

# NA CONTRACORRENTE DO CAPITALISMO DO DESASTRE: A COOPERAÇÃO BRASIL-CUBA-HAITI PARA O FORTALECIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE HAITIANO

Maria Ceci Misoczky

## INTRODUÇÃO

O tema da organização das ações de apoio à reconstrução em áreas e/ou países atingidos por desastres tem sido um tema praticamente ausente nos estudos organizacionais e sobre administração pública em nosso contexto. Reconhecendo esta lacuna, este artigo utiliza o caso da cooperação Brasil-Cuba-Haiti para o fortalecimento do Sistema de Saúde Haitiano como objeto de reflexão e também como meio para introduzir as diferentes abordagens utilizadas nos estudos sobre desastres e situações pós-desastre.

O artigo está organizado do seguinte modo: inicia com uma revisão das abordagens mais utilizadas nos estudos sobre desastre, explicitando e aprofundando as que serão adotadas na construção deste texto e incluindo uma reflexão sobre o papel das ONGs nestas situações; segue uma apresentação do Memorando de Cooperação Brasil-Cuba-Haiti para o fortalecimento do Sistema de Saúde Haitiano, com o detalhamento dos avanços realizados até este momento e com a contextualização do significado deste acordo tendo em vista a história recente de Cuba e Brasil no campo da atenção à saúde e no cenário internacional; finalmente, uma discussão sobre o significado político desta iniciativa em contraposição ao modelo predominante de ajuda humanitária e apoio ao desenvolvimento, de orientação mercadológica e gerencialista.

As informações sobre o caso de cooperação acima mencionado foram obtidas em entrevistas, documentos, registros de apresentações públicas e observação participante.

## REVISÃO DAS ABORDAGENS MAIS UTILIZADAS NOS ESTUDOS SOBRE DESASTRE

Os estudos sobre desastres se originaram nos primeiros tempos do período da Guerra Fria, nos Estados Unidos. As primeiras pesquisas consideravam que situações pós-desastre se constituíam em contextos propícios para explorar temas como o comportamento coletivo e organizacional em condições de elevado stress. De acordo com Tierney (2007), os fundadores deste campo vinham dos estudos do comportamento coletivo e do interacionismo simbólico – o caso de E. L. Quarantelli, e do comportamento organizacional – Russel Dynes e J. Eugene Hass.



A perspectiva teórica usualmente adotada era a **abordagem sistêmica**, de onde decorre a definição clássica de desastre:

Um evento, concentrado no tempo e espaço, no qual uma sociedade, ou uma subdivisão relativamente auto-suficiente de uma sociedade, sofre severo perigo e perdas de seus membros e de estruturas físicas levando a uma perturbação da organização social e à impossibilidade de satisfação de todas ou de algumas das funções essenciais da sociedade (FRITZ, 1961, p. 655).

Como consequência desta abordagem, os desastres eram concebidos como uma situação que propiciava a solidariedade social e suprimia o conflito. Assim, os estudos clássicos disseminaram noções sobre comportamentos e resultados positivos que caracterizariam os locais onde havia ocorrido um desastre: aumento da moral da comunidade, declínio na ocorrência de crimes e outros comportamentos anti-sociais, redução em diferenças de status, suspensão de conflitos pré-desastre no interesse da segurança da comunidade, desenvolvimento de comunidades terapêuticas, adaptação e inovação organizacional. Além disto, tomavam como dada a existência de desastres, como se fossem produto apenas de forças naturais (FRITZ, 1961; QUARANTELLI e DYNES, 1972; TIERNEY, 1997).

Nas últimas décadas estas pressuposições vêm sendo contestadas, principalmente a partir da abordagem construcionista, da abordagem do conflito e da noção de capitalismo do desastre.

Adotando a **abordagem construcionista**, Spector e Kitsuses (1977) discutiram interpretações alternativas sobre enchentes, se fenômenos naturais ou se provocados pela

ação humana. Dynes (2000) analisou o terremoto de Lisboa, ocorrido em 1755, mostrando como as interpretações e respostas a este evento refletiram a transição de uma visão de mundo religiosa para uma visão secular, que ocorria naquele momento na Europa. Cutter (2005) atribuiu o impacto do furacão Katrina à negligência humana em decisões que criaram condições de risco. Tierney (1997) discutiu diferentes situações, nos Estados Unidos, nas quais houve ou não declaração oficial de desastre, relacionando-as com práticas políticas (ano eleitoral ou pressão da imprensa) e institucionais (definições de parâmetros). Ainda segundo esta autora, estes mesmos fatores delinham o que define as vítimas e como a assistência é provida.

A posição articulada por Blaikie et al. (1994) pode ser tomada como uma síntese desta abordagem: apesar de eventos como furacões, enchentes e terremotos se constituírem em gatilhos para desastres, os desastres propriamente ditos se originam em condições e processos sociais que podem ser até mesmo distantes fisicamente dos locais onde os eventos ocorrem (como aqueles provocados por fatores como desmatamento e degradação ambiental), bem como em situações de pobreza e outras formas de desigualdades sociais, baixa capacidade de resposta dos sistemas de proteção física e social, e incapacidade de auto-organização dos grupos sociais. De acordo com Tierney (1997, p. 5010), posições como esta desafiam os estudos dominantes evidenciando sua incapacidade de reconhecer que fatores relacionados à ação do poder público, às tendências do “assim chamado desenvolvimento” e à globalização, produzem desastres.

Nesta visão alternativa, longe de se constituírem em rupturas súbitas na ordem social, que se originam de sistemas naturais e que governos e instituições buscam corrigir, os desastres são parte de um conjunto de externalidades negativas que ocorrem em consequência de tendências político-econômicas mais amplas e precisam ser explicados com referência a estes fatores.

Outro conjunto de estudos constatou que os padrões e as divisões sociais prévios ao desastre persistem, levando tanto a ações marcadas por altruísmo e heroísmo como a conflitos violentos. Na **perspectiva do conflito**, este é reconhecido como parte da realidade. Um dos casos recentes mais estudados é o do furacão Katrina que, de acordo com Tierney, Bevc e Kuligowski (2006), mostrou que os desastres são ocasiões que podem intensificar tanto a solidariedade quanto o conflito social. Os conflitos se geram, em parte, porque os desastres criam oportunidades para alguns grupos e setores econômicos, de modo que interesses em competição podem explorá-los em benefício próprio. Em alguns casos, a incapacidade de resposta dos governos pode comprometer sua legitimidade, como ocorreu nos terremotos de Manágua (1972) e da Cidade do México (1985). Ainda, segundo Tierney (2007), os desastres expõem e com freqüência ampliam desigualdades de gênero, etnia e classe social.

