
A Cooperação Sul-Sul Brasileira em Saúde: o Projeto de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti

Brazilian South-South Cooperation on Health: the Strengthening Health Authority of Haiti Project

Lívia Liria Avelhan

Mestre em Ciência Política pelo Instituto de Estudos Sociais e Políticos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IESP-UERJ) / Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

E-mail: livia.liria@gmail.com

Resumo: A saúde é um dos campos em que a política externa brasileira de cooperação técnica se destaca, principalmente devido ao conceito de Cooperação Estruturante em Saúde. Tendo isso em vista, este artigo apresenta quatro das principais características associadas à Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento (CSSD) fornecida pelo Brasil e um estudo sobre a cooperação técnica brasileira na área da saúde. Feito isso, o objetivo principal é analisar a dimensão estruturante do Projeto de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti, visto que o aspecto estruturante é um dos principais ligados à cooperação técnica do Brasil em saúde e um dos componentes da CSSD brasileira de maneira geral.

Palavras-chave: Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento; Cooperação Estruturante em Saúde, Projeto de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti; política externa brasileira.

Abstract: Health is one of the main fields of the Brazilian technical cooperation foreign policy, mainly due to the Structurant Cooperation in Health concept. Thus, this article presents four characteristics associated with Brazilian South-South Cooperation for Development (CSSD) and a study on Brazilian technical cooperation on health. The main purpose is to analyze the structuring dimension of the Strengthening Health Authority of Haiti Project, since the structurant aspect is one of the central aspects related to Brazil's technical cooperation on health and one of the components of the Brazilian CSSD in general.

Keywords: South-South Cooperation for Development; Structural Cooperation in Health, Strengthening Health Authority of Haiti Project; Brazilian foreign policy.

1.Introdução

No começo do século XXI, a temática da cooperação para o desenvolvimento passou a ganhar intensidade nas agendas de política externa de várias potências emergentes. Sob a denominação de Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento (CSSD), a estratégia de inserção de tais países no campo da cooperação é marcada pela busca do distanciamento em relação à Cooperação Norte-Sul (CNS), tradicional. Mais do que distanciamento, a cooperação sul-sul se posiciona como uma alternativa à cooperação tradicional, apoiando-se na ideia de identidades e experiências compartilhadas pelos países do Sul (Mawdsley, 2012; Milani, 2012).

No caso do Brasil, as iniciativas de CSSD ganharam maior projeção durante o governo Lula (2003-2010), com continuidade, em menor escala, no governo Dilma (2011 - 2016). Ainda que careça de institucionalização, a CSSD do Brasil se diz caracterizada por alguns elementos-chave: não condicionalidade, forte presença de “projetos estruturantes”, implementação dos projetos como resposta à demanda dos países receptores (*demand-driven*), transferência de conhecimento e presença de múltiplos atores (públicos, privados, fundações, federais, estaduais). Os “projetos estruturantes”, de interesse especial para este trabalho, são descritos pela ABC como projetos que visam “à criação e à estruturação de instituições para capacitação de mão-de-obra em áreas deficientes nos países que demandam essa cooperação” (Agência Brasileira de Cooperação [ABC], 2018).

Tendo em vista que a saúde figura, regularmente, entre as três principais áreas de atuação do Brasil em projetos de CSSD ofertados, nota-se que é um setor de alta relevância para a política externa de cooperação técnica brasileira (ABC, 2018; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA], 2010). A prospecção da literatura disponível sobre a cooperação

brasileira para a saúde revela algumas considerações preliminares: forte parceria com o Ministério da Saúde (MS), com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e com universidades, incipiente envolvimento do setor privado, elevado reconhecimento internacional na área relacionada ao HIV/aids e relevância para a integração regional e a aproximação com a África. É importante ressaltar também alguns desafios para a cooperação no setor da saúde: a questão da eficácia, credibilidade, institucionalização e interfaces com os atores domésticos (Ventura, 2013; Almeida, 2013; Pires-Alves, Paiva & Santana, 2012; Milani, 2014).

A fim de colaborar para o estudo do papel da saúde política externa do Brasil, este artigo tem como objetivo central analisar um projeto de cooperação trilateral sul-sul-sul entre Brasil, Cuba e Haiti, denominado “Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti”, para identificar em que medida a formulação de projetos estruturantes na área da saúde leva em consideração as capacidades locais dos países receptores de absorvê-los, tendo em vista que a perenidade dos resultados é uma das principais marcas reivindicadas pelo Brasil para caracterizar sua cooperação técnica.

2.A cooperação sul-sul brasileira para o desenvolvimento

As origens da Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento estão ligadas às origens da Cooperação Sul-Sul, estando também vinculadas aos movimentos independentistas da África e Ásia e de países não-alinhados no contexto da Guerra Fria, nos anos 1960 e 1970. Apesar de existirem registros na década de 1950, foi somente a partir do fim do Regime Militar que a cooperação brasileira atingiu, paulatinamente, consistência e visibilidade, alcançando seu auge durante a primeira década do século XXI (IPEA, 2010). A Agência Brasileira de

Cooperação (ABC) foi criada em 1987 com a função de “coordenar e responsabilizar-se pela negociação e supervisão dos programas e projetos negociados e implementados junto a parceiros bilaterais, regionais e multilaterais, além de representante oficial do Governo nas ações de cooperação técnica” (ABC, 2018).

A partir do governo Lula, em 2003, houve uma mudança no encaminhamento da política externa brasileira (PEB), marcada principalmente pela prioridade dada às relações com os países em desenvolvimento, localizados no “Sul Político Global”. O Brasil passou a ser apresentado no cenário internacional como um ator de alto nível, com capacidade de negociação e portador de projetos inovadores. Acompanhando essa modificação na PEB, transformou-se também a atuação do Brasil na Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID), afinal, assim como no caso dos doadores tradicionais de cooperação, a CSS não está desvinculada das estratégias de inserção internacional e da internacionalização dos capitalisms dos Estados doadores provenientes do Sul (Milani, Suyama & Lopes, 2013). Segundo Leite, Pomeroy e Suyama (2015, p. 1447), o Brasil se tornou uma referência para doadores tradicionais “because of its development trajectory in the 2000s and identification with liberal values defended by the western community and, also, for Brazil’s principles of solidarity, demand drivenness, non-conditionality and non-interference in partners’ domestic affairs”.

