

## **Cooperação Técnica Sul-Sul, Capacidades Estatais e Desenvolvimento Social: o caso do projeto de fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti**

### **South-South Technical Cooperation, State Capacities and Social Development: the case of the project to strengthen Haiti's sanitary authority**

Douglas Valletta Luz 

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)

E-mail: [dvallettaluz@gmail.com](mailto:dvallettaluz@gmail.com)

**Resumo:** Desde que o Brasil assumiu o comando militar da MINUSTAH, em 2004, o Haiti adquiriu centralidade em suas relações internacionais. No campo da Saúde, em 2010 foi estabelecida a Cooperação Tripartite Brasil-Cuba Haiti e 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 de seus compromissos na Cooperação. Entre suas principais atividades, estão a construção e a reforma de infraestruturas físicas, 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 tradicional da cooperação brasileira. Este trabalho buscou compreender como a concepção do BRA/10/005 aborda o desenvolvimento de capacidades estatais para o fortalecimento da saúde pública no Haiti.

**Palavras-Chave:** Cooperação Técnica Sul-Sul; Haiti; Desenvolvimento social; Capacidades estatais; Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti.

**Abstract:** Since Brazil had the military command of MINUSTAH, in 2004, Haiti has acquired centrality in their international relations. In 2010, the "BRA/10/005- South-South cooperation project to strengthen Haiti's health authority" was signed as the instrument through which Brazil implements most of the commitments made by Tripartite Cooperation Brazil-Cuba-Haiti on health. Among its main activities, there are: building and reforming health infrastructure; purchasing of vehicles and equipment for the public health system; and maintaining the services of the built infrastructures. These activities would not be recommended by the traditional guidance of Brazilian cooperation for strengthening capacities. This study sought to understand how the design of the BRA/10/005 addresses State capacity-building to strengthen public health in Haiti.

**Keywords:** South-South Technical Cooperation; Haiti; Social development; State capacity; Tripartite Cooperation Brazil-Cuba-Haiti.

## **1. Introdução**

A partir do início dos anos 2000, a política externa brasileira teve entre suas prioridades a cooperação internacional para o desenvolvimento com países “do Sul”, com ênfase no fortalecimento de capacidades estatais e em políticas sociais, como uma maneira de criar ou fortalecer laços políticos e comerciais, obter maior projeção internacional e dotar esses países de protagonismo em suas políticas públicas (Sá e Silva, 2016).

Desde 2004, o Haiti passou a ser prioridade nas relações internacionais brasileiras, tanto pela liderança militar brasileira da Missão das Nações Unidas para a Estabilização do Haiti (MINUSTAH), assumida nesse ano, quanto pela resposta ao terremoto que assolou o país em 2010 – quando 47,4% dos gastos brasileiros com cooperação para o desenvolvimento internacional foram destinados ao Haiti (IPEA & ABC, 2013). O Ministério da Saúde (MS) é um dos principais atores da cooperação técnica brasileira, e tem especial relevância no Haiti.

Logo após o terremoto de 2010, o governo brasileiro destinou R\$ 375 milhões de crédito extraordinário para ações no Haiti, sendo R\$ 135 milhões para o MS desenvolver ações de cooperação técnica e humanitária. A ação contou com a parceria de Cuba, por meio de cooperação trilateral – a chamada “Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti” foi estabelecida por memorando de entendimento firmado pelos ministros da saúde dos três países, em 27 de março de 2010. Nesse, cada país assumiu compromissos para o “fortalecimento do sistema e dos serviços públicos de saúde e de vigilância epidemiológica no Haiti”.

As ações para honrar os compromissos brasileiros foram coordenadas pelo MS e executadas em parceria com instituições brasileiras ou organismos internacionais, sendo que a maior parte do recurso – R\$ 105,2 milhões – foi executada em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) por meio do projeto “BRA/10/005 - Projeto de cooperação Sul-Sul de fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti” e de um projeto complementar ao BRA/10/005, que são o objeto de análise do presente artigo.

Apesar de sua notoriedade, a cooperação brasileira ainda carece de um marco legal que a reconheça como política pública, que garanta sua continuidade, que permita executar projetos no exterior sem a obrigatoriedade de firmar parcerias com organismos internacionais ou outros atores, que defina suas atividades e que promova uma maior mensuração, avaliação e

monitoramento – inclusive com vistas a melhor demonstrar seus êxitos. Um dos poucos instrumentos oficiais em mérito é o Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul, elaborado pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC), que expressa a visão geral da orientação brasileira para a cooperação Sul-Sul e instruções para a elaboração de projetos. As atividades do projeto ora analisado destoam em boa parte dessa orientação – a despeito das reiteradas análises que apontam o sucesso dessas – sendo majoritariamente construções e reformas de infraestruturas física, aquisição de equipamentos, ambulâncias e veículos, pagamento de bolsas de estudo e custeio e manutenção de serviços – o que o tornam uma experiência singular do tipo de cooperação técnica tradicionalmente firmada pelo Brasil com países em desenvolvimento, comumente centrada na transferência de políticas, com enfoque em capacitação de burocracias.