Uma abordagem que pode ser considerada como complementar às abordagens do constucionismo e do conflito é a do **capitalismo do desastre**, formulada por Klein (2007), segundo

a qual os desastres contemporâneos oferecem oportunidades para a geração de capital e de lucros. Em um artigo anterior, Klein (2005) já havia introduzido esta noção ao analisar a doutrina da Coordenação para a Reconstrução e Estabilização dirigida, em 2004, por Carlos Pascual (ex-embaixador dos EUA na Ucrânia, atual embaixador no México). Seu mandato era elaborar planos pós-conflito para 21 países que ainda não estavam em conflito, de modo a coordenar três operações de reconstrução de grande escala ao mesmo tempo, com duração de cinco a sete anos. A Coordenação organizou times de resposta rápida, compostos por empresas privadas e ONGs. Havia, inclusive, contratos pré-preenchidos para reconstruir países que ainda não estavam em crise, de modo a evitar a perda de três a cinco meses com procedimentos administrativos. O mandato da Coordenação não era a reconstrução, mas criar Estados democráticos e orientados para o mercado. Embora estes planos tenham sido feitos para situações pós-conflito bélico, a autora reconheceu seus traços na atuação das Nações Unidas na reconstrução de Aceh após a destruição provocada pelo tsunami, bem como em outros locais:

Parece que cada vez porções maiores do globo estão sob reconstrução ativa: sendo reconstruídas por governos paralelos compostos por empresas de consultoria, companhias de construção, mega ONGs, agências das Nações Unidas e instituições financeiras internacionais. Das pessoas vivendo nestes locais de reconstrução – do Iraque a Aceh, do Afeganistão ao Haiti – se ouve um coro similar de queixas: o trabalho é muito lento quando ocorre; os consultores vivem muito bem com despesas e salários elevados, enquanto os locais não têm acesso a trabalho, treinamento e decisões; os *construtores de democracia* dão aulas para os governos sobre a importância da transparência e da boa governança, ainda que a maioria dos contratados e das ONGs se recusem a abrir seus registros para os mesmos governos, muito menos autorizam o controle sobre como os recursos de ajuda são gastos (KLEIN, 2005, p.2).



Neste artigo são adotadas as perspectivas construcionista, do conflito e do capitalismo do desastre. A abordagem construcionista permite compreender que o elevado impacto do terremoto no Haiti resultou de uma longa história de empobrecimento e fragilização do Estado. Nos termos de Hallward (2010), a repetida afirmação de que o Haiti é o país mais pobre do hemisfério ocidental não explicita o fato de que esta pobreza é o “legado direto do que, talvez, seja o sistema mais brutal de exploração colonial na história do mundo, composto por décadas de sistemática opressão pós-colonial”. A abordagem do conflito permite identificar interesses em disputa no processo de reconstrução do país. Estas abordagens, em conjunto com a noção de capitalismo do desastre, permitem compreender o risco de agudização do processo que já se encontrava em curso: um processo de fragilização do Estado e aprofundamento do projeto neoliberal.

## **AMPLIANDO AS IMPLICAÇÕES DO CAPITALISMO DO DESASTRE**

Partindo desta inspiração, Gunewardena e Schuller (2008) editaram um livro que inclui relatos diversos sobre populações devastadas e deslocadas por catástrofes, documentando o modo como as vítimas sofrem novamente ao serem excluídas pelos planos de reconstrução que privilegiam interesses privados. De um modo geral todas as situações refletem as receitas usuais do projeto neoliberal (privatização, liberalização do comércio, ajuste estrutural, redução do gasto público, etc...), além da criação de oportunidades para a penetração do capital corporativo em novas áreas, como ocorreu nos seguintes casos: em Honduras, após o furacão Mitch (1998), o setor agrícola foi aberto aos investidores estrangeiros aproveitando o dano nas propriedades dos pequenos agricultores, também houve um processo de expansão do turismo marcado por tensões étnicas; no Sri Lanka, após o tsunami, foi proibida a construção de casas e negócios nos 100m do nível médio do mar, o que serviu para ganhar a credibilidade dos doadores internacionais e para excluir as comunidades de pescadores - após a limpeza e a exclusão forçada dos grupos populacionais pobres se iniciou o processo de construção de complexos de resorts por grupos econômicos estrangeiros; em Belize, após o furacão Iris (2001), muitas famílias e pequenos negócios foram forçados a se retirar quando uma estrada pública foi privatizada para servir a um novo resort; em Nova Orleans, a limpeza após o furacão Katrina removeu os pobres de áreas centrais da cidade; a estratégia de reconstrução de Manhattan pós-11/9 incluiu a gentrificação e ganhos elevados para interesses financeiros e imobiliários, às custas de pequenos e médios negócios e dos residentes pobres e de rendimentos médios.

Srinivas (2010a) também toma Klein (2005 e 2007) como referência para analisar os terremotos recentes no Haiti e no Chile, explorando o que estes eventos nos ensinam sobre a administração e identificando as seguintes características comuns às respostas no pós-desastre: alta militarização, vinculando a ordem pública à defesa da propriedade privada em um tempo em que a divisão de pelo menos algumas destas propriedades (como alimentos)

era imperativa; privatização significativa - os recursos foram, em sua maioria, canalizados através de ONGs e contratados (intermediários não estatais com pouca motivação para se envolver e trabalhar com representantes do nível local); ausência de esforços significativos para fortalecer grupos comunitários e estabelecer parcerias que reforçassem respostas no nível local; as vítimas foram tratadas através de generalizações excessivas que as catalogavam como perigosas e indisciplinadas (os perigosos pobres chilenos), e até mesmo como não civilizadas (os primitivos haitianos<sup>1</sup>) - o que justificava a militarização.

## E AS ONGs?

Um aspecto central ao capitalismo do desastre é o papel desempenhado por ONGs<sup>2</sup>. Estas organizações têm crescido em tamanho, escopo e influência no cenário internacional do apoio ao desenvolvimento. O termo ONG foi usado pela primeira vez em 1945, pelas Nações Unidas, para especificar o papel de consultores em atividades que não eram desenvolvidas pelos governos nacionais. Hoje o termo designa grupos com elevada heterogeneidade organizacional, diferentes abordagens políticas e práticas de alianças, e variados vínculos com agentes financiadores (SRINIVAS, 2010b).

Apenas no âmbito das Nações Unidas, de acordo com Brinkerhoff, Smith e Teege (2007), havia naquele ano pelo menos 2.250 ONGs com status de consultoras. Riddell (2007) registra que os anos 1990 viram um aumento de dez vezes no número de ONGs - de 6.000 em 1990 para 60.000 em 1998. Ainda segundo este autor, estimar o número atual é inviável. No entanto, existem estimativas de que, em 2005, de 3.7 a 7.8 bilhões de dólares para assistência humanitária e 24 bilhões de dólares para o apoio ao desenvolvimento foram canalizados através de ONGs.