A CID brasileira é composta por quatro principais eixos: assistência humanitária, bolsas de estudos para estrangeiros, cooperação técnica e contribuições para organizações internacionais. O montante de gastos do Brasil com a Cooperação para o Desenvolvimento

Internacional entre 2005 e 2013 foi de quase R\$ 8 bilhões, sendo a cooperação técnica responsável por R\$ 566 milhões (IPEA, 2016).

A cooperação técnica passou de uma representação de 7,22% do total de recursos alocados em atividades de CID, em 2005, para 13,49% em 2009, variando sua figuração entre o segundo e o terceiro lugar em relação ao total de recursos¹. Apesar de contar com poucos dos recursos financeiros destinados à CID, a cooperação técnica tem enorme importância internacional para o Brasil quando se leva em conta a CSSD. Para Cabral (2011, p. 12), “a cooperação técnica representa, em grande medida, a imagem de marca da cooperação brasileira. Esta é a componente da cooperação que tem maior visibilidade perante o público, particularmente a nível externo”. Os principais destinos da cooperação técnica científica e tecnológica brasileira são a América Latina e a África, especialmente os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) (IPEA, 2010, 2013, 2016). As principais áreas de atuação da CSS brasileira são agricultura, saúde e educação profissional (ABC, 2018).

A missão da CTPD brasileira é definida pela Agência Brasileira de Cooperação como a de contribuir para o adensamento das relações do Brasil com os países em desenvolvimento através da geração, disseminação e utilização de conhecimentos técnicos, visando à capacitação de seus recursos humanos e ao fortalecimento de suas instituições (ABC, 2018). A CTPD consiste na “partilha de conhecimentos, técnicas e tecnologias testadas e validadas dentro do Brasil, que são adaptadas ao país beneficiário” (Cabral, 2011, p. 9).

¹ A maior quantidade dos recursos é a das contribuições para organizações internacionais.

Diferentemente da Cooperação Norte-Sul, que tem no Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD)² sua fonte de diretrizes, a CSS não é institucionalizada. Da mesma maneira, a CSSD praticada pelo Brasil também não possui diretrizes, normas ou regras que a regulem ou guiem de maneira específica. No entanto, com base em relatórios, discursos e variados documentos oficiais, bem como em literatura disponível sobre o tema, podem ser observados alguns aspectos principais da CSSD brasileira, dentre os quais se destacam os quatro listados e brevemente abordados a seguir.

2.1. Orientada por demanda

Segundo o governo brasileiro, as iniciativas de cooperação técnica são iniciadas apenas após a manifestação de demanda da parte dos países receptores (IPEA, 2013)³. A justificativa reside na busca de diferenciar o modo de agir da cooperação sul-sul em relação à cooperação norte-sul, bastante criticada por oferecer projetos prontos a países considerados carentes em algum setor sem consultá-los previamente. Ao alegar que existe demanda para as políticas públicas brasileiras, o governo brasileiro procura mostrar que não há imposição de práticas ou projetos (Milani, 2014), ao contrário das iniciativas provenientes de países desenvolvidos, cujo modo de agir, aliado ao passado intervencionista de muitas das potências centrais, suscita críticas e resistências.

² O CAD é um órgão pertencente à Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE).

³ “Os projetos de cooperação técnica internacional na modalidade horizontal (ou Sul-Sul), coordenados e financiados (a elaboração) pela ABC/MRE, se dão a partir de demandas que a agência recebe de governos estrangeiros ou organismos internacionais por meio: de embaixadas e delegações do Brasil no exterior; de embaixadas e escritórios de organismos internacionais em Brasília; ou de visitas ao Brasil de missões oficiais estrangeiras” (IPEA, 2013, p. 26).

As políticas públicas brasileiras consideradas bem-sucedidas, especialmente a partir de governo Lula, passaram a ser extensamente divulgadas, estando bastante presentes nos discursos oficiais do Brasil em arenas multilaterais e bilaterais. Os programas Bolsa Família, Fome Zero e a resposta brasileira ao HIV/aids são importantes exemplos nesse sentido. Ou seja, a divulgação tem um papel determinante na criação de demanda.

2.2. Não condicionalidade

Outra característica reivindicada pelo Brasil para sua atuação em cooperação técnica para o desenvolvimento é a não imposição de condicionalidades⁴ para a realização dos projetos. A parte brasileira compromete-se a não exigir que o país receptor realize políticas de austeridade macroeconômica ou de implantação de um sistema de governo liberal-democrático, por exemplo⁵. Dois princípios da política externa brasileira, o da não intervenção e o do respeito à soberania dos outros países, são frequentemente citados para dar suporte à defesa da não condicionalidade⁶.

⁴ No rol de condicionalidades existentes no sistema de cooperação tradicional, encontram-se desde requisitos de natureza econômica e política até de aqueles relacionados às normas de direitos humanos.

⁵ Outros exemplos mais específicos que poderiam ser citados são: reforma do poder judiciário, sistema político de partidos, parlamentos, programas de governança pública; descentralização da administração pública nacional, privatização, reformas econômicas e apoio ao setor privado (Milani et al., 2013).

⁶ A alegada não condicionalidade da cooperação técnica brasileira é posta em questão por alguns analistas. Cabral (2011) destaca, por exemplo, o fato de a não condicionalidade do Brasil ser relativa, pois apesar de não serem impostas condições políticas, a assistência brasileira está normalmente ligada ao fornecimento de *expertise*, tecnologia e equipamento provenientes do Brasil. Além disso, É importante destacar que a ausência de condições políticas e econômicas não significa que a CTPD está desvinculada de aspectos políticos e econômicos no geral, pois é possível encontrar nos documentos oficiais sobre a CTPD elementos que citam, por exemplo, que “a CTPD promove o adensamento das relações políticas, econômicas e comerciais com os países em desenvolvimento e ensina a transferência de conhecimentos” (IglesiasPueente, 2010, p. 117). Ademais, pode-se afirmar que é difícil assegurar, na prática, a completa horizontalidade, ou seja, parceria mútua e não condicionada, em razão das diferenças pré-existentes entre os níveis de desenvolvimento entre prestador e receptor (IglesiasPueente, 2010).

A não condicionalidade é provavelmente o principal aspecto da CSSD que a distingue da CNS, visto que a cooperação tradicional, desde os anos 90, é marcada por consensos produzidos pela expansão da democracia liberal, globalização e internacionalização de mercados, dentre os quais se destacam o condicionamento da ajuda externa à implementação de reformas de “boa governança”, à promoção da democracia liberal e ao respeito das normas de direitos humanos (Milani et al., 2013). Tais medidas são bastante criticadas pelos países receptores. Conseqüentemente, os ofertantes de CSS procuram evitar esse tipo de política, a fim de alcançarem maior apoio e legitimidade.