O presente artigo buscou entender e discutir “como a concepção do BRA/10/005 aborda o desenvolvimento de capacidades estatais para o fortalecimento da saúde pública no Haiti”. Para tanto, revisa conceitos de cooperação internacional para o desenvolvimento, de capacidades estatais, e discute o caso do projeto de fortalecimento da autoridade sanitária haitiana.

### *1.1. Método de pesquisa*

Este artigo apresenta parte dos achados de uma dissertação de mestrado (Luz, 2018b), que se utilizou de estudo de caso, com pesquisa em registros administrativos e publicações do projeto; entrevistas semiestruturadas; e pesquisa bibliográfica em literatura especializada. Foram entrevistados sete gestores(as) ou colaboradores(as) governamentais ligados aos processos de concepção ou revisões do projeto BRA/10/005, tanto do Brasil, quanto do Haiti, que atuaram, então: no MS, no Ministério das Relações Exteriores (MRE), na ABC e no Ministério da Saúde Pública e da População do Haiti (MSPP). Das entrevistas emergiram outros achados e percepções para além do objetivo da pesquisa, que foram sistematizadas na dissertação citada.

### *1.2. Delimitação*

O projeto BRA/10/005 está inserido no marco de uma cooperação técnica trilateral em saúde entre países em desenvolvimento, que executam projetos conjuntos no Haiti. Quando o Brasil se disponibilizou a apoiar a reconstrução e fortalecimento do sistema de saúde haitiano, considerado que a Brigada Médica Cubana já atuava no país há mais de 10 anos, por sugestão haitiana houve um entendimento trilateral (PNUD, 2010). O projeto em questão, contudo, não inclui os compromissos ou as atividades de Cuba, e tampouco envolveu Cuba em seu arranjo de gestão direto.

Além do BRA/10/005, para execução dos R\$ 30 milhões não envolvidos nesse projeto, o MS firmou convênios 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), e termos de cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), que tiveram como escopo, respectivamente: epidemiologia, imunização e comunicação e informação de saúde; formação de recursos humanos; gestão e organização de serviços e elaboração de protocolos de gestão assistencial; e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica e Apoio ao Programa Ampliado de Vacinação haitiano. Nesses, houve considerável interação trilateral, com execução conjunta das atividades – foram desenvolvidos grupos de trabalho técnicos, envolvendo atores dos três países em diversos temas de saúde, além da OPAS/OMS. Ainda, o MS realizou ações de resposta emergencial ao terremoto e de cooperação humanitária.

Ademais, a pesquisa foi concluída em fevereiro de 2018, quando o projeto estava ainda vigente, embora próximo de seu encerramento. Ele foi encerrado em novembro de 2018, quando publicou um documentário. Está em curso uma avaliação externa oficial.

## **2. Cooperação Técnica para o Desenvolvimento**

A cooperação internacional para o desenvolvimento é um conceito em voga desde a fundação da Organização das Nações Unidas e do estabelecimento da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), e se relaciona com o desenvolvimento econômico e social dos países em desenvolvimento, como forma de promover a paz e reduzir as desigualdades. Em geral, indica o fluxo de recursos financeiros ou técnicos de um Estado ou

de um organismo internacional, com o objetivo declarado de promover o desenvolvimento de um outro Estado, sendo diferente de ajuda humanitária em casos de emergências ou da ajuda militar em casos de conflitos. Pode assumir diversas formas, como técnica, científica e tecnológica, educacional, humanitária, cultural, econômica, financeira, e formas mistas (Lopes, 2008).

A cooperação técnica internacional para o desenvolvimento diz respeito às atividades de capacitação técnica e transferência de conhecimento de um Estado a outro, para superar desafios do desenvolvimento local (Lopes, 2008; Caixeta, 2014).

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 colaborarem para levar desenvolvimento a áreas não desenvolvidas. Surgida no contexto da Guerra Fria, um de seus principais objetivos era sanar o subdesenvolvimento de ex-colônias, muitas com independência recém-conquistada, e aliar a promoção do desenvolvimento à luta contra o comunismo. Essa abordagem parte de uma premissa funcionalista, de que há etapas para o desenvolvimento e os países desenvolvidos teriam um receituário a compartilhar (Sá e Silva, 2016). De modo geral, há críticas quanto à sua verticalidade de ações, imposição de condicionantes à cooperação e ingerência em assuntos internos.

A cooperação técnica Sul-Sul, é um conceito surgido a partir do final dos anos 1970, centrada na 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). Sá e Silva (2016) identifica três fases principais da cooperação Sul-Sul. Na primeira, no contexto da Guerra Fria, nos anos 1970, aparece como forma de atuação conjunta dos países do Sul pela promoção de uma nova ordem econômica global, liderada pelo Movimento dos Não Alinhados – uma bandeira política para emancipação de ex-colônias e para o fortalecimento dos países periféricos. 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 e programas de ajuste estrutural.

