação entre Brasil e Haiti no projeto, as entrevistas indicam que elas seguiram os princípios e elementos preconizados pela cooperação Sul-Sul.

Segundo os entrevistados 1 e 4, haitianos ligados ao MSPP, a horizontalidade, o diálogo e a flexibilidade do projeto foram destaque, e um diferencial em relação a doadores tradicionais para a saúde do país. Para ambos, uma das principais características do projeto e da experiência do MSPP haitiano com a cooperação brasileira em saúde foi justamente o diálogo e a flexibilidade, o que, para eles, teria sido verificado somente com Cuba e Venezuela no âmbito da saúde, sendo todos os demais cooperantes ou doadores da saúde menos flexíveis com relação à execução do projeto. Outros parceiros do Sul teriam assumido somente ações mais pontuais no campo da saúde no Haiti, o que dificultaria comparar as características da cooperação.

Ambos informaram que as discussões para definição do projeto partiram de demanda haitiana, estruturada em um pré-projeto, e que houve poucos ajustes em relação ao demandado e aos produtos descritos na primeira versão do projeto. O entrevistado 4 informou que, após o terremoto, o Haiti recebeu muita ajuda internacional – “da maior parte dos países

do globo”, nas mais variadas escalas –, porém, de maneira desordenada e sem discussão aprofundada com atores haitianos – e muitos desses países com “formato pronto” do que estariam dispostos a fazer. Para ele, o projeto aqui analisado teria buscado compreender e pensar sistemicamente a inserção de suas atividades no âmbito da política de saúde pública do Haiti, o que seria outro diferencial relevante. Cabe destacar a importância e relevância do Sistema Único de Saúde enquanto experiência sistêmica e baseada na integralidade da saúde que o Brasil detém, considerado um direito pleno da cidadania social, como visto no Capítulo 4.

Os haitianos destacaram também a “proximidade” e as “boas relações humanas”, que classificaram como pontos altos da cooperação com o Brasil. Os brasileiros destacaram, de modo geral, o respeito às especificidades locais, o diálogo e a flexibilidade. A quase totalidade dos entrevistados, brasileiros e haitianos, destacaram o “fazer conjunto” das ações previstas, o que seria uma característica da cooperação brasileira que favorece o fortalecimento de instituições de outros países. A flexibilidade, que foi destacada várias vezes nas entrevistas com os haitianos, também foi identificada com a receptividade brasileira a adequar e revisar o projeto a necessidades de ajustes verificados ao longo de sua implementação.

Com relação à horizontalidade, ela está mais relacionada ao “fazer conjunto” que a uma possível simetria. Os entrevistados, de maneira geral, colocam Brasil e Haiti num sentido assimétrico de que o Brasil presta cooperação ao Haiti. Os documentos de concepção do projeto não propõem ações para fortalecer institucionalmente o Brasil com essa cooperação. Quando questionados sobre o que o Brasil teria de ganhos com o projeto, os entrevistados 1 e 4, haitianos, citaram a visibilidade, a liderança que o Brasil assume regionalmente, e a projeção como país preocupado com a emancipação de outros povos em desenvolvimento. O entrevistado 4 acredita, ainda, que os haitianos têm uma resistência à pobreza e à adversidade que chama a atenção dos outros países e ele entende que essa é uma dimensão que o Haiti tem muito a oferecer – suas formas resistentes de viver, mesmo diante da adversidade. O entrevistado 6, ligado ao MS, vê muitos aprendizados relacionados à execução e implementação de um projeto desse porte, vistas as dificuldades encontradas.

A tabela a seguir sistematiza a análise do BRA/10/005, a partir dos princípios e elementos da cooperação Sul-Sul estabelecidos pela Conferência de Alto Nível das Nações Unidas sobre a Cooperação Sul-Sul de Nairóbi (Quênia), de 2009 – apresentados no Capítulo 3 deste trabalho e aqui considerados princípios aceitos pela Comunidade Internacional. A

coluna 1 contém a sistematização desses princípios proposta pelo BRICS Policy Center, Articulação Sul e ABC (2017, p. 17) e a coluna 2 a análise do projeto.

Tabela 6 – Análise do BRA/10/005 à luz dos princípios e elementos da cooperação Sul-Sul, conforme dimensões

<p>Princípios de política externa aplicados à cooperação Sul-Sul (CSS)</p> <p>Respeito à Soberania; Não Interferência em assuntos internos; Não Condicionalidade para a cooperação e Horizontalidade (apresentada no documento como igualdade).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O caso é peculiar, pois o país estava sob operação de paz internacional, a MINUSTAH, com tropas estrangeiras, liderada pelo Brasil. Os princípios de soberania e não interferência ficam, em sentido macro, comprometidos, embora no projeto de cooperação Sul-Sul em questão não haja indícios que firam esses princípios. • Há horizontalidade na definição estratégica do projeto. • Não foram identificadas condicionalidades.
<p>Princípios e elementos orientadores da CSS</p> <p>Apropriação nacional e independência; Benefícios mútuos; Alinhamento e orientação por demanda, horizontalidade; Não Condicionalidade e participação de múltiplos agentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • É prevista apropriação nacional por meio das capacitações e atividades de “fazer conjunto” para desenvolvimento de capacidades. • O projeto atende à demanda do país. • Há horizontalidade. O documento de projeto e outras publicações informam que os eixos do projeto foram todos definidos conjuntamente pelos três países implicados no Memorando de Entendimento Tripartite, nas reuniões do Comitê Gestor Tripartite, a partir da demanda haitiana. Foi também destacada a flexibilidade. • Não foram identificadas condicionalidades e há participação de múltiplos agentes.
<p>Elementos para o alcance dos objetivos últimos da CSS</p> <p>Desenvolvimento de capacidades e intercâmbio de conhecimentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O projeto prevê o compartilhamento de experiências bem-sucedidas no Brasil e prevê que a absorção de tais experiências desenvolverá capacidades no Haiti, como as UPAs 24h, o Programa Nacional de Imunização, os Centros Sentinela de Vigilância Epidemiológica e a política de Agentes Comunitários de Saúde – e a própria experiência sistêmica de cidadania social do Sistema Único de Saúde.
<p>Elementos que estabelecem os objetivos da CSS</p> <p>Bem-estar, autonomia nacional e coletiva e, objetivos internacionalmente acordados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os objetivos estão inseridos na resposta da comunidade internacional em apoio ao terremoto ocorrido no Haiti. • Visam ao fortalecimento do sistema haitiano de saúde pública – e, portanto, à autonomia do país em relação a outras instituições e países ou à filantropia, por exemplo. • Está diretamente relacionado ao bem-estar social da população haitiana.

Fonte: coluna 1: BRICS Policy Center et al. (2017, p. 17); coluna 2: elaboração própria.

Como visto no Capítulo 3, mais especificamente com relação ao formato do fortalecimento de capacidades preconizado, o documento final da Conferência de Nairóbi (2009, p. 2, tradução nossa) informa que os signatários:

12. Reconhecemos que a cooperação Sul-Sul assume formas diferentes e em constante evolução, incluindo, a tal propósito, a partilha de conhecimentos e

experiências, formação, transferência de tecnologia, cooperação financeira e monetária e contribuições em espécie.

13. Reconhecemos a necessidade de fortalecer as capacidades locais nos países em desenvolvimento, apoiando o desenvolvimento de capacidades, instituições, expertise e recursos humanos e sistemas nacionais, quando apropriado, no contributo para as prioridades nacionais de desenvolvimento nacional, sob demanda dos países em desenvolvimento.

Nesse sentido, a concepção do projeto BRA/10/005 está em sintonia com os seguintes pontos: “a partilha de conhecimentos e experiências, formação, desenvolvimento de capacidades, instituições, expertise e recursos humanos e sistemas nacionais [...], sob demanda dos países em desenvolvimento”. Não há menção no documento final da Conferência de Nairóbi quanto à construção de infraestrutura e quanto ao custeio de serviços públicos.

Alinhamento à abordagem brasileira de cooperação Sul-Sul

A abordagem brasileira da cooperação Sul-Sul se encontra no Capítulo 3 do presente trabalho. A tabela a seguir apresenta a análise do documento *initial revision* do “BRA/10/005 – Projeto de cooperação Sul-Sul de fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti”, a partir das orientações expressas no Roteiro da ABC/MRE para o Enquadramento de Propostas de Projeto de Cooperação Técnica Sul-Sul, aqui considerado como o discurso oficial brasileiro das características de um projeto de cooperação técnica Sul-Sul. O roteiro foi extraído do *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul* (BRASIL, 2013b).

É importante ressaltar que o Manual não estava publicado em 2010, quando o projeto foi firmado. Nesse sentido, trata-se de análise para discutir, principalmente, o alinhamento (ou não) do projeto aos objetos, modalidades de intercâmbio, princípios e diretrizes da visão geral e oficial da cooperação Sul-Sul, conforme os parâmetros de elegibilidade da ABC/MRE, bem como, em caminho inverso, discutir a pertinência do enquadramento proposto à luz da prática brasileira de cooperação verificada no projeto em análise.

Tabela 7 – Análise do BRA/10/005 do enquadramento de propostas de projeto de cooperação técnica Sul-Sul da ABC/MRE

Orientação ABC/MRE	Análise do BRA/10/005
1. Quanto aos parâmetros de elegibilidade das iniciativas de cooperação técnica Sul-Sul	
1.1 Em relação ao objeto da proposta de projeto e às modalidades de intercâmbio técnico	
<p>I. São elegíveis para um projeto de cooperação técnica Sul-Sul: I.1 – Quanto ao objeto da iniciativa: <i>Ações de desenvolvimento social e econômico (diferente de ajuda humanitária ou ações assistencialistas) baseadas no compartilhamento de conhecimentos, práticas ou experiências entre instituições/entidades brasileiras e suas congêneres ou afins em outros países em desenvolvimento.</i> I.2 – Quanto às modalidades de intercâmbio técnico contempladas no projeto: <i>Capacitação de recursos humanos (seminários, cursos, treinamentos e oficinas técnicas); Concepção e aplicação de metodologias, técnicas, estratégias e abordagens; Desenvolvimento de modelos gerenciais, ferramentas administrativas e/ou de processos produtivos e operacionais de uma organização; Produção de estudos, análises, pesquisas e diagnósticos de cunho técnico; mapas; manuais, cartilhas e publicações afins; Cessão, aquisição ou transferência de materiais, bens e equipamentos em caráter complementar, desde que combinadas a uma categoria de aporte técnico elegível.</i></p> <p>II. São inelegíveis para um projeto de cooperação técnica Sul-Sul: <i>Apoio orçamentário ao país parceiro ou doação de dinheiro em qualquer forma; Concessão de crédito subsidiado, estabelecimento de linhas de financiamento ou fundos rotativos, ou qualquer outro tipo de operação creditícia/financeira; Construção e/ou reforma de infraestruturas físicas em larga escala; Aquisição de bens imóveis; Concessão de bolsas de estudo ou qualquer ação no campo acadêmico; Pagamento de despesas continuadas ou financiamento de atividades-meio das instituições beneficiárias do(s) país(es) parceiro(s) (e.g. pagamento de salários de funcionários; gastos com taxas de serviços públicos); Provimento direto de bens e serviços públicos (e.g. operação de escolas, hospitais e delegacias; policiamento; construção de infraestrutura sanitária ou de transporte; recolhimento de lixo); Prestação de serviços profissionais, de caráter pontual ou continuado, em apoio às atividades das instituições beneficiárias (e.g. assessoria jurídica, suporte de informática).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • O objeto é o fortalecimento institucional do MSPP “a partir do apoio à organização dos serviços de saúde, com base territorial e comunitária, ao Programa Ampliado de Vacinação (PEV), ao fortalecimento da capacidade da vigilância epidemiológica, à capacitação profissional de técnicos de saúde haitianos e formação de agentes comunitários de saúde” (PNUD, 2010, p. 1). • Prevê a implantação de “quatro unidades de saúde comunitárias de referência, construídas com unidades modulares, incluindo hospedagem de técnicos, para treinamento técnico, além dos módulos assistenciais. Estas unidades [...] deverão ser mantidas no prazo de duração deste projeto, dois anos, tempo necessário para que haja a absorção dos serviços de saúde, conhecimento e gestão pelos funcionários do governo haitiano” (PNUD, 2010, p. 1). • Para as capacitações, é previsto o pagamento de bolsas de estudo aos participantes haitianos. • Os principais produtos do projeto, seja em ênfase, porte ou aporte orçamentário, são construção ou reforma de infraestruturas, aquisição de equipamentos e veículos, e pagamento de bolsas. • As construções, reformas e capacitações amparam-se em experiências bem-sucedidas brasileiras, como as UPAs 24h, o Programa Nacional de Imunização, os Centros Sentinela de Vigilância Epidemiológica, a política de Agentes Comunitários de Saúde e o próprio SUS. • Para enfatizar seu objetivo de fortalecimento institucional, o projeto especifica que as estruturas de saúde construídas ou reformadas devem dar apoio à organização do sistema de saúde em suas localidades, e servirem como projeto piloto de modelo de sistema organizado de saúde. É previsto também que haja capacitação de profissionais nessas unidades. • Se considerados os parâmetros do Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul da ABC, o projeto seria inelegível em seu objeto e em suas modalidades de intercâmbio técnico por prever: Construção e/ou reforma de infraestruturas físicas em larga escala; Concessão de bolsas de estudo; Pagamento de despesas continuadas ou financiamento de atividades-meio das instituições beneficiárias do país parceiro (e.g. pagamento de salários de funcionários); Provimento direto de bens e serviços públicos (e.g. operação de hospitais); construção de infraestrutura sanitária.
1.2 Em relação aos princípios e diretrizes adotados pelo governo brasileiro para a cooperação técnica Sul-Sul	
<p>I. São elegíveis para um projeto de cooperação técnica Sul-Sul: <i>As iniciativas que tenham por objetivo o</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • O projeto prevê o compartilhamento de experiências bem-sucedidas no Brasil e prevê que a absorção de tais experiências desenvolverá capacidades no Haiti (como as