2.3. Multiplicidade de atores

A cooperação brasileira é marcada também por um caráter híbrido, no sentido de que múltiplas instituições, públicas e privadas, federais e estaduais, estão envolvidas no processo de cooperação e operam de maneira relativamente independente, apesar da existência da ABC, que procura coordenar as atividades. O governo brasileiro procura envolver instituições domésticas que possuam experiência, competência e capacidade de transferir conhecimento nas diversas áreas ligadas aos projetos de cooperação (Iglesias Puente, 2010). Centenas de entidades brasileiras figuram na lista de parcerias da ABC⁷, incluindo diversos Ministérios, fundações, universidades, institutos, empresas, associações, hospitais e ONGs. Em grande medida devido a essa inserção no campo da cooperação técnica, muitas dessas entidades criaram secretarias ou departamentos encarregados de suas respectivas “relações internacionais”, colaborando para o fenômeno da pluralização de atores na arena decisória da política externa brasileira (Pinheiro,

⁷ A lista completa está disponível em: <<http://www.abc.gov.br/Gestao/EntidadesParceiras>>.

2009). Pode-se dizer que essa multiplicidade de atores nas atividades de cooperação colabora para a reputação da cooperação brasileira como mais horizontal na medida em que atua através de parcerias entre suas agências domésticas e de maneira não centralizada.

Tendo em vista tamanha diversidade e quantidade de atores envolvidos, além da ausência de regulamentação brasileira específica sobre a cooperação internacional, a coordenação por parte da ABC é dificultada. Essa dificuldade ocorre também em âmbito global, considerando que as despesas das agências de cooperação são pouco transparentes em relação aos custos administrativos e sobre como os fundos são gastos (Easterly & Pfitze, 2008 como citado em Milani, 2012). Por outro lado, a existência da ABC facilita a interação intragovernamental e a coerência da cooperação brasileira (CABRAL, 2011).

2.4. Projetos estruturantes

A estratégia de cooperação técnica brasileira preza pela execução dos chamados “projetos estruturantes”, caracterizados por sua longa duração e pelo esforço de abarcarem mudanças estruturais na área em questão, visando maior sustentabilidade dos resultados e o aumento do impacto social e econômico sobre o público-alvo da cooperação. São projetos abrangentes que buscam a adaptação de políticas públicas brasileiras ao contexto do país receptor. A intenção é que esse tipo de projeto possa “se encaixar” nas prioridades dos próprios países parceiros, de forma que seja um catalisador de objetivos de desenvolvimento pré-existent.

Dentre os 22 projetos⁸ considerados estruturantes pela ABC, destacam-se: a iniciativa "Cotton-4", que abrange Mali, Chade, Benin e Burkina Faso, o projeto de rizicultura no Senegal, o programa de segurança alimentar no Haiti, a instalação de Centros de Formação Profissional do SENAI; o Programa trilateral ProSavana em Moçambique e a “Escola Técnica de Saúde Pública” no Haiti, que faz parte do projeto de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti, o qual será estudado mais detalhadamente na quarta seção deste artigo.

Infere-se que o objetivo principal dos projetos estruturantes é que eles tragam transformações fixas, ou seja, que permaneçam gerando desenvolvimento para o país receptor mesmo quando não houver mais assistência brasileira e/ou quando o acordo de cooperação chegar ao fim. Portanto,

espera-se que esses projetos possam ser inseridos nas próprias prioridades de desenvolvimento do país parceiro, desde que naturalmente cubram áreas e contextos que permitam identificar instituições brasileiras habilitadas e dispostas a participar como co-executoras da cooperação [...]. Dá-se também preferência a ações e programas que possibilitem a criação de efeitos multiplicadores e que apresentem condições de sustentabilidade após seu término. (Iglesias Puente, 2010, p. 118).

Mais uma vez, a aplicação desse tipo de projeto busca marcar oposição à reprodução do modelo tradicional de cooperação técnica, que é criticado por não ter alcançado sucesso significativo no sentido de trazer desenvolvimento estruturado aos países receptores.

Por fim, é sempre prudente lembrar que a CSSD brasileira também é um meio à disposição do Estado para dar ensejo à consecução dos objetivos de adensamento das relações com diferentes países com os quais se pretende forjar integração política, econômica, social e cultural. Porque inseridos no âmbito da política externa brasileira, os procedimentos da

⁸Disponível em: <http://www.abc.gov.br/Gestao/ProjetosEstruturantes>. Acesso em: 10jan. 2018.

cooperação técnica sul-sul para o desenvolvimento não fogem às características inerentes à política, ou seja, envolvem conflitos entre atores, barganhas e articulações estratégicas a fim de atenderem ao “*interesse nacional*” brasileiro.

3. A cooperação brasileira em saúde

O envolvimento brasileiro com a cooperação no campo da saúde, apesar de ter passado por uma intensificação e reformulação estratégica nos anos 2000, não é uma novidade. Entretanto, até os anos 1990, o país atuava principalmente como receptor de cooperação internacional. O papel do Brasil enquanto fornecedor de cooperação, e, de maneira geral, a inserção da saúde na agenda da política externa brasileira⁹, passaram a ter destaque a partir de meados dos anos 90, acompanhando uma tendência mundial de aumento da importância da saúde na política externa e internacional (Almeida, 2013). A partir do governo Lula, houve um expressivo aumento de projetos brasileiros de cooperação técnica sul-sul, sendo a saúde uma das principais áreas abordadas por eles. A seguir, pretende-se apresentar uma visão de conjunto, portanto não exaustiva, sobre a cooperação oferecida pelo Brasil na área da saúde.

