



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E POLÍTICAS – CCJP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA – PPGCP

REGIONALISMO PÓS-LIBERAL, COOPERAÇÃO SUL-SUL E DIPLOMACIA DA
SAÚDE GLOBAL: A EXPERIÊNCIA DO CONSELHO DE SAÚDE SUL-AMERICANO
DA UNASUL (2008-2019)

MARIA ISABEL SANTOS LIMA

Rio de Janeiro

2021

REGIONALISMO PÓS-LIBERAL, COOPERAÇÃO SUL-SUL E DIPLOMACIA DA
SAÚDE GLOBAL: A EXPERIÊNCIA DO CONSELHO DE SAÚDE SUL-AMERICANO
DA UNASUL (2008-2019)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito para a obtenção de grau de Mestre. Linha de pesquisa: Relações Internacionais e Política Mundial.

Orientadora: Profa. Dra. María del Carmen Villarreal Villamar

Rio de Janeiro

2021

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

L732 Lima, Maria Isabel Santos
Regionalismo pós-liberal, cooperação sul-sul e diplomacia da saúde global: a experiência do Conselho de Saúde Sul-Americano da Unasul (2008-2019) / Maria Isabel Santos Lima. -- Rio de Janeiro, 2021.
119

Orientadora: María del Carmen Villarreal Villamar.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, 2021.

1. Unasul. 2. Conselho de Saúde Sul-Americano. 3. Regionalismo pós-liberal. 4. Cooperação Sul-Sul. 5. Diplomacia da Saúde Global. I. Villamar, María del Carmen Villarreal, orient. II. Título.

MARIA ISABEL SANTOS LIMA

REGIONALISMO PÓS-LIBERAL, COOPERAÇÃO SUL-SUL E DIPLOMACIA DA
SAÚDE GLOBAL: A EXPERIÊNCIA DO CONSELHO DE SAÚDE SUL-AMERICANO
DA UNASUL (2008-2019)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito para a obtenção de grau de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. María del Carmen Villarreal Villamar (Orientadora)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Prof. Dr. André Luiz Coelho Farias de Souza
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Prof. Dr. Carlos Roberto Sanchez Milani
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço à minha mãe, minha melhor amiga e maior conselheira, pelo seu apoio incondicional e por sempre me incentivar a alcançar voos mais altos. Te amo!

À minha família, que esteve presente em cada momento da minha trajetória. Em especial aos meus irmãos, Felipe e Mariana por sempre me apoiarem e torcerem pelo meu sucesso, e aos meus sobrinhos, Carolina, Beatriz, Davi e Gabriel, por serem uma constante fonte de alegria.

Aos amigos que se mantiveram ao meu lado e me apoiaram mesmo quando estive ausente, em breve nos encontraremos pessoalmente. Em especial às pessoas maravilhosas que estiveram ao meu lado nesses dois anos, Daniel Máximo, Maíra de Oliveira, Márcia Charneski e Stéphaney Brum. Essa jornada não seria a mesma sem vocês.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Unirio por todo conhecimento passado e pelos conselhos. Especialmente à minha orientadora, a Profa. Dra. María Villarreal pelo apoio, incentivo, dedicação e pelas correções. Sou muito grata pelas oportunidades e pelo constante aprendizado.

Aos professores Dr. André Coelho e Dr. Carlos Milani por aceitarem o convite para compor a banca, seus comentários e sugestões foram essenciais para a realização da pesquisa.

Aos entrevistados que contribuíram enormemente com seus conhecimentos.

REGIONALISMO PÓS-LIBERAL, COOPERAÇÃO SUL-SUL E DIPLOMACIA DA SAÚDE GLOBAL: A EXPERIÊNCIA DO CONSELHO DE SAÚDE SUL-AMERICANO DA UNASUL (2008-2019)

RESUMO

O fim da década de 1990 foi marcado pela ascensão de governos “progressistas” em diversos países da América do Sul e pelas críticas ao modelo neoliberal. Esse posicionamento influenciou não só as políticas domésticas desses Estados, como a relação entre eles, principalmente no que diz respeito ao regionalismo sul-americano, que rompeu, pelo menos parcialmente, com os modelos fundamentados no neoliberalismo e na criação de uma área de livre comércio. Iniciou-se, portanto, uma nova onda de regionalismos alicerçados no paradigma pós-liberal, resultando na criação de organismos como a União de Nações Sul-Americanas. Durante os anos de 2008 e 2019, a Unasul atuou como uma organização intergovernamental regional na cooperação entre Estados da América do Sul em temas para além do viés econômico. Tal modelo oferecia uma alternativa para a ideia de integração regional já consolidada na região, estabelecendo espaços políticos alternativos para a formulação de políticas e práticas regionais. Com a criação do Conselho de Saúde Sul-Americano, a Unasul institucionalizou a sua atuação na área da saúde como uma área de cooperação e reconheceu a mesma como tema de diplomacia e política externa. Foi instituída uma relação de cooperação entre os países do Sul Global, especialmente dentre aqueles que faziam parte da Unasul. A presente pesquisa tem como objetivo analisar as atividades realizadas pela Unasul-Saúde com a finalidade de responder às perguntas de pesquisa: O que diferencia a Unasul-Saúde das anteriores experiências de cooperação em saúde a nível regional e qual é seu legado? Como ocorreram as atuações do Conselho de Saúde Sul-americano e quais foram os seus principais avanços e limitações? Para tal, foi feita uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, descritivo e explicativo que utilizou as técnicas de análise documental e entrevistas semiestruturadas com informantes-chave que participaram de tal processo e/ou são especialistas no tema. Conclui-se, portanto, que devido à criação da Unasul com base na concepção de regionalismo pós-liberal, o Conselho de Saúde Sul-Americano adotou um modelo de cooperação voltada para a relação Sul-Sul, visando criar uma diplomacia da saúde no âmbito regional a fim de reduzir as assimetrias por meio do desenvolvimento, deixando como legado o Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS) que, apesar de desativado, não foi extinto e toda uma experiência de cooperação sul-sul, através da formação de uma agenda regional para a saúde e de diplomacia, devido à atuação conjunta no cenário internacional. A Unasul-Saúde atuava, portanto, através do estabelecimento de uma agenda regional comum, com base nos eixos estratégicos determinados pelo Plano Quinquenal (2010-2015) e conseguiu avançar o tema da cooperação em saúde através da criação de um instituto próprio. No entanto, o mesmo apresentou muitas limitações, como a falta da participação efetiva da sociedade civil, a falta de financiamento e oscilação do nível de participação dos Estados-parte, fatores que precisam ser superados em experiências futuras.

Palavras-Chave: Unasul; Unasul-Saúde; Conselho de Saúde Sul-Americano; Regionalismo Pós-Liberal; Cooperação Sul-Sul; Diplomacia da Saúde Global.

**POST-LIBERAL REGIONALISM, SOUTH-SOUTH COOPERATION AND GLOBAL
HEALTH DIPLOMACY: THE EXPERIENCE OF UNASUR HEALTH COUNCIL
(2008-2019)**

ABSTRACT

The late 1990s were defined by the rise of “progressive” governments in several South American countries and by the criticism of the neoliberal model. This position influenced not only the domestic policies of these states, but also the relationship between them, especially with regard to South American regionalism, which distanced itself, at least partially, from models based on neoliberalism and the creation of a free trade area. A new wave of regionalism based on the post-liberal paradigm emerged, resulting in the creation of entities such as the Union of South American Nations. Between 2008 and 2019, Unasur acted as a regional intergovernmental organization for cooperation among South American states on issues beyond the economic dimension. This model offered an alternative to the idea of regional integration already consolidated, establishing alternative political spaces for the formulation of regional policies and practices. With the creation of the South American Health Council, Unasur institutionalized its action, establishing the health sector as an area of cooperation and recognizing it as a matter of diplomacy and foreign policy. Therefore, a relationship of cooperation among countries of the Global South was established, especially among those that were part of Unasur. This research aims to analyze the activities performed by the Health Council to answer the research questions: What differentiates Unasur-Health from its predecessors at regional level and what is its legacy? How did the South American act and what were its main advances and limitations? In order to answer these questions, a qualitative exploratory and descriptive research was conducted using the techniques of document analysis and semi-structured interviews with key informants who participated in the process and/or are experts on the subject. Therefore, it is concluded that due to the creation of Unasur based on the concept of post-liberal regionalism, the South American Health Council adopted a model of cooperation focused on the South-South relationship, aiming to create a health diplomacy at the regional level in order to reduce asymmetries through development, that left the South American Institute of Health Governance (ISAGS) as a legacy which, despite being inactive, was not extinguished and the experience of South-South cooperation, through the formation of a regional agenda for health, and diplomacy, due to joint action in the international scenario. Unasur-Health acted by establishing a common regional agenda, based on the strategic axes determined by the Five-Year Plan (2010-2015), establishing horizontal cooperation among South American countries. However also presented many limitations, such as the lack of effective participation of civil society, lack of funding and fluctuation in the level of participation of its member, factors that need to be overcome in future experiences.

Keywords: Unasur; South American Health Council; Post-Liberal Regionalism; South-South Cooperation; Global Health Diplomacy.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. REGIONALISMO PÓS-LIBERAL, COOPERAÇÃO SUL-SUL E DIPLOMACIA DA SAÚDE GLOBAL: AS BASES CONCEITUAIS	19
1.1. ORIGENS E ONDAS DO REGIONALISMO.....	19
1.2. O REGIONALISMO PÓS-LIBERAL DA AMÉRICA DO SUL	27
1.3. COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E COOPERAÇÃO SUL-SUL.....	32
1.4. COOPERAÇÃO E DIPLOMACIA DA SAÚDE GLOBAL	37
1.5. AS EXPERIÊNCIAS PRÉVIAS DE COOPERAÇÃO EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA.....	43
CONCLUSÕES PARCIAIS	49
2. O REGIONALISMO PÓS-LIBERAL DA UNASUL: DA TEORIA À PRÁTICA ..	51
2.1. REGIONALISMO LATINO-AMERICANO: UM PROCESSO DE SÉCULOS.....	51
2.2. A TRAJETÓRIA DE FORMAÇÃO DA UNASUL	55
2.3. O FUNCIONAMENTO DA UNASUL: NORMAS E INSTITUIÇÕES.....	62
CONCLUSÕES PARCIAIS	68
3. COOPERAÇÃO SUL-SUL E DIPLOMACIA DA SAÚDE NO CONSELHO DE SAÚDE SUL-AMERICANO	70
3.1. O CONSELHO DE SAÚDE SUL-AMERICANO E SEUS ORGANISMOS: FORMAÇÃO E COMPETÊNCIAS.....	70
3.1.1. Conselho de Ministros e Ministras de Saúde	76
3.1.2. Comitê Coordenador	77
3.1.3. Grupos Técnicos	78
3.1.4. Redes estruturantes	79
3.1.5. Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde	81
3.2. A ATUAÇÃO E OS AVANÇOS DO CONSELHO DE SAÚDE	83
3.2.1 O ISAGS e a institucionalização da saúde	84
3.2.2 Atuação Internacional do Conselho de Saúde	88
3.2.3 Grupo Técnico de Acesso Universal aos Medicamentos (GAMU).....	91
3.2.4 Rede de Instituições e Institutos Nacionais de Câncer (RINC).....	93
3.3. AS LIMITAÇÕES E O FIM DA UNASUL SAÚDE	94
3.4. O LEGADO DA UNASUL SAÚDE E A COOPERAÇÃO EM SAÚDE PÓS-UNASUL	98
CONCLUSÕES PARCIAIS	100
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	106
APÊNDICE - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS	116

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Perfil dos informantes-chave entrevistados	15
Figura 2 - Características do Regionalismo Pós-liberal	30
Figura 3 - Conferências Sanitárias Internacionais	38
Figura 4 - Participação de países da América do Sul em processos regionais atuantes na saúde	45
Figura 5 - Quadro de projetos de regionalismo fechado com participação de países da América do Sul.....	53
Figura 6 - Quadro de países participantes e seus representantes na Reunião de Presidentes de Brasília (2000)	56
Figura 7 - Mapa com os Eixos de Integração e Desenvolvimento da IIRSA.....	57
Figura 8 - Estrutura organizacional da Unasul	64
Figura 9 - Quadro dos Presidentes Pró Tempore da Unasul e seus mandatos	65
Figura 10 - Quadro dos Secretários Gerais e seus mandatos.....	67
Figura 11 - Estrutura organizacional do Conselho de Saúde Sul-Americano	76
Figura 12 - Coordenação e objetivo dos Grupos Técnicos	79
Figura 13 - Coordenação e objetivo das Redes Estruturantes	80
Figura 14 - Quadro de atividades realizadas no âmbito do ISAGS na gestão de José Gomes Temporão (2013-2016).....	85
Figura 15 - Quadro de atividades realizadas no âmbito do ISAGS na gestão de Carina Vance Mafla (2016 -2019).....	86
Figura 16 - Convênios Interinstitucionais do ISAGS (2016 – 2018)	88
Figura 17 - O Conselho de Saúde na Assembleia Mundial da Saúde (2010-2016)	90
Figura 18 - Banco de Preços de Medicamentos da Unasul	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALALC	Associação Latino-Americana de Livre Comércio
ALAMES	Associação Latino-Americana de Medicina Social
ALBA	Aliança Bolivariana para os Povos de Nossa América
ALCA	Área de Livre Comércio das Américas
ALCSA	Área de Livre Comércio Sul-Americana
AMS	Assembleia Mundial da Saúde
BPMU	Banco de Preços de Medicamentos
CAD	Comitê de Assistência ao Desenvolvimento
CAN	Comunidade Andina
CARICOM	Comunidade do Caribe
CASA	Comunidade Sul-Americana de Nações
CECA	Comunidade Europeia do Carvão e do Aço
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina
CESAM	Comissão Especial de Saúde da Amazônia
CID	Cooperação para o Desenvolvimento
CLACSO	Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais
CMC	Conselho do Mercado Comum
CONHU	Convênio Hipólito Unanue sobre Cooperação em Saúde dos Países da Área Andina
COPROSAL	Comissão de Produtos para a Saúde
COSERATS	Comissão de Serviços de Atenção à Saúde
COVIGSAL	Comissão de Vigilância em Saúde
CSS	Cooperação Sul-Sul
FIC	Fundo de Iniciativas Comuns
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FLACSO	Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais
GAMU	Grupo Técnico de Acesso Universal aos Medicamentos
GMC	Grupo Mercado Comum
GTs	Grupos Técnicos
H1N1	Influenza tipo A
HIV	Human Immunodeficiency Virus

IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IIRSA	Integração de Infraestrutura Regional Sul-Americana
INCA	Instituto Nacional de Câncer do Brasil
ISAGS	Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MS/SC	Medicina Social e Saúde Coletiva
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OCEE	Organização para a Cooperação Econômica Europeia
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
ORAS-CONHU	Organismo Andino de Saúde
OTCA	Organização do Tratado de Cooperação Amazônica
PABA	Plano de Ação de Buenos Aires
PPP	Parcerias Público-Privadas
PROSUL	Foro para o Progresso e Integração da América do Sul
PT	Partido dos Trabalhadores
RETS	Rede de Escolas Técnicas em Saúde
RINC	Rede de Instituições e Institutos Nacionais de Câncer
RINC-SLACOM	Rede de Institutos Nacionais de Câncer e a Sociedade Latino-Americana e do Caribe de Oncologia Médica
RMS	Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul
SELA	Sistema Econômico Latino-Americano
SGT 11	Subgrupo de Trabalho n. 11 – Saúde
SICA	Sistema de Integração Centro-Americano
TIAR	Tratado Interamericano de Assistência Recíproca
UNASUL	União das Nações Sul-Americanas

INTRODUÇÃO

A América do Sul, desde o fim dos anos 1990, foi palco do “giro à esquerda” ou da chamada “onda rosa”, termo utilizado para denominar o ciclo de governos progressistas que chegaram ao poder na maior parte dos países da região, algo que teve início em 1998, com a vitória de Hugo Chávez na Venezuela (PARAMIO, 2003; CASTAÑEDA, 2006; PANIZZA, 2006; ARDITI, 2009; WEYLAND, 2009; SILVA, 2011) e se estendeu ao longo dos anos 2000. Essa compatibilidade no âmbito político facilitou a criação e/ou o aprofundamento nas relações entre os países da região. Isso pode ser notado, por exemplo, no caso do Mercado Comum do Sul (Mercosul) que, durante esse período, no marco do Mercosul político e social (CAETANO, 2011), deixou de ser visto apenas como um bloco econômico para tratar de temas como cultura, direitos humanos, participação política e saúde.