Em sua terceira fase, a cooperação Sul-Sul se colocou como alternativa à cooperação Norte-Sul, denotando principalmente a cooperação técnica entre governos, 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), compartilhando boas práticas para superação de desafios comuns ao desenvolvimento. O próprio reconhecimento da importância do fortalecimento de capacidades dos Estados é indicativo de que a cooperação internacional por si não seria suficiente para levar ao desenvolvimento, sem fortalecer de fato as instituições nacionais.

O consenso político internacional em torno dos princípios e características da Cooperação Sul-Sul envolve uma série de entendimentos e conferências, como a Conferência de Bandung (1955), o Plano de Ação de Buenos Aires (1978) e o Consenso de Yamoussoukro do Grupo dos 77 (2008). A Conferência de Alto Nível das Nações Unidas sobre a Cooperação Sul-Sul (Nairóbi, 2009) propôs a promoção da cooperação Sul-Sul com apoio do sistema ONU e apresentou seus princípios e elementos, como: respeito à soberania; não interferência em assuntos internos; não condicionalidade para a cooperação; horizontalidade; benefícios mútuos, alinhamento e orientação por demanda; participação de múltiplos agentes; desenvolvimento de capacidades e intercâmbio de conhecimentos; bem-estar, autonomia nacional e coletiva; e objetivos internacionalmente acordados (BRICS Policy Center et al., 2017). Com relação ao formato, indica a partilha de conhecimentos e experiências, formação, transferência de tecnologia, cooperação financeira e monetária e contribuições em espécie; apoio ao desenvolvimento de capacidades, instituições, expertise e recursos humanos e sistemas nacionais, conforme prioridades nacionais de desenvolvimento e sob demanda (ONU, 2009) – não versando diretamente sobre a questão da construção de infraestrutura.

A abordagem oficial brasileira de cooperação técnica Sul-Sul, alinhada aos princípios internacionais, preza pelo compartilhamento de boas experiências para o desenvolvimento, pelo processo de construção conjunta dos projetos e pela compreensão das especificidades locais. A

ABC, órgão responsável vinculado ao MRE, apresenta, por meio de seu Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul, formatos que considera “inelegíveis” à cooperação Sul-Sul brasileira e que estão diretamente relacionadas ao caso em estudo neste artigo:

apoio orçamentário ao país parceiro ou a doação de dinheiro em qualquer forma; [...] construção e/ou reforma de infraestruturas físicas em larga escala; [...] 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). (Brasil, 2013, p.p. 90-91).

Para o caso em questão, é também importante conceituar a cooperação técnica trilateral conhecida por “Sul-Sul-Sul”. Ela ocorre quando três países cooperantes prezam pelos princípios, elementos e práticas da cooperação Sul-Sul. A respeito da prática brasileira nesse tipo de arranjo, Pino (2013, p. 42) defende que “cada parte financia suas atividades e compartilha os recursos humanos, técnicos e financeiros em todas as fases dos projetos”. Ela se difere da cooperação Sul-Sul triangular, que em geral é quando dois países do Sul cooperam com apoio ou financiamento de um doador tradicional.

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. 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).

Desde 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde pública no Brasil remete à ideia dos direitos incondicionais 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, sob uma perspectiva sistêmica (Cardoso & Jaccoud, 2005). A regulamentação e as ações e políticas adotadas para a implantação do SUS subsequentes à sua instituição 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. 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 e para o desenvolvimento social e econômico do país.

### **3. Fortalecimento de capacidades estatais**

O fortalecimento de capacidades estatais é tema recorrente na literatura de desenvolvimento e na cooperação técnica internacional. ‘Capacidade estatal’ refere-se a um conceito polissêmico, complexo e multifacetado, que pode ser desmembrado em diversas variáveis que se refiram às atividades mapeadas como aquelas que o Estado deva oferecer (Kjaer et al, 2002), sendo de difícil conceituação – compreender “o quê” e “para o quê” seriam as capacidades, pois cada problema público requer capacidades diferentes.

Pires e Gomide (2016) identificam duas gerações analíticas. A primeira enfoca em processos históricos da construção do Estado enquanto ente autônomo – criação e manutenção da ordem em um determinado território, de soberania, de administração de aparato coercitivo, de arrecadação de tributos e de administração de um sistema de justiça. A segunda centra-se na percepção de que a autonomia do Estado tem se verificado cada vez mais limitada e 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). Enquanto a primeira tinha uma perspectiva *state-centered*, a segunda adotou uma perspectiva *polity-centered* (Arretche, 1996).