Especificamente no Haiti, de acordo com Schuller, em artigo publicado em 2007, naquele momento havia mais de 300 ONGs oficialmente reconhecidas, para as quais a maioria dos recursos de apoio ao desenvolvimento era dirigida.

Ainda segundo Schuller (2007, p. 98), a Constituição do Haiti, em seu Art. 5, define ONG como uma "organização ou instituição privada, apolítica e sem fins lucrativos, que busca realizar os objetivos do desenvolvimento nos níveis nacional, departamental ou comunitário, e usa recursos para realizá-los". As ONGs precisam se registrar no Ministério do Planejamento e Cooperação Externa (MPCE), que tem o direito de reconhecer ou negar o status legal de ONG. No entanto, apesar destes esforços, o fato de que muitos dos recursos internacionais vão diretamente para as ONGs, que não têm mandato público, torna difícil para o governo estabelecer prioridades e fragiliza o poder estatal.

Antes do terremoto, as ONGs recebiam quase todos os recursos de ajuda oficial através de diferentes acordos: bilaterais, como com a USAID ou com a Associação Canadense para o Desenvolvimento Internacional; multinacionais, como com a União Europeia; com entidades públicas ou privadas, como com o Fundo Global de Combate a AIDS, Malária e Tuberculose. Além disso, através de Fundos de Assistência Econômica e Social, as ONGs estavam começando

a receber recursos de empréstimos do próprio Haiti, especialmente através do Banco Inter-Americano de Desenvolvimento (SCHULLER, 2007).

Srinivas (2010a, p. 4) considera esta uma tendência central das formas organizacionais que o capitalismo do desastre privilegia, em consonância com a doutrina neoliberal de mercantilização, gerencialismo, enfraquecimento das capacidades de governo do Estado e aumento da descrença da população no poder público:

O aspecto menos visível da mercantilização é a naturalização dos valores do mercado na vida cotidiana. Os cidadãos, em vez de esperar que o Estado ofereça proteção, se dirigem às forças privadas: não à polícia, mas a forças privadas de segurança; não a escolas públicas, mas a escolas privadas. Por isto, o neoliberalismo não é apenas um conjunto de políticas amigas do mercado, mas fundamentalmente uma ideologia de liberdade de mercado, um estimulador e estabilizador de valores do mercado em todas as relações sociais, na suposição de que a liberdade oferecida pelo mercado é superior à liberdade oferecida por um Estado que intervenha para garantir direitos básicos. Um aspecto chave do capitalismo do desastre se refere aos papéis previstos para a organização e a gestão, privilegiando formas particulares de organização. Especificamente, a expectativa é que iniciativas de mercado vão ser efetivadas através de iniciativas sociais privadas. Assim, as respostas aos terremotos envolvem ONGs e contratados privados em vez de ministérios governamentais ou comunidades locais.

Escrevendo no imediato pós-desastre, no dia 15 de janeiro, Schuller (2010a) faz interessantes comentários sobre o papel que as ONGs teriam naquele contexto, manifestando preocupação com o impacto negativo que poderiam ter sobre a emergente organização e fortalecimento de associações de vizinhança, marcadas pela tradição cultural da *youn-edelòt* (ajuda mútua) e *konblit* (grupos de trabalho coletivo), em Port-au-Prince. Sobre a presença de ONGs nos bairros, desde a eleição de 2006, o autor considera que os resultados eram mistos: havia bons e maus projetos, entre estes aqueles que seguiam a lógica de atuação de cima para baixo e estimulavam a cultura do '*que podes fazer por mim?*'

O autor também destaca o mais importante efeito colateral, talvez encoberto, da *ONGização* da sociedade haitiana: o risco de fragilizar a habilidade de coordenação e planejamento do governo. Os salários nas ONGs são, em média, três vezes os do setor público. Em um país em que muito poucos têm diploma universitário cria-se um círculo perverso: os doadores se manifestam sobre as falhas do governo e priorizam o financiamento por fora do governo, que fica cada vez mais frágil, reforçando a tendência de *ONGização* e a criação de feudos, autonomizados tanto da população quanto do governo eleito, e respondendo a agendas políticas externas (SCHULLER, 2010a).

Em contrapartida, Schuller (2010b) considera que as soluções de longo prazo requerem a adoção de formas de solidariedade mais sofisticadas e que apostem na reconstrução das funções do Estado. Uma prática de colaboração que se orienta por este princípio vem sendo desenvolvida na atenção à saúde, com a colaboração do Brasil e de Cuba.

## O ENTENDIMENTO BRASIL-CUBA-HAITI PARA FORTALECIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE HAITIANO

O Memorando de Entendimento Brasil-Cuba-Haiti foi assinado no dia 27 de março em Port-au-Prince, com a presença dos Ministros da Saúde do Brasil e de Cuba, e do Presidente Henry Preval.

O Memorando tem por objetivo a conjugação de esforços para realizar atividades de recuperação da infraestrutura e a capacitação de profissionais de saúde que fortaleçam o sistema público de saúde do Haiti. Ao Brasil cabe: apoiar a recuperação e construção de unidades hospitalares; contribuir para a aquisição de equipamentos, ambulâncias e insumos de saúde; viabilizar bolsas para capacitar profissionais de saúde haitianos; apoiar a qualificação da gestão assistencial e da vigilância epidemiológica no Haiti; apoiar medidas de fortalecimento do sistema de atenção básica do Haiti. A Cuba cabe: dar apoio e assessorar a logística das operações; colaborar com a disponibilização de profissionais de saúde e de apoio; apoiar a formação de profissionais de saúde haitianos. Ao Haiti cabe: identificar áreas para 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; responsabilizar-se pela totalidade do salário do pessoal haitiano que trabalhará nas instalações contempladas pelo Memorando.

A implementação do Memorando é coordenada por um Comitê Gestor (CG), constituído por um representante do Ministério da Saúde de cada país (BRASIL, CUBA, HAITI, 2010).

Na ocasião da assinatura o Ministro do Brasil, José Gomes Temporão, manifestou que:

“o Haiti precisa de um sistema de saúde permanente, de qualidade, de profissionais capazes, e que a experiência brasileira, de construir um sistema de saúde solidário e universal estará à disposição do povo do Haiti. O faremos com Cuba, que tem uma larga experiência e muita técnica, muita garra, muito coração. Brasil e Cuba, que tem povos tão próximos, tão parecidos estão agora com um novo desafio: juntos somar esforços para reconstruir o Haiti, reconstruir a saúde pública do país.” (ACN, 2010)

Além de laços culturais, Brasil e Cuba compartilham uma mesma concepção com relação aos princípios que devem organizar um sistema de saúde, já que ambos consideram a saúde como um direito social universal.