A criação da Unasul está diretamente relacionada à Comunidade Sul-Americana de Nações (CASA), um fórum regional formado em 2005 na cidade de Cusco que contava com a presença de doze países da América do Sul – Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela. Esse fórum possuía um caráter político, além de ser considerado uma proposta liderada pelo governo do Brasil (COSTA, 2010; GOMES, 2007). Devido às reuniões de cúpula realizadas no âmbito da CASA, esse projeto regional passou por algumas modificações que estavam, em sua maior parte, baseadas na possibilidade de criação de um novo modelo de regionalismo que se distanciasse um pouco do eixo comercial (VEIGA; RIOS, 2007).

Em maio de 2008, cerca de dez anos após o início desse ciclo, representantes desses países da América do Sul se reuniram em Brasília para assinar o tratado constitutivo da União das Nações Sul-Americanas (UNASUL). A Unasul, diferente do Mercosul, já apresentava desde sua concepção uma visão distinta da relação entre os países da região, visando a criação de “um espaço de integração e união no âmbito cultural, social, econômico e político entre seus povos, priorizando o diálogo político, as políticas sociais, a educação, a energia, a infraestrutura, o financiamento e o meio ambiente, entre outros” (UNASUL, 2008). A criação da Unasul foi considerada uma oportunidade de agilizar o desenvolvimento econômico e social dos Estados Membros e alcançar uma maior projeção internacional da região num cenário multipolar (SIMÕES, 2007 *apud* BUSS; FERREIRA, 2011, p. 2701).

A estrutura institucional da Unasul era formada por quatro órgãos: Conselho de Chefas e Chefes de Estado e de Governo; Conselho de Ministras e Ministros das Relações Exteriores; Conselho de Delegadas e Delegados; e a Secretaria Geral. Ademais, a organização também

possuía doze conselhos temáticos, formados entre 2008 e 2012, responsáveis por amparar os Estados Parte em seus campos específicos de atuação, além de fazer recomendações no que diz respeito às políticas públicas adotadas pelos mesmos. Em dezembro de 2008, na Reunião Extraordinária da Unasul, que ocorreu em Salvador, foi criado, juntamente ao Conselho de Defesa Sul-Americano, o Conselho de Saúde Sul-Americano. O Conselho de Saúde Sul-Americano, também conhecido como Unasul-Saúde¹, foi uma iniciativa que visava a cooperação na área da saúde, uma vez que fora estabelecido como um dos objetivos específicos do bloco o “acesso universal à seguridade social e aos serviços de saúde”, conforme previsto no art. 3, alínea “j” do documento de criação da Unasul (2008).

A estrutura institucional era composta pelo Conselho de Ministros – formado por Ministros da Saúde dos doze Estados – pelo Comitê de Coordenação, Grupos Técnicos (GTs), Redes e pelo Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS). O Comitê de Coordenação é o órgão responsável pelos Acordos e Resoluções, enquanto os GTs abordam os temas destacados no Plano Quinquenal do Conselho. As Redes, por sua vez, são consideradas espaços voltados para a cooperação técnica especificamente nas áreas relacionadas à saúde pública, a fim de promover o desenvolvimento dos sistemas nacionais. O ISAGS, por fim, criado com o apoio da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), dos Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores, foi considerado uma peça importante para a cooperação regional na área da saúde. Com sua sede localizada no estado do Rio de Janeiro, essa foi uma proposta apresentada pelo governo brasileiro que, posteriormente, se tornou o responsável pela manutenção do mesmo.

No entanto, é necessário destacar que o Conselho de Saúde Sul-Americano foi alvo de críticas, uma vez que não possuía ferramentas efetivas para garantir que houvesse a participação da sociedade civil e da academia (CAMPOS; DALLARI, 2016; ROSENBERG; TOBAR; BUSS, 2015; CAMPOS, 2017, 2018; HERRERO; LOZA; BELARDO, 2019). Ademais, alguns autores reconhecem também como uma falha da Unasul-Saúde a demora no que diz respeito a institucionalização da mesma (NEVES JÚNIOR, 2014), além do protagonismo excessivo do Brasil (KRYKHTINE, 2014) e problemas em seu desenho institucional (OLIVARES HOMEZ, 2018a).

Além das críticas setoriais, as mudanças no contexto político da região ocasionaram alguns obstáculos para o funcionamento da Unasul, como problemas orçamentários e uma crescente divisão interna resultante desse cenário político. A partir de 2018, foi iniciado um

¹ Ao longo do texto serão utilizadas ambas as denominações para se referir ao mesmo organismo regional.

processo de saída, marcado pela decisão da Colômbia de se desligar da organização, acompanhada, posteriormente, por outros Estados Parte. Isso resultou no esvaziamento da Unasul em 2019 e, conseqüentemente, no fechamento do Conselho de Saúde Sul-Americano. Apesar de não ter sido a primeira iniciativa de integração na área da saúde, antecedida pelo Organismo Andino de Saúde (ORAS-CONHU) da Comunidade Andina (CAN), pelo Mercosul Saúde e pela Organização do Tratado de Cooperação Amazônica, Buss e Ferreira (2011) consideram as iniciativas ocorridas no contexto da Unasul-Saúde como um marco para a diplomacia dos países da região devido ao diálogo e à cooperação, estabelecidos entre eles no campo da saúde. Tal processo é chamado de diplomacia da saúde, “coerente com as características mais amplas da integração regional, que supõe principalmente a superação das assimetrias entre os países e a ação internacional conjunta” (BUSS; FERREIRA, 2011, p. 2709).

A partir destas premissas, o presente trabalho buscou responder às seguintes perguntas: O que diferencia a Unasul-Saúde das anteriores experiências de cooperação em saúde a nível regional e qual é seu legado? Como ocorreram as atuações do Conselho de Saúde Sul-Americano e quais foram os seus principais avanços e limitações? Para tal, foi adotado como objeto de estudo o Conselho de Saúde Sul-Americano, constituído pelo Conselho de Ministros, Comitê de Coordenação, Grupos Técnicos, Redes Estruturantes e o Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde – organização intergovernamental criada pelo Conselho para o desenvolvimento de suas atividades. Nosso recorte histórico abrange o período entre os anos de 2008 e 2019, que compreende a criação do Conselho de Saúde Sul-Americano até o encerramento das atividades do órgão, resultado da progressiva saída e suspensão das atividades de diversos Estados Membros na Unasul.

No Brasil, as principais investigações relacionadas ao tema aqui proposto têm sido realizadas por dois programas de pesquisa: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (FIOCRUZ) e Programa de Saúde Global e Sustentabilidade (Universidade de São Paulo). As oito dissertações e teses desenvolvidas sobre o tema focam em aspectos ou programas específicos relacionados à Unasul-Saúde (PEREZ, 2012; SOARES, 2012; ANDRADE, 2014; KRYKHTINE, 2014; NEVES JÚNIOR, 2014; BERMUDEZ, 2017; CAMPOS, 2018; OLIVEIRA, 2019).

Se tratando de pesquisas internacionais, deve-se destacar a dissertação de Olivares Homez (2018a), defendida na Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO) do Equador, que foca na participação da Unasul para a criação de um regime regional em saúde e as pesquisas realizadas no grupo de trabalho “Saúde Internacional e Soberania Sanitária” do

Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais (CLACSO) que são publicadas no Dossiê “Salud Internacional Sur-Sur”.

Algumas dessas dissertações e teses, assim como os artigos publicados que tratam de tal assunto tem focado na adoção da saúde como tema de integração regional e cooperação sul-sul, concentrando na experiência da Unasul-Saúde (PEREZ, 2012; VANCE; BERMUDEZ; NASCIMENTO, 2016; CAMPOS; DALLARI, 2016; OLIVARES HOMEZ, 2018a, 2018b; VANCE, 2020) e da criação de uma diplomacia e de uma agenda regional de saúde com a criação do Conselho de Saúde Sul-Americano (HERRERO, 2013; HERRERO; TUSSIE, 2015; HERRERO; LOZA, 2018; HERRERO; LOZA; BELARDO, 2019). Outras obras focaram na estratégia de cooperação internacional (KRYKHTINE, 2014; CAMPOS, 2018), na institucionalização do Conselho de Saúde Sul-Americano (NEVES JÚNIOR, 2014), além da atuação internacional do Conselho na Assembleia Mundial da Saúde (FARIA; GIOVANELLA; BERMUDEZ, 2015). Por fim, se tratando da atuação da Unasul-Saúde, foram abordados temas como as negociações conjuntas na questão dos medicamentos (OLIVEIRA, 2019) e a participação dos institutos nacionais de saúde no Conselho de Saúde (ROSENBERG; TOBAR; BUSS, 2015).

No que diz respeito ao ISAGS, dois trabalhos adotam o mesmo como objeto de pesquisa ao analisar a cooperação sul-sul a partir do Instituto (BERMUDEZ, 2017) e a sua importância para o Complexo Econômico-Industrial da saúde (SOARES, 2012). As Redes Estruturantes, por sua vez, foram analisadas como instrumentos de desenvolvimento regional (BUENO; FARIA; BERMUDEZ, 2013). Ademais, um foco maior foi dado à criação da Rede de Institutos e Instituições Nacionais do Câncer (RINC) (ANDRADE, 2014).

Por fim, vista como uma das maiores limitações da Unasul-Saúde, a participação cidadã foi analisada como tema de pesquisa por Campos (2017). No entanto, tal assunto foi também abordado por diversos autores (CAMPOS; DALLARI, 2016; CAMPOS, 2017, 2018; HERRERO; LOZA; BELARDO, 2019; ROSENBERG; TOBAR; BUSS, 2015), que entendiam que garantir a participação da sociedade civil era algo necessário para que as demandas sociais fossem ouvidas e executadas.

A diferença das pesquisas desenvolvidas até agora sobre o tema, a hipótese que se pretende testar neste trabalho é que, devido à sua criação caracterizada pela concepção de regionalismo pós-liberal, o Conselho de Saúde Sul-Americano adotou um modelo de integração voltado para promover o desenvolvimento regional e estabelecer uma soberania sanitária através da cooperação Sul-Sul no tema da saúde e visando a formação de uma diplomacia regional de saúde. A atuação do Conselho de Saúde acontecia através da criação de uma agenda

regional que era baseada nos eixos estratégicos estabelecidos pelo Plano Quinquenal (2010-2015) e deixou como legado a institucionalização do ISAGS que pode ser recuperada futuramente e a construção de uma agenda de cooperação e diplomacia da saúde a nível regional. Esse processo apresentou avanços, como a atuação conjunta em eventos internacionais e a criação de programas como o banco de medicamentos, e também diversas limitações, como a falta de financiamento e de participação social.

Dessa forma, o objetivo geral da presente pesquisa é analisar as características e a atuação do Conselho de Saúde Sul-Americano em relação à cooperação e diplomacia no âmbito da saúde, e examinar o legado deixado pela instituição. Para tal, foram adotados como objetivos específicos: delinear o desenvolvimento dos conceitos de regionalismo, cooperação Sul-Sul e diplomacia da saúde global; descrever e analisar a criação da Unasul e de suas instituições; fazer um levantamento das ações da Unasul-Saúde e examinar as atividades de cooperação exercidas no âmbito do Conselho de Saúde Sul-Americano; analisar o que diferencia a Unasul-saúde de outras experiências de cooperação em saúde a nível regional e destacar os avanços e as limitações apresentadas pelo organismo.

A metodologia adotada para a realização do presente projeto segue os pressupostos descritos por especialistas em metodologia científica como Gil (2002, 2008) e Marconi e Lakatos (2003). Dessa forma, a pesquisa, consistiu em um estudo de caso, caracterizado pela literatura como um estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado (GIL, 2002). Com base no objetivo geral, nossa pesquisa é de caráter qualitativo e de cunho exploratório, descritivo e explicativo, tendo como propósito identificar fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência de fenômenos (GIL, 2002).

Para a realização da presente pesquisa, foram utilizadas fontes primárias e secundárias. Dessa forma, os procedimentos técnicos adotados foram a pesquisa documental e as entrevistas semi-estruturadas.