A análise de Michael Mann (1984, 2008), mais ligada à primeira geração, tem relevância à presente pesquisa por abordar a dimensão territorial das capacidades do Estado. Mann argumenta a existência de dois poderes fundamentais no Estado, o despótico e o infraestrutural, interligados, porém distintos. O primeiro é "o conjunto de ações que a elite estatal tem a faculdade de levar adiante sem consultar grupos da sociedade civil", ao passo que o segundo 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" e leva a uma "capacidade do Estado de penetrar a sociedade civil e implementar ações em seu território", inclusive com a participação da sociedade civil institucionalizada. Soifer e Vom Hau (2008), ligados à segunda geração, apontaram que, em relação a Mann, se o bom exercício do poder infraestrutural pressupõe um Estado autônomo, é verdade que há Estados desenvolvidos não dotados de grande autonomia, no sentido de que se colocam em relação com atores não estatais para a consecução de seus objetivos. Para eles, o poder de penetração no território isoladamente não confere ao Estado também o poder de formular ou implementar decisões políticas, nem tampouco legitimidade, o que se daria pelas relações com os diversos atores políticos e sociais.

Como resposta à questão da limitação da autonomia do Estado, alguns autores têm apontado a impossibilidade de, contemporaneamente, o Estado ser capaz de implementar políticas sozinho; outros 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 pelas percepções que: o Estado necessita de capacidade para ofertar políticas sociais aos seus cidadãos; a democracia coloca uma multiplicidade de atores e arenas decisórias; e 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.

Assim, o para Pires e Gomide (2016), o debate contemporâneo sobre as capacidades que o Estado necessita fortalecer para o desenvolvimento requer tanto capacidades técnico-administrativas, “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”, quanto as capacidades político-relacionais, “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” (p. 127), sem poder prescindir da presença de suas instituições no território.

O caso haitiano é peculiar ao tema, por ser fragilizado em capacidades consideradas básicas por muitos autores, como a capacidade fiscal e a plena soberania – por ser dependente de ajuda externa e cooperação internacional e, durante muitos anos sob missão de paz composta por forças armadas estrangeiras – e sem presença das instituições nacionais ao longo do território, estando a oferta de serviços públicos mais concentrada na capital, que foi devastada pelo terremoto de 2010. Ademais, verifica-se multiplicidade de organizações atuando em seu território – internacionais, não governamentais, religiosas, caridosas, filantrópicas etc. – assumindo inclusive serviços de competência do Estado e, em alguns casos, com 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, e são comuns as críticas aos trabalhos difusos e sem busca de interesse público dessas organizações.

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, além da reconstrução em si do país devastado pelo terremoto de 12 de janeiro de 2010. Nesse sentido, o Estado não só carece de dotar-se de autonomia e gerir a máquina burocrática, como também de se fazer

presente no próprio território e ser capaz de coordenar uma multiplicidade de atores em torno do interesse público nacional.

#### **4. O projeto de fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti**

O Haiti reconhece direitos sociais em sua Constituição, inclusive à saúde pública. A ação social do Estado, contudo, é fragilizada. 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). Bordin e Misoczky (Misoczky et al., 2015, p. 38) apontam que o terremoto gerou, entre outras situações, os seguintes impactos e repercussões para a área da saúde no Haiti:

[...] 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.

Como visto, o governo brasileiro disponibilizou R\$ 135 milhões para que o MS apoiasse a demanda haitiana. Brasil, Cuba e Haiti firmaram uma cooperação trilateral em que

cada país assumiu compromissos e os executou coordenando e harmonizando suas ações em reuniões trimestrais do Comitê Gestor Tripartite<sup>1</sup>. Os compromissos foram:

- 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.

Para honrar seus compromissos, o Brasil firmou projetos e convênios com instituições brasileiras e organismos internacionais ou fez aquisições diretas, todos já concluídos. A Tabela 1 indica as parcerias, objetos e recursos empregados pelo Brasil. Cabe enfatizar que, diante da ausência de marco legal da cooperação Sul-Sul no Brasil, há muitas dificuldades em se executar recursos de projetos no exterior sem fazer parcerias com organismos internacionais – e também por isso o maior montante financeiro do projeto se dá com esses organismos, como PNUD e OPAS/OMS.

---

<sup>1</sup> A primeira reunião ocorreu em abril de 2010, no Rio de Janeiro. Em outubro de 2018, houve a XXXVI Reunião, em Porto Príncipe.

**Tabela 1:** Parcerias estabelecidas pelo MS com os recursos oriundos da Lei Nº. 12.239, de 19 de maio de 2010, destinados à Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti, conforme parceria, objeto e valor total.