Orientação ABC/MRE	Análise do BRA/10/005
<p><i>compartilhamento de experiências (e.g. conhecimentos, metodologias, experiências) disponíveis no Brasil. [...]</i></p> <p>II. São inelegíveis para um projeto de cooperação técnica Sul-Sul:</p> <p><i>As iniciativas de cooperação técnica Sul-Sul que apresentem duplicidade face a outros projetos e atividades de intercâmbio entre o Brasil e o(s) país(es) proponente(s), independentemente (i) da etapa do ciclo de vida em que se encontrem (identificação, prospecção, formulação, implementação, ou já concluídas). A duplicidade pode se dar: (i) Com relação ao problema que é objeto da iniciativa; e/ou (ii) No âmbito das capacidades a serem desenvolvidas, complementadas e disseminadas.</i></p>	<p>UPAs 24h, o Programa Nacional de Imunização, os Centros Sentinela de Vigilância Epidemiológica e a política de Agentes Comunitários de Saúde).</p> <ul style="list-style-type: none"> • O projeto está em consonância com os princípios e diretrizes indicados no Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul da ABC, por prever o compartilhamento de experiências disponíveis no Brasil (embora o principal objeto diga respeito a atividades inelegíveis, conforme linha acima do quadro). • Houve, contudo, projetos anteriores para o fortalecimento da vigilância epidemiológica no Haiti e houve projetos paralelos para o fortalecimento da gestão de serviços de saúde no país.

Fonte: colunas 1 e 2: ABC (2013, p. 90-94); coluna 3: elaboração própria, a partir de PNUD (2010).

Como visto, com relação aos parâmetros expressos pela visão oficial da ABC/MRE, o projeto alinha-se aos princípios e diretrizes da cooperação Sul-Sul brasileira, por prever o compartilhamento de experiências disponíveis no Brasil (UPA 24h, Programa Nacional de Imunização, política de Agentes Comunitários de Saúde, entre outras). Contudo, de acordo com o objeto e modalidade de intercâmbio, o projeto não estaria alinhado, por prever, em sua maioria, os seguintes critérios inelegíveis:

- Construção e/ou reforma de infraestruturas físicas em larga escala;
- Concessão de bolsas de estudo;
- Pagamento de despesas continuadas ou financiamento de atividades-meio das instituições beneficiárias do país parceiro (e.g. pagamento de salários de funcionários);
- Provimento direto de bens e serviços públicos (e.g. operação de hospitais);
- Construção de infraestrutura sanitária.

As revisões que se seguiram não sanaram essa questão do formato do intercâmbio. Ao contrário, em 2014, quando o Manual já estava publicado, houve uma ampliação do que seriam considerados “critérios inelegíveis”, por meio do Plano de Manutenção dos Hospitais Comunitários de Referência: na primeira versão do projeto, havia a previsão de custeio e manutenção das atividades administrativas dos hospitais; após o Plano de Manutenção, houve a assunção também da contratação regular de médicos e profissionais de saúde, do fornecimento de medicamentos e insumos, e do fornecimento de gás propano para funcionamento de geradores.

Fortalecimento de capacidades estatais e da saúde pública

De modo geral, os entrevistados concordam que o fortalecimento da saúde pública no país contribui para o desenvolvimento social. O entrevistado 7, ligado ao MS, ressalta que a saúde apoia a mudança na qualidade de vida e no futuro do país. O entrevistado 6, também ligado ao MS, ressalta que o investimento em saúde injeta recursos na economia e cria um ciclo positivo. Os entrevistados 1 e 4, haitianos, foram unânimes ao considerarem a saúde pública estratégia essencial para a melhoria das condições de saúde da população e para o desenvolvimento do país.

Como visto na seção anterior do presente capítulo, os entrevistados haitianos destacaram a abordagem sistêmica que a cooperação brasileira desenvolveu com relação à saúde pública no país. Para o entrevistado 4, haitiano, ao contrário de experiências de construção de estruturas sanitárias semelhantes em parceria com outros países, as atividades do BRA/10/005 estão integradas à política de saúde pública do país.

Cabe destacar a importância e relevância do Sistema Único de Saúde enquanto experiência sistêmica e baseada na integralidade da saúde que o Brasil detém, considerado um direito pleno da cidadania social, conforme Capítulo 4. Nesse sentido, o Brasil não só respeitou os princípios da cooperação Sul-Sul, mas também os próprios princípios do Sistema Único de Saúde – além de ter se baseado em seu projeto de desenvolvimento social de natureza redistributiva iniciado com a Constituição Federal de 1988 e intensificado na década que antecedeu o projeto³⁴. Os entrevistados, de modo geral, demonstram a percepção de que a experiência de institucionalização e implementação do SUS tem muito a contribuir com o sistema de saúde haitiano, dada a diversidade de desafios que o SUS está se propondo a enfrentar desde a sua criação, e que o intercâmbio é importante.

Com relação à percepção dos entrevistados sobre os produtos do projeto, não raro, inclusive nas publicações e notícias sobre o projeto, nota-se que, apesar de seu porte e de o projeto prever outros produtos (ver tabela 4), os “carros-chefes” seriam os três Hospitais Comunitários de Referência construídos, imediatamente identificados com o projeto e seus

34 Apesar disso, desde 2016, o sistema brasileiro de proteção social vem sendo enfraquecido pela redução de direitos sociais, por cortes no financiamento das políticas sociais e pela precarização de políticas públicas bem-sucedidas na área social – muitas delas são, inclusive, boas práticas que o Brasil vinha transferindo a outros países por meio de cooperação técnica internacional. A Emenda Constitucional n. 95, de 2016, congelou em termos reais os gastos primários na área social do governo federal por até 20 anos.

produtos ou resultados³⁵, além do Instituto Haitiano de Reabilitação. Tem-se também a percepção de que todas essas atividades estiveram orientadas pelo formato de cooperação técnica Sul-Sul e, nesse sentido, buscaram sempre qualificar as instalações construídas e apoiar seu funcionamento com o já dito “fazer conjunto” e com atividades complementares relacionadas ao fortalecimento de capacidades.

Com relação ao formato de construção de infraestrutura, o entrevistado 2, ligado ao MRE, defende que um projeto de cooperação desenvolvido majoritariamente para a construção de infraestrutura teria sempre o risco de se propor a fortalecer o Estado e, mesmo que não intencionalmente, substituí-lo em suas competências, pondo em risco a narrativa “emancipatória” adotada pelo Brasil, e comprometendo a horizontalidade do processo – o país que financia a infraestrutura adquiriria a postura de quase um “investidor”, em suas palavras. Para ele, o projeto, dado seu porte e volume de recursos, poderia ter previsto mais ações de sustentabilidade para além do custeio. O entrevistado 3, ligado à ABC, posicionou-se contrariamente à construção de infraestrutura em projetos de cooperação técnica. Para ele, esse formato não gera sustentabilidade e se distancia do que deveria ser o fortalecimento institucional – embora reconheça que a construção melhore a capacidade do país de ofertar serviços públicos. O entrevistado 6, ligado ao MS, acredita que a construção dos hospitais foi importante ao país, principalmente pela ampliação do acesso e da cobertura da saúde pública, porém vê a questão como uma decisão tomada “no calor do momento” do terremoto, e que, talvez, não seria uma boa opção em outro momento – até porque, para ele, construir uma estrutura física pode ser sempre um “tiro no pé”, mesmo no Brasil, caso não se tenha conhecimento da rubrica prevista de custeio ou a certeza de sua continuidade com a saída do país que promoveu a construção. Para o entrevistado 7, também ligado ao MS, dificilmente o projeto teria fortalecido institucionalmente o MSPP se não tivesse dotado de condições logísticas e de infraestrutura para desenvolver suas atividades – por exemplo, caso o Brasil não tivesse podido custear gás propano, provavelmente as infraestruturas teriam tido alguma dificuldade inicial para operar, por ausência de redes de energia elétrica.

Os entrevistados 1 e 4, haitianos, defendem que a construção dos hospitais em si e sua manutenção foram importantes para fortalecer institucionalmente o Ministério da Saúde Pública e da População haitiano, embora o entrevistado 1 tenha ressaltado que o fortalecimento teria sido de “algumas áreas importantes”, e não do Ministério em sentido amplo. Os entrevistados informaram que o modelo da UPA 24h – e o conhecimento *in loco*

35 Os hospitais aparecem tanto como “produto” quanto “resultado”, a depender do documento consultado ou do ator entrevistado. No projeto, eles são produtos, e o resultado seria “contribuir para a reestruturação e organização dos serviços de saúde haitianos”.

que atores haitianos tiveram ao realizar, a convite do projeto, missão para conhecer a experiência brasileira das UPAs da periferia do Rio de Janeiro – qualificaram o modelo do serviço de Hospital Comunitário de Referência, que já era existente no sistema de saúde haitiano. Segundo ambos os entrevistados, os hospitais construídos pelo Brasil serviram de modelo prático de serviço organizado e estruturado. Além disso, eles destacaram a questão da ampliação da cobertura dos serviços de saúde, insuficiente no país, ressaltando o aspecto territorial de os hospitais estarem em pontos estratégicos no entorno de Porto Príncipe, sem cobertura de serviços em 2010, e que hoje oferecem atendimento a regiões em que vivem quase um milhão de pessoas³⁶, ademais, estão próximos a rodovias nacionais, desafogando a necessidade de utilização dos serviços de Porto Príncipe para os usuários que vêm de outras regiões ou para os incidentes das rodovias.

O entrevistado 1 informou que o governo haitiano prevê, para um futuro breve, o desenvolvimento desses hospitais em campo de prática para a formação universitária de profissões de saúde. O entrevistado 4 notou que o Instituto Haitiano de Reabilitação, por exemplo, foi a primeira e é a maior estrutura do país a trabalhar com pessoas com deficiência e tem servido de modelo para irradiar a reabilitação de pessoas com deficiência³⁷.

Além disso, os entrevistados 1 e 4, haitianos, acreditam que construir uma estrutura traga visibilidade positiva ao país que financia sua construção. Segundo o entrevistado 1, a formação de epidemiologia realizada pela Fiocruz, por exemplo, foi uma experiência muito rica, porém a população haitiana dificilmente saberá sobre essa atividade brasileira, diferente do Hospital de Bon Repos, por exemplo, batizado de Dra. Zilda Arns, que seria, para ele, uma forma de divulgar a ação no exterior do país e de disseminar o conhecimento sobre Zilda Arns, uma personalidade notória brasileira, falecida no terremoto de 2010.

O entrevistado 7 também notou que, além das estruturas construídas e das atividades empreendidas, os equipamentos adquiridos são todos de última geração, o que amplia a capacidade do Estado de oferecer cuidados médicos à população – ressaltando que houve um “fazer conjunto” também para a operação e manutenção de tais equipamentos, sobretudo pelos técnicos e engenheiros do UNOPS que acompanham o projeto *in loco*. Para

36 Segundo o entrevistado 1, regiões como Carrefour, com cerca de 500 mil pessoas, e Bon Repos e Beudet, com mais de 200 mil pessoas, cada. Importante destacar que Bon Repos e Beudet foram construídas sobre sítios novos, enquanto Carrefour foi a reconstrução de hospital destruído pelo terremoto.

37 O Relatório da CEPAL sobre as deficiências físicas no Haiti (VALENCIA, 2015), por exemplo, cita expressamente que os Hospitais Comunitários de Referência de Carrefour e de Bon Repos prestam serviços médicos especializados, como cirurgia e ortopedia, pediatria, ginecologia, obstetrícia e consultas especializadas, e são referência no país. Cita, ademais, a importância do Instituto Haitiano de Reabilitação como primeiro centro público do país destinado a pessoas com deficiência e a relevância dessa ação para o tema da deficiência física e da reabilitação no Haiti.

ele, o “intercâmbio”, mais do que os produtos em si, foi o mais rico do projeto, dada toda a característica de “fazer conjunto” que o permeou. Ele observou ainda a preocupação constante em qualificar o trabalho no Haiti – cada estrutura construída, por exemplo, conta com uma sala de aula, para que esses serviços possam ser multiplicadores de conhecimento de gestão e organização de serviços no país.