Para as fontes primárias, foi utilizada a técnica de análise documental, que tem por objetivo a coleta de documentos, escritos ou não, durante a ocorrência de um fenômeno ou após o mesmo (MARCONI; LAKATOS, 2003). Dessa forma, foram analisadas especificamente as fontes normativas da Unasul e documentos oficiais disponibilizados pelos governos envolvidos em seus sites oficiais como, por exemplo, a ata constitutiva da Unasul, relatórios, documentos institucionais e informes anuais. Paralelamente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, analisando como fontes secundárias os materiais já publicados (livros, artigos, teses, relatórios etc.) relacionados ao tema de estudo. As entrevistas foram do tipo semiestruturado, contando com a elaboração de um roteiro guia para a realização de análises de trajetória (APÊNDICE)

(LIMA, 2016, p. 28). Foram realizadas um total de sete entrevistas de forma remota com informantes chave como ex-diretores do ISAGS, ex-Chefe de Gabinete do ISAGS, ex responsável por redes estruturantes da Unasul-Saúde, assim como acadêmicos especializados na área da saúde que atuaram em diversos programas da entidade, conforme descrito na figura abaixo.

Figura 1 - Perfil dos informantes-chave entrevistados

Informante-chave	Perfil	Data
Gonzalo Basile	Diretor do programa internacional de saúde da FLACSO e coordenador do GT de saúde internacional e soberania sanitária do Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO) (2016-2022)	23/11/2020
Carina Vance	Ex Ministra de Saúde do Equador (2012-2015) e ex Diretora Executiva Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (2016-2019)	03/12/2020
José Gomes Temporão	Ex Ministro de Saúde do Brasil (2007-2010) e ex Diretor Executivo Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (2011-2016)	11/12/2020
María Belén Herrero	Professora da FLACSO-Argentina, especialista em saúde global	14/12/2020
Mariana Faria	Ex Chefe de Gabinete do ISAGS (2011-2015)	16/12/2020
Sebastian Tobar	Assessor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz	21/12/2020
Walter Zoss	Ex Gerente Executivo da Rede de Institutos e Instituições Nacionais do Câncer da Unasul (2011-2018)	13/01/2021

Os informantes foram contatados a partir de contatos pessoais e da minha orientadora e outros foram recomendados pelos mesmos informantes. Foram selecionadas como informantes chave pessoas que possuem vasto conhecimento sobre o Conselho: três representantes do ISAGS (sendo dois ex-Ministros de Saúde que também atuaram no Conselho de Ministros da Unasul Saúde), um responsável por uma das Redes, um representante da Fiocruz e dois acadêmicos especialistas no tema. No entanto, não foram entrevistados representantes de Grupos Técnicos devido à falta de resposta. As entrevistas foram realizadas entre 23/11/2020 e 13/01/2021. Uma vez realizadas, as entrevistas foram transcritas, classificadas de acordo com os temas abordados e analisadas manualmente.

A nível teórico, a perspectiva que utilizamos neste trabalho combina a literatura sobre regionalismo com as referências da cooperação sul-sul na área da saúde com a diplomacia da saúde.

O regionalismo é um processo coordenado, na maioria das vezes, pelos Estados, visando criar organismos regionais entre três ou mais países (BÖRZEL; RISSE, 2016). Esse processo pode ser dividido em três ondas distintas: a primeira, chamada de regionalismo fechado (entre 1950 e 1970), caracterizada pela adoção do protecionismo como estratégia de industrialização e de garantia da paz (DEUTSCH et al., 2003; HAAS, 1970; MITRANY, 1994); a segunda fase, intitulada de “novo regionalismo (entre as décadas de 1980 e 1990), marcado pelo teor neoliberal e pelo compromisso com o livre comércio (HETTNE, 1993; HERZ; HOFFMANN, 2004; OLIVEIRA, 2009).

A terceira onda, por fim, teve início no fim dos anos 1990. Na América do Sul, como consequência da ascensão de governos progressistas adquiriu características próprias e esse período, é visto de diferentes maneiras: podendo ser nomeado de regionalismo pós-liberal (VEIGA; RIOS, 2007; SANAHUJA, 2009, 2010, 2012;) ou regionalismo pós-hegemônico (RIGGIROZZI, 2012a; RIGGIROZZI; TUSSIE, 2012).

O modelo pós-liberal (VEIGA; RIOS, 2007; SANAHUJA, 2009, 2010, 2012), adotado como concepção para a análise do Conselho de Saúde da Unasul, apresentou uma volta gradual do nacionalismo econômico com base no desenvolvimentismo. Para Veiga e Rios (2007), esse modelo pressupõe uma integração voltada para o desenvolvimento econômico, a promoção de acordos de desenvolvimento e equidade, deixando os temas relacionados ao comércio em segundo plano. Sanahuja (2009), por sua vez, estabeleceu que o regionalismo pós-liberal é aquele que não se propõe a adaptar as teorias desenvolvidas nas ondas anteriores, que enfatizavam a liberalização comercial, e expressavam uma rejeição às políticas neoliberais do Consenso de Washington.

O regionalismo pós-liberal, embora não implicasse uma superação completa do modelo neoliberal, permitiu que as relações entre os Estados fossem além do viés econômico, oferecendo uma perspectiva social e política para as mesmas. Dessa forma, tem-se um foco no desenvolvimento e na busca pela simetria entre os países da região. A Unasul, um projeto fundamentado no regionalismo pós-liberal (SANAHUJA, 2009), ofereceu uma nova perspectiva para a relação entre tais nações ao adotar um olhar voltado para o desenvolvimento da região, sendo reconhecida como uma plataforma de diálogo e de cooperação em diversos temas sociais e políticos, como foi o caso da saúde.

Ademais, essa experiência apresentou, segundo Vance, Bermudez e Nascimento (2016), uma nova configuração de cooperação no campo da saúde, fruto do consenso político obtido pelos países membros. É evidenciado, conseqüentemente, uma ruptura com a ideia estabelecida

pela ordem internacional que entendia a relação de “assistencialismo”² entre as nações ricas e industrializadas, e os países pobres e menos desenvolvidos como o padrão, uma característica da cooperação Norte-Sul (VANCE; BERMUDEZ; NASCIMENTO, 2016).

A cooperação Sul-Sul é, portanto, uma consequência do crescimento econômico e do fortalecimento das capacidades internas vivenciadas por alguns países em desenvolvimento (PINO, 2014a). Logo, esse tipo de colaboração como ferramenta eficiente para a promoção do desenvolvimento, retrata uma associação autêntica de transferência de recursos – através de doações, empréstimos ou compartilhamento – do país responsável pelo projeto de cooperação para seus parceiros, e isso pode ocorrer, por exemplo, através de ajudas financeiras, técnicas ou de experiência (SOUZA, 2014; SANTOS; CERQUEIRA, 2015;).

Embora a cooperação em saúde na América do Sul conte com diversas propostas que antecedem o fim da Guerra Fria, como a Comissão Especial de Saúde da Amazônia (CESAM), que funciona no âmbito da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA) e o Organismo Andino de Saúde (ORAS-CONHU) da Comunidade Andina (CAN), a transferência de recursos na área da saúde foi mais proeminente no cenário internacional com o processo de globalização, uma vez que os problemas de saúde se tornaram supranacionais (ALMEIDA, 2017; PEREIRA, 2016). Ademais, a cooperação sul-sul foi essencial para a formação de uma diplomacia regional da saúde, que permitiu uma atuação conjunta em negociações internacionais, buscando um resultado que fosse benéfico para toda a região.

A cooperação promovida pela Unasul-Saúde enfatizou, portanto, a formação de trabalhadores, a fortificação e o desenvolvimento de organizações, além de propor um intercâmbio de conhecimentos e tecnologias (ALMEIDA et al., 2010; ROSENBERG; TOBAR; BUSS, 2015). O Conselho de Saúde Sul-Americano possuía como propósito a construção de um espaço de integração da saúde pública, incorporando os avanços obtidos pelos mecanismos que o antecederam, aspirando criar uma agenda de saúde regional e construir uma diplomacia da saúde em temas que fossem preocupações de toda a região.

Em vista disso, a Unasul-Saúde proporcionou uma conjuntura para que esse tema fosse utilizado, tanto por diplomatas quanto por profissionais da área da saúde, como objeto de cooperação horizontal em fóruns internacionais, regionais e nacionais. Além disso, foram postos à disposição uma estrutura de redes, cursos de capacitação e intercâmbio, para que esse assunto deixasse de ser uma preocupação humanitária para se tornar um direito humano.

² Esse tipo de cooperação assume um “caráter assistencial e consiste na transferência vertical de conhecimentos e técnicas dos países avançados aos países menos desenvolvidos, o que pressupõe uma postura passiva por parte destes últimos e evidencia sua condição de subalternidade” (OLIVEIRA; LUVIZOTTO, 2011, p. 13).

Ademais, a análise das ações e contribuições do Conselho de Saúde da Unasul se faz necessário, uma vez que, apesar da importância do tema e da atualidade da cooperação regional em saúde em um contexto como o atual, caracterizado pela pandemia de Covid-19, se trata de um fenômeno relativamente pouco pesquisado. Dessa forma, o presente trabalho busca contribuir com as investigações que adotam o tema como objeto de pesquisa através de uma pesquisa documental a fim de entender o processo e, principalmente, a partir de diálogos com informantes-chave, especialistas no tema e protagonistas do mesmo.

Isto posto, a presente pesquisa foi dividida em cinco partes: introdução, três capítulos de desenvolvimento e as considerações finais. O primeiro capítulo de desenvolvimento, “Regionalismo Pós-Liberal, Cooperação Sul-Sul e Diplomacia da Saúde Global: as bases conceituais”, discorre sobre o marco teórico utilizado para a realização da pesquisa. Foi apresentada a definição de regionalismo, suas três diferentes ondas e os principais teóricos das distintas correntes de pensamento. Ainda nesse capítulo, foi abordado o conceito de cooperação, focando, principalmente, na Cooperação Sul-Sul. Por fim, foi apresentada a evolução da saúde como tema de cooperação internacional para tratar do conceito de diplomacia da saúde global e foram analisadas as experiências prévias de cooperação em saúde na América Latina.

O segundo capítulo “O regionalismo pós-liberal da Unasul: da teoria à prática” aborda as iniciativas que antecederam a criação da Unasul e o contexto político da região durante a formação de tal projeto regional. Também foram expostas as inovações apresentadas nesse modelo, sua composição institucional e suas áreas de atuação.

O terceiro capítulo, “Cooperação Sul-Sul e Diplomacia da Saúde no Conselho de Saúde Sul-Americano” focou em apresentar a formação da Unasul-Saúde e sua estrutura organizacional através da análise dos documentos, programas e políticas realizadas no âmbito da Unasul-Saúde, e da análise das entrevistas semiestruturadas realizadas com informantes chave. Ademais, foram examinados os avanços obtidos pelo organismo e suas limitações, além de discutir o legado do Conselho de Saúde Sul-Americano.

Por fim, nas considerações finais serão apresentados os principais achados da pesquisa, de forma a responder às perguntas de pesquisa e analisar se a hipótese adotada foi comprovada ou não, além de oferecer um breve resumo sobre os temas abordados.

1. REGIONALISMO PÓS-LIBERAL, COOPERAÇÃO SUL-SUL E DIPLOMACIA DA SAÚDE GLOBAL: AS BASES CONCEITUAIS

A criação da Unasul e, conseqüentemente da Unasul-Saúde ocorreu em um contexto bastante específico da história dos países da América do Sul e foi um projeto baseado e desenvolvido a partir de algumas práticas adotadas no cenário internacional. A fim de entender as contribuições deixadas pelo Conselho de Saúde Sul-Americano, faz-se necessária a compreensão de três conceitos distintos que ajudam a explicar a formação e a maneira que o mesmo atuava: o regionalismo pós-liberal, a cooperação Sul-Sul e a diplomacia da saúde. A seguir serão examinadas as origens e peculiaridades destas três concepções com ênfase nas suas expressões na América Latina, e especificamente, na América do Sul.

1.1. ORIGENS E ONDAS DO REGIONALISMO

O regionalismo é um processo comandado, geralmente, por Estados, visando “*a criação e sustentação de instituições e organizações regionais formais entre, pelo menos, três países*” (BÖRZEL; RISSE, 2016, p. 10, tradução nossa)³. Essa definição utiliza o termo “instituições” de acordo com o entendimento convencional estabelecido pelas ciências sociais, ou seja, como um conjunto de normas, regras e procedimentos que permitem ou restringem o comportamento de determinados atores, causando um grau de previsibilidade (BÖRZEL; RISSE, 2016). As instituições podem apresentar um caráter informal ou formal. As informais são normas, regras e procedimentos não escritos resultantes do comportamento, das tradições ou do conhecimento de determinados grupos. As formais, por sua vez, são aquelas embasadas por um aparato legal. Logo, as organizações regionais são entendidas como relações de cooperação que ocorrem entre Estados ou unidades subestatais de países distintos de maneira formal e institucionalizada, formando o regionalismo (BÖRZEL; RISSE, 2016).

Autores como Mario Telò (2001) consideram que os primeiros sinais de regionalismo tiveram início na década de 1930. Esse momento, de acordo com o autor, foi marcado pelo fim da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) e a crise de superprodução de 1929, culminando na queda da economia estadunidense que, por sua vez, causou um grande impacto mundial. Tal cenário estabeleceu as bases de um regionalismo de caráter protecionista e neomercantilista. Contudo, é necessário destacar que a origem desse processo antecede esse marco histórico, uma

³“(…) building and sustaining formal regional institutions and organizations among at least three states”

vez que o colonialismo europeu exerceu grande influência na concepção do mesmo (SÖDERBAUM, 2016). Na América Latina, por exemplo, a busca por independência no começo do século XIX foi responsável pela aproximação dos países da região, o que resultou no Pan-Americanismo e, subsequentemente, inspirou os movimentos regionais no decorrer dos séculos XX e XXI (BÖRZEL; RISSE, 2016).

Dessa forma, argumenta-se que o regionalismo como procedimento voluntário e compreensivo ocorreu somente após o fim da Segunda Guerra Mundial (1939 - 1945) e pode ser classificado como fechado ou aberto (SÖDERBAUM, 2007). O regionalismo fechado, também denominado como “velho regionalismo”, ocorreu entre as décadas de 1950 e 1970, durante a Guerra Fria, em um cenário internacional bipolar. Esse processo é originário da competição entre a unificação do continente e o fortalecimento da ideia de Estado-nação, conceito originário de Vestfália⁴. A integração regional era vista como uma forma de evitar que novas guerras fossem deflagradas, resultando, posteriormente, na criação da Comunidade Europeia do Carvão e do Aço (CECA) em 1952. Na América Latina, tal fenômeno se manifestou através da formação de quatro entidades regionais: Associação Latino-Americana de Livre Comércio (ALALC) de 1960; o Mercado Comum Centro-Americano de 1960; o Pacto Andino de 1969 e o Sistema Econômico Latino-Americano (SELA) de 1975 (HERZ; HOFFMANN, 2004).