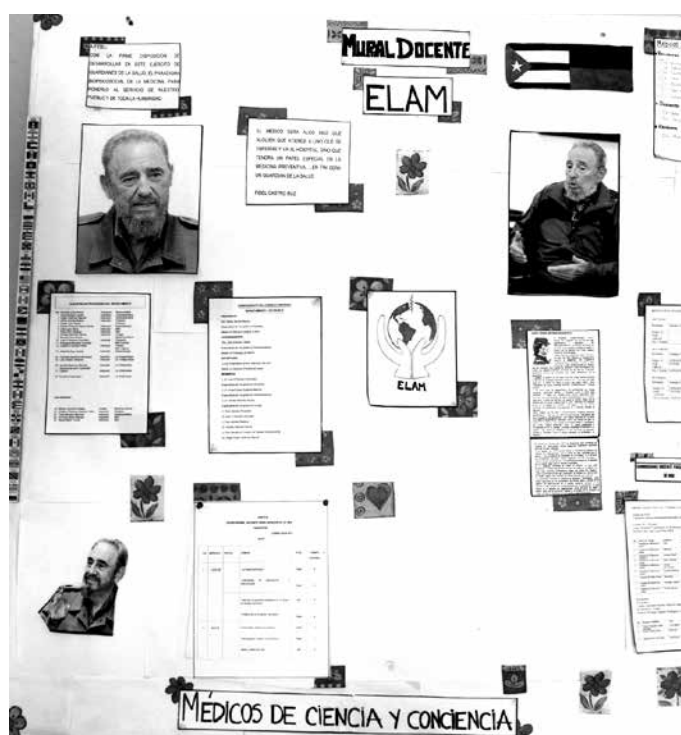
Segundo informações oferecidas pelo Vice-Ministro de Saúde Pública membro do CG, em reunião realizada no Rio de Janeiro, no dia 22 de abril de 2010<sup>3</sup>, Cuba já se encontrava presente no Haiti desenvolvendo atividades de atenção à saúde desde 1998, após o furacão George. Em quase 12 anos os profissionais vinculados às Brigadas Médicas realizaram cerca de 15 milhões de consultas médicas.

Foram também formados 560 médicos haitianos na Escola Latino-Americana de





Medicina (ELAM), em Havana. Naquele momento, estavam cursando medicina 500, muitos deles em segunda especialidade. Em 21 de janeiro estavam no Haiti 330 médicos cubanos, atuando em 10 departamentos. Os que não estavam em Port-au-Prince foram para lá deslocados; também foi enviada a Brigada especializada em catástrofes. Na atualidade estão lá cerca de 1.500 trabalhadores de saúde, incluindo médicos de 28 países formados pela ELAM, que se integraram à Brigada Médica Internacional Henry Reeve.



O pessoal cubano está trabalhando em 101 unidades; sendo que o número de trabalhadores tem se mantido, mas com troca do perfil, para atender a novas necessidades, como as de reabilitação – foram abertas 30 salas de reabilitação nos departamentos. Até a semana de 19 de abril de 2010 os profissionais cubanos haviam atendido 63.793 pacientes, realizado 312.000 procedimentos terapêuticos e 8.176 cirurgias; com a Organização Pan-Americana de Saúde haviam aplicado 71.000 doses de vacina. No que se refere à mitigação de danos psico-sociais estavam trabalhando com artistas haitianos e cubanos - organizados na Brigada Artística Marta Machado, liderado pelo artista plástico cubano Alexis Leyva Machado (Kcho). Junto com a Venezuela realizaram a reconstrução do Centro de Saúde Mirebalais, um hospital comunitário com 1.350 m<sup>2</sup>, em 165 dias.



Com relação ao Brasil, não havia presença do Ministério da Saúde antes do terremoto. Logo após, foi constituído um Grupo de Trabalho com as seguintes linhas de atuação: articulação interinstitucional, organizar ações de voluntariado (foram cadastrados 9.105 profissionais, sendo que 46% com experiência e/ou capacitação para atuar em situações de desastre) e doação de medicamentos, equipamentos e insumos (foram enviadas cerca de 400 toneladas de itens diversos); imunizações dos membros das Forças Armadas brasileiras e orientação aos que para lá se deslocavam; atividades de pequena monta relacionadas a sangue e hemoderivados; envio de alguns profissionais; comunicação. Este Grupo foi coordenado pelo Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério<sup>4</sup>. Nas primeiras semanas após o desastre (até 23 de fevereiro), o Hospital de Campanha das Forças Armadas realizou 7.222 atendimentos clínicos e 175 cirurgias, tendo sido incluído como sítio sentinela para a vigilância de doenças transmissíveis pelo Ministério da Saúde do Haiti (BRASIL, 2010a).

Esta atuação de emergência se alterou com a ida ao Haiti, por delegação do Ministro, do Coordenador Nacional de Saúde no Mercosul. Após esta visita, ocorrida em fevereiro, começaram a ser delineados os termos que resultaram na elaboração do Memorando. De acordo com o Relatório da Missão Técnica ao Haiti (6 a 16 de junho), elaborado pelo Ministério da Saúde do Brasil (2010b), os principais eixos de implementação sob sua responsabilidade, para os quais houve a aprovação de recursos extraordinários (Lei 12.239, de 19 de maio de 2010) no valor de R\$ 135.000.000,00, são: apoio à organização e qualificação da gestão dos serviços de saúde; apoio à organização e qualificação da vigilância epidemiológica e do programa nacional de imunização; concessão de bolsas para que profissionais de saúde haitianos atuem nos unidades de saúde, prioritariamente em suas comunidades; apoio à formação de agentes comunitários de saúde; apoio à criação de uma Escola Técnica de Saúde em Serviços; apoio à implantação do Instituto Haitiano de Reabilitação (em conjunto com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Agência de Cooperação do Itamaraty e Instituto de Responsabilidade Social do Hospital Albert Einstein); fortalecimento da vigilância epidemiológica e do programa de imunização; apoio à construção e adequação de quatro unidades modulares tipo Unidades de Pronto Atendimento (UPAs); reforma de unidades de saúde danificadas; aquisição de equipamentos e mobiliários; aquisição de 20 ambulâncias de transporte 4x4 para servir às unidades de saúde; construção de módulos habitacionais para profissionais de saúde bolsistas junto às unidades de saúde comunitárias; aquisição de equipamentos de informática; aquisição de medicamentos, insumos e material médico-hospitalar.