Os entrevistados 1 e 4, haitianos, e o entrevistado 7, ligado ao MS, especificaram a importância da complementaridade do projeto com os convênios descritos na seção de delimitação e da participação de Cuba na cooperação, em que as atividades do projeto estiveram conectadas a atividades de formação e capacitação, intercâmbio, diagnóstico do sistema, intenso contato tripartite, além das atividades humanitárias realizadas no contexto da resposta ao terremoto.

A abordagem da cooperação brasileira de fortalecer capacidades estatais está em sintonia com a literatura especializada consultada na medida em que busca fortalecer o Estado no Haiti. Como Mkandawire (2001) notou, atores transnacionais, dentre eles ONGs e doadores internacionais, oferecem apoio a política social, de maneira geral, relacionado a objetivos humanitários e raramente integrado com concepções de desenvolvimento. O autor reforça que, os Estados, quanto mais abertos a interferências externas, devam ter um setor público desenvolvido que dê segurança à resolução dos conflitos sociais internos e às pressões da globalização. Para Seitenfus (2017), o Haiti é o maior recebedor de ajuda internacional per capita do mundo e tem dificuldade em superar os desafios do desenvolvimento. Jérôme (In: SANTIAGO, 2013) defende que a ajuda humanitária ao Haiti tem sido uma das principais fontes de recursos de milhares de ONGs que atuam há décadas no país, sem, contudo, melhorar de forma sustentável a situação da população. Sobre a dependência do país de ajuda externa, Baranyi (2012) nota que, em 2011, 60% do orçamento nacional provinha de ajuda oficial ao desenvolvimento, porém somente 10% passavam de fato para as contas nacionais e instituições³⁸, o que denota que a ajuda externa não necessariamente estaria fortalecendo o Estado haitiano. Para o entrevistado 2, ligado ao MRE, a cooperação e a ajuda internacionais estão notadamente presentes na estrutura do Estado haitiano e muitas instituições consideram, inclusive, a cooperação internacional parte do orçamento ou modalidade do executar políticas, assim como a relação com atores externos influencia a ocupação de cargos públicos no país.

38 O entrevistado 6 enfatizou que o recurso do BRA/10/005 não foi repassado diretamente ao governo haitiano, tendo ficado sob responsabilidade do coordenador brasileiro. Para ele, essa seria uma debilidade do projeto, por assumir uma função “quase de tutela” e não de incentivar que atores haitianos assumam o encargo de executar o projeto e fortaleçam capacidades de planejamento e implementação importantes.

Como notou Baranyi (2012), a estabilidade pretendida pela MINUSTAH no Haiti também estava diretamente relacionada à capacidade haitiana técnico-administrativa de ofertar serviços e extrair impostos, além da sua presença no território, no sentido posto pelo poder infraestrutural do Estado (MANN, 1984), bem como para fortalecer a legitimidade política do Estado perante seus cidadãos. O autor defende que a estabilização de fato do país pressupõe desenvolver as capacidades locais de governança, planejamento, taxaço, provisào de serviços públicos, e atividades características de instituições democráticas, como a participação. Nesse sentido, o fortalecimento das instituições, do acesso a serviços públicos, da burocracia estatal e dos canais participativos da sociedade são fundamentais para o desenvolvimento e, da mesma forma, para a estabilização política do Haiti e a consolidação de suas instituições democráticas.

Implementação do projeto e revisões

Os entrevistados ressaltaram, como já visto, os aspectos da flexibilidade do projeto, assim como ficou latente na Tabela 5 a quantidade de revisões – seis substantivas e uma geral, em sete anos, além da definição de projeto complementar. De maneira geral, essa quantidade de revisões esteve relacionada à incipiência da implementação da política social ou baixa capacidade estatal; ao não dimensionamento real das dificuldades que seriam encontradas para a implementação do projeto; às limitações normativas brasileiras para cooperar internacionalmente; ou ainda pela complexidade do ambiente e das relações do país, conforme informam os entrevistados e o texto de algumas revisões que estão disponíveis para consulta pública. Esta seção traz percepções e aprendizados relacionados à implementação do projeto que, conquanto não estivessem presentes no roteiro de entrevistas ou mesmo na pergunta de pesquisa, mostraram-se relevantes à análise aqui realizada.

Para o entrevistado 7, ligado ao MS, o projeto “foi sendo moldado” ao longo de sua execução, vista a sua definição, em linhas gerais, em contexto pós-terremoto e todos os desafios verificados durante sua implementação. Para o entrevistado 5, também ligado ao MS, a quantidade de revisões esteve ligada tanto à flexibilidade do projeto quanto a um dimensionamento insuficiente das dificuldades que o projeto enfrentaria. Segundo ele, a missão do Gabinete de Crise brasileiro realizada no Haiti após o terremoto teria feito a proposição inicial de construir 10 UPAs no país, como resposta emergencial ao desastre, por

serem estruturas de saúde que permitiriam a rápida construção³⁹. Contudo, alguns desafios se interpuseram e acabaram alterando os termos do projeto, até sua assinatura dez meses após a missão. Sua implementação também apresentou questões novas e que precisaram ser sanadas. Entre os principais desafios para a construção das UPAs (posteriormente chamadas Hospitais Comunitários de Referência), ele citou aqueles organizados conforme os temas a seguir.

- a) O ambiente normativo brasileiro – segundo o entrevistado, o objetivo do governo brasileiro teria sido construir as UPAs imediatamente após a missão de janeiro de 2010, como ação emergencial pós-terremoto, pois estariam prontas em poucos meses. O ambiente normativo brasileiro, porém, impediu que a ideia inicial – de o próprio Ministério da Saúde brasileiro licitar a construção das UPAs no Haiti – se concretizasse. Entre a edição da Medida Provisória que disponibilizou os recursos necessários, em 27 de janeiro de 2010, e a assinatura do BRA/10/005, em 28 de novembro de 2010, dez meses se passaram. Segundo o entrevistado, nesse período verificou-se a necessidade de executar o projeto em parceria com organismo internacional. O PNUD teria sido escolhido em função de ser, então, o organismo apto a realizar construções internacionais.
- b) A dificuldade de executar projetos no exterior – segundo o entrevistado, o cálculo inicial de dez UPAs partia de estimativas nacionais e, ao se quantificar os custos para a incorporação no exterior, verificou-se que o número seria reduzido a quatro UPAs.
- c) A complexidade da situação haitiana – segundo o entrevistado, houve muita dificuldade para a alocação dos terrenos, que seria de contrapartida do governo haitiano⁴⁰. Com a destruição causada pelo terremoto em Porto Príncipe, muitas pessoas migraram para as áreas periféricas e, nos terrenos previstos para a construção dos hospitais, havia ocupações, questão que teve de ser previamente equacionada pelo governo haitiano, o que acabou levando mais de um ano. Em função da indisponibilidade de um quarto terreno, as quatro UPAs, então, foram reduzidas para três.
- d) A complexidade da execução de projeto com esse porte – mesmo o PNUD teve dificuldade de executar as obras no Haiti, e firmou Carta Acordo com o Escritório das Nações Unidas de Serviços para Projetos (UNOPS), que teria

39 A partir dessa sugestão inicial brasileira, os haitianos teriam elaborado a proposição inicial de projeto – a “demanda” –, incluindo as outras dimensões assumidas pelo projeto (entrevistados 1, 4 e 5, comunicação pessoal).

40 Informação também apresentada pelos entrevistados 1, 4 e 7.

procedimentos licitatórios simplificados. As “UPAS”, que deveriam ter sido construídas em meses, acabaram levando quatro anos para sua inauguração e quase cinco para funcionamento.

Além do UNOPS, o PNUD também acabou por firmar Carta Acordo com a OPAS/OMS do Haiti (ver Tabela 5, revisão substantiva 4, de 06 de outubro de 2014), cujo objetivo era garantir o abastecimento de medicamentos essenciais para a operação dos hospitais. Segundo o entrevistado 5, verificou-se que o governo haitiano não teria, à época, capacidade de elaborar a lista de medicamentos essenciais ao funcionamento dos hospitais, tampouco quantificar sua demanda e executar sua compra, armazenamento e logística, o que se optou por realizar em parceria com o Programa de Medicamentos Essenciais (PROMESS), da OPAS/OMS⁴¹.

Como é possível notar, esses desafios, até então não previstos pelo projeto, não só inviabilizaram a sua execução no prazo inicial previsto de dois anos, mas acabaram por aumentar os custos diretos relacionados à sua execução, por demandarem transações com outros dois organismos internacionais e o respectivo pagamento de suas taxas de serviço – embora notadamente haja o ganho de realizar parceria com instituições internacionais especializadas e já em atuação no país.

O entrevistado 5 também notou que várias dificuldades relacionadas ao funcionamento das estruturas construídas foram verificadas somente durante a execução do projeto, por exemplo, contratação de profissionais e abastecimento de gás propano para os geradores de energia elétrica, e foram apresentadas ao longo das reuniões trimestrais do Comitê Gestor Tripartite, que se reúne desde abril de 2010.

A revisão substantiva 5, de setembro de 2015, elenca as seguintes dificuldades encontradas até então – e que seriam justificativas ao aumento do custeio dos hospitais, incluindo o pagamento de funcionários e a aquisição de gás propano:

- a) A falta de orçamento do MSPP para a sequência de atividades iniciadas no âmbito do projeto.
- b) O atraso do MSPP em relação ao cronograma de seleção de profissionais especialistas para os três Hospitais Comunitários de Referência construídos e inaugurados.
- c) A dificuldade de execução de contrapartidas pelo MSPP, ou mesmo do governo haitiano.

41 O entrevistado 6 ressaltou ser fundamental que sejam realizadas capacitações em gestão farmacêutica no país, com formação de currículo nacional, como recomendação a um próximo projeto.

- d) O contexto político de eleições em 2015.
- e) As várias mudanças de gestores do Ministério da Saúde do Brasil para o projeto BRA/10/005⁴².
- f) A falta de pessoal qualificado no MSPP para as atividades básicas de funcionamento dos HCRs.
- g) Vários pedidos de apoio financeiro para o custeio de atividades nas áreas de vacinação e de manutenção das estruturas físicas construídas.
- h) Dificuldades do MSPP em realizar as prestações de contas de recursos executados no âmbito do projeto.

O entrevistado 6, ligado ao MS, notou que, também no âmbito brasileiro, houve consideráveis desafios do ponto de vista de capacidades técnico-administrativas, em grande parte devido ao que para ele seria uma normativa rígida, estendendo regras locais à execução em contextos diferentes. O projeto, implementado pelo PNUD na modalidade de “execução nacional”, estava sujeito aos mesmos controles de projetos nacionais, embora executado em outro ambiente normativo. Assim, o coordenador formal do projeto no Brasil – sendo, durante a maior parte da execução do projeto, o gestor que ocupa o cargo de Diretor do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID), da Secretaria-Executiva do MS – era responsável não só pela boa execução do projeto, mas também pela autorização do pagamento das bolsas, pela guarda de patrimônio até sua doação ao MSPP, pela aquisição de equipamentos, entre outras responsabilidades relativamente difíceis de serem assumidas a distância. Segundo ele, por exemplo, os técnicos haitianos e de organismos internacionais, responsáveis pela recepção e aceite de aquisições realizadas, seriam menos rigorosos que os técnicos brasileiros ligados a licitações costumam ser, sendo mais flexíveis a alterações em produtos entregues pelos fornecedores.

O entrevistado citou, ademais, que houve atrasos nos pagamentos de bolsas dos agentes comunitários de saúde em formação, fato que chegou a gerar mobilizações dos agentes e teria repercutido negativamente para a imagem do Brasil no Haiti. O atraso ocorreu pela não recepção no MS da prestação de contas de pagamento das bolsas aos alunos, de responsabilidade dos gestores haitianos, o que seria requisito à autorização de um próximo pagamento. Houve ainda a questão de o governo haitiano reter imposto de renda das bolsas de estudo, o que do lado brasileiro seria ilegal, gerando um impasse administrativo que levou

42 Do lado brasileiro, inicialmente o projeto era de competência da Assessoria de Assuntos Internacionais, no Gabinete do Ministro do MS, passando, após, para o Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, na Secretaria-Executiva do MS. Além da mudança de estruturas, houve mudanças de gestão, tanto na Assessoria quanto no Departamento e no Ministério, que já teve seis ministros desde então.

algum tempo para ser solucionado – ao final, o governo haitiano abriu mão de tributar as bolsas de estudo visto a impossibilidade identificada de se flexibilizar a normativa brasileira. O entrevistado notou que as dificuldades de obtenção de prestações de contas de pagamentos de bolsas do lado haitiano – o que seria uma planilha simplificada, já com vistas a garantir seu cumprimento – seria também pela cultura burocrática do Haiti, que envolveria um excesso de procedimentos, hierarquia rígida e conflitos entre áreas diferentes da administração. Apesar dos desafios administrativos verificados – que teriam sido uma importante lição aprendida para o Brasil –, o entrevistado 6 ressaltou que o projeto passou por duas auditorias da Controladoria-Geral da União (CGU) e em ambas teve pareceres positivos.