O velho regionalismo é caracterizado por restringir a participação nos processos, aceitando apenas como membros aqueles Estados que estão localizados em uma determinada região, além de ser necessária a existência de uma conexão histórica e de valores. Tal modelo adotou uma estratégia protecionista para que a industrialização das economias, seu principal objetivo, fosse alcançado (VILLARREAL, 2018). Essa primeira fase do regionalismo deu origem às teorias de integração regional derivadas da experiência europeia, onde o Estado-nação era visto como uma razão para a deflagração de conflitos entre os países. Logo, a criação de uma comunidade regional era considerada uma forma efetiva de garantir a paz (SÖDERBAUM, 2007). Dentre as diversas concepções desenvolvidas durante essa primeira onda, quatro são reconhecidas como as principais teorias dessa fase: federalismo, funcionalismo, neofuncionalismo e transnacionalismo.

⁴ A paz de Vestfália foi um conjunto de tratados assinados que colocaram fim à Guerra de Trinta Anos (1618 - 1648). Esses documentos são considerados um marco para as relações internacionais, uma vez que eles estabelecem um novo sistema internacional caracterizado pelo reconhecimento do Estado como principal ator do cenário internacional e como uma entidade que detém soberania.

O federalismo tem sua origem em um contexto de crescente internacionalização dos processos de produção e de instabilidade do sistema internacional (BRICEÑO RUIZ, 2018), e pode ser dividido em duas correntes distintas: os autores que defendem a criação de uma teoria para explicar uma região federal ou aqueles que favorecem o mapeamento de padrões de integração (HAAS, 1970). Ambos os grupos entendem a importância das instituições, aplicando esforços para a elaboração de constituições; se preocupam com as virtudes dos modelos concorrentes de representação e eleição; e se interessam pela divisão adequada de poder (HAAS, 1970). De modo geral, essa escola de pensamento defende a criação de uma unidade federativa mundial, considerada superior ao Estado-Nação para tratar eficientemente da segurança e da cooperação internacional (BRICEÑO RUIZ, 2018). A partir da experiência dos Estados Unidos e da Suíça, buscava-se “conciliar a centralização, refletida em um governo europeu central mais eficiente na administração das diversas funções governamentais, com a descentralização refletida no postulado democrático de controle e autonomia local” (SARFATI, 2011, p. 186).

Apesar de ser considerada uma das principais teorias do velho regionalismo, Söderbaum (2007, p. 480, tradução nossa)⁵ descreve o federalismo como “menos uma teoria do que um programa político” já que “era cético em relação ao Estado-nação, embora seu projeto fosse de fato criar um novo tipo de ‘Estado’”. Sarfati (2011, p. 186) argumenta que, se tratando da Europa, tais postulados possuem caráter essencialmente normativo, uma vez que “não há uma clara preferência na construção do processo de integração em torno da ideia de uma federação europeia”. Embora essa perspectiva seja vista por alguns autores (SÖDERBAUM, 2007) como uma das principais inspirações para os precursores da integração da Europa, outros autores como Brown (2005) defendem que a experiência europeia foi, na verdade, baseada no funcionalismo.

Desenvolvida principalmente por David Mitrany (1994), o funcionalismo surgiu na década de 1940, como uma reação ao enfoque estadocêntrico da paz presente no federalismo que, segundo o autor, não apresentava ideias radicais o suficiente. Para Mitrany, a federação era uma unidade nacional que se tentou transferir para o cenário mundial através de organizações internacionais, uma transição arriscada por não possuir elementos primordiais considerados como suporte, como vizinhança, afinidade e uma história em comum (MITRANY, 1994). A guerra, segundo o mesmo, era uma consequência da divisão mundial, por isso, qualquer outra reorganização política geraria o mesmo resultado. Para que esse cenário

⁵ “was less a theory than a political programme; it was sceptical of the nation-state, although its project was in fact to create a new kind of ‘state’”

fosse evitado, foram reconhecidas duas possíveis soluções: a criação de um Estado Mundial sem divisões políticas ou o modelo funcionalista que sobrepõe as divisões políticas a fim de integrar os interesses de todos os Estados.

Essa teoria estabelece que os Estados apresentam uma disposição maior de cooperação em áreas específicas, algo que geralmente ocorre através da criação de instituições internacionais. Os Estados cooperariam, portanto, em diversas áreas, iniciando em temas da baixa política⁶, considerados técnicos, que transbordariam para a alta política⁷, cedendo, assim, sua soberania jurídica⁸ e política⁹ em busca da paz (SARFATI, 2011). A Comunidade Europeia de Carvão e Aço (CECA) foi um exemplo de organização funcionalista, criada com a finalidade de assegurar a paz na região através da integração econômica de dois setores estratégicos.

A teoria neofuncionalista, por sua vez, foi derivada da perspectiva anterior e tem Ernest Haas como seu principal teórico. Essa interpretação visa a criação de uma comunidade política supranacional, adotando como conceito central a noção de *spillover*¹⁰, que determina que a integração de determinados países em certos temas da baixa política levaria a cooperação em setores da alta política, intensificando o processo de integração (SARFATI, 2011). A formação dessa comunidade supranacional está presente na concepção de integração regional de Haas, definida como “(...) o processo pelo qual atores políticos em diversos contextos nacionais distintos são persuadidos a mudar suas lealdades, expectativas e atividades políticas para um novo centro, cujas instituições possuem ou exigem jurisdição sobre os Estados pré-existent” (HAAS, 1958, p. 16 *apud* BÖRZEL; RISSE, 2016, tradução nossa)¹¹.

O autor argumenta, portanto, que a lealdade supranacional dos cidadãos está diretamente conectada às instituições, podendo ser compreendida como uma devoção dos atores sociais para

⁶ Os assuntos de baixa política, segundo Youde (2016), são aqueles retratados como não vitais para a existência e só são abordados quando não existem temas pendentes da alta política. São exemplos de temas da baixa política as questões sociais e econômicas em geral.

⁷ Os temas relacionados à alta política, por sua vez, são aqueles considerados essenciais para a existência do Estado em si e, dessa forma, acabam ganhando um maior destaque, como é o caso da segurança nacional e da diplomacia (YOUDE, 2016).

⁸ Esse tipo de soberania trata da posição legal de um Estado no cenário internacional ao reconhecer que, se tratando desse aspecto, ninguém é superior a ele. Para Brown (2005), essa classificação entende a soberania como um *status*, ou seja, é algo que um país possui ou não possui, não existe meio termo.

⁹ Soberania política, para Brown (2005) está relacionada com as capacidades e habilidades de um Estado que permitem que o mesmo aja de uma determinada maneira. Diferente do modelo anterior, o conceito político de soberania é caracterizado a partir de diferentes graus, podendo ser maior ou menor de acordo com o conjunto de poderes e capacidades que um Estado possui.

¹⁰ *Spillover* é um termo em inglês que significa transbordar. No contexto da integração regional, o *spillover* é um caracterizado pela integração em temas de baixa política que, posteriormente, transbordaria para os assuntos da alta política.

¹¹ “(...) the process whereby political actors in several distinct national settings are persuaded to shift their loyalties, expectations and political activities toward a new center, whose institutions possess or demand jurisdictions over the pre-existing national states”

com uma determinada estrutura de poder capaz de atender suas demandas (SARFATI, 2011). Haas entende que existe uma predisposição maior de transferir lealdade quando se trata de temas de baixa política, uma clara influência de Mitrany (1994). No entanto, o aprofundamento de tal processo ocorre de forma natural, ou seja, “cada passo de integração funcional dispara um processo político que gera demandas por novos passos no processo de integração” (SARFATI, 2011, p. 187). Dessa maneira, uma vez que o processo de integração é iniciado, os custos da interrupção ou do regresso se tornam progressivamente maiores (SCHIMMELFENNIG, 2018).

O transnacionalismo, última teoria a ser destacada, está relacionada a criação de uma comunidade de segurança, formada por “um grupo de pessoas que se tornou ‘integrado’” (DEUTSCH et al., 2003, p. 123, tradução nossa)¹². Para Karl Deutsch (2003), principal autor dessa corrente, a integração é obtida através de um “senso de comunidade”, ou seja, a ideia compartilhada entre os membros de um grupo de que problemas sociais devem ser resolvidos através de mudanças pacíficas. Tais alterações ocorrem sem o uso da força, e são asseguradas e propagadas por instituições e práticas preestabelecidas e estáveis.

As comunidades podem ser classificadas como “amalgamas” – a unificação de duas ou mais unidades autônomas para criar um novo governo coletivo – ou como “pluralísticas”, a formação de uma comunidade de segurança plural onde as unidades retêm sua autonomia governamental (MESQUITA, 2019). Independente da sua rotulação, a noção de comunidade está conectada à ideia de pertencimento, começando pelas relações funcionais entre diversas comunidades, que são preservadas por meio das instituições. Essa teoria, por fim, expõe ideias contrárias ao neofuncionalismo, já que é necessário primeiro a integração emocional, que acontece através da assimilação das pessoas para que ocorra, de fato, a inserção (SARFATI, 2011).

Durante esse período, a América Latina se encontrava em uma etapa de modernização da integração regional, um fenômeno que teve início na região durante a década de 1950. Esse momento foi marcado pelos esforços de autores como Raúl Prebisch e da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL)¹³ para a formação de um Mercado Comum Latino-Americano, resultando na construção, por exemplo, da teoria estruturalista e da teoria da autonomia (BRICEÑO RUIZ; DE LOMBAERDE, 2018).

¹² “a group of people which has become ‘integrated’”.

¹³ Considerado um organismo técnico da ONU, a CEPAL sob o comando de Raúl Prebisch foi apontada como o centro intelectual, onde foi desenvolvida a teoria estruturalista (DECIANCIO, 2016) e, principalmente, o conceito cepalino de desenvolvimento (BRICEÑO RUIZ, 2018). Para mais informações: <<https://www.cepal.org/pt-br>>

O estruturalismo latino-americano, bastante proeminente na região durante a fase do regionalismo fechado, tinha o objetivo de analisar os países denominados subdesenvolvidos através de um modelo particular, adaptando elementos das teorias europeias para que fosse retratada a realidade da América Latina (MARCATO, 2013). Essa perspectiva reconhecia a integração econômica como um mecanismo que levaria a região a “alcançar níveis mais altos de desenvolvimento econômico através de um processo endógeno de industrialização” (BRICEÑO RUIZ; DE LOMBAERDE, 2018, p. 265). Raúl Prebisch, o principal nome relacionado a essa escola, via a integração econômica regional como um dos suportes do plano de desenvolvimento e de inserção na economia mundial. Tal modelo foi incentivado pelo mesmo enquanto ocupava o cargo de Secretário Executivo da CEPAL e resultou na criação, por exemplo, do Grupo Andino (BRICEÑO RUIZ; DE LOMBAERDE, 2018).

A teoria da autonomia, por outro lado, adotou uma abordagem mais voltada para o âmbito político e foi desenvolvida por Hélio Jaguaribe e Juan Carlos Puig nas décadas de 1970 e 1980. Ambos os autores rejeitavam a ideia de um sistema internacional e defendiam a existência de uma comunidade internacional estratificada que possuía uma ordem hierárquica, gerando uma distribuição assimétrica de poder. Para Jaguaribe (1980), a autonomia de um país estava relacionada às suas condições estruturais e, no caso dos países periféricos, à autonomia tecnológica e empresarial, e um bom relacionamento com o centro. Puig (1980), por sua vez, acreditava que a “(...) a integração regional devia basear-se na solidariedade e devia promover mecanismos para melhorar a viabilidade nacional e, conseqüentemente, o posicionamento político da América Latina na ordem internacional estratificada” (PUIG, 1980 *apud* BRICEÑO RUIZ; DE LOMBAERDE, 2018, p. 268). De modo geral, a autossuficiência era julgada como um aparato para superar a relação de dependência imposta a esses países, possibilitando a integração em um cenário internacional já fortalecido (BRICEÑO RUIZ, 2018).

Em contrapartida, a segunda onda do regionalismo ocorreu entre as décadas de 1980 e 1990, impulsionada por um contexto onde o mundo apresentava uma estrutura multipolar de poder.¹⁴ Ademais, esse período foi marcado pela expansão das políticas neoliberais ao redor do mundo, pela erosão do conceito de Estado-nação de Vestfália e pelo aprofundamento da globalização (HETTNE; SÖDERBAUM, 2000; OLIVEIRA, 2009).

¹⁴ Na Europa, essa nova fase possui como marco histórico a adoção do chamado Ato Único Europeu¹⁴ pela então Comunidade Econômica Europeia, um tratado que estabeleceu as bases para instituir uma coesão econômica e social entre os Estados Parte. A ratificação de tal acordo acarretou em uma nova dinâmica no processo europeu (SÖDERBAUM, 2007; BRICEÑO RUIZ, 2018).

O “regionalismo aberto” foi caracterizado pelo seu “interesse menor pelo aspecto estatal tradicional da integração e, em vez, um foco em atores não-estatais e outras forças na dinâmica regional” (MESQUITA, 2019, p. 7). Dessa forma, foram estabelecidas relações triangulares de caráter formal e informal entre os Estados e outros atores não-estatais, com destaque para a atuação da sociedade civil e de empresas privadas (SÖDERBAUM, 2003). Apesar de sua origem, o novo regionalismo foi um fenômeno global descrito como multidimensional, complexo, fluído e não-conformista, atributos utilizados para defender a ideia de múltiplos modelos de regionalismo, marcando a pluralidade dos processos e das abordagens teóricas (SÖDERBAUM, 2003; OLIVEIRA, 2009).

Diferente do ciclo anterior, o novo regionalismo não era centrado somente na segurança e no comércio (OLIVEIRA, 2009), mas era visto como uma forma de “resistir, domar ou promover a globalização econômica” (SÖDERBAUM, 2016, p. 31, tradução nossa)¹⁵. Tal modelo apresentava um compromisso com o livre comércio, uma vez que a participação em um bloco não excluía os países das negociações internacionais, compatibilizando tal processo com a presença dos mesmos nas atividades econômicas globais (RIGGIROZZI, 2012b). Ainda que os projetos regionais dessa nova fase sejam considerados continuções de programas que foram modificados ou reinstaurados, essa etapa fez críticas à centralidade do Estado, que estava presente no velho regionalismo. Além disso, foi abordado o tema da globalização, assunto ignorado anteriormente, sobretudo na teoria do neofuncionalismo que tratava do regionalismo como uma ocorrência isolada dos eventos mundiais (SÖDERBAUM, 2003; OLIVEIRA, 2009).