Os locais definidos pelo CG, e aprovadas pelo Presidente do Haiti, para a construção das UPAs correspondem à estratégia de transferir as equipes de saúde cubanas que se encontram em hospitais de campanha. A proposta arquitetônica está sendo finalizada de comum acordo entre as partes. No momento em que este artigo está sendo escrito foram localizados dois terrenos dos quatro necessários. Caberá ao Batalhão de Engenharia do Exército Brasileiro realizar a limpeza e terraplanagem dos terrenos, perfurar poços artesianos e construir fossas sépticas (BRASIL, 2010b).

Percebe-se que o eixo central do Entendimento é o fortalecimento da estrutura pública de atenção à saúde do Haiti. Para isto, é indispensável a qualificação de trabalhadores. Apesar do sistema de educação haitiano formar trabalhadores de saúde, e de Cuba formar médicos, é muito difícil sua absorção pelo sistema público, em decorrência dos baixos salários e das difíceis condições de trabalho. Hoje o Ministério de Saúde do Haiti (MSPP) conta com 24.278 profissionais, sendo 468 da Brigada Cubana. Destes apenas 12,7% são enfermeiros e 9,9% médicos. Com relação ao vínculo, 50,8% é com o setor público e 25% com ONGs. Dentre os que têm vínculo com o setor público, 42,5% trabalham em atividades de apoio. Uma definição importante do projeto de colaboração é que os programas de formação devem incluir estratégias de inserção no sistema de saúde (BRASIL, 2010b).

Uma descrição mais detalhada da Proposta, em fase de construção, para a formação do *Oficial Sanitário* é bastante ilustrativa da lógica que vem orientando a implementação

do Memorando. As informações a seguir sintetizadas têm origem nas trocas de mensagens eletrônicas entre os representantes dos três países<sup>5</sup>, preparatórias à Reunião do CG que se realizará em Cuba de 2 a 4 de agosto.

O objetivo é formar os oficiais nas línguas Kreyól e Francês, estabelecendo mecanismos para que uma vez concluído o curso (duração de 24 semanas letivas) os formandos regressem às suas comunidades. O perfil ocupacional permitirá que ocupem postos de trabalho nos centros de saúde de atenção primária, realização ações e supervisionando o trabalho de 20 a 50 agentes comunitários de saúde. Como parte dos requisitos do processo seletivo dos alunos, o candidato deverá apresentar aval da comunidade informando que o aceita e considera que reúne as condições para desempenhar a função. A primeira turma deverá contemplar todos os departamentos do país em uma razão de 4 a 5 alunos por departamento. A proposta em elaboração prevê a combinação de atividades acadêmicas com práticas, simuladas na aula e nas condições reais nas comunidades dos cenários de formação, divididas em partes iguais.

Pelo que foi apresentado se pode sintetizar a lógica que vem definindo a atuação conjunta de Brasil, Cuba e Haiti: fortalecimento do Estado haitiano, especificamente no que diz respeito à capacidade de atuação em saúde; envio e implantação de equipamentos de saúde; garantia do envio de insumos para os dois primeiros anos de operação dos novos equipamentos; formação de profissionais em todos os níveis e reforço dos laços comunitários. Esta atuação vai na contracorrente da lógica mercantilizadora e gerencialista que caracteriza as ações de reconstrução pós-desastre, como será discutido.

As ações planejadas para implementar o Memorando têm sido marcadas por duas tradições no campo da atenção à saúde: o internacionalismo solidário de Cuba e a concepção da saúde como direito de todos e dever do Estado do Brasil.

Cuba implementa a máxima de José Martí – *pátria é humanidade* - e professa o internacionalismo como a forma mais elevada de solidariedade. No campo da saúde, dois marcos deste internacionalismo foram a criação da Escola Latino-Americana de Medicina e do Contingente Internacional de Médicos Cubanos Especializados em Situações de Desastres e Graves Epidemias - Brigada Henry Reeve (um norte-americano que morreu na luta pela independência de Cuba da Espanha, que ocorreu entre 1868 e 1878).

A contribuição de Cuba para o desenvolvimento da força de trabalho em saúde tem sido essencialmente prática, focando na atenção à saúde e na educação, principalmente médica. Desde 1963, quando foi iniciada a cooperação em saúde (missão na Argélia) mais de 100.000 profissionais cubanos serviram em 107 países – hoje 513.473 profissionais se encontram em 78 países, sendo 16.420 médicos; além disto, mais de 24.000 estudantes de 35 países da África, América Latina, Ásia e Caribe frequentaram escolas de medicina e enfermagem, entre outras. Mais recentemente Cuba está realizando o ensino médico nos próprios países (Paraguai, Guiné Bissau, Gâmbia, Guiné Equatorial, Yemen, Timor Leste e Venezuela – neste último o projeto envolve formar 50.000 médicos). No contexto dos furacões George e Mitch (1998), que afetaram profundamente os países centro-americanos e caribenhos, além de disponibilizar 1.000 médicos para trabalhar nas zonas de desastre, o então Presidente Fidel

Castro concebeu a criação da ELAM e a oferta inicial de 10.000 bolsas, para formar jovens que após seis anos retornariam como médicos para suas comunidades. A premissa é que a atenção à saúde não é uma mercadoria, mas um direito humano que deve ser garantido por profissionais que professam esta crença e estejam dispostos a torná-la realidade, mesmo sob condições adversas. Além disto, Cuba desenvolve quatro iniciativas específicas: prevenção e tratamento da AIDS em 19 países; o programa *Barrio Adentro* na Venezuela; a Missão *Milagro* que realiza procedimentos oftalmológicos – desde 2004 já atendeu mais de 190.000 pacientes de 18 países; o Contingente de Resposta a Desastres Henry Reeve (já mencionado), que realizou sua primeira missão após o terremoto do Paquistão (2005). Estas realizações se orientam pelo respeito ao saber, à cultura, religião e autodeterminação dos povos<sup>6</sup>.

O sistema de saúde do Brasil, por sua vez, teve origem nos movimentos sociais e setoriais pela redemocratização do país, tendo sido construído também sob o princípio de que a saúde não pode ser considerada um bem de mercado e que os cidadãos a ela têm direito.

Na segunda metade da década de 1970, o Movimento Sanitário propôs, simultaneamente, um contra-discurso, sob a forma de uma teoria crítica histórico-social da doença, e uma contra-política, sob a forma de proposições de novos dispositivos legais e administrativos para organizar a atenção à saúde (DÂMASO, 1989). O objetivo central era a democratização da saúde (e da sociedade). Um marco deste processo foi a divulgação do Documento “A Questão Democrática da Saúde” (CEBES, 1979) que, pela primeira vez, sistematizou uma proposta para a reforma sanitária, introduzindo as idéias de um sistema único, da universalidade e do direito, da responsabilidade do Estado, da democratização e descentralização.