Segundo dados da Agência Brasileira de Cooperação, entre os anos 2000 e 2014, a saúde foi o segmento com o segundo maior percentual de projetos oferecidos pelo Brasil no âmbito da CSSD (16%), atrás apenas do setor agrícola (19%) (ABC, 2018). Em relação aos investimentos financeiros, passou-se de um gasto de 2,78 milhões de reais, em 2005, para 13,9

⁹ Segundo Alcázar (2005) o retardo no reconhecimento da saúde como tema da política externa brasileira estaria baseado em três fatores: por um lado, especialização dessa área de conhecimento, praticamente inacessível ao círculo dos profissionais da diplomacia e sob monopólio dos médicos e sanitaristas; por outro lado, subordinação aos temas econômicos ou do comércio, assuntos familiares à diplomacia tradicional, mas infensos à cultura sanitária e, por fim, baixa expressão institucional da saúde pública no aparato do Estado.

milhões em 2009 (Ventura, 2013). Seguindo a configuração da CTPD brasileira, a maior parte dos projetos é aplicada na África (com foco nos países lusófonos), América do Sul e América Central (IPEA, 2013). Os principais temas específicos dos projetos brasileiros em saúde são: a resposta ao HIV/aids (área na qual o Brasil é considerado uma referência mundial), malária, nutrição, bancos de leite materno, vigilância sanitária, ensino/formação profissional e sistemas de saúde (BRASIL, 2007; Santos & Cerqueira, 2015). Tendo em vista que o projeto a ser analisado na seguinte seção deste artigo refere-se ao último tema específico citado, é importante detalhá-lo um pouco mais.

Fruto da reforma sanitária brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS) consagra o acesso público, universal e gratuito à saúde, considerada pela Constituição Federal de 1988 um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado. Os princípios que o norteiam são: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular. Do ponto de vista internacional, o sistema de saúde do Brasil pode ser considerado uma experiência única, sobretudo no contexto latino-americano¹⁰, e é o maior sistema público de saúde do mundo. Dessa forma, ainda que o SUS possua muitas – e graves – ineficiências no âmbito doméstico, é considerado um sistema sanitário exemplar, sobretudo do ponto de vista doutrinário, e que pode ser implantado em outros países através de transferência de tecnologia e *know-how*.

Os atores envolvidos na cooperação do Brasil em saúde são numerosos. Além do Ministério da Saúde (MS), o Ministério das Relações Exteriores (MRE) e os órgãos vinculados

¹⁰ “Sob a voga neoliberal, a região [América Latina] experimentou processos mais ou menos generalizados de privatização de serviços e de retração de políticas sociais. No campo da saúde, isso proporcionava forte crítica ao enquadramento da saúde como direito e objeto de responsabilidade pública. Assim, ao defender seus princípios, a reforma da saúde, no Brasil, operou de forma contrária à maré liberalizante do período, e o SUS, público, universal e gratuito, apresentou-se como uma experiência em boa medida isolada em seus termos doutrinários” (Pires-Alves et al., 2012, pp. 444-445).

a eles¹¹, também fazem parte universidades, laboratórios, institutos e fundações, dentre as quais tem grande destaque a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Segundo Milani e Lopes (2014, p. 65), “o Itamaraty nunca foi o principal agente técnico da CSS em matéria de saúde pública”. O seu papel está ligado à coordenação diplomática, representação e negociação. Pode-se dizer que a política externa de cooperação técnica foi responsável por uma aproximação inédita entre o MS e o MRE (Ventura, 2013). Tal aproximação culminou, em 2005, na assinatura do Protocolo de Intenções entre os dois Ministérios, com o objetivo de aperfeiçoar a coordenação entre o MRE e o MS em matéria de cooperação técnica prestada a países em desenvolvimento.

Dessa forma, a saúde passou a integrar cada vez mais as estratégias de política externa brasileira¹², tanto em matéria de cooperação técnica quanto de ativismo em fóruns multilaterais. No mesmo sentido, a política externa também passou a fazer parte das estratégias da área da saúde. A atuação internacional do Ministério da Saúde,

pautada nas diretrizes da Política Externa Brasileira, [...] tem por finalidade promover, articular e orientar a interlocução do governo com outros países e com organismos multilaterais, assim como em foros internacionais de interesse para o setor. Estimula também a adoção de mecanismos de integração regional e sub-regional, além de desenvolver a articulação da colaboração de peritos e de missões internacionais, multilaterais e bilaterais, atendendo às diretrizes da política nacional de saúde. (BRASIL, 2011, p.64).

¹¹ Entre os órgãos vinculados ao Ministério da Saúde, destacam-se a Assessoria Internacional do Ministério (AISA/MS), o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmitidas e Aids (PN-DST/Aids), o Instituto Nacional do Câncer (Inca), a Fundação Nacional da Saúde (Funasa), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (Cepik & Sousa, 2011). Em relação ao MRE, destaca-se a Agência Brasileira de Cooperação (ABC).

¹² O Brasil defendeu esse modelo de articulação entre o MRE e o MS no âmbito da ONU, liderando esforços para tornar a saúde uma pedra angular da política externa oficial de todos os países. Isso resultou na Declaração Ministerial de Oslo, de 2007, assinada pelos Ministros das Relações Exteriores do Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal, África do Sul e Tailândia. A declaração convoca os governos a inserir a saúde global em suas respectivas políticas externas e a reconhecer o papel fundamental da saúde nas relações internacionais (Almeida, 2013).

Mais detalhadamente, a cooperação internacional em saúde objetiva

contribuir para o desenvolvimento de sistemas de saúde sustentáveis com ações de cooperação junto a instituições estruturantes, que incluem: escolas de saúde pública, escolas técnicas de saúde, institutos de saúde pública e centros de produção de insumos (imunobiológicos e medicamentos) [...] Com isto, espera-se desenvolver uma das áreas de maior potencialidade para contribuir com as estratégias de política externa brasileira, voltada à cooperação, fortalecendo ao mesmo tempo os blocos regionais e os laços de solidariedade com as nações irmãs. [A diretriz 2008-2011 de cooperação internacional do MS objetiva] fortalecer a presença do Brasil no cenário internacional na área da Saúde, em estreita articulação com o Ministério das Relações Exteriores, ampliando sua presença nos órgãos e programas de saúde das Nações Unidas e cooperando com o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países da América do Sul, [...] América Central [...] e da África. (BRASIL, 2010 p.115).

Assim, em parte como resultado dessa articulação entre o MS e o MRE, cresceu a importância estratégica dada à saúde dentro dos blocos regionais e coalizões políticas dos quais o Brasil faz parte. Os dois exemplos mais notáveis em relação a isso são a União das Nações Sul-Americanas (UNASUL) e na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), mas também podem ser citados o BRICS, o IBAS e o Mercosul. Ademais, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Fiocruz “foram parceiros de primeira hora deste movimento de afirmação da saúde como tema de cooperação internacional e diplomacia” (Pires-Alves et al., 2010, p. 6).