Björn Hettne (2002, p. 23), um dos teóricos desse ciclo, entende que o regionalismo está relacionado à ideia de macrorregião, em outras palavras, a “cooperação entre um grupo de Estados contíguos”. Tal modelo era compatível com uma economia global interdependente e não apresentava objetivos específicos, algo que ocorreu anteriormente, sendo adotado como um processo multidimensional. Esse método, no entanto, se mostrou de diferentes maneiras, variando de acordo com as experiências dos países na formação de um determinado projeto regional. Se tratando das regiões emergentes, termo utilizado pelo teórico, o regionalismo aberto foi uma forma voluntariamente utilizada pelas mesmas a fim de enfrentar os desafios de uma ordem global multipolar (HETTNE, 2002; OLIVEIRA, 2009; MARIANO; RIBEIRO, 2017).

Hettne (2003) entende que tal método é uma combinação de duas perspectivas distintas: a exógena e a endógena. O fator exógeno observa possíveis desafios externos que podem ser

¹⁵ “resisting, taming, or advancing economic globalization”.

solucionados através da regionalização, ou seja, um processo de interação que contribui para a criação de um espaço regional. Tal aspecto é utilizado principalmente para avaliar a relação entre globalização e regionalismo, entendido por Hettne (2002) como uma resposta e, por vezes, uma abordagem do processo de globalização. O fator endógeno, por sua vez, analisa as forças internas e as influências que atuam para que esse processo ocorra, e está embutido na concepção de *regionness* (HETTNE, 2002). A complexidade regional, outro termo utilizado pelo autor para tratar da *regionness*, é um processo pelo qual uma área geográfica deixa de ser um objeto passivo para atuar como um sujeito ativo, capaz de articular interesses transnacionais de uma região emergente e de ser compreendido como um ator internacional (HETTNE; SÖDERBAUM, 2000; RIGGIROZZI, 2012b). Tal noção é aplicada para estabelecer a colocação de uma determinada região ou sistema regional de acordo com sua coerência e identidade regional, e é composta por cinco níveis distintos.

A primeira fase é o espaço regional, uma área geográfica demarcada por barreiras físicas, por vezes naturais, que ainda não possui uma sociedade organizada (RIGGIROZZI, 2012b). Ainda assim, esse é um passo notável, uma vez que para uma sociedade ser considerada funcional, é imperativo que a mesma tenha um território (HETTNE; SÖDERBAUM, 2000). O segundo grau trata do complexo regional, definido como a intensificação das relações translocais entre grupos isolados de indivíduos, formando uma interdependência embrionária (HETTNE, 2002; RIGGIROZZI, 2012b). São exacerbados os vínculos sociais e econômicos a fim de alcançar ganhos mútuos, instituindo um sistema social que, posteriormente, pode resultar na criação de um “complexo de segurança” (HETTNE; SÖDERBAUM, 2000; RIGGIROZZI, 2012b).

A sociedade regional, terceira fase desse processo, é entendida como um momento crucial no qual o procedimento é fortalecido, visto que “diversos atores além dos Estados aparecem em diferentes níveis sociais e se movem em direção à transcendência do espaço nacional, fazendo uso de um padrão de relações mais baseado em regras” (HETTNE; SÖDERBAUM, 2000, p. 18, tradução nossa)¹⁶. Uma sociedade regional pode ser classificada como formal, através da criação de uma organização regional, ou espontânea, quando os países se adaptam às normas estabelecidas pela sociedade formal. Independentemente de sua classificação, essa fase pode acontecer em áreas como cultura, economia, política e militar (HETTNE, 2002).

¹⁶ “(...) different actors apart from states appear on different societal levels and move towards transcendence of national space, making use of a more rule- based pattern of relations”.

A penúltima etapa, denominada de comunidade regional, remete à criação de uma sociedade civil transnacional através da convergência de valores compartilhados, equivalente a ideia de “comunidade pluralística” de Deutsch (RIGGIROZZI, 2012b). A região, nesse momento, apresenta uma identidade distinta que transcende as fronteiras dos Estados. A Política Institucionalizada Regional, por fim, retrata uma estrutura política formal e fixa, que admite uma maior participação e maior tomada de decisão. Esse nível possui um caráter amalgamo de acordo com a concepção de Deutsch, já que dispõe de “uma estrutura política mais formalizada” (HETTNE, 2002, p. 328, tradução nossa)¹⁷. Os cinco níveis, no entanto, não sugerem uma evolução natural do processo de regionalização, mas formam uma estrutura que permite a realização de análises comparativas.

Na América Latina, o contexto de globalização e de hegemonia neoliberal levaram à adoção do regionalismo aberto, conceito definido pela CEPAL como o processo de “conciliar a interdependência nascida de acordos especiais de caráter preferencial e dos impulsionados principalmente por sinais do mercado, e como resultado da liberalização do comércio em geral” (CEPAL, 1994 *apud* BRICEÑO RUIZ, 2018, p. 75–76, tradução nossa)¹⁸. Esse modelo possuía um foco econômico e foi uma das consequências do Consenso de Washington¹⁹, levando à adoção do viés neoliberal nos projetos de regionalismo e nas economias dos países da região (VEIGA; RIOS, 2007). Surge, nessa conjuntura, o pensamento neoestruturalista, que evidenciava o livre comércio, a equidade e as reformas na produção nacional impulsionadas pelo mercado, uma atividade que, anteriormente, era considerada da competência do Estado (BRICEÑO RUIZ, 2018).

1.2. O REGIONALISMO PÓS-LIBERAL DA AMÉRICA DO SUL

Na América Latina, no final dos anos 1990 ocorreu um fenômeno chamado de “giro à esquerda” ou “onda rosa”, expressão dada ao período de ascensão de governos progressistas ao

¹⁷ “(...) a more formalised political structure”.

¹⁸ “conciliar la interdependencia nacida de acuerdos especiales de carácter preferencial y de los impulsados principalmente por las señales del mercado, y como resultado de la liberalización del comercio en genera”

¹⁹ O Consenso de Washington, nome dado por John Williamson economista e pesquisador Estadunidense, faz referência à convergência de pensamento dos governos de Ronald Reagan (1981-1989) e George Bush (1989-1993) no que diz respeito às políticas públicas. Essa expressão, segundo Martins (2017), fazia referência às ideias do governo dos Estados Unidos e alguns dos principais órgãos financeiros internacionais – FMI, Banco Mundial e BID. A partir dessas ideias, Williamson definiu dez pontos estratégicos que, posteriormente, foram aplicados na América Latina para tratar da situação econômica resultante da crise da dívida externa dos anos 1980. Dentre tais pontos, destacam-se a adoção de políticas comerciais liberais e a privatização de empresas estatais.

poder em diversos países²⁰ da região, iniciado em 1998 com a vitória de Hugo Chávez na eleição presidencial da Venezuela (PARAMIO, 2003; CASTAÑEDA, 2006; PANIZZA, 2006; ARDITI, 2009; WEYLAND, 2009; SILVA, 2011). Em 2015, a vitória de Maurício Macri na Argentina, a derrota de Nicolás Maduro nas eleições parlamentares da Venezuela e a abertura do processo de impeachment da presidenta Dilma Rousseff no Brasil, começaram o que autores como Medeiros (2018, p. 100) denominam de ciclo neoliberal. De acordo com Coelho (2018, p. 19–20), esta mudança se corresponde com uma nova fase em que, após uma relativa estabilização política durante o ciclo progressista, as elites conservadoras, em aliança com setores da oposição dos Congressos, das Cortes Supremas e das Forças Armadas da região, passaram a atuar de forma crescente na queda de presidentes identificados com valores de esquerda. Contudo, fenômenos como as vitórias de Manuel López Obrador no México em 2018, de Alberto Fernández na Argentina em 2019, e de Luis Arce na Bolívia em 2020 têm feito com que autores como García Linera (*apud* ROJAS, 2020) ou Quiroga (2020) discutam a existência de uma nova onda ou ciclo progressista na região.

O ciclo progressista na América Latina foi responsável por importantes transformações a nível regional. Durante este período, os governos adotaram um posicionamento crítico ao modelo de desenvolvimento inspirado no Consenso de Washington, um dos pilares das teorias do regionalismo aberto (MARIANO; RIBEIRO, 2017). Os projetos dessa fase foram alvo de questionamentos, uma vez que eles não ajudaram na transformação produtiva da região, possuíam um viés excessivo no que diz respeito ao livre comércio, não coordenaram políticas econômicas e negligenciaram a dimensão política (BRICEÑO RUIZ, 2018). Essas circunstâncias foram essenciais para que se iniciasse uma nova era de regionalismo na América Latina (MARIANO; RIBEIRO, 2017).

O modelo pós-liberal (VEIGA; RIOS, 2007; SANAHUJA, 2009, 2010, 2012), uma das interpretações desse novo momento, apresentou uma volta gradual do nacionalismo econômico com base no desenvolvimentismo. Segundo Serbin (2011), essa nova fase foi marcada pelo retorno da política – por meio da politização da agenda regional –, do Estado – através do protagonismo dos governos –, e da agenda de desenvolvimento – resultante da adoção de uma agenda social pelos governos democraticamente eleitos. Para Veiga e Rios (2007), esse modelo pressupõe uma integração voltada para o desenvolvimento econômico, a promoção de acordos de desenvolvimento e equidade, no entanto, a agenda econômica não era considerada prioritária. Dessa forma, abriu-se espaço para que temas econômicos não comerciais e assuntos

²⁰ Venezuela (1998-); Brasil (2002-2016); Argentina (2003-2015); Uruguai (2004-2015); Bolívia (2005-2019); Chile (2006-2010; 2014-2018); Equador (2006-2017); Peru (2011-2016).

não econômicos fossem adicionados à agenda. O primeiro ponto destacado pelos autores expõe sobre a necessidade de um *policy space*, ou seja, um “‘espaço’ para implementar políticas domésticas autônomas”, resultante do crescente protecionismo e nacionalismo na região (VEIGA; RIOS, 2007, p. 24). Outro tópico evidenciado aborda os impactos da liberalização sobre níveis de desigualdade e as assimetrias na região. De forma geral, Veiga e Rios (2007) entendem que a presença de um tema na agenda da integração é condicional ao fato da cooperação ser a única maneira de atingir um determinado objetivo.

Já Sanahuja (2009) compreende que o surgimento do modelo pós-liberal foi uma consequência da crise do regionalismo aberto, que ocorreu na metade da década de 2000. Tal declínio foi provocado pelas “limitações inerentes de sua estratégia de liberalização comercial e o rechaço expresso às estratégias do regionalismo aberto por parte dos governos de esquerda” (SANAHUJA, 2012, p. 26). Isso foi algo que ocorreu durante a ascensão dos governos progressistas na América do Sul, que promoviam uma maior autonomia da região. Esse contexto afetou diretamente a integração através da adoção de novos modelos de regionalismo e da utilização de estratégias de desenvolvimento.

Portanto, a partir de 2005, o regionalismo passou a ser visto através de um delineamento “anti” ou “pós-liberal”, no entanto, nenhum dos dois, para Sanahuja (2012), buscam adaptar as fases clássicas da integração econômica²¹. Houve, assim, a emergência de uma agenda que priorizava as dimensões sociais, políticas e de segurança em áreas estratégicas, como energia, infraestrutura e saúde. Foram adotadas “estratégias radicais, mais abertas e flexíveis (...) baseadas em uma ‘rede’ de acordos de livre comércio” (SANAHUJA, 2010, p. 88) em detrimento das propostas apresentadas pelo regionalismo aberto, com foco na liberalização comercial.

No entanto, de acordo com Sanahuja (2010, p.95) que é um dos principais responsáveis pela formulação deste conceito, para um projeto ser classificado como pós-liberal, é necessária a presença de algumas especificidades:

²¹Segundo Béla Balassa (1974), a integração econômica pode assumir diversas formas, de acordo com o grau de integração apresentado por um determinado Estado, e apresenta, de modo geral, cinco fases distintas e acumulativas. A primeira fase, o livre comércio, prevê o fim das tarifas entre os países participantes, mas as tarifas para os demais países permanecem. A união aduaneira pressupõe o estabelecimento de uma tarifa externa comum, que determina as mesmas alíquotas sobre os produtos importados. O mercado comum, por sua vez, institui a livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos (capital e mão de obra). A União Econômica, penúltima fase, foca em estabelecer legislações nacionais que sejam compatíveis entre os Estados Parte para que haja uma maior integração das áreas previamente estabelecidas. Por fim, a integração econômica total se concentra na unificação de políticas monetárias, fiscais e sociais, além da criação de uma autoridade supranacional que torna as decisões vinculantes para todos os Estados Membros.

Figura 2 - Características do Regionalismo Pós-liberal



Fonte: Elaboração própria com base em Sanahuja (2012).

Tais atributos, segundo o autor, estavam presentes na criação da Unasul e expressavam uma rejeição às políticas neoliberais do Consenso de Washington.

Existiu, segundo essa perspectiva, um predomínio da agenda política e securitária, além de ser evidenciada a luta contra a pobreza, a desigualdade e as assimetrias da região. Ademais, a integração regional era vista parcialmente como uma ferramenta do Estado desenvolvimentista, ao invés de ser, por exemplo, um gerenciador da globalização (SANAHUJA, 2009). Apesar da emergência dessa perspectiva e do desgaste do modelo baseado no neoliberalismo, ainda se faziam presentes programas regionais comprometidos com a criação de uma área de livre comércio, como foi o caso da Comunidade Andina (CAN) e do Mercosul. No entanto, Briceño Ruiz e Ribeiro Hoffmann (2015, p. 5) apresentam o argumento de que “as iniciativas neoliberais e pós-liberais coexistem, criando uma rede complexa de associações coincidentes e abordagens regionais”.

Em contrapartida, outra interpretação utilizada pela academia para definir essa fase é o chamado regionalismo pós-hegemônico. Para Telò (2001), essa explicação é designada aos blocos regionais criados no período pós-Guerra Fria, a partir dos anos de 1980, momento que configura o fim da hegemonia estadunidense. Apesar de também utilizarem o mesmo conceito, Riggiozzi e Tussie (2012) oferecem uma definição distinta:

(...) estruturas regionais caracterizadas por práticas híbridas resultantes de um deslocamento parcial de formas dominantes de governança neoliberal liderada pelos EUA no reconhecimento de outras formas políticas de organização e gestão

econômica de bens regionais (RIGGIROZZI; TUSSIE, 2012, p. 12, tradução nossa)²².