O entrevistado 6 notou, também, dificuldades relacionadas a capacidades político-relacionais do lado brasileiro. Para ele, o DESID, na qualidade de gestor administrativo do projeto, sendo, na estrutura do MS, um departamento, teria tido alguma dificuldade para lidar com as demandas, e em alguns casos “pressões”, de outros atores do próprio MS, por exemplo, de Secretarias do Ministério que tiveram participação nas atividades do projeto e do Gabinete do Ministro e sua Assessoria de Assuntos Internacionais, bem como outras instituições, dentre elas MRE, ABC, Fiocruz, UFRGS, UFSC, CGU, Embaixada do Brasil no Haiti, além dos fornecedores e empreiteiras, dos organismos internacionais (PNUD, UNOPS e OPAS/OMS), da Brigada Médica Cubana, das instituições do governo haitiano, dos beneficiários das capacitações e dos usuários dos serviços para que o projeto se concretizasse. O entrevistado acredita que seria importante o desenvolvimento de um arranjo de gestão que harmonizasse de maneira mais efetiva as relações interinstitucionais do lado brasileiro, do ponto de vista da gestão administrativa do projeto.

Os entrevistados 1 e 4 ressaltaram também que, nos primeiros anos de implementação do projeto, havia um gerente de projeto brasileiro residente em Porto Príncipe, que promovia reuniões quinzenais⁴³ em seu escritório junto aos responsáveis pela execução das ações em curso, o que teria aumentado a coordenação e a efetividade das ações do projeto à época. Ainda segundo os entrevistados, desde a saída do gerente de projeto de Porto Príncipe, as reuniões quinzenais seguem ocorrendo no MSPP, sob coordenação do governo haitiano e sua estratégia de coordenação tem sido fundamental para o sucesso do projeto, o que teria sido uma boa prática perenizada a partir de um “efeito colateral” do projeto. Os haitianos entrevistados veem com muito entusiasmo a estratégia de coordenação do Comitê Gestor Tripartite, em reuniões trimestrais, e do Comitê Executivo em atividade no MSPP,

43 Essas reuniões seriam de um Comitê Executivo, vinculado à execução do projeto. Elas coexistiram com as reuniões políticas trimestrais do Comitê Gestor Tripartite.

com reuniões quinzenais, que teria fortalecido o monitoramento, a avaliação e a tomada de decisões estratégicas.

Resultados identificados do projeto

As entrevistas realizadas permitiram também a identificação de alguns resultados relevantes do projeto, percebidos pelos atores-chave, como a questão do Comitê Executivo permanente mantido após a saída do gerente de projeto brasileiro do Haiti, apresentada ao final da seção anterior.

Com relação às formações e capacitações realizadas⁴⁴ – Agentes Comunitários de Saúde Polivalentes, Auxiliares de Enfermagem Polivalentes e Inspectores Sanitários –, os entrevistados 1 e 4, haitianos, notaram que essas formações foram fundamentais ao país. Segundo o entrevistado 4, o agente comunitário de saúde já era figura existente na saúde comunitária haitiana desde a década de 1980 – então de maneira esparsa, por influência da Conferência de Alma-Ata de 1978. A cooperação tripartite Brasil-Cuba-Haiti foi oportunidade para fortalecer essa política: o atual currículo nacional de formação de agentes comunitários de saúde é majoritariamente inspirado naquele proposto pela cooperação; a grandiosidade da ação conferiu peso à política de saúde comunitária no MSPP; e a ação foi oportunidade para a definição das funções dos profissionais da equipe de saúde da família (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde), o que até então era difuso e pouco determinado em âmbito de política nacional.

Ambos os entrevistados haitianos disseram, por fim, que a relação dos agentes com a comunidade tem revelado uma demanda social e uma necessidade constante de institucionalizar a participação da comunidade nas unidades de saúde e o MSPP está estudando como implementar uma política de participação social. Com relação ao pagamento de bolsa, considerado inelegível para o Manual da Cooperação Técnica Sul-Sul da ABC, o entrevistado 5 nota que dificilmente o projeto teria logrado a formação de mais de mil agentes, dada a situação de pobreza no país, sem pagar bolsas. Para ele, contudo, houve grande dificuldade, por parte do sistema de saúde haitiano, em absorver os mais de mil

44 O entrevistado 5 esclareceu que o projeto BRA/10/005 se ocupou do pagamento de bolsas e de questões de logística e infraestrutura para a realização dessas formações, enquanto os currículos e formações foram desenvolvidos pelos convênios complementares, que não são objeto de análise do presente trabalho (ver seção de delimitação).

agentes formados, que estariam, em sua maioria, sem trabalhar na área atualmente, também pela dificuldade do governo haitiano em manter o pagamento de seus salários⁴⁵.

Com relação às vacinas doadas no âmbito do projeto, os entrevistados 1 e 4, haitianos, notaram que foi fundamental o apoio técnico prestado pelo Brasil para a realização da campanha de vacinação nacional e enfatizaram a expertise brasileira em campanhas de vacinação. A rede de frio também foi ação importante pois, como dito acima, o armazenamento de medicamentos, vacinas e insumos no país era feito essencialmente pela OPAS/OMS, em seu depósito em Porto Príncipe, região Centro-Oeste do país, e essa ação aumentou a capacidade de imunização, de vigilância epidemiológica e de suprimento de insumos no território. Os depósitos construídos pelo projeto, em Jérémie, Port-de-Paix e Fort-Liberté, respectivamente regiões Sudoeste, Noroeste e Norte do país, permitiram, segundo a maior parte dos entrevistados, criar uma rede logística para aprofundar a política de imunização e viabilizar campanhas de vacinação e armazenamento de medicamentos e insumos nessas localidades, possibilitando a descentralização de insumos armazenados em depósito de organismo internacional. Houve também a aquisição de caminhões refrigerados para o transporte entre essas localidades. Não houve informações sobre medidas de formação e manutenção nessas estruturas⁴⁶. Foram citados pelos entrevistados, ainda, que os laboratórios construídos e reformados fortaleceram a vigilância epidemiológica do país, por dotá-lo de condições de realizar análises.

O projeto adquiriu, também, trinta ambulâncias para apoiar a resposta a emergências no país, bem como promoveu o intercâmbio com o SAMU 192 brasileiro, ao trazer uma missão de técnicos haitianos para conhecer a experiência brasileira e enviar técnicos brasileiros ao Haiti para troca de experiências. O Centro Nacional de Ambulâncias (CAN, sigla em francês) haitiano, conforme informou o entrevistado 4, haitiano, teve inspiração no SAMU brasileiro – não havendo, contudo, um projeto estruturado de fortalecimento do CAN haitiano no âmbito do BRA/10/005⁴⁷.

45 Kastrup et al. (2017) defendem que “o governo haitiano não apresentou uma proposta de incorporação dessa mão de obra ao sistema de saúde do país – o que estava previamente definido pelo projeto original – e muitos dos profissionais formados acabaram trabalhando para ONGs”.

46 Kastrup et al. (2017, p. 650) afirmam que “apesar das reuniões periódicas e dos espaços permanentes de diálogo, algumas dificuldades de coordenação entre as instituições brasileiras foram identificadas pela equipe da Fiocruz. Por exemplo, ao mesmo tempo que a Fiocruz realizou um processo de formação em epidemiologia para profissionais de saúde do governo central e dos dez departamentos sanitários do Haiti, outras ações com interface direta nessa área foram executadas pela cooperação brasileira, como a aquisição de veículos e de material para implementação de uma cadeia de frio para a distribuição de vacina, sem que houvesse um diálogo mais estreito com os alunos do curso ou com os coordenadores brasileiros do processo de formação [...], a desconexão com a formação dificultou a integração desses equipamentos ao trabalho na proposta de educação permanente”.

47 O projeto BRA/17/018, assinado em junho de 2017, como proposta de continuidade da manutenção dos HCR e do Instituto Haitiano de Reabilitação por mais três anos e para qualificação das urgências e emergências do país, prevê a reforma de sede do CAN e aquisição de mais ambulâncias para o país, além da reforma das ambulâncias doadas, e “capacitações”.

Finalmente, com relação à participação social, as entrevistas indicaram que não houve consultas à comunidade quanto à instalação dos hospitais na região ou quanto às demais ações do projeto. O entrevistado 6 ressaltou que a comunidade não pôde participar da cerimônia política de inauguração dos hospitais, a pedido haitiano. Para o entrevistado 2, apesar da forte presença da cooperação internacional no país, a sociedade haitiana, de maneira geral, estaria alheia a fazer o controle social das ações internacionais em seu país, sendo poucos os grupos que o fazem de maneira organizada. De acordo com ele, a sociedade civil poderia participar de algumas formas, por exemplo, sendo parte dos processos de controle social para o monitoramento e avaliação dos resultados; exercendo o controle social do formato e metodologia dos projetos – discutindo “o quê” seria cultural e socialmente aceitável –; por meio do controle social para verificar o impacto do projeto na comunidade por ele afetada; tendo canais para participar de decisões que lhe dizem respeito; ou mesmo participando como parte cooperante de projetos, da mesma forma que ocorre em alguns projetos em que organizações da sociedade civil participam de projetos capitaneados pelo país, como o Lèt Agogo⁴⁸.

Os entrevistados 1 e 4 ressaltaram que a Constituição haitiana de 1987 foi aprovada num contexto de intensa mobilização social iniciada em 1985, com o processo de queda da ditadura Duvalier, e garantiu a saúde como direito social. Contudo, não houve a previsão de mecanismos de participação social na política de saúde pública. Ambos os entrevistados informaram – em tom de “efeito colateral positivo” do projeto – que está em discussão no âmbito do MSPP uma política de participação social, em parte impulsionada pelo fortalecimento da política de agentes comunitários de saúde e seu envolvimento com a comunidade no entorno dos serviços de saúde, que tem instigado diálogos – de caráter informal e intermitente – com a direção dos serviços de saúde.

Considerações finais do capítulo

O BRA/10/005, já em seu título, é definido como um projeto de cooperação Sul-Sul para fortalecimento de capacidades estatais. O caso revela singularidades, como o fato de se propor a fortalecer institucionalmente o MSPP, ao passo em que a maior parte de seus

Informação disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/ministro-da-saude-participa-de-inauguracoes-de-unidades-de-saude-no-haiti>> (Acesso em: 23 jan. 2018). Essa atividade não está no documento de projeto (PNUD, 2017) e provavelmente será uma de suas revisões substantivas.

48 Para mais informações sobre o Lèt Agogo, ver Santiago (2013) e Lopes Filho (2017).

recursos é dedicada a investimento em infraestrutura e equipamentos e a custeio. Ademais, trata-se de projeto com elevado orçamento e, diferente da maior parte dos projetos do governo brasileiro, seu financiamento é feito exclusivamente com recursos do Ministério da Saúde brasileiro, sem aporte financeiro da Agência Brasileira de Cooperação.

Como visto, a abordagem brasileira de cooperar tecnicamente para fortalecer capacidades estatais está em sintonia com a literatura especializada consultada na medida em que busca fortalecer o Estado no Haiti.

Com relação ao “como” fortalecer as capacidades do Estado, conforme se discutiu no Capítulo 2, o conceito de capacidades estatais é fluído e pode assumir várias dimensões. Cabe lembrar a peculiaridade do caso: o projeto em discussão insere-se no contexto de apoio ao desenvolvimento de capacidades de executar políticas públicas em um país ainda não dotado de capacidades consideradas básicas por muitos autores, dentre as quais a capacidade fiscal e a plena soberania – reveladas pela dependência de ajuda externa e por, durante a quase totalidade da vigência do projeto, estar sob missão de paz composta por forças armadas estrangeiras –, bem como pela baixa cobertura de provisão de serviços públicos de saúde – dados oficiais haitianos dão conta de que 40% da população não tem acesso a cuidados formais de saúde, seja ela pública, privada ou filantrópica (HAITI, 2016). Ademais, ocorre após a passagem de um terremoto que destruiu parte considerável da estrutura pública de provimento de serviços, inclusive de saúde. Nesse sentido, o fortalecimento das instituições, do acesso a serviços públicos, da burocracia estatal e dos canais participativos da sociedade são fundamentais para o desenvolvimento, bem como para a estabilização política do Haiti e a consolidação de suas instituições democráticas.

O SUS também configurou uma experiência brasileira relevante e sistêmica para o fortalecimento institucional, que tradicionalmente ocorre no país de maneira fragmentada e sem coordenação, de modo a balizar uma abordagem que fortalece a saúde pública amparada em sua política como um todo, apoiando indiretamente o fortalecimento do seu sistema de saúde.