Este e outros documentos, eventos e atuações de organizações e profissionais, marcaram a diferença decisiva entre as concepções de Reforma Sanitária e de Reforma do Setor Saúde-dominante no contexto internacional naquele momento. Rodrigues Neto (1987, p.257) deixa clara a concepção de Reforma Sanitária como um processo que transcende os “limites formais do sistema prestador de serviços de saúde” e busca alcançar “todos os meios e setores que afetam a qualidade de vida, criando os mecanismos de proteção à saúde que convêm a uma sociedade democrática”. Isto explica o movimento e o sucesso na concretização, quando da elaboração da Constituição de 1988, do direito à saúde como princípio ordenador do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a sua organização com base na descentralização, integralidade e participação da comunidade.

No entanto, apesar desta tradição na organização da atenção à saúde no Brasil, a atuação no cenário internacional era tímida. A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA), vinculada ao Gabinete do Ministro da Saúde, tem os seguintes objetivos: promover, articular e orientar as negociações relacionadas à cooperação técnica, científica, tecnológica e financeira com outros países, organismos internacionais, mecanismos de integração regional e sub-regional nas áreas de competência do Ministério; articular a colaboração de peritos e de missões internacionais multilaterais e bilaterais, atendendo às diretrizes da Política Nacional de Saúde; assessorar o Ministro de Estado, no País e no exterior, nos assuntos internacionais de interesse do Ministério. No estudo avaliativo realizado por Cepik e Sousa

(2010), são apresentadas evidências de que, em 2003, as várias áreas do Ministério da Saúde (MS) trabalhavam muito para viabilizar as parcerias internacionais, atendiam a uma demanda contínua muito intensa, mas, salvo em algumas áreas e com alguns países, não estavam conseguindo produzir sinergia, cumulatividade e impactos necessários e desejáveis.

Esta situação começa a mudar em 2007, quando se inicia um processo de reorganização da AISA que culmina, em 2009, com a criação do Grupo de Cooperação Internacional em Saúde. A Cooperação assume como princípios, entre outros: a saúde como direito universal e dever do Estado; a cooperação entre os povos para o progresso da humanidade; o respeito à soberania nacional, independência econômica, direitos iguais e não-intervenção nos assuntos domésticos das nações; desenvolvimento de parcerias; protagonismo dos países - consonância com valores, necessidades e planos estratégicos próprios dos países; participação e controle social. O papel da AISA/Divisão de Cooperação Internacional passa a ser, entre outros: contribuir na formulação de política externa na área de saúde; coordenar as ações na área internacional, traçar diretrizes, formular políticas e contribuir para o desenho e implementação de programas e ações; apoiar áreas técnicas da saúde na identificação, negociação, elaboração de projetos de cooperação técnica, bem como participar nos esforços de captação de recursos para sua implementação; ser um instrumento de difusão dos projetos e programas de cooperação no âmbito do MS; fazer a intermediação entre os distintos programas e unidades do MS e entre este e o Ministério das Relações Exteriores; coordenar e gerenciar as ações de assistência humanitária em saúde (BRASIL, 2009).

Este processo de reorganização, que incluiu em 2007 o retorno do GT Saúde Mercosul ao âmbito da AISA, resultou em uma presença efetiva do MS em ações que impactam diretamente a saúde da população em cenários que excedem o território nacional. Este foi o caso, por exemplo, do Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para a prestação de serviços de saúde. Este Ajuste permite a prestação de serviços de saúde humana por pessoas físicas ou jurídicas situadas nas localidades vinculadas ao Acordo. Na prática, o Ajuste autoriza contratos de modo a efetivar o acesso a serviços de saúde das populações residentes nesta área de fronteira (BRASIL-URUGUAY, 2010). O mesmo princípio, de superar barreiras e fortalecer os sistemas de saúde dos países envolvidos orienta a participação do Ministério da Saúde do Brasil no Haiti.

No caso do Brasil a participação na reorganização do Sistema de Saúde Haitiano representa um ganho também interno: a consolidação de um perfil de cooperação internacional em saúde que envolve a preocupação com a implementação de ações e a disseminação dos princípios da saúde como direito de cidadania.

## NA CONTRAMÃO DA MERCANTILIZAÇÃO E DO GERENCIALISMO

Uma outra iniciativa, que se orienta pela solidariedade e não pelo lucro, vem se desenvolvendo por iniciativa de movimentos camponeses haitianos e brasileiros. Uma parceria entre a Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza do Governo da Bahia, a Coordenação Geral de Ações Internacionais do Ministério de Relações Exteriores, a Via Campesina Brasil e a Via Campesina Haiti já entregaram 1.284 (das 30.000 previstas) cisternas para captação de água da chuva para famílias camponesas haitianas. Além da distribuição o projeto inclui a formação para que as comunidades possam não apenas instalar as cisternas, como também compreender os entraves e desafios do acesso à água enfrentados no Haiti e no mundo (GOMES, 2010b).

O registro destas experiências orientadas pela solidariedade e pelo fortalecimento do poder público e/ou das comunidades locais não implica em ilusões quanto à sua capacidade para se contrapor à tendência predominante. Pelo contrário!

Para derrubar qualquer ilusão a este respeito basta levar em consideração alguns eventos recentes, tais como a doação de 60 toneladas de sementes pela Monsanto, em articulação com o Governo dos EUA. No dia 4 de junho os camponeses haitianos, organizados pelo *Mouvman Peyzan Papay* (MPP), protestaram contra a doação e defenderam a soberania alimentar. Antes de iniciar a manifestação plantaram, simbolicamente, sementes de milho crioulo (CONSTANTINI, 2010). A Monsanto (2010) nega, em seu site oficial, que as sementes doadas sejam transgênicas, e enfatiza o papel da USAID, através do projeto WINNER, na distribuição para a plantação. Constantini (2010) registra o ceticismo dos movimentos sociais com as declarações da Monsanto e refere o risco de repetição de um processo ocorrido na década de 1980, que levou à erradicação dos porcos crioulos, quando ocorreu um surto de gripe suína na República Dominicana e por definição dos EUA e suas agências de apoio ao desenvolvimento. Antes, este era um importante produto da economia das comunidades, o que justifica os esforços de organizações camponesas para reintroduzi-lo<sup>7</sup>.

A doação da Monsanto corre o risco de repetir outra situação semelhante a da extinção dos porcos crioulos: o fim da produção haitiana de arroz. Em depoimento no Senado dos EUA, Bill Clinton (Coordenador da Comissão Provisória para a Reconstrução do Haiti, das Nações Unidas) mostrou ares de arrependimento ao afirmar que deve “viver, cada dia, com as consequências do fato de que o Haiti perdeu a capacidade de produzir arroz para alimentar sua população por causa do que eu fiz, eu e mais ninguém”. Durante seu governo e em decorrência da concorrência subsidiada do *arroz de Miami*, a produção haitiana foi à bancarrota: em 1998 47% do arroz consumido era produzido internamente, em 2008 este número caiu para 15% (GOMES, 2010a, p. 10).