Para as autoras, “pós-hegemônico” retratava o fim da hegemonia neoliberal como matriz dos processos regionais, causado por uma mudança na orientação política em vários países da região, a adoção de modelos mais radicais de inclusão política e da cidadania (BRICEÑO RUIZ, 2018; RIGGIROZZI, 2012a). Tais projetos, segundo Riggiorozzi (2012a), contestavam o neoliberalismo como uma ferramenta para o desenvolvimento da região e a legitimidade do Consenso de Washington, além de ser uma maneira de resistir à influência dos Estados Unidos. O Estado deixou de ser mínimo como na lógica do neoliberalismo para contribuir para os avanços sociais, assumindo uma posição central e ampliando a sua agenda integradora, e passou a ser o foco na cooperação para o desenvolvimento da região, sem enfatizar a questão econômica (BOTTO, 2017; BRICEÑO RUIZ; HOFFMANN, 2015). Essa nomenclatura está fortemente relacionada com questões geopolíticas, sendo utilizada para classificar a Unasul quando se trata de temas como segurança e defesa regional (BRICEÑO RUIZ; HOFFMANN, 2015)

Em oposição aos dois modelos apresentados anteriormente, Malamud e Gardini (2012) sustentam que não existiu uma nova onda de regionalismo, uma vez que, segundo os mesmos, a integração regional não é uma possibilidade para a América Latina. De acordo com essa concepção, o regionalismo latino-americano se apresenta como uma ferramenta de política externa para o alcance de visibilidade internacional, estabilidade regional e legitimidade de um regime. Ademais, a falta de um centro político, a dependência com relação às dinâmicas interpresidenciais em resposta às agendas nacionais, e a falta de uma burocracia regional forte e unificadora são outras críticas feitas por Malamud e Gardini (2012). Essa concepção, no entanto, compara a experiência da América Latina com a europeia, ignorando as particularidades da região. Ambos expõem uma ideia de regionalismo firmado na relação econômica, negando, assim, a existência de um projeto que atue, por exemplo, em temas sociais.

Contudo, apesar de tais considerações, o conceito de regionalismo pós-liberal se mostra adequado e retrata uma perspectiva teórica capaz de compreender as particularidades do regionalismo sul-americano que ocorreu no começo do século XXI. Tal perspectiva abrange o aprofundamento da dimensão política, além de retratar a cooperação em áreas sociais, como foi o caso da saúde (VEIGA; RIOS, 2007; SANAHUJA, 2010; BRICEÑO RUIZ, 2018).

²² “(...) regional structures characterized by hybrid practices as a result of a partial displacement of dominant forms of US-led neoliberal governance in the acknowledgement of other political forms of organization and economic management of regional (common) goods”.

1.3. COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E COOPERAÇÃO SUL-SUL

O cenário internacional, após o fim da Segunda Guerra Mundial, foi marcado pelo crescimento econômico, liderado pelos Estados Unidos, e pelo processo de descolonização. Durante esse período, o mundo se encontrava dividido entre o bloco capitalista, liderado pelos EUA, e o bloco socialista, chefiado pela União Soviética, ambos considerados potências que disputavam a hegemonia mundial. Surge, nesse contexto, a cooperação internacional que, em um primeiro momento, era uma ferramenta para propiciar o desenvolvimento econômico a curto prazo e a reconstrução da Europa Ocidental (ÁLVAREZ ORELLANA, 2012). Para Álvarez Orellana (2012, p. 287, tradução nossa)²³, o conflito entre esses dois grupos é considerado como determinante, já que estipulou o local onde ambos os países iriam ajudar, definidos de acordo com “as prioridades geoestratégicas de cada bloco, com o objetivo final de estabelecer e manter zonas seguras para cada potência”. A Cooperação para o Desenvolvimento (CID) foi gerada, segundo a autora, como um instrumento para estabelecer relações políticas e econômicas entre os países.

Para Milani (2014, p. 33), o final da Segunda Guerra Mundial marcou, na realidade, a institucionalização da CID, através de “normas, discursos, práticas, agendas e comportamentos”. Destaca-se, por exemplo, o art. 1º da Carta da Organização das Nações Unidas que estabelece como propósito e princípio:

3. Conseguir uma cooperação internacional para resolver os problemas internacionais de caráter econômico, social, cultural ou humanitário, e para promover e estimular o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais para todos, sem distinção de raça, sexo, língua ou religião (ONU, 1945).

A fim de promover a rápida recuperação do Leste Europeu e conter a expansão do bloco socialista, os Estados Unidos formularam o Plano Marshall²⁴ em 1948, que resultou na Organização para a Cooperação Econômica Europeia (OCEE), criada no mesmo ano. No ano de 1961, no entanto, a OCEE se tornou a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)²⁵. Destaca-se dentre os órgãos criados no âmbito da OCDE, o Comitê de

²³ “(...) prioridades geoestratégicas de cada bloque, con el fin último de establecer y mantener zonas seguras para cada potencia”.

²⁴ O Plano Marshall foi um plano econômico-social desenvolvido pelo secretário de Estado estadunidense George Marshall no final da Segunda Guerra Mundial (1947), onde os Estados Unidos se propunham a investir nos países da Europa Ocidental a fim de acelerar a recuperação dos mesmos e para estabelecer uma zona de influência no continente. O plano na íntegra está disponível em: <http://www.oecd.org/general/themarshallplanspeechatharvarduniversity5june1947.htm>, acessado em 01/02/2021, às 23:37.

²⁵ Para mais informações: <http://www.oecd.org/about/history/#d.en.194377>, acessado em 01/02/2021, às 23:37

Assistência ao Desenvolvimento²⁶ (CAD), onde os países-membros, um grupo composto pelos Estados desenvolvidos, também intitulados de países do Norte, doavam recursos para os países do “Terceiro Mundo” (SOUZA, 2014). Essa dicotomia doador-recipientes configurava uma relação de assistencialismo, termo utilizado para retratar a cooperação Norte-Sul. Aqui, o termo “Sul Global” é utilizado para se referir “aos países e às sociedades em desenvolvimento do hemisfério Sul, bem como a outros localizados no hemisfério Norte, que possuem indicadores de desenvolvimento médios e baixos” (PINO, 2014a, p. 57).

Durante esse período foram estabelecidas organizações bilaterais, criadas pelos países doadores com o objetivo de providenciar uma assistência técnica, e organizações multilaterais, que focavam em oferecer apoio e gerir os projetos em fase de implementação (MILANI, 2014). A cooperação era fundamentada nas teorias econômicas desenvolvimentistas, que viam a industrialização como a única forma de promover o desenvolvimento (ÁLVAREZ ORELLANA, 2012). Dentre os temas abordados pela CID ao longo desse intervalo de tempo, destaca-se a questão dos direitos humanos, utilizada como um contraponto ao movimento socialista encabeçado pela União Soviética. Tal posicionamento anticomunista espelhava a postura adotada pelos Estados Unidos, algo que, segundo Milani (2014), ajudou a legitimar esse modelo de cooperação e o incluiu na agenda de política externa do país.

Contudo, a década de 1970 exibiu uma conjuntura distinta da apresentada anteriormente, acarretada pela instabilidade econômica e energética, decorrentes das Crises do Petróleo²⁷. Os Estados considerados do Norte atravessavam uma fase de redução das taxas de crescimento econômico, algo que resultou na contração do orçamento direcionado para os programas de cooperação para o desenvolvimento. Apesar desse contexto, Milani (2014, p. 39) aponta que essa foi uma época paradoxal, “uma vez que os primeiros sinais de crise de confiança nos princípios e mecanismos da CID coincidiram com a institucionalização avançada de seus atores, suas práticas, suas narrativas e de todo o seu *modus operandi* que se mantêm (...) até os dias de hoje”.

Na década seguinte, o tema foi incorporado aos programas de ajuste estrutural para combater as crises de endividamento vivenciadas pelos países do Sul, uma consequência direta do cenário econômico dos anos 1970 (ÁLVAREZ ORELLANA, 2012). Em decorrência desses

²⁶ Para mais informações: <http://www.oecd.org/dac/development-assistance-committee/>, acessado em 01/02/2021, às 23:37

²⁷ No período pós-II Guerra Mundial e, especificamente, durante os anos 1970, aconteceram diversas crises do petróleo, a principal fonte de energia que era utilizada por vários países industrializados. Durante esses eventos, o preço da mercadoria aumentou significativamente, uma consequência da Guerra do Yom Kippur (1973) e da Revolução Iraniana (1979), causando uma instabilidade na economia internacional.

fatores, os níveis de desigualdade entre os países do Norte e do Sul aumentaram exponencialmente e a cooperação passou a ser condicional à submissão ao paradigma neoliberal apresentado no Consenso de Washington.

Os anos 1990, por sua vez, foram caracterizados pelo fim da Guerra Fria e pela intensificação do processo de globalização. Os países se comprometeram a priorizar a CID, adotando uma abordagem que tratasse dos interesses dos países em desenvolvimento, uma resolução presente na Agenda da Paz (1992) e na Agenda para o Desenvolvimento (1994). Esse enfoque compreendia as políticas sociais, as instituições e os governos, a fim de melhorar as condições de desenvolvimento dos indivíduos, conectadas à perspectiva de desenvolvimento humano (ÁLVAREZ ORELLANA, 2012; MILANI, 2014). Após o ataque às Torres Gêmeas que ocorreu no dia 11 de setembro de 2001 em Nova Iorque, os Estados Unidos, um dos principais doadores, redirecionaram parte de seu orçamento para o combate ao terrorismo e passaram a tratar de questões da CID através da ótica da segurança.

O pós-Guerra Fria marcou também a ascensão política e econômica de países do Sul Global e, devido a tal cenário, esse vínculo com base na assistência se tornou insuficiente para explicar um quadro complexo e multifacetado, onde os Estados assumiam simultaneamente a posição de doador e recipiente (SOUZA, 2014). Essa nova perspectiva da cooperação para o desenvolvimento passou a ser apresentada como um contraponto à ideia de assistência, estabelecendo “uma relação de benefícios mútuos, horizontalidade e maior participação e controle local dos recursos” (SOUZA, 2014, p. 12). Tal concepção reconhece um relacionamento de parceria entre os países envolvidos e é utilizada com o objetivo de diferenciar a associação que ocorre no âmbito Sul-Sul daquela que acontece no contexto Norte-Sul.

Apesar de a Cooperação Sul-Sul (CSS), o segundo conceito fundamental para a pesquisa, estar vinculada ao nível de desenvolvimento alcançado por alguns países desse grupo, esse modelo não representou uma novidade para a área da cooperação internacional contemporânea (PINO, 2014a). A primeira iniciativa com esse perfil ocorreu na década de 1950, entre os países do sudeste asiático, vinculada ao processo de descolonização e com o objetivo de promover uma colaboração técnica pontual (PINO, 2014a). A aproximação entre Índia e China no ano de 1954 para negociar a resolução do conflito no Tibete é considerado um marco, já que tal iniciativa resultou na Conferência de Bandung (1955)²⁸. A declaração derivada

²⁸ A Conferência de Bandung foi um evento realizado na Indonésia, em 1955, que tinha por objetivo debater a posição dos países considerados de terceiro mundo no cenário multipolar da Guerra Fria. Esse evento contou com a presença de 29 países dos continentes africano e asiático e resultou na formação do bloco dos Países Não-Alinhados.

desse evento demonstrava uma vontade compartilhada do fim da relação de dependência econômica que atava os países em desenvolvimento aos países industrializados. Para isso, foram determinados os dez fundamentos de Bandung²⁹, onde se encontravam ideais como a promoção da cooperação, o respeito aos direitos humanos e a utilização de soluções pacíficas para conflitos internacionais. Segundo Pino (2014a), essa conferência pode ser vista como um norteador da CSS no que diz respeito aos seus princípios, além de resultar na elaboração de projetos³⁰ que expressavam a emergência do Sul.

Na década de 1970, a CSS passou a ser utilizada pelos países do Sul Global como uma forma de melhorar a capacidade de negociação com os países do Norte em temas como comércio, desenvolvimento e a ordem econômica internacional vigente (LECHINI, 2006). Essa ambição no que diz respeito a tais temas marcou o auge simbólico e retórico desse processo através da busca pela desconstrução da velha ordem internacional, com o objetivo de garantir um cenário onde os países possuíssem oportunidades iguais. Ocorreu, no ano de 1978, a Conferência da ONU sobre Cooperação Técnica entre os Países em Desenvolvimento, onde o projeto era considerado complementar à Cooperação Norte-Sul, e não substitutiva (PINO, 2014a). Esse evento resultou na elaboração e, posteriormente, na adoção dos princípios de cooperação dos países em desenvolvimento, presentes no Plano de Ação de Buenos Aires (PABA). O documento definiu tal modelo como uma “cooperação técnica baseada na horizontalidade e no intercâmbio de informações e perícia entre países em desenvolvimento, em áreas como saúde, educação e agricultura” (PINO, 2014a, p. 65) e estipulou os fundamentos dirigentes da CSS no que tange a sua categoria técnica.

Entre a década de 1980 e a primeira metade dos anos 1990, tais esforços foram desmobilizados devido ao fim da Guerra Fria, a supremacia estratégica dos Estados Unidos na política mundial, o avanço da globalização, a adoção de políticas econômicas neoliberais e os graves problemas econômicos dos países em desenvolvimento (LECHINI, 2010, p. 37).

²⁹ Os dez fundamentos de Bandung: 1) Respeito aos direitos humanos fundamentais e aos propósitos e princípios da Carta das Nações Unidas; 2) Respeito à soberania e à integridade territorial de todas as nações; 3) Reconhecimento da igualdade entre todas as raças e entre todas as nações, grandes e pequenas; 4) Não intervenção ou não interferência em assuntos internos de outros países; 5) Respeito aos direitos de cada nação à sua própria defesa, seja individual ou coletiva, em conformidade com a Carta das Nações Unidas; 6) Abstenção do uso de pactos de defesa coletiva para beneficiar interesses específicos de quaisquer grandes potências e abstenção do exercício de pressões sobre os demais países; 7) Rechaço a ameaças e agressões, ou ao uso da força contra a integridade territorial ou a independência política de qualquer país; 8) Emprego de soluções pacíficas em todos os conflitos internacionais, em conformidade com a Carta das Nações Unidas; 9) Promoção dos interesses mútuos e da cooperação; e, 10) Respeito à justiça e às obrigações internacionais.

³⁰ São projetos derivados desse período: Movimento dos Países Não Alinhados (1961), Conferência das Nações Unidas para o Comércio e o Desenvolvimento (1964) e Organização de Solidariedade com os Povos da América Latina, Ásia e África (1966).