<b>Parceiro</b>	<b>Objeto da parceria</b>	<b>Valor total (milhões de R\$)</b>
PNUD (parcerias com o UNOPS e a OPAS/OMS)	BRA/10/005 - Projeto de cooperação Sul-Sul de fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti	92,7
PNUD (parcerias com o UNOPS e a OPAS/OMS)	Plano de manutenção dos HCR	12,5
OPAS/OMS	Fortalecimento da Vigilância Epidemiológica e Apoio ao Programa Ampliado de Vacinação do Haiti	10,0
UFSC	Formação de Recursos Humanos na Atenção Primária à Saúde	6,5
Fiocruz	Desenvolvimento de atividades nas áreas de epidemiologia, imunização e informação e comunicação em saúde	5,8
OPAS/OMS	Apoio ao Programa Ampliado de Vacinação do Haiti	4,2
UFRGS	Gestão e organização de serviços em Saúde no Haiti e Elaboração de Protocolos de Gestão Assistencial	2,0
MS	Aquisição de insumos e medicamentos	0,9

**Fonte:** LUZ, 2018a, com informações de DESID/SE/MS, maio/2017.

O BRA/10/005, junto ao seu projeto complementar, o Plano de manutenção dos Hospitais Comunitários de Referência<sup>2</sup>, foi responsável pela execução de R\$ 105,2 milhões para construir e custear três hospitais, um centro de reabilitação de deficiências físicas e uma oficina de órteses e próteses, custear bolsas para formação de cerca de 1.500 profissionais de saúde, apoiar a estruturação logística do país para vacinação, medicamentos, insumos e vigilância epidemiológica – com a construção de depósitos adaptados e a doação de veículos refrigerados e a construção e reforma de laboratórios de saúde pública –, entre outras atividades. A maior parte dos profissionais de saúde formados são agentes comunitários de saúde, numa perspectiva de fortalecer o componente comunitário da atenção primária no Haiti.

Sua versão inicial foi concebida ao longo do ano de 2010 e, após quatro reuniões deliberativas do Comitê Gestor Tripartite, o projeto foi firmado em 28 de novembro de 2010, em parceria com o PNUD, que foi escolhido por sua expertise em executar projetos desse porte no Haiti. O documento de projeto previa recursos da ordem de R\$ 47,7 milhões e duração de dois anos. Ainda em 2010, na revisão substantiva 2, esses recursos foram aumentados para R\$

<sup>2</sup> Apesar de utilizar a nomenclatura “plano”, tem características de projeto.

92,7 milhões. Ao longo de sua execução, houve sete revisões substantivas e uma revisão geral<sup>3</sup>. Também, em 2014, foram acrescentados 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). Esses dois projetos foram concluídos em novembro de 2018, com todos os compromissos honrados.

Em suas primeiras linhas, o BRA/10/005 explicita seu objetivo de fortalecimento do Ministério da Saúde Pública e da População (MSPP) haitiano. O projeto se propôs a atuar em três frentes: investimento em infraestrutura e aquisição de veículos e equipamentos; apoio à capacitação de recursos humanos; e apoio à imunização e à vigilância epidemiológica. Os resultados previstos nesse documento são: contribuir para a reestruturação e organização dos serviços de saúde haitianos; e contribuir para a prevenção e controle de doenças imunopreveníveis; contribuir para a qualificação da vigilância epidemiológica.

Do ponto de vista financeiro, 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<sup>4</sup>, e que as unidades de saúde sejam dirigidas pelo MSPP, com apoio gerencial das equipes brasileiras e cubanas. Prevê, ademais, que os recursos humanos dessas unidades sejam haitianos e cubanos (conforme compromisso cubano). Com relação à vigilância epidemiológica, prevê que as unidades de saúde funcionem como Centros Sentinela de Vigilância Epidemiológica e sejam locais de treinamento para técnicos, além de alinhar esses serviços de saúde ao nível central de vigilância epidemiológica – 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 documento de projeto não vincula diretamente os governos haitiano ou cubano em seu arranjo de gestão de projeto. São vinculados: o MS como financiador, executor e

---

<sup>3</sup> Ver quadro detalhando e referenciando todas as revisões em Luz (2018b).

<sup>4</sup> Como apresentado na delimitação, houve projetos paralelos destinados ao diagnóstico do sistema e organização dos serviços, formações e capacitações, comunicação, entre outras atividades.

coordenador; o PNUD como apoiador na execução do projeto, responsável pelo desenvolvimento de atividades de planejamento, monitoramento e assistência nos processos de aquisição de bens, serviços e utilização de insumos; e a ABC, para acompanhar o desenvolvimento do projeto sob os aspectos técnicos e administrativos. As decisões estratégicas e políticas da cooperação como um todo são tomadas de maneira colegiada no Comitê Gestor Tripartite, com reuniões presenciais trimestrais, contando com a participação dos coordenadores dos três países.

Nas revisões do projeto, seus produtos previstos passaram por algumas alterações: as previstas quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24h) deram lugar a três Hospitais Comunitários de Referência (HCR)<sup>5</sup>; 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; e houve alteração na proposta das formações. Os objetivos mais recorrentes das revisões foram a atualização de orçamento, remanejamento de recursos entre linhas orçamentárias e prorrogações de sua vigência. Os entrevistados, de modo geral, justificaram a quantidade de revisões pela flexibilidade do projeto, pelo “fazer conjunto” e pelos desafios localizados durante a implementação.