Apesar destas declarações de arrependimento, os interesses privados estão mais presentes que nunca na Comissão coordenada por Clinton. O empresário estadunidense

Bradley J. Horowitz, presidente da *Trilogy International Partners*, deixou claro na Conferência Internacional de Doadores, realizada em Nova York em 31 de março, que “as medidas urgentes para reconstruir o Haiti só serão sustentáveis se fundarem um vibrante setor privado”; afirmando enfaticamente que “o que é bom para os negócios é bom para o país” (citado por GOMES, 2010a, p. 10).

Gomes (2010a) registra outras informações que permitem desvelar a relação entre ajuda e mercado: beneficiar a agricultura envolve estimular a monocultura de manga para que a Coca-Cola possa lançar um novo produto; facilitar a exportação de produtos têxteis especializados e criar mais de 100 mil empregos envolve aumentar a lucratividade das indústrias *maquiladoras* estadunidenses instaladas no Haiti, que não pagam impostos e desrespeitam direitos trabalhistas; melhorar a infraestrutura construindo novas estradas garante o lucro de empresas como a espanhola Elsamex S.A., que recebeu 32 milhões de euros para construir uma estrada de 43 km de extensão; transformar o Haiti na primeira nação totalmente *wireless* do Caribe, implica em transferir recursos para a empresa do mesmo Bradley Horowitz acima mencionado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação do Memorando Brasil-Cuba-Haiti rompe com a lógica gerencialista que dominante nas ações de reconstrução em tempos de hegemonia do capitalismo do desastre. A diferença entre administração/gestão e gerencialismo é que a primeira se refere a práticas de coordenação para atingir um conjunto de objetivos; o gerencialismo se refere à crença de que somente gestores treinados nas técnicas da organização formal podem resolver problemas (PARKER, 2002). Portanto, no gerencialismo não há espaço para valorizar o conhecimento e as práticas das comunidades locais. Pelo contrário, há uma tendência e um esforço para homogeneizar a realização das atividades realizadas por especialistas que o farão em nome e para as comunidades (SRINIVAS, 2010b).

A iniciativa aqui relatada se orienta pelo desenvolvimento de procedimentos de gestão que simultaneamente valorizem a organização das comunidades locais e que fortaleçam o setor público e, portanto, a capacidade de governo do Estado haitiano. Assim, além de se colocar na contracorrente do gerencialismo, também se coloca na contracorrente da mercantilização e sua tendência a naturalizar os valores do mercado, já que a atenção à saúde é tratada como um direito e não como um bem a ser comercializado.

É importante registrar que esta atividade encontra-se em uma fase muito inicial, sendo interessante acompanhar seus desdobramentos futuros e verificar se estes princípios foram preservados ao longo do processo.



## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Assessoria de Assuntos Internacionais. *1ª Reunião Interna do Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde*, realizada no dia 3 de julho de 2009. (Cópia em arquivo eletrônico)
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cooperação Saúde: boletim da Atuação Internacional Brasileira em Saúde*, nº 2, abril de 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Assessoria de Assuntos Internacionais. *Relatório da Missão Técnica ao Haiti* – Ministério da Saúde: 6 a 16 de junho de 2010b. (Cópia em arquivo eletrônico)
- BRASIL, CUBA e HAITI. *Memorando de cooperação entre o Governo do Brasil, o Governo de Cuba e o Governo do Haiti para o fortalecimento do sistema e dos serviços de saúde e de vigilância epidemiológica no Haiti*. Assinado no dia 27 de março de 2010, em Port-au-Prince, pelo Ministro da Saúde do Brasil, pelo Ministro de Saúde Pública de Cuba, pelo Ministro de Saúde Pública e População do Haiti e pelo Presidente do Haiti. (Cópia em arquivo eletrônico)
- BRASIL e URUGUAY. *Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios*. Aprovado pelo Congresso Nacional do Brasil em 2010. (Cópia em arquivo eletrônico)
- BLAIKIE, P. et al. *At risk: natural hazards, people's vulnerability and disasters*. New York: Routledge, 1994.
- BRINKERHOFF, J. M.; SMITH, S. C.; TEEGEN, H. Beyond the "Non": the strategic space for NGOs in development. In: BRINKERHOFF, J. M.; SMITH, S. C.; TEEGEN, H. (Eds.) *NGOs and the millennium development goals: citizen action to reduce poverty*. New York: Palgrave Macmillan, 2007. p. 53-80
- CAN. *Brasil y Cuba en colaboración de salud en Haití*. Postado em: 28 Março 2010. Disponível em: [http://www.trabajadores.cu/materiales\\_especiales/coberturas/haiti-dolor-y-desesperanza-1/brasil-y-cuba-en-colaboracion-de-salud-en-haiti-1](http://www.trabajadores.cu/materiales_especiales/coberturas/haiti-dolor-y-desesperanza-1/brasil-y-cuba-en-colaboracion-de-salud-en-haiti-1). Acesso em: 24 Junho 2010.
- CEBES. A questão democrática na área da saúde. *Saúde em Debate*, n.9, 1980.
- CEPIK, M; SOUSA, R. P. A Política Externa Brasileira e a Cooperação Internacional em Saúde no início do primeiro governo Lula. *Revista Brasileira de Política Internacional*, 2010.
- CUTTER, S. L. The geography of social vulnerability: race, class, and catastrophe. *Understanding Katrina: perspectives from the social sciences*. Postado em 2005. Disponível em: <http://understandingkatrina.ssrc.org/Cutter/>. Acesso em: 24 Junho 2010.
- DÂMASO, Romualdo. Saber e práxis na Reforma Sanitária: avaliação da prática científica no Movimento Sanitário. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury. (Org.) *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez Ed.-ABRASCO, 1989. p.61-90
- DYNES, R. R. The dialogue between Voltaire and Rousseau on the Lisbon Earthquake: the emergence of a social science view. *International Journal of Mass Emergence Disasters*, v. 18, p. 97-115, 2000.
- FRITZ, C. E. Disasters. In: MERTON, R.K; NISBET, R. A. (Eds.) *Contemporary Social Problems*. New York: Harcourt, 1961. p. 26-41
- GOMES, T. O novo futuro do Haiti. *Brasil de Fato*, edição da semana de 29 de abril a 5 de Maio de 2010a.
- GOMES, T. O acesso à água no Haiti: entre a privatização e a solidariedade. *Brasil de Fato*, edição da semana de 8 a 14 de Julho de 2010b.
- GUNewardena, N.; SCHULLER, M. (Eds.) *Capitalizing on catastrophe: Neoliberal strategies in disaster reconstruction*. local: Alta Mira Press, 2008
- HALLWARD, P. Our role in Haiti's plight. *The Guardian*, edição de 13 de Janeiro de 2010.
- KLEIN, N. The rise of disaster capitalism. *The Nation*, 2 de Maio de 2005.
- KLEIN, N. *The shock doctrine: the rise of disaster capitalism*. New York: Metropolitan Books/Henry Hot., 2007
- MONSANTO. *Seed donation to Haiti*. Postado em 4 Junho 2010. Disponível em: [http://www.monsanto.com/monsanto\\_today/2010/seed\\_donation\\_to\\_haiti.asp](http://www.monsanto.com/monsanto_today/2010/seed_donation_to_haiti.asp). Acesso em: 10 Julho 2010.
- PARKER, M. *Against management: organization in the age of managerialism*. Cambridge: Polity Press, 2002.
- QUARANTELLI, E. L.; DYNES, R. R. Response to social crises and disaster. *Annual Review of Sociology*, v. 3, p. 23-49, 1977.
- RIDDELL, R. *Does foreign aid really work?* Oxford: OUP, 2007.
- RODRIGUES NETO, Eleutério. Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*, Brasília, 1987. p.253-263
- SCHULLER, M. invasion or infusion? Understanding the role of NGOs in Contemporary Haiti. *The Journal of Haitian Studies*, v. 13, n. 2, p. 96-119, 2007.
- SCHULLER, M. *Starfish and seawalls: responding to Haiti's earthquake, now and long-term*. Postado em: 15 Jan.