Para apoiar as iniciativas brasileiras de CSS em saúde, em 2005, foi celebrado o Termo de Cooperação OPAS-Brasil nº 41, o TC 41, entre o Ministério da Saúde, a OPAS e a Fiocruz, com vigência até 2015. Tratava-se de uma cooperação triangular em que eram partícipes: o governo brasileiro (representado pelo MS e agências ligadas a ele, como a Fiocruz), a representação da OPAS/OMS no Brasil e os países receptores e suas instituições. Os recursos financeiros utilizados nas atividades de cooperação originavam-se, principalmente, do orçamento regular do Ministério da Saúde (Pires-Alves et al., 2010). O objetivo do TC 41 era

estabelecer um Programa de Saúde Internacional que servisse como base da atuação brasileira em outros países, colaborando para a construção de arranjos institucionais promotores de uma maior integração regional e âmbito global. Portanto, para o Brasil, o acordo permitiu a divulgação da proposta doutrinária e organizacional do SUS, o que pode ser duplamente interessante para o país, pois, além de participar de um intercâmbio de experiências e tecnologias, traz a possibilidade de reconhecimento internacional do sistema de saúde brasileiro como uma política modelar (Pires-Alves et al., 2010; Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS], 2015). Alinhado às novas diretrizes da PEB de priorização das relações sul-sul, o TC 41 propiciou o suporte para que a internacionalização do sistema de saúde brasileiro passasse a figurar como um dos temas específicos da cooperação técnica sanitária do país, com destaque para a atuação brasileira na área da saúde com a CPLP e com a UNASUL. Até 2015, o TC 41 apoiou mais de 680 atividades compreendidas em 51 projetos aplicados nas Américas e na África (OPAS, 2015).

Outra característica-chave da atuação brasileira em cooperação na área da saúde, que possui especial importância para este trabalho, é busca pela implantação de projetos que sejam “estruturantes”. A Cooperação Estruturante em Saúde (CES) é pautada pela abordagem de “construção de capacidades para o desenvolvimento” (Almeida, 2013, p. 309), seguindo uma tendência mundial de estímulo à consecução de projetos de cooperação que tragam resultados mais duradouros para os países nos quais são aplicados. Dessa forma,

o propósito é ir além das formas tradicionais de ajuda externa e reorientar a cooperação brasileira para o fortalecimento institucional dos sistemas de saúde dos países parceiros, combinando intervenções concretas com a construção de capacidades locais e a geração de conhecimento, além de promover o diálogo entre atores, de forma a possibilitar que os próprios países assumam o protagonismo na liderança dos processos no setor saúde e promovam a formulação autônoma de uma agenda para o desenvolvimento futuro na saúde. (Almeida, 2013, p. 309).

Existem duas vertentes temáticas principais nos projetos brasileiros estruturantes no campo da saúde: a formação de recursos humanos e a construção de sistemas de saúde de cobertura universal. Por meio desses dois eixos, procura-se estimular construção de capacidades em pesquisa, ensino ou serviços e o fortalecimento/criação de “instituições estruturantes” do sistema de saúde (Ministério da Saúde, escolas de saúde pública, instituições nacionais de saúde, universidade ou cursos ligados à área da saúde, institutos de desenvolvimento tecnológico e de produção de insumos e medicamentos) (Almeida, Campos, Buss, Ferreira & Fonseca, 2010). A proposta é que estas instituições “atuem de forma conjunta em redes nacionais e regionais e apoiem os esforços de estruturação e fortalecimento de seus respectivos sistemas de saúde” (Almeida, 2013, p. 309).

Nota-se, portanto, que a estrutura do SUS, que preconiza cobertura universal, equitativa e integral dos serviços de saúde, está presente como inspiração para o conceito de CES. Para Ventura, a CES brasileira contém duas inovações em relação ao paradigma da cooperação internacional, pois,

primeiramente, ela pretende romper com a tradição da transferência passiva de saberes e tecnologias. Em segundo lugar, o seu objetivo fundamental é a criação ou o fortalecimento das principais instituições fundamentais dos sistemas de saúde dos países beneficiários, explorando ao máximo as capacidades locais [...]. Enquanto a cooperação internacional oferecida pelo mundo desenvolvido é, em geral, orientada ao enfrentamento de doenças ou de vulnerabilidades específicas, a cooperação dita estruturante volta-se ao apoio às autoridades, ao fomento às escolas de formação de profissionais e ao enfrentamento das debilidades dos sistemas nacionais de saúde. (Ventura, 2013, pp. 102-103).

A implementação dos projetos estruturantes é guiada por cinco eixos estratégicos: (i) priorização da cooperação horizontal; (ii) foco no desenvolvimento de capacidades; (iii)

iniciativas coordenadas no contexto regional; (iv) forte envolvimento de ministros da saúde na construção de consensos estratégicos e políticos; e (v) estímulo à parceria entre saúde e relações exteriores (Almeida et al., 2010). A ideia que norteia o entendimento das instituições de saúde brasileiras como capazes de prover uma cooperação estrutural é a de que, décadas atrás, o Brasil estava na mesma situação de deficiência sistemática em que os países receptores dos projetos brasileiros estão hoje (Pincock, 2011 como citado em Ventura, 2013).

4. O projeto de reestruturação do sistema de saúde do Haiti

As relações entre o Brasil e o Haiti na área de cooperação internacional existem desde a década de 1980, entretanto, após o estabelecimento do comando brasileiro da Missão das Nações Unidas para a Estabilização do Haiti (MINUSTAH), em 2004 e, principalmente, depois do terremoto que devastou o país caribenho, em 2010, os projetos de cooperação entre Brasil e o governo haitiano foram fortemente intensificados. A assinatura do Acordo Tripartite entre Brasil, Cuba e Haiti para o Projeto de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti (PFASH) faz parte desse contexto pós-terremoto. Em termos de volume financeiro e abrangência de atividades, esse é o maior projeto de cooperação internacional desenvolvido pelo Brasil na área da saúde (Chioro, 2014).

Pretende-se, nesta seção, apresentar e analisar o projeto citado acima, a fim de verificar em que medida ele pode ser considerado um projeto estruturante, nos moldes declarados da cooperação técnica brasileira para a área da saúde. Os documentos nos quais a análise se apoia são, em sua maioria, relatórios sobre o andamento do projeto de cooperação, além de documentos primários, tais como o Memorando de Entendimento que deu início ao projeto e o

acordo assinado entre o Ministério da Saúde do Brasil e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), instituindo o projeto BRA/10/005 como suporte ao memorando tripartite.