Durante esse período, a América Latina foi a receptora de fundos, configurando uma relação de assistencialismo consolidada entre os países da região e os Estados Unidos. Todavia, a segunda metade dos anos 1990 retratou uma leve mudança nesse quadro, a cooperação assumiu um viés comercial, resultando na tentativa fracassada da criação de uma Área de Livre Comércio das Américas (ALCA), com objetivo de “integrar ou anexar (...) os 34 países do continente (com exceção de Cuba), sem espaço algum para a cooperação ao desenvolvimento” (PINO, 2014a, p. 186). Ademais, alguns países do Sul Global, em especial aqueles localizados na América Latina, vivenciaram um crescimento econômico, com base na promoção comercial, democrática e dos direitos humanos, e o fortalecimento de suas capacidades internas (PINO, 2014b).

O começo do século XXI foi destacado pela realização da I Cúpula do Sul, em Havana (2000), onde a colaboração entre os Estados do Sul Global passou a ser vista como uma ferramenta eficiente para a promoção do desenvolvimento (SANTOS; CERQUEIRA, 2015). Diante disso, Santana entende a Cooperação Sul-Sul como “o apoio [dos países] para seus próprios desenvolvimentos nacionais, sem subordinação aos interesses dos países mais ricos” (2011, p. 2999). Para Souza (2014), esse tipo de cooperação retrata uma associação autêntica de transferência de recursos – através de doações, empréstimos ou compartilhamento – do país responsável pelo projeto de cooperação para seus parceiros, e isso pode ocorrer, por exemplo, através de ajudas financeiras, técnicas ou de experiência.

Segundo Pino (PINO, 2014b), a intensificação da CSS a partir dos anos 2000 é caracterizada por quatro fatores: o aumento das taxas de crescimento econômico; a aplicação de políticas públicas econômicas, sociais e científico-tecnológicas bem-sucedidas; a adoção de políticas externas afirmativas; e, forte liderança e vontade prática para estreitar laços políticos e econômicos. Ademais, a emergência de governos progressistas em alguns países da América Latina formou um cenário ideal para esse modelo de colaboração, como uma maneira de aumentar o nível de desenvolvimento na região. Segundo Ojeda (2019), a América Latina passou por melhorias consideráveis durante esse período, como a adoção de políticas econômicas de caráter soberanista; o aumento de investimentos no comércio inter-regional entre os países do Sul; o aumento dos preços das matérias primas e do negócio das commodities; e, por fim, a repatriação de capital e redução da dívida externa.

A cooperação Sul-Sul, de acordo com Echart Muñoz (2017), espelha as relações de poder e legitimação da ordem mundial, mas pode oferecer uma alternativa viável para a alteração do *status quo*, como ocorreu no processo de descolonização dos países do Sul. Durante a chamada onda rosa, o modelo desenvolvimentista foi adotado pelos governos progressistas

na América Latina, fazendo frente às políticas neoliberais. No entanto, como apontado pela autora, esse paradigma exacerbou os conflitos sociais na região, causando uma ruptura entre os governos e os movimentos sociais, em razão da agenda da CSS ser definida através da relação público-privado. A transnacionalização de empresas brasileiras em locais de cooperação é um exemplo notório que demonstra uma fragilidade do conceito de desenvolvimento. Tal concepção é, por vezes, vista apenas como crescimento econômico, ignorando o papel dos atores sociais, personagens importantes em diversas fases da cooperação, e os impactos ambientais e na violação dos direitos humanos (ECHART MUÑOZ, 2017).

Apesar de tais críticas, alguns autores defendem que a Cooperação Sul-Sul é um mecanismo válido para o desenvolvimento nacional, algo que é feito por meio de uma relação de parceria entre os Estados do Sul Global. Nesse sentido, não se faz necessária a subordinação de tais países aos Estados do Norte, e permite que temas, como a saúde, sejam abordados a nível regional, com ênfase nas necessidades e nos desafios apresentados pelos países presentes nesse contexto.

1.4. COOPERAÇÃO E DIPLOMACIA DA SAÚDE GLOBAL

Segundo Almeida (2017), temas relacionados à saúde foram considerados objetos das relações internacionais a partir do século XVIII, quando tópicos derivados dessa área eram abordados através de uma perspectiva de contenção de “ameaças”, capazes de interferir no comércio internacional e no controle das grandes potências da época. A adoção de tal assunto na política externa dos Estados, até o século XIX, tinha por objetivo minimizar a possibilidade da economia e do comércio internacional serem prejudicados (ALMEIDA, 2017; BUSS; TOBAR, 2017).

Devido à rápida urbanização resultante da Revolução Industrial³¹, a falta de saneamento básico e de acesso aos serviços de saúde, além da crescente desigualdade social, os países europeus viram a necessidade de incluir a saúde na agenda de cooperação internacional. Essa mudança tem como marco histórico a primeira Conferência Sanitária Internacional (1851), que ocorreu em Paris, e tinha por objetivo o combate de doenças altamente contagiosas, como cólera, peste e febre amarela. Tal evento dispõe de dois significados simbólicos: marcou o início

³¹ A Revolução Industrial ocorreu durante os séculos XVIII e XIX no continente europeu, e foi um período de evolução tecnológica. Esse período gerou grandes mudanças na ordem econômica e social da época, instituindo uma sociedade capitalista devido a produção em larga escala de bens de consumo através da utilização de máquinas industriais.

das negociações internacionais relacionadas ao tema (BASILE, 2018) e representou uma transformação decisiva para a conceituação e para o debate da saúde internacional (FIDLER, 2004 *apud* ALMEIDA, 2017). Entende-se por saúde internacional o “controle de fenômenos de saúde através de fronteiras nacionais específicas, assim como à elaboração de políticas de um Estado-nação em relação a um ou mais Estados-nação” (PANISSET, 2017, p. 88).

Entre os anos de 1851 e 1938, ocorreram 14 edições da Conferência Sanitária Internacional, que resultaram na criação de organizações internacionais e na ratificação de tratados, medidas direcionadas para consolidar a posição do tema na agenda internacional (figura 2).

Figura 3 - Conferências Sanitárias Internacionais

Ordem	Data	Local	Ordem	Data	Local
1ª	1851-52	Paris	8ª	1893	Dresden
2ª	1859	Paris	9ª	1894	Paris
3ª	1866	Constantinopla	10ª	1897	Veneza
4ª	1874	Viena	11ª	1903	Paris
5ª	1881	Washington	12ª	1912	Paris
6ª	1885	Roma	13	1926	Paris
7ª	1892	Veneza	14ª	1938	Paris

Fonte: Figura adaptada de Mateos Jimenez (2005 *apud* TOBAR, 2017)

No continente americano, ocorreu, entre outubro de 1889 e abril de 1890, a Primeira Conferência Internacional dos Estados Americanos, nos Estados Unidos, onde foi aprovada a criação de um comitê para avaliar a adoção de regulamentos sanitários voltados para o comércio. Na segunda conferência que aconteceu no México entre outubro de 1901 e janeiro de 1902, esses países, alarmados com a disseminação da febre amarela na região (BUSS et al., 2017a), convocaram a Primeira Convenção Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas. A partir dessa reunião nasceu a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), anteriormente conhecida como Oficina Sanitária Internacional, um organismo regional com o propósito de atuar nas questões relacionadas a essa área (ALMEIDA, 2017).

Com o início do século XX, os países desenvolvidos já apresentavam uma melhora significativa nas condições de vida. À vista disso, a cooperação em saúde e os programas voltados para a saúde internacional passaram a ser direcionados para os países em desenvolvimento, com uma perspectiva humanista e voltada para a cooperação técnica (FIDLER, 2009). Dessa experiência, foram criados organismos internacionais e, dentre eles, destacam-se a criação do Escritório de Saúde Internacional (1908), responsável por coletar informações dos departamentos de saúde ao redor do mundo, e a Organização da Saúde da Liga

das Nações (1922), considerada um dos órgãos auxiliares mais exitosos da Liga das Nações devido ao seu trabalho em parceria com as instituições nacionais de saúde³². Após anos de colaborações na área e com o fim da Segunda Guerra Mundial, foi estabelecida, em 1945, a Organização das Nações Unidas (ONU). Pouco tempo depois, no ano de 1948, foram instituídas duas iniciativas que são consideradas os fundamentos da governança global da saúde (FIDLER, 2001): o Regulamento Sanitário Internacional e a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1948).

O regulamento sanitário é uma norma jurídico internacional vinculante³³ idealizada com diretrizes fundamentais para conter o contágio de doenças (ALMEIDA, 2017). A OMS, por sua vez, é uma agência especializada da ONU que foi concebida em 1946, durante a Conferência Internacional de Saúde. Após a sua implementação, que ocorreu em 1948, foi realizada a Primeira Assembleia Mundial da Saúde (AMS)³⁴, onde os países decidiram incorporar a OPAS ao quadro de órgãos da OMS. Através da instauração dessa organização internacional e do regulamento sanitário, as diretrizes para o controle de doenças de fácil transmissão que poderiam afetar o comércio internacional e as exportações foram estabelecidas com sucesso (BASILE, 2018). A partir de então, tal cooperação sofreu mudanças, alterando os focos adotados de acordo com as tendências econômicas e políticas dos períodos.

Nos primeiros 100 anos da diplomacia da saúde internacional (1851 - 1951), os Estados, Organizações Internacionais especializadas e atores não estatais tentaram estabelecer uma governança global da saúde para tratar de diversas questões relacionadas à saúde pública através da criação de leis internacionais que foram esquecidas com o tempo (FIDLER, 2001). Conforme descrito por Fidler, esse período apresentou quatro características importantes:

- 1) uma tendência de riscos à saúde se tornarem globais devido ao crescimento do comércio internacional; 2) uma necessidade para a cooperação dos Estados através do direito internacional, a fim de confrontar as ameaças globais à saúde; 3) o envolvimento de organizações não governamentais e empresas multinacionais; e 4) resultados mistos alcançados pelos regimes jurídicos internacionais (FIDLER, 2001, p. 846, tradução nossa)³⁵.

³²Informações retiradas do arquivo online da ONU Genebra: <[https://www.unog.ch/80256EDD006AC19C/\(httpPages\)/05BBB89F97399EF4C1256F350049DF51?OpenDocument](https://www.unog.ch/80256EDD006AC19C/(httpPages)/05BBB89F97399EF4C1256F350049DF51?OpenDocument)>

³³ Um documento internacional vinculante é aquele que deixa seus signatários passíveis de sanções por parte das organizações ou dos Estados Membros caso a norma seja violada.

³⁴ A Assembleia Mundial da Saúde é o órgão decisório da OMS que se reúne uma vez ao ano em Genebra e conta com a participação de delegações de todos os países membros da OMS. Para mais informações: <<https://www.who.int/about/governance/world-health-assembly>>, acessado em 03/02/2021, às 22:13.

³⁵ “1) a tendency for health risks to become global because of the growth in international commerce; 2) a need for states to cooperate through international law in order to confront global threats to health; 3) the involvement of nongovernmental organizations and multinational corporations; and 4) mixed results achieved by international legal regimes”.

Ademais, o tema até então estava relacionado ao comércio internacional ou a segurança nacional dos Estados, algo que facilitou a integração à agenda de política externa. No entanto, com a melhora nas condições de saneamento, os avanços tecnológicos e o processo de descolonização, os países desenvolvidos passaram a se sentir menos ameaçados com a possibilidade de contágio de doenças decorrentes de relações comerciais (FIDLER, 2001). Ademais, esse cenário sofreu outras modificações com a corrida armamentista, derivada da Guerra Fria, que retirou a saúde do foco do debate da segurança (WALT, 1991 *apud* ALMEIDA, 2017).

No período pós Segunda Guerra, tem-se uma intensificação da cooperação internacional para o desenvolvimento, incentivado principalmente pelos Estados Unidos, com a elaboração do Plano Marshall para a reconstrução da Europa. Foram criadas, entre 1945 e 1951, diversas agências e organismos especializados, algo que Almeida (2017) considera como um sinal da institucionalização do sistema internacional. A presença da saúde como tema de cooperação é uma prática antiga, que estava primariamente relacionada à logística militar, através da atuação em áreas afetadas por conflitos ou por desastres naturais (ALMEIDA, 2017).

Quando se trata da cooperação voltada para o desenvolvimento, Pereira (2016) afirma que esses dois temas só convergiram nos anos 1960. Ainda assim, o termo “desenvolvimento” era utilizado com uma conotação político-ideológica. Foi criado, nessa década, o Movimento dos Países Não Alinhados, uma aliança entre os países do Sul que buscava o desenvolvimento de seus membros e a instituição de uma ordem mundial mais justa. Tal iniciativa exerceu influências no modelo de cooperação vigente, algo que resultou em algumas alterações na forma que os temas relacionados à saúde eram abordados. Logo, focou-se “na atenção comunitária, na priorização da saúde pública (...) em detrimento da supervalorizada atenção médica, e na construção de sistemas de saúde organizados com base na atenção primária à saúde” (ALMEIDA, 2017, p. 64), uma posição que foi mantida durante parte da década de 1970. Nesse período, destaca-se a atuação de Cuba³⁶ na cooperação internacional na área da saúde, um exemplo emblemático na América Latina, já que essa atuação teve início nos anos 1960.

A crise econômica, causada pelo esgotamento do petróleo, e a crise da dívida externa, marcaram a ascensão da ideologia neoliberal, que foi adotada por diversos países e se tornou bastante proeminente no cenário internacional a partir dos anos 1980. Tal perspectiva foi

³⁶ Atualmente, Cuba possui uma atuação internacional focada nas chamadas “missões médicas”, iniciadas em 1963 na Argélia, que consistem no envio de médicos cubanos para diversos países. Dados de 2020 apontam que os médicos cubanos estão presentes em mais de 60 países. Para mais informações: <<https://www.dw.com/es/misiones-m%C3%A9dicas-cubanas-cu%C3%A1ntas-d%C3%B3nde-y-por-qu%C3%A9/a-53054180>>, acessado em 10/03/2021, às 18:58.

responsável por diversas reformas relacionadas ao mercado, agravando a desigualdade nos países do Sul Global. Se tratando da abordagem neoliberal para as questões sanitárias, Herrero (2014) destaca a ação de dois dos principais mecanismos: as reformas feitas por alguns países de baixa e média renda e os programas de ajuste estrutural. Em um momento onde o mundo passava por uma epidemia de HIV/Aids, o acesso à saúde se tornou restrito para parte da sociedade que se encontrava em situação de vulnerabilidade social, e deixou de ser considerado um direito humano (ALMEIDA, 2017).