Houve, também, ao longo da execução, a inclusão de dois parceiros: o PNUD transferiu algumas atividades, por meio de Carta Acordo, ao Escritório das Nações Unidas de Serviços para Projetos (UNOPS), que implementou as estruturas físicas do projeto e acompanhou a manutenção dos HCR; e para a OPAS/OMS, que apoiou a 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 das atividades foi concluída. 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 foi a utilização dos recursos remanescentes para a manutenção dos HCR e para apoio à rede de frio e programa de

---

<sup>5</sup> Equipamento de saúde existente no sistema nacional de saúde haitiano, sendo a unidade de maior complexidade de atenção no nível da atenção primária à saúde. Ver Misoczky et al. (2015) e Luz (2018a) para mais informações.

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.

[...] 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, foi firmado o Plano de Manutenção dos HCR, como projeto complementar ao BRA/10/005, para “ações de sustentabilidade” dos três HCR construídos. Os recursos foram repassados ao PNUD, que firmou com o UNOPS uma carta acordo para execução local do projeto. O Plano previu a contratação de 83 especialistas (médicos e profissionais de saúde), o fornecimento de gás propano e de bens de consumo e serviços, atividades globais de manutenção (preventivas, corretivas e extraordinárias) e capacitações (Brasil, 2014; Misoczky et al., 2015). Como visto, entre os compromissos assumidos pelo Haiti no Memorando de Entendimento, estava o de “responsabilizar-se pela totalidade do salário do pessoal haitiano que trabalhará nas instalações”. O fato de o projeto assumir, com seu recurso remanescente, atividades de custeio de serviços de saúde e de insumos básicos podem ser indicativos da dificuldade de o Haiti assumir as estruturas previstas pelo projeto e de gerir os serviços construídos ou, mesmo, de uma dificuldade brasileira em transferir satisfatoriamente as estruturas no tempo previsto.

A duração do Plano, inicialmente prevista para vinte e quatro meses, foi estendida até novembro de 2018. Houve, contudo, dificuldade do governo haitiano em assumir as atividades de manutenção desses hospitais com o encerramento desse projeto, o que está sendo assegurado pelo “BRA/17/018 – Projeto para o Fortalecimento da gestão dos serviços e do sistema de saúde no 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 (PNUD, 2017; Luz, 2018a). O projeto prevê a elaboração de um plano de sustentabilidade para a transferência total das instalações físicas até 2020, bem como o apoio ao fortalecimento do sistema de urgências e emergências do Haiti. Segundo entrevistados haitianos, o orçamento do MSPP de 2019 previu a assunção de algumas atividades dos HCR.

## **5. Conclusões**

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 recursos é dedicada ao investimento em infraestrutura e equipamentos e ao custeio e manutenção dessas, destoando da prática brasileira de cooperação Sul-Sul. A seguir, são sintetizados os resultados observados na pesquisa<sup>6</sup>.

Com relação à “como a concepção do BRA/10/005 aborda o desenvolvimento de capacidades estatais para o fortalecimento da saúde pública no Haiti”, 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 fragilizado em capacidades consideradas básicas por muitos autores, como a plena soberania e a arrecadação de tributos, após a passagem de um terremoto que destruiu parte considerável da insuficiente estrutura pública de provimento de serviços.

---

<sup>6</sup> Na dissertação, são apresentados dados primários, a sistematização de registros administrativos e informações coletadas nas entrevistas, bem como outros achados (LUZ, 2018b).

Os desafios e dificuldades apresentados pelos entrevistados e pelas revisões do projeto, como falta de equipamentos, de recursos humanos ou de recursos financeiros para custeio das estruturas de saúde, denotam baixa capacidade fiscal (recolhimento de impostos e disponibilidade de fundos públicos para a política de saúde), baixa capacidade administrativa (burocracia e gestão administrativa), baixa capacidade de cobertura territorial (ausência de serviços) e baixa capacidade política (instabilidade política). 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 pode indicar fragilidade da própria cooperação brasileira. 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 imediata principal foi garantir que as estruturas construídas pelo Brasil no exterior não ficassem inoperantes – porém, conforme entrevistas, caso o Brasil não tivesse custeado as estruturas pelo período que o fez, dadas as condições haitianas, dificilmente ali teria sido desenvolvido um campo de prática rico, tanto para formação de recursos humanos, quanto para a organização de serviços de saúde orientada por uma perspectiva sistêmica.

Assim, é possível dizer que o BRA/10/005 foi concebido com bastante ênfase em apoiar o movimento de reconstrução do país e o aumento da cobertura de serviços, mas não somente, pois o fez sob o *modus operandi* da Cooperação Sul-Sul, com uma perspectiva estruturante, pautada pelo “fazer conjunto” e pelo apoio à formação de pessoal local que atue para o desenvolvimento de uma política de saúde sistêmica – o que acabou por se propor a desenvolver também capacidades técnico-administrativas e, em alguma medida, político-relacionais. Nesse sentido, o fortalecimento das instituições, do acesso a serviços públicos, da burocracia estatal e das políticas sociais são fundamentais para o desenvolvimento econômico e social, bem como para a estabilização política do Haiti e a consolidação de suas instituições democráticas.