2010. Disponível em: <http://www.commondreams.org/view/2010/01/15-11>. Acesso em: 24 Junho 2010.

SCHULLER, M. *Fault lines: Haiti's earthquake and reconstruction through the eyes of many*. Postado em: 3 Março 2010. Disponível em: [http://www.huffingtonpost.com/mark-schuller/fault-lines-haitis-earthq\\_b\\_483455.html](http://www.huffingtonpost.com/mark-schuller/fault-lines-haitis-earthq_b_483455.html). Acesso em: 24 Junho 2010.

SRINIVAS, N. Disaster capitalism and disaster managerialism: what recent earthquakes tell us about management. *3<sup>rd</sup> LAEMOS*, Buenos Aires, Abril de 2010a.

SRINIVAS, N. Against NGOs? A critical perspective on Nongovernmental Action. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, v.38, n.4, p. 614-626, 2010b.

SPECTOR, M.; KITUSES, J. I. *Constructing social problems*. California: Cummings, 1977.

THIERNEY, K. J. From the margins to the mainstream? Disaster research at the crossroad. *Annual Review of Sociology*, v. 33, p. 503-525, 2007.

THIERNEY, K. J.; BEVC, C.; KULIGOWSKI, E. Metaphors matter: disaster myths, media frames, and their consequences in Hurricane Katrina. *Annual Am. Academy Soc. Sciences*, n. 603, p. 57-81, 2006.

## FONTE DAS FOTOS

Bandeira do Haiti sobre escombros: [http://www.trabajadores.cu/materiales\\_especiales/coberturas/haiti-dolor-y-desesperanza-1/brasil-y-cuba-en-colaboracion-de-salud-en-haiti-1](http://www.trabajadores.cu/materiales_especiales/coberturas/haiti-dolor-y-desesperanza-1/brasil-y-cuba-en-colaboracion-de-salud-en-haiti-1)

Assinatura do Memorando - Cooperação Saúde: Boletim da Atuação Internacional Brasileira em Saúde, nº 2, p. 1, abril de 2010.

## NOTAS

- 1 Por exemplo, Will Soto, no dia 2 de fevereiro de 2010, em artigo intitulado "Haiti: Third World Disaster Capitalism", fez o seguinte registro: "A mídia e o governo dos EUA têm repetidamente expresso preocupações sobre 'segurança' e 'violência'. O escritor haitiano Edwidge Danticat observou que a mídia praticamente assume que uma massa de pessoas negras representa uma inevitável promessa de 'violência' e 'pilhagem'. Como fizeram após Katrina, a mídia norte-americana tem, novamente, mostrado sua tendência de definir os sobreviventes negros de desastres como 'ladrões' ... No entanto, em vez de roubar, milhões de haitianos têm lutado para resgatar amigos, membros da família, vizinhos e estranhos." (Disponível em: <http://www.socialistalternative.org/news/article20.php?id=1254>)
- 2 O termo ONG foi usado pela primeira vez em 1945 pelas Nações Unidas para especificar o papel de consultores em atividades que não eram desenvolvidas pelos governos nacionais. Hoje o termo designa uma ampla variedade de organizações, elevada heterogeneidade organizacional, diferentes abordagens políticas e práticas de alianças, variados vínculos com agentes financiadores muito diferenciados (SRINIVAS, 2010b). O Banco Mundial define ONGs como "organizações privadas que realizam atividades para aliviar o sofrimento, promover os interesses dos pobres, proteger o ambiente, prover serviços sociais básicos, ou promover o desenvolvimento comunitário" (Ver: Diretiva Operacional 14.70 do Banco). As Nações Unidas hoje definem ONG como "qualquer grupo voluntário de cidadãos organizado no nível local, nacional ou internacional. Orientadas pelas tarefas e organizadas por pessoas com interesses em comum, ONGs desenvolvem uma variedade de serviços de funções humanitárias, levam as preocupações dos cidadãos para os governos, monitoram políticas e encorajam a participação no nível comunitário (Ver: <http://www.un.org/dpi/ugnsection/brochure.htm>). Para a U.S. Agency for International Development (USAID), "uma ONG pode ser definida de modo amplo para incluir uma larga variedade de organizações locais em países que recebem assistência dos EUA" (VER: <http://www.usaid.gov/pubs/npi/corerept/npi-n-go.htm#rationale>).
- 3 A autora se encontrava presente nesta Reunião, sendo as informações apresentadas neste artigo produto de suas notas pessoais.
- 4 Registros feitos pela autora a partir da apresentação do Coordenador deste GT, Guilherme Franco Neto, no Auditório do Ministério da Saúde no dia 23 de abril.
- 5 Pelos Coordenadores do Grupo Técnico de Formação de Recursos Humanos representando cada um dos três países: Gardner Michaud do Haiti; José Caridad Diaz Cabrera de Cuba; Clarice Aparecida Ferraz do Brasil.
- 6 Anotações pessoais da autora a partir de duas apresentações realizadas pelo Reitor da ELAM, Juan Carrizo Estévez, em Porto Alegre, em junho de 2010.
- 7 A este respeito ver vídeo no sítio <http://video.google.com/videoplay?docid=2407538368251439007#>.