O “Memorando de Entendimento entre Brasil, Cuba e Haiti para o fortalecimento do sistema e dos serviços públicos de saúde e de vigilância epidemiológica do Haiti” foi firmado no dia 27 de março de 2010, com vigência de cinco anos. O objetivo do memorando é “conjugar esforços para viabilizar a assinatura de projetos específicos para a realização de atividades de recuperação de infraestrutura e capacitação de profissionais de saúde que fortaleçam o sistema público de saúde do Haiti” (BRASIL, CUBA E HAITI, 2010). O memorando tem como base o modelo de atuação do SUS, partindo do princípio de que a saúde é um direito e deve ser fornecida pelo Estado de maneira universal, equitativa, pública e gratuita. Foi estabelecido que cabe ao Brasil, em relação ao Haiti: apoiar a recuperação e construção de unidades hospitalares, contribuir para a aquisição de equipamentos e ambulâncias, viabilizar bolsas para a capacitação de profissionais, apoiar a qualificação da gestão em saúde e o fortalecimento do sistema de atenção básica à saúde. Cuba, por sua vez, ficou responsável por assessorar a logística das operações, disponibilizar profissionais da saúde e apoiar a formação dos profissionais de saúde haitianos. Por fim, foi acordado que compete ao Haiti identificar as áreas para a instalação dos hospitais, as unidades de saúde a serem reformadas e os profissionais de saúde a serem qualificados e, também, responsabilizar-se pela totalidade do salário dos funcionários das instalações contempladas pelo acordo tripartite (BRASIL, CUBA E HAITI, 2010). Os Ministérios da Saúde dos três países foram apontados como os executores das atividades a serem desenvolvidas no âmbito do memorando e se

instituiu a coordenação dos projetos decorrentes ao Comitê Gestor Tripartite, composto por três representantes dos respectivos Ministérios da Saúde.

No que diz respeito ao Brasil, além do Ministério da Saúde e da ABC (com função de acompanhamento e análise de relatórios), existem três outros atores partícipes do PFASH: a Fiocruz, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). No escopo do convênio com a Fiocruz foram definidos quatro campos de atuação: apoio à vigilância epidemiológica, apoio ao programa Ampliado de Vacinação do Haiti, comunicação e informação em saúde. À UFRGS coube desenvolver processos e atividades que contribuíssem para o fortalecimento da organização da rede de serviços de saúde do Haiti e a UFSC ficou responsável por apoiar a formação de dois mil agentes comunitários de saúde e de quinhentos técnicos de nível médio para atuarem com supervisão e monitoramento de profissionais de saúde locais (Ministério da Saúde, 2014). O PNUD (tendo o UNOPS¹³ como agente implementador) também se tornou participante do PSFASH com a assinatura do Projeto BRA/10/005¹⁴, cujos objetivos principais eram: apoiar a construção e implantação dos três Hospitais Comunitários de Referência (HCR) e do Instituto Haitiano de Reabilitação; reformar estabelecimentos de saúde haitianos; colaborar para a formação de profissionais da saúde e fornecer e apoiar o funcionamento de uma rede de frio. O valor total do BRA/10/005 é US\$ 53.127.405.00 (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [PNUD], 2010).

No preâmbulo do Memorando Tripartite, são citadas como base para o acordo “as experiências exitosas do Sistema Único de Saúde do Brasil e do Sistema de Saúde de Cuba”, a

¹³ Sigla para *United Nations Office for Project Services* (em português: Escritório das Nações Unidas para Serviços de Projetos).

¹⁴ Vigente até janeiro de 2017.

presença prévia de profissionais da saúde cubanos no Haiti e a importância das “ações de assistência humanitária para a recuperação de países em condições vulneráveis decorrentes de desastres” (BRASIL, CUBA E HAITI, 2010).

Nota-se, portanto, que estão presentes duas características da CES do Brasil: a transferência do “modelo SUS” e o investimento em formação de profissionais locais. Especificamente no preâmbulo, é pertinente observar que é citada a presença anterior de Cuba em território haitiano (profissionais da saúde), porém não a do Brasil (presença militar no âmbito da MINUSTAH). Também é interessante destacar que o memorando se coloca em um enquadramento de ajuda humanitária, porém posteriormente o projeto é apresentado como um caso de cooperação técnica estruturante.

Pelas ações realizadas, pode-se dizer que o projeto se encaixa na definição de CES, porém o contexto que o originou foi o de assistência humanitária, devido ao terremoto e à necessidade de atuação rápida. O reforço do aspecto de ajuda humanitária e da solidariedade facilitou também a aprovação no Congresso Nacional da Lei 12.239, que liberou recursos extraordinários (R\$ 1.347.057.000,000) a diversos ministérios, incluindo o Ministério da Saúde, para operações de assistência especial no exterior e assistência humanitária ao Haiti em iniciativas voltadas para a saúde (PNUD, 2010).

Segundo relatam Misoczky, Bordin e Barcelos. (2015, pp. 99-100), a concepção do PFASH surgiu de uma missão realizada pelo Brasil ao Haiti, logo após o terremoto. Na ocasião, o então Ministro da Saúde Pública e da População do Haiti mencionou que “a assistência internacional, principalmente promovida pelas ONGs iria com o tempo se retirar do Haiti e que o Brasil poderia apoiar em dois eixos fundamentais: fortalecimento do sistema de saúde e da

vigilância epidemiológica haitianos” (Misoczky, Bordin & Barcelos, 2015, pp. 99-100). Portanto, em boa medida, pode-se dizer que o projeto foi aventado pelo Haiti, país receptor da cooperação, o que estaria de acordo com a alegada característica da CTPD brasileira de ser *demand driven*.

Além da realização dos cursos de capacitação e formação técnica profissional, em 2014, foram inaugurados três Hospitais de Referência Comunitários (HCRs); um em Bom Repos, outro em Carrefour e o terceiro em Beudet, regiões metropolitanas da capital Porto Príncipe. O Instituto Haitiano de Reabilitação e o Laboratório de Próteses e Órteses também foram finalizados em 2014. Segundo a Revisão Substantiva do BRA/10/005, até 2014, a grande maioria das atividades previstas no acordo havia sido executada (PNUD, 2015). Até 2014, o valor total dispendido pelo Brasil no PFASH era de 135 milhões de reais (BRASIL, 2014b; Misoczky et al., 2015).

O conhecimento, da parte brasileira, sobre as condições econômicas, políticas, sociais e de infraestrutura física em saúde do Haiti, parecia estar presente quando da formulação do projeto de cooperação. Além de já existir presença do Brasil no país caribenho desde 2004, o que leva a crer que o MRE esteve a par da situação doméstica haitiana, os relatórios, as notícias e a literatura consultada fazem diversas referências ao conhecimento prévio do Brasil sobre a realidade do Haiti e as condições dificultosas do país de capacidade de absorção da infraestrutura física fornecida.