De maneira geral, o projeto adota os princípios e elementos internacionalmente aceitos da cooperação Sul-Sul, aqui considerados a partir do Documento Final da Conferência de Nairóbi de 2009 (ONU, 2009; BRICS Policy Center et al., 2017), dentre os quais cita-se a horizontalidade, a não condicionalidade, a atuação por demanda, o compartilhamento de saberes, a transferência de políticas e experiências bem-sucedidas, o objetivo de bem-estar, o fortalecimento de capacidades e o desenvolvimento.

Com relação ao discurso oficial brasileiro da cooperação técnica Sul-Sul, aqui expresso por meio do roteiro de enquadramento do *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul* (ver Tabela 7), o projeto alinha-se aos princípios e diretrizes oficiais da cooperação Sul-Sul brasileira, por prever o compartilhamento de experiências disponíveis no Brasil, mas prevê, amplamente, formatos de intercâmbio que seriam entendidos como inegáveis para a cooperação técnica Sul-Sul brasileira. Nota-se que o projeto representa uma relativa inovação ao diferenciar-se dos formatos tradicionais desenvolvidos pela ABC e assumir os desafios inerentes a essa opção.

As revisões que se seguiram ao documento inicial de projeto mantiveram o formato do intercâmbio, sendo que, em 2014, o projeto avançou nos termos que seriam oficialmente “inegáveis”, por meio da aprovação do Plano de Manutenção dos Hospitais Comunitários de Referência. Na primeira versão do projeto, de 2010, havia a previsão de custeio e manutenção das atividades administrativas dos hospitais; após o Plano de Manutenção, de 2014, houve a assunção também da contratação regular de médicos e profissionais de saúde, do fornecimento de medicamentos e insumos e do provimento de gás propano para funcionamento de geradores. Essa ação indica que a abordagem do projeto, embora em seu formato seja estranha à orientação oficial brasileira de cooperação Sul-Sul, dialoga com a necessidade haitiana de fortalecer o Estado no sentido de cobertura territorial – agravada pelo fato de o projeto ter se desenhado após um terremoto, que destruiu parte considerável da infraestrutura de serviços públicos do país.

Os desafios e dificuldades apresentados expressamente pelos entrevistados e pelas revisões substantivas do projeto, por exemplo, falta de equipamentos, de recursos humanos ou de recursos financeiros para custeio das estruturas de saúde, denotam baixa capacidade fiscal (recolhimento de impostos), baixa capacidade administrativa (burocracia e gestão administrativa), baixa capacidade de cobertura territorial (ausência de serviços) e baixa capacidade política (instabilidade política verificada). Ainda com relação às revisões, focadas principalmente em estender prazos, notou-se uma abordagem brasileira de optar por prazos curtos e revisões contínuas, ao invés de assumir um projeto de médio prazo, o que, segundo o entrevistado 5, seria uma opção em função da flexibilidade de alterações conforme as demandas fossem formuladas no Comitê Gestor Tripartite. Aparentemente, a extensão de prazos ou a assunção do custeio dos serviços por parte do Brasil não necessariamente faz frente a todas as dificuldades listadas – na prática, sua ação principal foi garantir que as estruturas construídas pelo Brasil no exterior não ficassem inoperantes.

Os achados revelam que o projeto representou uma relativa inovação em relação a projetos de cooperação técnica tradicionalmente prestados pelo Brasil e, se por um lado se propôs a fortalecer majoritariamente questões relacionadas à capacidade de cobertura territorial do Estado e o acesso para a saúde pública no Haiti, por outro lado, essas atividades estiveram, de modo geral, permeadas pelos princípios da cooperação Sul-Sul, de horizontalidade, flexibilidade e, sobretudo, de um “fazer conjunto” e de buscar acoplar atividades de transferência de conhecimentos, de formação e de organização de serviços e do sistema de saúde haitiano, inspirado nas experiências desenvolvidas pela institucionalização e implementação do Sistema Único de Saúde, junto com as estruturas físicas construídas e reformadas ou com as aquisições realizadas – o que acabou por se propor a desenvolver também capacidades técnico-administrativas e, em alguma medida, político-relacionais. Como revelam as entrevistas realizadas, essas atividades geraram “efeitos colaterais positivos” do projeto no país, a saber: o desenvolvimento de estratégias de coordenação e gestão que têm se mostrado perenes desde 2010, o fortalecimento da saúde comunitária no âmbito da política nacional de saúde, a organização das atribuições da equipe de saúde da família, o reconhecimento da organização dos serviços implantados como modelo e campo de prática para a formação universitária, a criação de um serviço pioneiro de reabilitação de deficiências físicas, e até uma possível política de participação social em gestação.

Uma outra possível resposta que se pode depreender do caso analisado e que pode contribuir ao estudo da cooperação Sul-Sul brasileira é que, em determinadas condições, o investimento em infraestrutura e custeio também contribui para a capacidade institucional, desde que esteja permeado por características inerentes à cooperação Sul-Sul – como a horizontalidade, a transferência de conhecimentos e o fazer conjunto. Conforme visto, atividades consideradas de sucesso – como os agentes comunitários de saúde e seus efeitos na política de saúde comunitária e na participação social, e a organização dos serviços de saúde realizada por meio dos serviços construídos – dificilmente teria se concretizado sem o pagamento de bolsa, a garantia de energia elétrica ou mesmo a manutenção no início de suas atividades.

Considerações finais

A cooperação técnica Sul-Sul prestada pelo Brasil desde o início dos anos 2000 logrou firmar uma série de projetos e compartilhar conhecimento e experiências bem-sucedidas em políticas públicas em diversas áreas, com enfoque social, bem como priorizou o desenvolvimento e o fortalecimento de capacidades estatais. Um dos principais resultados da cooperação Sul-Sul prestada pelo Brasil nos últimos anos é o fortalecimento e protagonismo dos países em desenvolvimento e de suas políticas (SÁ E SILVA, 2016; HIRST, 2012).

No Brasil, a saúde pública é um dever do Estado e segue princípios de cidadania social plena. Promover a cooperação técnica e disseminar os avanços do SUS significa, assim, fortalecer o próprio sistema e suas perspectivas de direito universal, calcado em fundamentos democráticos e participativos e orientados para o bem-estar integral da população – aplicado a outros contextos e aprovado como solução eficaz de promoção de saúde e cidadania social e como fruto da nossa própria experiência de desenvolvimento social adotada a partir da Constituição de 1988 e aprofundada a partir da década que antecedeu o desenvolvimento do projeto aqui analisado. A saúde pública é também promotora de desenvolvimento social e econômico, como visto no Capítulo 1, e está presente na Agenda das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável.

O Haiti, país com o qual o Brasil manteve pouca relação até 2004, tornou-se central para as suas relações internacionais após o início da liderança militar brasileira da MINUSTAH. Desde então, grandes esforços de cooperação do Brasil têm sido destinados ao Haiti, que chegou a ter quase 50% dos gastos brasileiros direcionados à cooperação para o desenvolvimento internacional em 2010 (IPEA, ABC, 2013). O país, que foi a Pérola das Antilhas, teve, nos últimos 200 anos, um histórico de crises, instabilidades políticas, dominações estrangeiras, dados sociais alarmantes, dependência de ajuda e cooperação internacionais, bem como uma economia incipiente, que foi desarticulada com o período neoliberal do final do século XX – fatores que poderiam explicar em parte o atual contexto de pobreza e vulnerabilidade social da população e de fragilidade do Estado. Apesar das dificuldades do país, sua Constituição, elaborada em contexto de mobilizações sociais, reconhece direitos sociais, inclusive à saúde pública. A ação social do Estado, contudo, vê-se fragilizada por uma série de capacidades estatais deficitárias, aliada à dependência de ajuda e cooperação internacionais, com uma multiplicidade de atores em atuação no território, que não têm sua ação necessariamente coordenada com as atividades e políticas do Estado

haitiano, e a ausência de fundos públicos que suportem uma quantidade de gasto social constante e destinada ao desenvolvimento social do país.

A literatura de fortalecimento de capacidades estatais é fluida e adota várias visões para tanto. A cobertura de serviços, por exemplo, estaria diretamente associada à dimensão territorial do Estado (MANN, 1984). Estudiosos de capacidades estatais e de desenvolvimento social enfatizam também outras dimensões importantes para o fortalecimento de uma instituição pública de política social, como o fortalecimento da governança, a formação de pessoas, o fortalecimento do financiamento público, a gestão democrática e participativa, a transparência, entre outras.

O presente trabalho discutiu o caso do projeto BRA/10/005, que se propôs a fortalecer a autoridade sanitária haitiana. De acordo com o Capítulo 5, o projeto alinha-se a princípios internacionalmente aceitos da cooperação Sul-Sul, porém o mesmo não ocorre completamente na orientação oficial brasileira, expressa pelo *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul* da ABC/MRE, em decorrência do formato de intercâmbio, que desenvolveu atividades como construções e reformas em larga escala, pagamento de bolsas de estudo e custeio de serviços públicos.

Nesse sentido, esse projeto teria um caráter inovador em relação aos projetos de cooperação Sul-Sul tradicionalmente executados pela ABC, tendo em vista que o formato de cooperação técnica oficialmente defendido pelo Brasil não necessariamente atende a situações como a do Haiti, em que ações alinhadas à orientação oficial talvez fossem demasiado fracas para apoiar o desenvolvimento de um país desprovido de capacidades básicas – como a carência de equipamentos, de infraestrutura e de cobertura territorial de provimento de serviços públicos –, além de outras questões, por exemplo, falta de recursos financeiros, fundos públicos disponível, dificuldades de coordenação, de planejamento, de monitoramento e avaliação etc. Por outro lado, essas atividades estiveram, de modo geral, permeadas pelos princípios da cooperação Sul-Sul, de horizontalidade, flexibilidade e, sobretudo, de um “fazer conjunto” e de buscar acoplar atividades de transferência de conhecimentos, de formação e de organização de serviços e do sistema de saúde haitiano, inspirado nas experiências desenvolvidas pela institucionalização e implementação do Sistema Único de Saúde, a partir das estruturas físicas construídas e reformadas ou das aquisições realizadas, em integração com a política nacional de saúde pública – o que acabou por se propor a desenvolver também capacidades técnico-administrativas e, em alguma medida, político-relacionais.

Como revelam as entrevistas realizadas, as atividades concretizadas pelo projeto geraram “efeitos colaterais positivos” no país, como o desenvolvimento de estratégias de

coordenação e gestão, que têm se mostrado perenes desde 2010, o fortalecimento da saúde comunitária, a organização das atribuições da equipe de saúde da família, o reconhecimento da organização dos serviços implantados como campo de prática para a formação universitária, a criação de um serviço pioneiro de reabilitação de deficiências físicas, e até uma possível política de participação social em gestação.

Os entrevistados apresentaram também aprendizados e dificuldades verificados no âmbito brasileiro. Ficou latente a necessidade de fortalecer a institucionalidade da própria cooperação brasileira, que permita atividades internacionais mais diversificadas, que possam prescindir de execução por meio de organismos internacionais – quando for conveniente –, que considerem a complexidade de se executar projetos em contextos e marcos legais distintos do nosso, e que se deem em médio e longo prazo.

Conforme discussão do Capítulo 3, a cooperação técnica internacional é um objeto histórico e em constante mudança – assim como a ação social do Estado, em consonância com o Capítulo 1. A cooperação Sul-Sul brasileira já vinha sendo apontada, após os dois mandatos do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que a priorizou como política externa do país, como fragilizada (i) pela falta de uma política pública clara para sua execução e a ausência de um marco legal da cooperação Sul-Sul; (ii) pela institucionalidade enfraquecida da ABC, que não conta com corpo próprio e é dependente da coordenação do Ministério das Relações Exteriores; e (iii) pela fragilidade de acompanhamento, avaliação e mensuração do impacto dessas ações, embora notadamente se vejam resultados concretos nos projetos realizados (SUYAMA, 2017; HIRST, 2012).

Um marco legal da cooperação brasileira permitiria ao país assumir projetos de médio e longo prazos sem arriscar a institucionalidade da troca de gestões dos órgãos que executam esses projetos. Faz-se fundamental, também, promover a harmonização da prática da cooperação técnica Sul-Sul entre as instituições do governo federal, seja ela submetida aos procedimentos da ABC – e nesse sentido promovendo ações para uniformizar os procedimentos nas instituições brasileiras que prestam cooperação, como o Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas –, seja por meio de uma definição legal-normativa dos fluxos e formas de cooperação internacional a serem adotados pelos órgãos que cooperam. Igualmente, é importante aprofundar a coordenação da ação de projetos brasileiros em um mesmo país, promovendo, sempre que possível, a integração de diferentes esforços e atividades com vistas à otimização dos mesmos.

Somente no campo da saúde, outros dois projetos de grande porte estiveram diretamente vinculados à construção de infraestruturas, aliadas à transferência de tecnologia e

compartilhamento de experiências bem-sucedidas do Brasil: a fábrica de medicamentos de Moçambique e o laboratório de tuberculose de São Tomé e Príncipe (FEDATTO, 2017; BRASIL, 2018a). No Haiti, há outro projeto, firmado com a ABC em 2016, de construção de escola de profissões técnicas (BRASIL, 2016c).