O SUS configurou uma experiência brasileira relevante para o projeto. Para os entrevistados, a abordagem sistêmica do SUS opôs-se ao que tradicionalmente ocorre no Haiti – projetos fragmentados e sem coordenação – e buscou fortalecer a saúde pública amparada em sua política como um todo, e não apenas nas unidades construídas.

Ademais, embora não fosse o foco da pesquisa, das entrevistas emergiram alguns “efeitos colaterais positivos” do projeto no Haiti, como: 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. Para o Brasil, emergiu a questão do aprendizado de gerir um projeto desse porte, o fortalecimento da cooperação e da projeção internacional brasileira, além de o aprendizado da burocracia e de suas instituições com o “fazer conjunto” e com o fato de repensar suas políticas em contextos diferentes. Fica latente, também, a impossibilidade que as instituições nacionais têm de executar recursos ou fazer contratos e aquisições internacionais sem fazer parceria com organismos internacionais, mesmo no marco de projetos de cooperação.

Da análise dos documentos e entrevistas também emergiram algumas contribuições e recomendações úteis do caso em questão, conforme tópicos 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. Houve indicativo de aparente insuficiência na questão de capacitações pontuais para formar burocracias ou sensibilizar gestores, 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 capitaneadas pelo próprio Estado haitiano.
- c) Incentivo 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 participativos.

Finalmente, a cooperação técnica que o Brasil vem desenvolvendo desde o início dos anos 2000 está em grande parte 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. Contudo, no Brasil, onde a desigualdade ainda persiste em níveis altos, 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 extinção de órgãos e políticas e a retomada de uma onda liberalizante, que pode reduzir e inviabilizar importantes políticas sociais, de modo a contribuir para processos de aumento da exclusão e da desigualdade sociais. Verificou-se também o estreecimento recente de relações internacionais com outros países, como Cuba. Essas questões podem ser indicativas de uma nova fase em que a cooperação técnica entre países em desenvolvimento volte a ser tímida no Brasil, representando uma descontinuidade em um processo relevante de desenvolvimento social e sustentável que o Brasil vinha apoiando e participando ativamente em âmbito internacional.

## **Referências**

Arretche, M. (1996). Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais, BIB*, 39, 3-40. Recuperado em 20/09/2016, de [www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Marta/Arretche\\_1996\\_BIB.pdf](http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Marta/Arretche_1996_BIB.pdf).

Almeida, C., Campos, R. P. de, Buss, P. Ferreira, J. R., & Fonseca, L. E (2010). A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. *RECIIS* [Internet]. Recuperado em 10/01/2017, de <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/696>.

Brasil, Cuba, & Haiti (2010, março 27). *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*. Port-au-Prince, Haiti. [cópia em arquivo eletrônico].

Lei nº. 12.239, de 19 de maio de 2010 (2010, maio 19). Abre crédito extraordinário. Brasília, DF: Diário Oficial da União. Recuperado em 20/03/2017, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Lei/L12239.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12239.htm).

Brasil. Ministério da Saúde (2014). *Cooperação em Saúde no Haiti: quatro anos de construção*. 1ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério das Relações Exteriores (2013). *Agência Brasileira de Cooperação. Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul*. Brasília: Ministério das Relações Exteriores.

BRICS Policy Center, Centro de Estudos e Articulação da Cooperação Sul-Sul, & Agência Brasileira de Cooperação (2017). *Caminhos para a construção de sistemas e processos de monitoramento e avaliação da cooperação sul-sul*. 1ª Edição. Brasília: Ministério das Relações Exteriores. Recuperado em 08/11/2017, de <http://www.abc.gov.br/imprensa/mostrarconteudo/724>.

Caixeta, M. B. (2014). *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* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional, Brasília, Brasil.

Cardoso Jr, J. C., & Jaccoud, L. (2005). Políticas Sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal. In: Jaccoud, L., & Silva, F. B. da (Org.). *Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

Haiti. Ministère de la Santé Publique et de la Population (2016). *Organisation des soins de sante communautaire*. Porto Príncipe-Haiti.

**Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais, v.4, n.1, julho/2019, pp. 152-174.**

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), & Agência Brasileira de Cooperação (ABC) (2013). *Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional – COBRADI 2010*. 2ª edição, revista. Ed Ipea: Brasília.

Kjaer, A. M., Hansen, O. H., & Thomsen, J. P. F. (2002, abril). *Conceptualizing state capacity*. (Relatório de pesquisa), DEMSTAR, No. 6, Department of Political Science/University of Aarhus.