Além disso, após a inauguração dos HCRs, em 2014¹⁵, o Ministério da Saúde do Brasil anunciou que continuaria a apoiar a sustentabilidade dos três hospitais, a fim de garantir sua manutenção. O Plano de Manutenção foi assinado em dezembro de 2014. Após a inauguração dos três HCRs, a gestão do complexo hospitalar foi formalmente transferida ao Haiti (BRASIL, 2014a). OMS também se incumbiu do provimento de medicamentos nos dois anos iniciais do funcionamento dos hospitais e foi dito que a Agencia Brasileira de Cooperação apoiaria com o pagamento dos salários dos profissionais do Instituto Haitiano de Reabilitação (Chioro, 2014). Nota-se, assim, que há ações brasileiras que denotam preocupação com a absorção do país receptor dos insumos trazidos pela cooperação. Mas, inclusive devido a essa necessidade de continuação do suporte brasileiro após o término formal do PFASH, são suscitadas dúvidas sobre se o Haiti, que em 2014 não tinha condições, principalmente financeiras, para manter o complexo hospitalar e o pagamento de profissionais, terá tais condições em um futuro próximo.

Nesse sentido, a Revisão Substantiva do BRA/10/005 inclui em seu texto uma listagem das dificuldades encontradas para a consecução do Projeto e que justificariam sua prorrogação até 2017. Dentre elas: falta de orçamento do MSPP; atraso do MSPP em selecionar os profissionais que atuariam no complexo hospitalar inaugurado em 2014; dificuldades de execução e contrapartidas do MSPP, ou mesmo do governo haitiano; o contexto político de eleições em 2015; mudanças de gestores do projeto e dificuldades do MSPP em realizar

¹⁵¹⁵ O Plano de Manutenção dos 3 HCRs contou com “a incorporação de 83 especialistas haitianos, a partir de solicitação feita pela ministra da saúde do Haiti, com a justificativa de falta de orçamento próprio para a contratação de profissionais especializados tais como, cirurgiões, anestesistas, obstetras, dentre outros. Em janeiro de 2015, foi criado o Comitê Técnico de Acompanhamento do Plano de Manutenção dos HCRs, [...] composto pelo MSPP e pelo UNOPS” (Misoczky et al., 2015, p. 105) já que a continuidade do apoio brasileiro à manutenção se dá por meio do Projeto BRA/10/005.

prestações de contas (PNUD, 2015). Nota-se, portanto, que a grande maioria dos problemas e dificuldades enfrentadas para a implementação do PFASH é posta “na conta” do Haiti. Isso reforça a possibilidade de desconhecimento das reais capacidades estruturais do país receptor em sustentar as atividades resultantes do projeto de cooperação.

Ademais, em uma entrevista ao jornal Folha de São Paulo, em julho de 2015, a Ministra da Saúde do Haiti declarou que houve problemas nos equipamentos hospitalares enviados pelo UNOPS, que não eram adaptados às infraestruturas existentes. A Ministra demonstrou preocupação com a retirada do apoio brasileiro à manutenção do projeto:

não sabemos o que vai acontecer quando o Brasil retirar os financiamentos, pois a tesouraria haitiana ainda não pode assumir para garantir atendimento grátis. Não temos estabilidade financeira. Queríamos que o Brasil prolongasse o acompanhamento financeiro e técnico a longo prazo. Não estaremos prontos para sustentar os hospitais. (Freitas, 2015).

Ficam evidenciadas pela declaração acima as dificuldades dos atores parceiros do Haiti de reconhecerem os limites de implementação do projeto, o que pode pôr em risco, inclusive, a transferência da política de funcionamento SUS de atendimento totalmente gratuito, que é uma das características mais importantes do PFASH. Ademais, o investimento feito na formação e capacitação de profissionais da saúde parece não ter sido suficiente para operacionalizar o complexo hospitalar, já que há dificuldades no pagamento de salários.

Ademais, o investimento em formação profissional e gestão de sistemas de saúde, inclusos nos acordos de cooperação, foi um componente estruturante essencial pensado para que a infraestrutura não se tornasse inútil devido a dificuldades de administração e à ausência de profissionais da saúde no Haiti. Nos documentos consultados, há relatos de que o planejamento dos cursos de formação era realizado com participação ativa dos representantes

haitianos, e as alterações demandadas pelo Haiti, necessárias nas partes didática e operacional dos cursos, foram realizadas, mesmo que isso às vezes significasse atraso no cronograma do projeto (Misoczky et al., 2015).

Por fim, é importante destacar que a transferência de experiências e conhecimentos técnicos relativos ao SUS e à formação de recursos humanos são o principal aspecto diferencial da CES brasileira, pois o fornecimento de recursos materiais e doações financeiras são ações já realizadas pela cooperação tradicional. Sendo assim, a transferência de conhecimento indica ser um aspecto bastante positivo no qual a cooperação brasileira deve continuar apostando visto que, além de ser fundamental para o funcionamento sanitário dos países, é um legado pessoal importantíssimo.

5. Considerações finais

A partir da exposição das características associadas à Cooperação Sul-Sul Brasileira para o Desenvolvimento, foi possível compreender melhor também o contexto da atuação brasileira internacional em saúde. Os aspectos da CTPD brasileira realçados neste artigo são importantes componentes para que seja possível enxergar a CSSD como positivamente diferente em relação à cooperação tradicional. Enquanto país emergente, a cooperação para o desenvolvimento através da exportação de políticas públicas nacionais pode ser um instrumento de política externa bastante valioso, caso seja habilmente manejado. Nesse sentido, a institucionalização da cooperação técnica, com a adoção de regras e diretrizes claras para a atuação brasileira, poderia colaborar no sentido de trazer, por exemplo, maior organização entre os diversos atores partícipes e mecanismos de *accountability*.

Em relação à cooperação na área da saúde, a atuação brasileira é considerada uma referência em diversos pontos. Merece destaque o conceito de Cooperação Estruturante em Saúde, uma aposta valiosa para a CSSD do Brasil, inclusive no sentido de distinguir-se da cooperação tradicional, como citado no parágrafo acima. Entretanto, é preciso atentar para a grande responsabilidade que tal conceito e sua aplicação trazem. Por ser uma proposta de atuação promissora que procura afastar-se de projetos paliativos, certamente são maiores os desafios para sua implementação, como demonstrou o Projeto de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti.