É também importante destacar que a cooperação técnica que o Brasil presta desde o início dos anos 2000 está diretamente ligada a temas e políticas nacionais relacionados ao desenvolvimento social, bem como às boas práticas advindas do enfrentamento dos desafios que se interpuseram no processo de implementação do projeto redistributivo da Constituição Federal de 1988 –, que, como nota Arretche (2018), vem reduzindo as desigualdades sociais e melhorando os indicadores sociais e de acesso a serviços públicos no país.

Contudo, no Brasil, onde a desigualdade ainda persiste em níveis altos, desde 2016, o sistema brasileiro de proteção social vem sendo enfraquecido pela redução de direitos sociais, por cortes no financiamento das políticas sociais e pela precarização de políticas públicas bem-sucedidas na área social – muitas delas são, inclusive, boas práticas que o Brasil vinha transferindo a outros países por meio de cooperação técnica internacional. A Emenda Constitucional n. 95, de 2016, congelou em termos reais os gastos primários na área social do governo federal por até 20 anos. Ademais, houve cortes orçamentários, em alguns casos de mais de 50%, em diversos órgãos do governo federal, reduzindo e inviabilizando importantes políticas sociais, de modo a contribuir para processos de aumento da exclusão e da desigualdade sociais. Essas questões podem ser indicativas de uma nova fase em que a cooperação técnica prestada pelo Brasil volte a ser tímida, como foi anteriormente aos anos 2000, representando uma descontinuidade em um processo relevante de desenvolvimento social e sustentável que o Brasil vinha apoiando e participando ativamente em âmbito global.

Finalmente, a literatura mobilizada também trouxe algumas práticas e recomendações do fortalecimento de capacidades estatais e para o incremento de políticas sociais em países em desenvolvimento. A literatura consultada sobre políticas sociais em países de baixa renda, os estudiosos de capacidades estatais e os princípios da cooperação Sul-Sul aqui apresentados, defendem o fortalecimento institucional para que os países adotem medidas de promoção da governança, coordenação e a garantia da cobertura territorial, com vistas a ampliar a proteção social em países em contexto de multiplicidade de atores atuando no campo da política social. A esse respeito, Ellis et al. (2009) constataram a existência, em países africanos estudados, de comitês de harmonização de políticas, por vezes coordenados pelos governos nacionais, com o intuito de melhorar a coordenação das ações. A questão da “governança” com sentido de “prestação de contas” também é relevante, pois Estados que

dependem demasiadamente de ajuda externa tendem a prestar mais contas aos doadores do que aos cidadãos (BRAUTIGAM, 1992) e, nesse sentido, ações relacionadas à transparência e ao controle social são fundamentais para fortalecer as relações do Estado com seus próprios cidadãos⁴⁹.

É latente a necessidade de aprofundar e fortalecer mecanismos de financiamento público das atividades, para garantir planejamento e sustentabilidade das políticas sociais, manutenção de corpo profissional de qualidade e prestação de contas e transparência. Uma das recomendações – e também uma das principais boas práticas das políticas sociais brasileiras – é a gestão social e a democratização da gestão pública, com mecanismos para ampliar a participação social e o controle social (JACCOUD; RIZZOTTI In: PNUD, 2016).

A Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), da ONU, em sua publicação de *Matriz da Desigualdade na América Latina* (2016), ofereceu, entre suas recomendações para políticas de superação das desigualdades e o desenvolvimento, que uma política social de qualidade tem que se sustentar no fortalecimento da institucionalidade, consolidando sua base jurídico-normativa e sua permanência mesmo em trocas de governos; acentuando o papel do desenvolvimento social na agenda pública; estabelecendo uma autoridade social para coordenação e articulação entre as diferentes políticas sociais, econômicas e ambientais; melhorando os processos de gestão, transparência, monitoramento e avaliação, entre outros; e dispondo de recursos suficientes e estáveis.

A análise do caso em questão também traz algumas boas práticas, contribuições e recomendações úteis – sem deixar de lado o princípio de não ingerência e de atuação sob demanda –, tanto ao projeto quanto à intenção de colaborar com o debate de fortalecimento da cooperação internacional brasileira, conforme temas abaixo.

- a) Apoio à formação de currículos replicáveis localmente. Uma das boas práticas levantadas pelas entrevistas foi a formação de agentes comunitários de saúde a partir do apoio ao estabelecimento de um currículo haitiano para tanto – que vem sendo replicado pelo país em suas formações. Assim, e considerando questões verificadas, como as trocas de gestores, tanto do lado brasileiro quanto do lado haitiano, houve indicativo de aparente insuficiência na questão de capacitações pontuais para formar burocracias ou sensibilizar gestores – é importante a constituição de currículos locais, bem como o desenvolvimento de

49 Lamaute-Brisson (2013, p. 54, tradução nossa), ratifica essa percepção ao estudar o sistema de proteção social haitiano, e defende que “frente às múltiplas balcanizações” [as ilhas esparsas de “pobres privilegiados” que têm acesso ao provimento de serviços públicos de proteção social no Haiti], as iniciativas de coordenação dos doadores e das ONGs, que são demandas do Estado e da sociedade civil haitianos, não se tornaram mecanismos perenes. Os obstáculos são diversos, mas remetem a uma debilidade central do próprio Estado quanto à sua capacidade de criar e dirigir um modelo global de proteção social.

mecanismos de transparência ativa e de envolvimento da participação de outros atores nos processos, com vistas à sua institucionalização e perenidade.

- b) Apoio à incorporação de atividades relacionadas à promoção da governança, tanto interna do projeto quanto sistêmica do sistema nacional de saúde e de proteção social, que sejam capitaneada pelo próprio Estado haitiano.
- c) Incentivar – e submeter-se a – uma coordenação dos esforços dos atores internacionais por lideranças do Estado haitiano, de maneira a garantir uma cobertura territorial das ações e prezar pela sua perenidade.
- d) Contribuição para que o país desenvolva meios de assegurar financiamento à saúde pública – ou mesmo apoiar a melhoria de sua capacidade fiscal, orçamentária, de planejamento, de recolhimento de tributos ou, mais especificamente para o setor da saúde, de temas de economia da saúde.
- e) Apoio à formação de recursos humanos em condições de fazer frente às atividades rotineiras do Estado e de suas políticas nacionais, com qualidade e em quantidade suficiente.
- f) Apoio à formação de normativas, protocolos, fluxos etc. e de uma base jurídico-normativa que seja perene e dê continuidade às ações de política social no país.
- g) Incentivo ao monitoramento e à avaliação locais e à promoção da transparência ativa de suas ações, tanto no Brasil quanto no Haiti; além de incentivar, na medida do possível e com respeito à soberania local, uma gestão com diálogo social e mecanismos participativos⁵⁰.

Ademais, como visto no Capítulo 1, uma das dimensões assumidas para a análise do bem-estar social contemporaneamente é a desfamiliarização e a questão de gênero – sobre o quanto a proteção social emancipa as mulheres dos cuidados familiares aos menores e incapazes. Não foi localizado, nos documentos consultados do BRA/10/005, ações relacionadas à temática de promoção da igualdade de gênero.

Uma das dificuldades da presente pesquisa foi que, do lado brasileiro, não é uniforme a disponibilização de informações sobre o BRA/10/005. Alguns documentos do projeto estão disponíveis para consulta pública, outros não. Não há informações estruturadas sobre a execução dos recursos ou sobre como se deu o envolvimento dos servidores públicos brasileiros no projeto. Até 2015, o projeto realizou três publicações – em língua portuguesa –,

⁵⁰ Caixeta (2014, p. 167) defende que seria importante para o Brasil levar em suas transferências de políticas, também, “uma das conquistas mais caras do povo brasileiro desde a última Constituição Federal de 1988, que é a participação social na tomada de decisão governamental”.

abordando o seu andamento e relatos das missões, atividades e atas das reuniões do Comitê Gestor Tripartite (BRASIL, 2014b; MISOCZKY et al., 2015). Não existem publicações semelhantes após 2016.

Ponderando a proximidade de encerramento do BRA/10/005 e seus recursos já quase completamente executados, seria fundamental que o projeto BRA/17/018 (PNUD, 2017) – firmado em junho de 2017, e tendo como um de seus eixos estratégicos a continuidade da manutenção dos hospitais e do Instituto Haitiano de Reabilitação até 2020 –, proponha, de maneira horizontal, e execute o plano de sustentabilidade previsto, com o objetivo de que o governo haitiano, de fato, tenha condições de assumir a manutenção das estruturas construídas pela cooperação brasileira em 2020, quando é previsto o encerramento do referido projeto, e avance em algumas questões pontuadas acima, com transparência. Os entrevistados 2 e 3 foram enfáticos quanto a necessidade de aprofundar planos para dotar de sustentabilidade as estruturas construídas. O entrevistado 6 defende que o custeio que o Brasil oferece ao Haiti seja reduzido paulatinamente, na medida em que transfere atividades ao governo haitiano ao longo da execução do projeto, com acompanhamento da transferência, promovendo o fortalecimento de capacidades e da instituição.

Referências bibliográficas

ABRAHÃO, J.; MOSTAFA, J.; HERCULANO, P. Gastos com a política social: alavanca para o crescimento com distribuição de renda. *Comunicados do Ipea 75*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2011. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4634/1/Comunicados_n75_Gastos_com.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

ALMEIDA, C.; CAMPOS, R. P. de; BUSS, P. FERREIRA, J. R.; FONSECA, L. E. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. *RECIIS* [Internet]. 31 de março de 2010. Disponível em: <www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/343/527>. Acesso em: 10 jan. 2017.

ANDREWS, Matt; PRITCHETT, Lant; WOOLCOCK, Michael. Escaping Capability Traps through Problem-Driven Iterative Adaptation (PDIA). *World Development* vol. 51, pp. 234-244, 2013 (versão digital).

APOLLON, Gabrielle. O que faz do Haiti um país de crises ininterruptas. Entrevista para João Paulo Charleaux, *Jornal Nexo*. 13 Out. 2016. Disponível em: <www.nexojornal.com.br/entrevista/2016/10/13/O-que-faz-do-Haiti-um-pa%C3%ADs-ADs-de-crisis-ininterruptas>. Acesso em: 08 dez. 2017.

ARRETCHE, Marta. Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais, BIB*, n. 39, p. 3-40, 1996. Disponível em: <www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Marta/Arretche_1996_BIB.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

ARRETCHE, Marta. Democracia e redução da desigualdade econômica no Brasil: a inclusão dos outsiders. *Rev. bras. Ci. Soc.* [online]. 2018, vol. 33, n. 96, e339613. Epub Jan 08, 2018. ISSN 1806-9053. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17666/339613/2018>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

BARANYI, Stephen. Contested Statehood And State-Building In: Haiti. *Rev. cienc. polít.*, Santiago, vol. 32, n. 3, p. 723-738, 2012. Disponível em: <www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-090X2012000300013&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 05 set. 2017.

BERMUDEZ, Ximena P. D. [et al.]. O Sistema Único de Saúde, uma retrospectiva e principais desafios. In: *O Direito achado na rua – Introdução ao Direito Sanitário*. Brasília: CEAD, UnB, 2009. p. 113-126.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. *Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais*. Em Tese, Florianópolis, vol. 2, n. 1, p. 68-80, jan. 2005. ISSN 1806-5023. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

BONOMO, Christiane S. Aquino; BONOMO, Diego Z. Haiti: política comercial e desenvolvimento. ICTSD – International Centre for Trade and Sustainable Development,

Pontes, vol. 6, n. 3, set. 2010. Disponível em: <www.ictsd.org/sites/default/files/review/pontes/pontes6-3.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BORGES, André. Desenvolvendo argumentos teóricos a partir de estudos de caso: o debate recente em torno da pesquisa histórico-comparativa. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais, BIB*, n. 63, 2007. Disponível em: <www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=595&Itemid=280>. Acesso em: 01 jul. 2016.

BRASIL, CUBA, HAITI. *Memorando de cooperação entre o Governo do Brasil, o Governo de Cuba e o Governo do Haiti para o fortalecimento do sistema e dos serviços de saúde e vigilância epidemiológica no Haiti*. Assinado no dia 27 de março de 2010, em Port-au-Prince, Haiti, pelo Ministro da Saúde do Brasil, pelo Ministro da Saúde Pública de Cuba, pelo Ministro de Saúde Pública e da População do Haiti e pelo Presidente do Haiti. [cópia em arquivo eletrônico].

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 05 abr. 2015.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Relatório de Auditoria – Exercício de 2015 – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – *Projeto BRA/10/005*. Brasília-DF, 2016. Disponível em: <<https://auditoria.cgu.gov.br/download/9127.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2017.