Lopes, L. L. A. (2008). *A cooperação técnica entre países em desenvolvimento (CTPD) da Agência Brasileira de Cooperação (ABC-MRE): o Brasil como doador* (Dissertação de Mestrado). UNESP/UNICAMP/PUC-SP, Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais San Tiago Dantas, São Paulo, SP, Brasil.

Luz, D. V. (2018a). Cooperação em saúde com o Haiti. In Brasil. Ministério da Saúde. Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde. *Saúde e Política Externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde* (pp. 111-148). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 15/10/2018, de <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-39839>.

\_\_\_\_\_ (2018b). *Cooperação técnica Sul-Sul, capacidades estatais e desenvolvimento social: o caso do projeto de fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Escola Nacional de Administração Pública, Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Desenvolvimento, Brasília, Brasil. Recuperado em 15/05/2018, de [http://www.mestrado-profissional.gov.br/sites/images/mestrado/turma2/douglas\\_valletta\\_luz.pdf](http://www.mestrado-profissional.gov.br/sites/images/mestrado/turma2/douglas_valletta_luz.pdf)

Mann, M. (2015). Poder infraestructural revisitado. In Banco de Desarrollo de America Latina. *Capacidades Estatales: diez textos fundamentales* (pp. 107-125). Corporación Andina de Fomento, (Argentina).

\_\_\_\_\_ (1984). The autonomous power of the state: its origins, mechanisms and results. *European Journal of Sociology / Archives Européennes de Sociologie / Europäisches Archiv für Soziologie*, 25 (2), 185-213. Recuperado em 18/01/2016, de <http://www.jstor.org/stable/23999270>.

Misoczky, M. C., Bordin, R., & Barcelos, R. (2015). *Fortalecimento da Rede de Serviços de Saúde: um relato da cooperação Brasil/Cuba/Haiti*. Porto Alegre: Publicato Editora Ltda. Recuperado em 20/11/2016, de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fortalecimento\\_rede\\_servicos\\_saude\\_brasil\\_cuba\\_haiti.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fortalecimento_rede_servicos_saude_brasil_cuba_haiti.pdf).

ONU - Organização das Nações Unidas (2009, dezembro 21). *General Assembly Resolution 64/222 of 21 December 2009: Nairobi outcome document of the High-level United Nations*

*Conference on South-South Cooperation*. Recuperado em 15/11/2017, de <http://southsouthconference.org/wp-content/uploads/2010/01/GA-resolution-endorsed-Nairobi-Outcome-21-Dec-09.pdf>.

Pino, B. A. (2013, junho). *A cooperação triangular e as transformações da cooperação internacional para o desenvolvimento*. Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Nº 1845.

Pires, R. R. C., & Gomide, A. de Á. (2016, junho). Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, 24 (58), 121-143. Recuperado em 10/04/2017, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-44782016000200121&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782016000200121&lng=en&nrm=iso).

Pires-Alves, F. A., Paiva, C. H. A., & Santana, J. P. (2012). A internacionalização da saúde: elementos contextuais e marcos institucionais da cooperação brasileira. *Rev. Panam. Salud Publica*, 32 (6), 444-450.

PNUD (2015, setembro 5). *BRA/10/005 – Projeto de Cooperação Sul-Sul de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti – Substantive revision 5*. Brasília [versão digital]. Recuperado em 01/02/2017, de [https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/BRA/revis%C3%A3o%20substantiva%205%20\(set%2015\)%20texto%20final.pdf](https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/BRA/revis%C3%A3o%20substantiva%205%20(set%2015)%20texto%20final.pdf)

\_\_\_\_\_ (2010, novembro 28). *BRA/10/005 – Projeto de Cooperação Sul-Sul de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti*. Brasília [versão digital]. Recuperado em 01/02/2017, de [https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/BRA/00060736\\_BRA%2010%20005%20Revis%C3%A3o%20Inicial%20-%20Capa%20assinada%20e%20Texto.zip](https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/BRA/00060736_BRA%2010%20005%20Revis%C3%A3o%20Inicial%20-%20Capa%20assinada%20e%20Texto.zip).

\_\_\_\_\_ (2017, junho 23). *BRA/17/018 – Strengthening the management of services and the Health System in Haiti*. Porto Príncipe [versão digital]. Recuperado em 08/01/2018, de [https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/BRA/BRA17018\\_revisao\\_inicial\\_assinada.pdf](https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/BRA/BRA17018_revisao_inicial_assinada.pdf).

Sá e Silva, M. M. de (2016). *Catalisadores e Empecilhos ao Compartilhamento de Políticas de Direitos Humanos por meio da Cooperação Sul-Sul*. Buenos Aires: Clacso.

Soifer, H., & Vom Hau, M. (2008). Unpacking the Strength of the State: The Utility of State Infrastructural Power. *St. Comp. Int. Dev.*, 43, 219-230.

Suyama, B. (org.) (2017, abril). *Guia para o monitoramento e mensuração da cooperação sul-sul brasileira*. São Paulo: Articulação Sul e Oxfam Brasil.