Em relação ao PFSAH, ao investir na formação de profissionais da saúde e na reestruturação de todo o sistema de saúde, o Brasil demonstra atenção à construção de capacidades tanto físicas quanto organizacionais e operacionais, fundamentais para que haja sustentabilidade do sistema de saúde do Haiti. Entretanto, há muitas dificuldades na manutenção do projeto, ou seja, justamente no aspecto estruturante da cooperação. Sendo assim, embora seja possível afirmar que a formulação do PFASH se encaixa na concepção de projeto estruturante, sua implementação revelou dificuldades que podem prejudicar a dimensão estruturante do projeto.

O funcionamento eficaz de projetos é condição imprescindível da CSSD. Ademais, é importante apostar nas inovações no campo da CID buscadas pelo Brasil a fim de apresentar uma alternativa à cooperação tradicional. Sendo assim, é necessário monitorar as iniciativas brasileiras de Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento e zelar pelos seus aspectos diferenciais e estruturantes para que não se repitam os mesmos erros da cooperação tradicional.

Referências

Agência Brasileira de Cooperação [ABC]. Site Oficial. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

Alcázar, S. L. B. F. (2005). *A inserção da Saúde na Política Exterior Brasileira*. Brasília: Instituto Rio Branco; Fundação Alexandre de Gusmão.

Almeida, C. (2013). Saúde, política externa e cooperação sul-sul em saúde: elementos para a reflexão sobre o caso do Brasil. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/MS/SAE. V. 1, 233-327.

_____, Campos, R. P., Buss, P., Ferreira, J. R., & Fonseca, L. E. (2010). A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. *RECIIS - R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. 4 (1), 25-35.

BRASIL. (2007). *Cooperação Técnica Brasileira em saúde. Via ABC*.

_____. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Mais Saúde: Direito de Todos 2008- 2011*. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d.

_____. (2011). Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde – PNS 2012-2015*. Brasília.

_____. (2014a). Ministério da Saúde. *Brasil encerra etapa da reestruturação da saúde pública do Haiti*.

_____. (2014b). Ministério da Saúde. *Ministro inaugura complexo hospitalar no Haiti*.

BRASIL, CUBA E HAITI. (2010). *Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil, o Governo da República de Cuba e o Governo da República do Haiti para o fortalecimento do sistema e dos serviços públicos de saúde e vigilância epidemiológica no Haiti*.

Cabral, L. (2011). *Cooperação Brasil-África para o desenvolvimento: Caracterização, tendências e desafios. Textos Cindes*, 26.

Cepik, M., & Sousa, R. P. (2011) *A política externa brasileira e a cooperação internacional em saúde no começo do governo Lula. Século XXI*, 2(1), 109-134.

Chioro, A. (2014). Intervenção do Ministro de Estado da Saúde Arthur Chioro. *Cerimônia de Inauguração do Hospital Comunitário de Referência de Bon Repos e do Instituto de Reabilitação do Haiti Dr. Leo Gerard*.

Freitas, O. (2015). Hospitais construídos pelo Brasil no Haiti não funcionam plenamente. *Folha de São Paulo*. São Paulo, 13 de julho de 2015.

Iglesias Puente, C. A. (2010). *A Cooperação Técnica Horizontal Brasileira como instrumento da Política Externa: a Evolução da Cooperação Técnica com Países em Desenvolvimento – CTPD – no período 1995-2005*. Brasília: FUNAG.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA]. (2010). *Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional: 2005-2009*. Brasília: IPEA.

_____. (2013). *Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional: 2010*. IPEA.

_____. (2016). *Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional: 2011-2013*. IPEA.

Leite, I. C., Pomeroy, M., & Suyama, B. (2015). Brazilian South–South Development Cooperation: the Case of the Ministry of Social Development in Africa. *Journal of International Development*. 27, 1446–1461.

Mawdsley, E. (2012). *From Recipients to Donors, emerging powers and the changing development landscape*. Londres: Zed Books.

Milani, C. R. S. (2012). Aprendendo com a história: críticas à experiência da Cooperação Norte-Sul e atuais desafios à Cooperação Sul-Sul. *Cad. CRH*, 25 (65), 211-231.

_____. (2014). Brazil's South–South Cooperation Strategies: From Foreign Policy to Public Policy. *South African Institute of International Affairs*, 179.

_____, Suyama, B., & Lopes, L. (2013). Políticas de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento no Norte e no Sul: que lições e desafios para o Brasil? *Friedrich Ebert Stiftung Brasil*.

_____, & Lopes, R. N. (2014). Cooperação Sul-Sul e Policy Transfer em Saúde Pública: análise das relações entre Brasil e Moçambique entre 2003 e 2012. *Carta Internacional*, 9, 59-78.

Ministério da Saúde. (2014). *Cooperação em Saúde no Haiti: Quatro Anos de Construção*. 1ª ed. Brasília.

AVELHAN, Livia Liria. *A Cooperação Sul-Sul Brasileira em Saúde: o Projeto de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti.*

Misoczky, M. C., Bordin, R., & Barcelos, R. (2015). *Fortalecimento da Rede de Serviços de Saúde: um Relato da Cooperação Brasil/Cuba/Haiti*. Publicato: Porto Alegre.

Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. (2015). *Avaliação do Programa de Cooperação Internacional em Saúde: Intercâmbio de experiências, conhecimentos e tecnologias entre instituições do campo da saúde*. Relatório Técnico Final.

Pinheiro, L. (2009). Autores y Actores de la Política Exterior Brasileña. *Foreign AffairsLatinoamérica*, 9 (2), 14-24.

Pires-Alves, F. A., Paiva, C. H. A., & Santana, J. P. (2010). Cooperação Internacional, Política Externa e Saúde: contribuição ao processo de avaliação do Termo de Cooperação Opas-Brasil nº 41 (TC 41). Documento de Trabalho. *Observatório História e Saúde - Rede ObservaRH*.

_____. (2012). A internacionalização da saúde: elementos contextuais e marcos institucionais da cooperação brasileira. *Rev Panam Salud Publica*.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [PNUD]. (2010). *BRA/10/005*. Projeto de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti. Brasília, Brasil.

_____. 2015. *Revisão Substantiva do Projeto BRA/10/005*.

Santos, R. F., & Cerqueira, M. R. (2015). Cooperação Sul-Sul: experiências brasileiras na América do Sul e na África. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 22 (1), 23-47.