BRASIL. Lei n. 12.239, de 19 de maio de 2010. Abre crédito extraordinário, em favor da Presidência da República, dos Ministérios da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, das Relações Exteriores, da Saúde, da Defesa, da Integração Nacional e das Cidades, e de Transferências a Estados, Distrito Federal e Municípios, no valor global de R\$ 1.374.057.000,00, para os fins que especifica. DOU 20 maio 2010. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12239.htm>. Acesso em: 20 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de Assuntos Internacionais. *Haiti*. 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/assessoria-internacional/relacoes-bilaterais/haiti>>. Acesso em: 26 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Cultural do Ministério da Saúde. *Mostra fotográfica Haiti – a saúde e os desafios da reconstrução*. 2014. Disponível em: <www.ccms.saude.gov.br/haiti/apresentacaodamostra.html>. Acesso em: 22 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cooperação em Saúde no Haiti*. 1a ed. Brasília, 2011. 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cooperação em Saúde no Haiti*. 2a ed. Brasília: Editora da Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 74 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cooperação em Saúde no Haiti: quatro anos de construção*. 1a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. 348 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. *Agente Comunitário de Saúde*. [s.d.]. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/agente-comunitario-de-saude>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde – *Quem somos*. [s.d.]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/279-aisa-raiz/aisa/24937-quem-somos>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Brasil inaugura Laboratório de Tuberculose em São Tomé e Príncipe*. Portal da Saúde, 30 de janeiro de 2018. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/brasil-inaugura-laboratorio-de-tuberculose-em-sao-tome-e-principe>>. Acesso em: 31 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Ministro da Saúde participa de inaugurações de unidades de saúde no Haiti*. Portal da Saúde, 15 de janeiro de 2018. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/ministro-da-saude-participa-de-inauguracoes-de-unidades-de-saude-no-haiti>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Missão*. Portal da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal> >. Acesso em: 21 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. *Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011-2015: resultados e perspectivas*. 3a. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 184 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_2011_2015_3ed.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Extrato da Revisão Substantiva 3 ao Projeto BRA/10/005 – Projeto de Cooperação Sul-Sul de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 27 março 2013. n. 59, Seção 3, p. 97.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Extrato da Revisão Substantiva 4 ao Projeto BRA/10/005 – Projeto de Cooperação Sul-Sul de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 17 dezembro 2014. N. 244, Seção 3, p. 127.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Extrato da Revisão Substantiva 5 ao Projeto BRA/10/005 – Projeto de Cooperação Sul-Sul de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 24 fev 2016. N. 36, Seção 3, p. 104.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Extrato da Revisão Substantiva 6 ao Projeto BRA/10/005 – Projeto de Cooperação Sul-Sul de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 26 dez 2016. N. 247, Seção 3, p. 92.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Extrato do Projeto BRA/10/005 – Projeto de Cooperação Sul-Sul de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 08 dez 2010. n. 234, Seção 3, p. 131.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Mais saúde: direito de todos: 2008-2011* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. 3. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 138 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_3ed.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2017.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. *Haiti*. [s.d.] Disponível em: <www.abc.gov.br/Projetos/CooperacaoSulSul/Haiti>. Acesso em: 22 dez. 2016.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul*. Brasília, Ministério das Relações Exteriores, 2013. 180 p.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. Via ABC. *Cooperação em Saúde*. Março de 2007.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 13.249 de 13 de janeiro de 2016. Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2016 a 2019. Publicado no *DOU* de 14 janeiro 2016. Disponível em: <www.planejamento.gov.br/assuntos/planeja/plano-plurianual>. Acesso em: 31 jan. 2018.

BRASIL. Secretaria de Comunicação Social. *Brasil e Haiti assinam acordo para a construção de escola técnica*. 09 de novembro de 2016. Disponível em: <www.brasil.gov.br/educacao/2016/11/brasil-e-haiti-assinam-acordo-para-a-construcao-de-escola-tecnica>. Acesso em: 07 dez. 2017.

BRAUTIGAM, Deborah. Governance, Economy, and Foreign Aid. *Studies in Comparative International Development*, Fall 1992, vol. 27, n. 3, p. 3-25. Disponível em: <<https://deborahbrautigam.files.wordpress.com/2013/04/1992-governance-economy-and-foreign-aid.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2017.

BRICS Policy Center, Centro de Estudos e Articulação da Cooperação Sul-Sul, Agência Brasileira de Cooperação. *Caminhos para a construção de sistemas e processos de monitoramento e avaliação da cooperação Sul-Sul*. Brasília, Ministério das Relações Exteriores, 1ª ed., Brasília, 2017. 44 p. Disponível em: <www.abc.gov.br/imprensa/mostrarconteudo/724>. Acesso em: 08 nov. 2017.

BUSS Paulo M.; GALVÃO, Luiz A.; BUSS Daniel F. Saúde na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável: política central para a governança global. In: BUSS, Paulo M.; TOBAR, Sebastián. *Diplomacia em Saúde e Saúde Global*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 349-384.

CAIXETA, Marina Bolfarine. *Cooperação Sul-Sul como nova tendência da cooperação internacional: o discurso e a prática da cooperação técnica do Brasil com São Tomé e Príncipe para o combate à tuberculose*. 2014. 193 f., il. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional). Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

CARDOSO, José Celso Jr.; JACCOUD, Luciana. Políticas Sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal. In: JACCOUD, Luciana (org.); SILVA, Frederico Barbosa da, et al. *Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2005.

CASTEL, Robert. *Metamorfoses da Questão Social*. Rio de Janeiro: Vozes, 1998. Capítulos 5 e 6. p. 281-413.

CECCHINI, Simone; ROBLES, Claudia. Prólogo. In: LAMAUTE-BRISSON, Nathalie. *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Haití*. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL): Santiago, 2013.

CERVO, Amado Luiz. Socializando o desenvolvimento: uma história da cooperação técnica internacional do Brasil. *Revista Brasileira de Política Internacional*, v. 37, n. 1, p. 37-63, 1994.

CHUDNOVSKY, Mariana; SIDDEERS, Mercedes. Introducción: por qué “capacidades estatales” y esta selección para comprenderlas. In: Banco de Desarrollo de América Latina. *Capacidades Estatales: diez textos fundamentales*. Corporación Andina de Fomento, Argentina: 2015. p. 15-23.

CINGOLANI, Luciana. *The State of State Capacity: a review of concepts, evidence and measures*. Maastrich: UNU-MERIT: 2013. Disponível em: <<http://collections.unu.edu/eserv/UNU:40/wp2013-053.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). *La matriz de la desigualdad social en América Latina*. CEPAL: Santiago, 2016. 96 p. Disponível em: <<http://repositorio.cepal.org/handle/11362/40668>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

DINIZ, Eli. É Possível um Novo Modelo de Estado Desenvolvimentista no Brasil? *Boletim de Análise Político-Institucional*. IPEA, Brasília: set 2006. p. 17-21. Disponível em: <www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/boletim_analise_politico/120906_boletim_analisepolitico_02_cap2>. Acesso em: 10 mar. 2017.

DRAIBE, Sonia M. Estado de Bem-Estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. *30º Encontro Anual da ANPOCS, GT19 – Políticas Públicas, Sessão 1 – Reformas Institucionais e Políticas Sociais*. Caxambu, 24-28 de outubro de 2006. Disponível em: <www.anpocs.com/index.php/papers-30-encontro/gt-26/gt19-22/3416-sdraibe-estado/file>. Acesso em: 03 out. 2017.

ELLIS, Frank; DEVEREUS, Stephen; WHITE, Philip. *Social Protection in Africa*. Massachussets (EUA): EE Publishing, 2009. p. 3-142.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias do Welfare State. *Lua Nova*, São Paulo, n. 24. 1991, p. 85-115. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ln/n24/a06n24.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2016.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. *Lua Nova*, São Paulo, n. 35, p. 73-111, 1995. Disponível em:

<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451995000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 ago. 2017.

EV, Leonardo da Silveira; GOMES, Aline Pereira. Entre a especificidade e a teorização: a metodologia do estudo de caso. *Teoria e Sociedade* 22(2), 2014, p. 75-103. Disponível em: <www.fafich.ufmg.br/revistasociedade/index.php/rt/article/viewFile/191/138>. Acesso em: 01 jul. 2016.

EVANS, P.B.; RUESCHEMEYER, D.; SKOCPOL, Theda. *Bringing the State Back in (1985)*. Cambridge, Cambridge University, 2000.

EVANS, Peter. O Estado como problema e solução. *Lua Nova*, São Paulo, n. 28-29, p. 107-157, Abr. 1993. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451993000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2015.

FEDATTO, Maíra da Silva. Epidemia da AIDS e a Sociedade Moçambicana de Medicamentos: análise da cooperação brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2295-2304, julho 2017. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702295&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 dez. 2017.

FUND FOR PEACE. *The Fragile States Index*, 2017. Washington: The Fund for Peace. Disponível em: <<http://fundforpeace.org/fsi/2017/05/14/fragile-states-index-2017-annual-report/>>. Acesso em: 15 set. 2017.

GOMES, Renata MS.; OLIVEIRA, Valdir C. *Cooperação internacional Brasil-Cuba-Haiti: o papel das rádios comunitárias no fortalecimento da mobilização social no âmbito da saúde pública no Haiti*. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00199.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2017.

GOMIDE, A. A.; BOSCHI, R. R. (eds.) *Capacidades estatais em países emergentes: o Brasil em perspectiva comparada*. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

GOMIDE, Alexandre de Ávila; PIRES, Roberto Rocha Coelho. Capacidades estatais para o desenvolvimento no Século XXI. In: *Boletim de Análise Político-Institucional / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*. n. 2 (2012). Brasília: Ipea, 2012. p. 25-30.

GOUGH, Ian. Welfare regimes in development contexts: a global and regional analysis. In: GOUGH, Ian; WOOD, Geof; BARRIENTOS. *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004. p. 15-48.

GRAGNOLATI, Michele; LINDELOW, Magnus; COUTTOLENC, Bernard. *20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: Uma avaliação do Sistema Único de Saúde*. Washington (EUA): Banco Mundial, 2013.

GRINDLE, Merilee S. *Challenging the State: crisis and innovation in Latin America and Africa*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997. Capítulo 1, p. 1-17.

HAITI. Constituição da República de 1987. Disponível em: <http://haiticommerce.gouv.ht/Download_Document/50.%20Loi%20constitutionnelle%20por>

tant%20Amendement%20de%20la%20Constitution%20de%201987.pdf>. Acesso em: 12 set. 2017.

HAITI. Instituto Haitiano de Estatística e Informática, estimativa da população de 2009. Disponível em: <www.ihsi.ht/pdf/projection/POPTOTAL&MENAGDENS_ESTIM2009.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2017.

HAITI. Instituto Haitiano de Estatística e Informática, estimativa da população de 2015. Disponível em: <www.ihsi.ht/pdf/projection/Estimat_PopTotal_18ans_Menag2015.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2017.

HAITI. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Le Ministère. [s.d.]. Disponível em: <https://mspp.gouv.ht/newsite/?page_id=15>. Acesso em: 12 out. 2017.

HAITI. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Organisation des soins de sante communautaire. Porto Príncipe-Haiti, 2016.

HAITI. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Plan directeur de santé 2012-2022. Porto Príncipe-Haiti, 2012.

HIRST, Monica. *Aspectos conceituais e práticos da atuação do Brasil em cooperação Sul-Sul: Os casos de Haiti, Bolívia e Guiné Bissau*. Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), n. 1687, janeiro 2012. 49 p.

HIRST, Monica. La intervención sudamericana em Haití. *FRIDE Comentario*, abril de 2007. Disponível em: <<http://fride.org/publicacion/192/la-intervencion-sudamericana-en-haiti>>. Acesso em: 10 set. 2017.

HUERTA, Angélica Rosas. Una ruta metodológica para evaluar la capacidad institucional. *Polít. cult.*, México, n. 30, p. 119-134, janeiro 2008. Disponível em: <www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422008000200006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA); AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO (ABC). *Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: 2005-2009*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Agência Brasileira de Cooperação. Brasília: Ipea/ABC, 2010. 78 p.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA); AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO (ABC). *Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional* – COBRADI 2010. 2ª edição, revista. Ed Ipea. Brasília: 2013. 132p.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA); AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO (ABC). *Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional* – COBRADI 2011-2013. Ed. Ipea. Brasília: 2016. 184p.

JACCOUD, Luciana. A igualdade ainda é um valor a ser perseguido? In: Le MONDE DIPLOMATIQUE BRASIL, CENTRO DE ESTUDOS DA METRÓPOLE, OXFAM BRASIL. *Desigualdade em movimento*. São Paulo, janeiro de 2017. Disponível em:

<www.oxfam.org.br/sites/default/files/arquivos/desigualdade_em_movimento.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2018.

JACCOUD, Luciana. Igualdade e equidade na agenda da proteção social. In: FAGNANI, E.; FONSECA, A (org.). 2013. *Políticas sociais, universalização da cidadania e desenvolvimento: educação, seguridade social, infraestrutura urbana, pobreza e transição demográfica*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.

KASTRUP, Erica; PESSÔA, Luísa R.; LINGER, Carlos A.; MENEGHEL, Stela N.; SCHRAMM, Joyce MA.; FERLA, Alcindo A.; CECCIM, Ricardo B. Cooperação Sul-Sul-Sul: A cooperação estruturante tripartite Brasil-Cuba-Haiti e a participação da Fiocruz. In: BUSS, Paulo M.; TOBAR, Sebastián. *Diplomacia em Saúde e Saúde Global*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 633-653.

KJAER, Anne Mette; HANSEN, Ole Hersted; THOMSEN Jens Peter Frolund. Conceptualizing state capacity. *DEMSTAR Research Report*, n. 6, Department of Political Science, University of Aarhus: abr. 2002. [versão online].

KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [2], 2015. p. 525-545. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00525.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2017.

LAMAUTE-BRISSON, Nathalie. *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Haití*. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL): Santiago, 2013.

LOPES FILHO, Marcos Aurélio. *Compras locais como vetor de desenvolvimento rural: a experiência da cooperação brasileira no Haiti*. 2017. 170 f., il. Dissertação (Mestrado em Meio Ambiente e Desenvolvimento Rural). Universidade de Brasília, Planaltina, 2017.

LOPES, Luara Landulpho Alves. *A cooperação técnica entre países em desenvolvimento (CTPD) da Agência Brasileira de Cooperação (ABC-MRE): o Brasil como doador*. 2008. 154 f. Dissertação (mestrado) – UNESP/UNICAMP/PUC-SP, Programa San Tiago Dantas, 2008.

MANN, Michael. Poder infraestructural revisitado. In: Banco de Desarrollo de América Latina. *Capacidades Estatales: diez textos fundamentales*. Corporación Andina de Fomento, Argentina: 2015. p. 107-125.

MANN, Michael. The autonomous power of the state: its origins, mechanisms and results. *European Journal of Sociology / Archives Européennes de Sociologie / Europäisches Archiv für Soziologie*, vol. 25, n. 2, *Tending the roots: nationalism and populism*. Cambridge University Press: 1984. p. 185-213. Disponível em: <www.jstor.org/stable/23999270>. Acesso em: 18 jan. 2016.

MATTOS, Pedro. A entrevista não estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro 39(4): p.823-47, Jul./Ago. 2005. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6789/5371>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

MELLO E SOUZA, André de. A Cooperação para o Desenvolvimento Sul-Sul: Os Casos do Brasil, da Índia e da China. *Boletim de economia e política internacional*/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Diretoria de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais. n. 9, (jan./mar. 2012). Brasília: Ipea. Dinte, 2010. p. 89-99.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Formação em epidemiologia e vigilância da saúde: Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 2, abr./jun. 2016, p. 495-508.

MERRIEN, François-Xavier. La protection sociale comme politique de développement : un nouveau programme d'action international. International Development Policy | *Revue internationale de politique de développement* [Online], 5.1 | 2013. Disponível em: <<http://poldev.revues.org/1519>>. Acesso em: 08 jan. 2018.

MILANI, Carlos R. S. *ABC 30 anos: história e desafios futuros*. 1a ed. Brasília: Agência Brasileira de Cooperação, 2017, 224 p.

MISOCZKY, Maria Ceci; BORDIN, Ronaldo; BARCELOS, Ricardo. *Fortalecimento da Rede de Serviços de Saúde: um relato da cooperação Brasil/Cuba/Haiti*. Porto Alegre: Publicato Editora Ltda; 2015. 323 p. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/fortalecimento_rede_servicos_saude_brasil_cuba_haiti.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

MKANDAWIRE, Thandika. *Social policy in a Development context*. United Nations Research Institute for Social Development: Social Policy and Development Programme, Paper number 7, june 2001.

O ESTADO DE S. PAULO. Internacional. ONU admite culpa por surto de cólera no Haiti. 18 Agosto 2016. Disponível em: <<http://internacional.estadao.com.br/noticias/geral,onu-admite-culpa-por-surto-de-colera-no-haiti,10000070427>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Carta das Nações Unidas (1945)*. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2017/11/A-Carta-das-Na%C3%A7%C3%B5es-Unidas.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Objetivos do Desenvolvimento Sustentável*. [s.d.] Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/>>. Acesso em: 05 dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Secretariado-Geral. *General Assembly Resolution 64/222 of 21 December 2009: Nairobi outcome document of the High-level United Nations Conference on South-South Cooperation*. 21 dez. 2009. Disponível em: <<http://southsouthconference.org/wp-content/uploads/2010/01/GA-resolution-endorsed-Nairobi-Outcome-21-Dec-09.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Global Health Observatory country views*. Haiti statistics summary (2002 - present). [s.d.] Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-HTI?lang=en>>. Acesso em: 05 dez. 2017.

PESSÔA, Luisa Regina; KASTRUP, Erica; LINGER, Pedro. A translação do conhecimento no âmbito da cooperação internacional: a experiência da Fiocruz em incorporação de tecnologias em saúde no Haiti. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 2, abr./jun 2016, p. 509-522. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n2/0104-5970-hcsm-23-2-0509.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2017.

PIMENTA, Aparecida Linhares. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. *Saúde e Soc.*, São Paulo, vol. 2, n. 1, p. 25-40, 1993. Disponível em: <www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/6923/8392>. Acesso em: 09 dez. 2017.

PINO, Bruno Ayllón. *A cooperação triangular e as transformações da cooperação internacional para o desenvolvimento*. Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), n. 1845, junho 2013, 60p.

PIRES, Roberto Rocha Coelho; GOMIDE, Alexandre de Ávila. (org.). *Capacidades estatais e democracia: arranjos institucionais de políticas públicas – Brasília* : Ipea, 2014. 385 p.

PIRES, Roberto Rocha Coelho; GOMIDE, Alexandre de Ávila. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, vol. 24, n. 58, p. 121-143, junho 2016. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782016000200121&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2017.

PIRES-ALVES, Fernando A.; PAIVA, Carlos Henrique Assunção; SANTANA, José Paranguá. A internacionalização da saúde: elementos contextuais e marcos institucionais da cooperação brasileira. *Rev. Panam. Salud Publica*, 2012, 32(6). p. 444-450.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). BRA/10/005 – Projeto de Cooperação Sul-Sul de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti – *General revision 2*. Assinado em Brasília em 30 abril 2014. [versão digital]. Disponível em: <<https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/BRA/Revis%C3%A3o%20geral%20abril%202015.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). BRA/10/005 – Projeto de Cooperação Sul-Sul de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti – *Substantive revision 5*. Assinado em Brasília em 05 setembro 2015. [versão digital]. Disponível em: <[https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/BRA/revis%C3%A3o%20substantiva%205%20\(et2015\)%20texto%20final.pdf](https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/BRA/revis%C3%A3o%20substantiva%205%20(et2015)%20texto%20final.pdf)>. Acesso em: 01 fev. 2017.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). BRA/10/005 – *Projeto de Cooperação Sul-Sul de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti*. Assinado em Brasília em 28 novembro 2010. [versão digital]. Disponível em: <https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/BRA/00060736_BRA%2010%20005%20Revis%C3%A3o%20Inicial%20-%20Capa%20assinada%20e%20Texto.zip>. Acesso em: 01 fev. 2017.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *BRA/17/018 – Strengthening the management of services and the Health System in Haiti*. Assinado em Porto Príncipe em 23 junho 2017. [versão digital]. Disponível em: <https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/BRA/BRA17018_revisao_inicial_assinada.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2018.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Human Development Data (1990-2015)*. [s.d.]. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/data#>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Social Protection for Sustainable Development: Dialogues between Africa and Brazil*. Rio de Janeiro: UNDP World Centre for Sustainable Development (RIO+ Centre), 2016. 224 p.

REGINA, Fernanda Lopes. *Cooperação técnica entre países em desenvolvimento: o caso do Ministério da Saúde brasileiro no Haiti*. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-03022017-124124/>. Acesso em: 08 nov. 2017.

REIS, Elisa P.; CHEIBUB, Zairo B. (1993), "Pobreza, Desigualdade e Consolidação Democrática". *Dados*, vol. 36, n. 2, p. 233-259.

ROCHA, Antonio Jorge Ramalho da. *Missões de paz em Estados frágeis: elementos para se refletir sobre a presença do Brasil no Haiti (UnB)*. *ANPOCS: 32º encontro anual*. 27 a 31 de outubro de 2008, em Caxambu/MG (paper). Disponível em: <www.anpocs.com/index.php/papers-32-encontro/gt-27/gt23-20/2516-antoniorocha-missoes/file>. Acesso em: 15 set. 2017.

SÁ E SILVA, Michelle Moraes de. *Catalisadores e Empecilhos ao Compartilhamento de Políticas de Direitos Humanos por meio da Cooperação Sul-Sul*. Buenos Aires: Clacso, 2016.

SANTIAGO, Adriana (Org.). *Haiti por si: A reconquista da independência roubada*. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2013. 191 p. Disponível em: <https://issuu.com/adital/docs/haiti_por_si_adital_adriana-santiago>. Acesso em: 09 dez. 2017.

SILVA, Enid Rocha Andrade da. *Projetos Políticos e arranjos participativos nacionais: os significados e os desdobramentos nos conselhos nacionais*. 2013, 255 p. Tese de doutorado. UNICAMP. Orientador: Valeriano Mendes Ferreira Costa.

SOIFER, Hilel; VOM HAU, Matthias. *Unpacking the Strength of the State: The Utility of State Infrastructural Power*. *Springer Science + Business Media*, LLC 2008. [versão digital].

STEFANI, Anita Gea Martinez. *Utilização de TICs em processos participativos no Brasil sob a ótica de capacidades de governo*. 2015. Dissertação (Mestrado em Análise de Políticas Públicas) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/100/100138/tde-21092016-083907/>. Acesso em: 04 mar. 2017.

SUYAMA, Bianca (org.). *Guia para o monitoramento e mensuração da cooperação Sul-Sul brasileira*. São Paulo: Articulação Sul e Oxfam Brasil, abril 2017. 45p.

VALENCIA, Cristina. *Institucionalidad y marco legislativo de la discapacidad en Haití*. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). Santiago: 2015-12. Série: Documentos de Proyectos. n. 685. 42 p. Disponível em: <<http://repositorio.cepal.org/handle/11362/39821>>. Acesso em: 10 set. 2017.

VALLER FILHO, Wladimir. *O Brasil e a crise haitiana: a cooperação técnica como instrumento de solidariedade e de ação diplomática*. Brasília: FUNAG, 2007. 396 p.

VERENHITACH, Gabriela Daou. *A MINUSTAH e a política externa brasileira: motivações e consequências*. 2008. 123 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008.

VERGARA, Sylvia Constant. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 13ª edição. São Paulo: Atlas, 2011.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Nota Técnica Ipea n. 26, *Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?* Brasília - DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), agosto de 2016 (Nota técnica). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160822_nt_26_disoc.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

WU, X.; RAMESH, M., HOWLETT, M. Policy capacity: a conceptual framework for understanding policy competences and capabilities. *Policy and Society* 34 (2015). p. 165-171. London: Elsevier.

APÊNDICE – Roteiro de entrevistas semiestruturadas

Roteiro básico, a ser adaptado de acordo com o papel desempenhado pelo(a) entrevistado(a).

1. Breve explicação da pesquisa ao entrevistado.
2. Identificação do entrevistado, sua trajetória e relação com o desenho do projeto BRA/10/005.
3. Leitura do objetivo do projeto. Quem fez a primeira redação? Quem foram os demais atores que contribuíram para o desenho do projeto? Como foi a negociação? O que você achou da versão final? Desde o início do projeto, o objetivo de fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti era tido como prioridade? Por quê?
4. Leitura dos produtos do projeto. Como esses produtos foram pensados para levar ao fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti? Para você, eu poderia falar que o projeto trouxe, de fato, fortalecimento de capacidades do Estado haitiano? Que capacidades eu poderia citar?
5. Havia outros países com projetos semelhantes na área da saúde? Como que coube ao Brasil o desenvolvimento dessas atividades? O que esse projeto tem que o diferencia de projetos de cooperação com outros países? Para você, ele é um projeto Sul-Sul?
6. Você acha que a construção de estruturas físicas e a doação de equipamentos pode fortalecer capacidades? Como? E o custeio dos hospitais, como ele fortalece as capacidades do Estado haitiano?
7. Você se lembra por que houve seis revisões do projeto? Como foi definido que o Brasil assumiria o custeio dos hospitais?
8. Como um projeto na área da saúde leva ao desenvolvimento? O projeto colabora para o desenvolvimento do Haiti?
9. Como o Haiti assumiu a saúde como dever de Estado? Em que medida o sistema de saúde brasileiro pode colaborar com o fortalecimento do sistema de saúde haitiano?
10. Como você vê o Brasil e sua forma de cooperar no Haiti? O Brasil atua de forma diferente de outros países?
11. A sociedade e as pessoas beneficiárias do projeto têm algum mecanismo de participação nele?
12. Críticas e sugestões do entrevistado à pesquisa.