Com a queda do muro de Berlim (1989), a saúde, a política externa e a cooperação voltam a fazer parte do mesmo discurso. Houve, nessa época, uma mudança na percepção da política externa e na geopolítica mundial devido a ascensão dos EUA a posição de *hegemon*. Essa nova era se destaca devido ao aumento no financiamento para a saúde, o aumento de atores e instituições da área e foco em uma, como o Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV, sigla em inglês) ou poucas doenças (ALMEIDA, 2017). Com a criação do conceito de desenvolvimento humano³⁷, foi estabelecido o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que passou a considerar a saúde como um fator de desenvolvimento (PEREIRA, 2016).

Através do fortalecimento do processo de globalização, a saúde ganhou atenção no cenário internacional, se tornando um tema relevante, uma vez que os problemas de saúde se tornaram supranacionais (PEREIRA, 2016). A partir desse momento, o conceito de “saúde internacional” passou a ser substituído por “saúde global”, uma concepção criada durante os anos 1990 que entende a saúde como “um produto social oriundo de conceitos e práticas de múltiplos atores envolvidos, em uma dimensão supranacional” (BUSS; TOBAR, 2017, p. 24). A adoção desse novo termo, transportou a saúde de um tema da baixa política, posição que ocupou desde o fim da Segunda Guerra Mundial para, finalmente, se tornar uma questão abordada pela alta política (ALMEIDA, 2017). Ademais, o assunto passou a fazer parte da nova agenda de segurança nacional, formada por três dimensões distintas: o aumento das potenciais ameaças à segurança nacional, um maior nível de interdependência entre os países e o fato do Estado não ser mais o ator preferencial no que diz respeito à segurança (ALMEIDA, 2017).

Além disso, essa concepção foi entendida como tema da agenda política global, uma área de abordagem da nova fase da diplomacia³⁸, resultado do fim da reconfiguração do sistema

³⁷ Tal concepção compreende o desenvolvimento humano como um processo que amplia as escolhas dos indivíduos para que eles tenham a possibilidade e oportunidade de serem aquilo que desejam. O foco, nesse caso, deixa de ser o crescimento econômico dos países ou o aumento da renda, para avaliar o ser humano.

³⁸ “A diplomacia é a prática de conduzir relações internacionais através da formação de alianças, tratados e outros acordos projetados para identificar interesses comuns e áreas de conflito entre as partes” (EVANS; NEWNHAM, 1992 *apud* LEE; SMITH, 2011, p. 3, tradução nossa). No original: “Diplomacy is the art or practice of conducting

internacional com a emergência dos países em desenvolvimento e a intensificação do processo de globalização (LEE; SMITH, 2011). A diplomacia para tratar de questões sanitárias, entende o tema como parte da política externa dos Estados (PEREIRA, 2016). No entanto, esse é um fenômeno recente, que ainda não apresenta definições exatas e ainda não possui uma estrutura ou explicações teóricas (RUCKERT et al., 2017). No entanto, ao tratar do tema, se faz necessária a diferenciação de dois termos similares, porém distintos: diplomacia da saúde e diplomacia da saúde global.

A diplomacia da saúde refere-se às “práticas ou formas de engajamento específicos de um Estado particular” (RUCKERT et al., 2017, p. 146). A diplomacia da saúde global, por sua vez, é descrita como

(...) processos definidores de políticas através dos quais Estados, organizações intergovernamentais e agentes não-estatais negociam respostas e desafios no campo da saúde ou se utilizam de conceitos ou mecanismos da área em estratégias destinadas à definição de políticas ou instâncias de negociações para cumprir outros objetivos políticos, econômicos e sociais (SMITH; FIDLER; LEE, 2010, p. 7 *apud* RUCKERT et al., 2017, p. 146).

Ainda que a saúde tenha permanecido um tema de segurança durante o início do século XXI, através de abordagens como a de “segurança da saúde”³⁹ e propostas que negligenciavam o fortalecimento dos sistemas de saúde, o tema se tornou bastante proeminente na área da diplomacia. À vista disso, as relações entre saúde, globalização, desenvolvimento e segurança começaram a ser debatidas e os organismos internacionais passaram a admitir a necessidade de elaborar estratégias que tratassem das “raízes sociais das doenças e do bem-estar” (HERRERO, 2014, p. 232, tradução nossa)⁴⁰. Esses debates resultaram em iniciativas como as Metas de Desenvolvimento do Milênio (2000) e a Comissão sobre Macroeconomia e Saúde (2001), sendo a última responsável pelo crescimento das Parcerias Público-Privadas (PPP), resposta para o aumento das doenças no mundo (ALMEIDA, 2017).

Ademais, a ascensão ao poder de governos considerados progressistas na América do Sul significou uma mudança na atuação dos Estados da região, que adotaram uma agenda mais desenvolvimentista e de combate à desigualdade. Os programas de cooperação Sul-Sul passaram a favorecer a saúde de diversas maneiras distintas através da minimização das limitações técnicas e financeiras percorridas pelos países ao atuarem sozinhos (ROA;

international relations through negotiating alliances, treaties and other agreements. It is concerned with dialogue designed to identify common interests and areas of conflict between the parties”.

³⁹ De acordo com Almeida (2017) a segurança da saúde é um conceito que surgiu após o atentado às torres gêmeas e aborda o tema através da perspectiva da segurança. Essa concepção entende que as doenças infecciosas poderiam ameaçar a segurança dos Estados Unidos e prejudicar os interesses nacionais, sejam eles políticos, estratégicos ou econômicos, por isso, devem ser tratados através do viés da securitização.

⁴⁰ “(...) raíces sociales de la enfermedad y el bienestar”.

SANTANA, 2012). Nesse contexto, foram adotadas ferramentas como a “transferência de políticas”, definida como “um processo no qual o aprendizado de políticas, arranjos administrativos, instituições etc. em um tempo e/ou lugar são usados no desenvolvimento de políticas, arranjos administrativos em outro tempo e/ou lugar” (DOLOWITZ; MARSH, 1996, p. 344 *apud* MILANI; LOPES, 2014). Dessa forma, as políticas públicas e os programas que são vistos pelas organizações não-governamentais e/ou agências internacionais como “boas práticas”, são reproduzidas no contexto doméstico ou são compartilhadas para a reprodução no âmbito internacional. A saúde foi, portanto, um exemplo paradigmático, uma vez que “encontrou na cooperação regional a possibilidade de expandir cadeias de políticas públicas” (HERRERO, 2014, p. 235, tradução nossa)⁴¹ e, junto com a política global, a saúde se tornou um dos eixos centrais do novo modelo de regionalismo.

1.5. AS EXPERIÊNCIAS PRÉVIAS DE COOPERAÇÃO EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

De acordo com Gonzalo Basile (2019), a atuação dos Estados da América Latina na área da saúde pode ser segmentada em três grandes etapas, sendo a primeira relacionada à tradição do colonialismo sanitário internacional. Esse primeiro momento ocorre em um contexto caracterizado pela formação dos Estados-nação e pela expansão do capitalismo, proporcionando um vínculo entre comércio, colonialismo e as enfermidades (BASILE, 2018). Isso estabelecia uma relação similar a chamada cooperação Norte-Sul, uma vez que “os trópicos⁴² (leia-se o Sul) são os que produzem enfermidades, epidemias, mortes nas periferias (logo, subdesenvolvimento) e é o Norte que deve pesquisar e dar respostas a partir de seu conhecimento técnico-científico da medicina moderna” (BASILE, 2018, p. 10, tradução nossa)⁴³.

Essa tradição guiou as discussões internacionais sobre o tema a partir dos anos 1850, quando foram realizadas as primeiras reuniões internacionais sobre saúde. Ademais, essa perspectiva resultou na criação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) no ano de 1902, devido à preocupação regional com a epidemia de febre amarela, que se alastrou pelo

⁴¹ “ha encontrado en la cooperación regional la posibilidad de expandir cadenas de políticas públicas”.

⁴² Os trópicos são categorias que estão conectadas a diferentes elementos, sejam eles culturais, sociais, históricos, anatômicos e geográficos. Apesar de ser uma denominação relacionada ao clima, seu simbolismo faz alusão à experiência da Europa no processo de colonização dos países periféricos (BASILE, 2018).

⁴³ “(...) los “trópicos” (léase el Sur) son los que producen enfermedades, epidemias, muertes en la periferia (luego subdesarrollo), y es el Norte el que debe investigar y dar repuesta a partir de su conocimiento técnico-científico occidental de la medicina moderna”.

continente através do comércio marítimo (TOBAR, 2017). Essa abordagem com foco nas doenças, principalmente naquelas consideradas “tropicais”, é uma das características da OPAS que deve ser destacada, já que essas doenças afetavam a “transnacionalização do comércio e do capital”, “condicionando a saúde aos interesses econômicos e geopolíticos dos países descritos como desenvolvidos” (BASILE, 2018, p. 11, tradução nossa)⁴⁴.

O segundo momento destacado por Basile (2019) é o Pós-Segunda Guerra Mundial, caracterizado pelo “desenvolvimento cepalino”. Esse momento tem seu marco no processo de descolonização, principalmente do continente africano, e está relacionado à ideia de cooperação para o desenvolvimento e a busca por parte da América Latina em estabelecer uma integração regional com base no modelo de desenvolvimento adotado pela CEPAL, conforme descrito no primeiro capítulo. Esse modelo foi responsável pela expansão da ideia de saúde internacional que nasceu com o pan-americanismo. No entanto, tal perspectiva ignora a complexidade e os desafios dos países em desenvolvimento, além de focar na cooperação vertical em doenças específicas, sem promover o fortalecimento dos sistemas de saúde pública em tais Estados (BASILE, 2018).

A terceira e última etapa, descrita por Basile (2019) como “saúde global liberal”, foi iniciada com o Consenso de Washington (1989), em um contexto onde vários países, sobretudo aqueles da América Latina, adotaram medidas que diminuíram o papel do Estado na economia dos países. Esse processo também ocorreu na área da saúde ao incorporar “agentes extra-sanitários tanto no financiamento como na definição da orientação das políticas sanitárias” (BASILE, 2018, p. 16).

No entanto, nas últimas décadas, alguns países da América Latina passaram a adotar a cooperação sul-sul como uma forma de superar os obstáculos derivados das questões de desenvolvimento social apresentadas pelos mesmos (ROA; SANTANA, 2011). Segundo Buss *et al.* (2017b), o regionalismo, promovido majoritariamente pelos atores estatais, é considerado uma ferramenta de enfrentamento dos desafios atuais e como meio de aproximar e avançar a formação de projetos de bem-estar na região. Tais processos “incorporaram e dinamizaram a cooperação sul-sul em uma perspectiva mais horizontal e com base nos princípios da soberania e da geração de benefícios mútuos” (BUSS *et al.*, 2017b, p. 424) ainda que essa cooperação seja caracterizada por Basile (2018) como muito heterogênea e fragmentada.

A ascensão de temas ligados à saúde na agenda internacional de cooperação está diretamente relacionada com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Devido a esse

⁴⁴ “transnacionalización del comercio y del capital”.

cenário, diversos blocos regionais do continente americano incluíram, em alguma escala, a saúde em seus processos: seja através da presença da saúde nos objetivos gerais, da criação de ferramentas políticas e instituições para tratar do tema ou da adoção da cooperação sul-sul como mecanismo para o desenvolvimento regional (ROA; SANTANA, 2011). Destaca-se, nesse cenário a criação da OPAS, uma instância especializada do continente americano precursora da cooperação horizontal e da articulação entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. E, no que diz respeito à projetos de regionalismo que abarcam os países da América Central, se destacam a Comunidade do Caribe (CARICOM)⁴⁵ e, principalmente, o Sistema de Integração Centro-Americano (SICA)⁴⁶.

Se tratando especificamente de projetos compostos somente por países da América do Sul, essas propostas se interceptam (figura 6) e são “construções diplomáticas com diferentes níveis de ambição”, mas que buscam estabelecer uma América do Sul “mais unida e integrada” (BUSS et al., 2017b, p. 424).



Fonte: Mapa adaptado de Buss *et al* (2017b)

Dentre os projetos regionais sul-americanos, a CAN é a que possui uma relação mais antiga com a saúde, estabelecida através da criação de convênios voltados para o âmbito social, como foi o caso do Convênio Hipólito Unanue sobre Cooperação em Saúde dos Países da Área

⁴⁵ A CARICOM, formada em 1973, é uma organização internacional formada por quinze países caribenhos que tem por objetivo promover uma integração regional com base na integração econômica, coordenação em temas de política externa, desenvolvimento social e segurança. Para mais informações: < <https://caricom.org/>>.

⁴⁶ O SICA, criado em 1991, é um processo de integração composto por oito países da América Central: Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá e República Dominicana. Tal projeto atua em cinco áreas distintas: segurança democrática, mudanças climáticas, integração social e econômica, e fortalecimento institucional. Para mais informações: < <https://www.sica.int/>>.

Andina (CONHU) em 1971. O CONHU antecede a criação da Unidade Especial para a Cooperação Técnica entre os Países em Desenvolvimento (1972) e do Plano de Ação de Buenos Aires (1978), dois marcos regionais sobre o tema. Essa foi, portanto, uma das primeiras tentativas formais de cooperação sub-regional na área entre os países latinos, formulados pelos ministérios da Saúde desses quatro países e com a participação do Chile e da Venezuela, visando o enfrentamento de problemas que fossem comuns à tais países (BUSS et al., 2017b; ROA; SANTANA, 2011).

O CONHU, posteriormente nomeado de Organismo Andino de Saúde (ORAS-CONHU), é uma instituição sub-regional intergovernamental vinculada à Reunião de Ministros da Saúde da Área Andina (REMSAA), responsável pela criação, sob orientação da OPAS, do documento de Cooperação Andina em Saúde (CAS) (ROA; SANTANA, 2011). A atuação da Oras-Conhu está relacionada a cinco eixos: criação de um escudo epidemiológico; acesso universal a medicamentos; gestão e integração de recursos humanos; determinação social da saúde; e, sistemas universais de saúde (BUSS et al., 2017b). Dentre os avanços alcançados pelo mesmo, destacam-se: O Plano Andino de Saúde nas Fronteiras (Pasafro)⁴⁷, a Política Andina de Medicamentos ⁴⁸e o Programa de Fortalecimento da Rede de Laboratórios de Tuberculose na Região das Américas⁴⁹. Ademais, o Oras-Conhu possuiu uma atuação bastante ativa na formação da Unasul-Saúde.

O segundo projeto regional que criou uma instância para tratar da saúde foi a Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA), com a criação da Comissão Especial de Saúde da Amazônia (CESAM)⁵⁰ em 1988, visando tornar melhor as condições sanitárias da região. Esse organismo é responsável pela gestão de programas regionais no âmbito do tratado na área da saúde e da captação de recursos financeiros de “fontes internacionais” (ROA; SANTANA, 2011, p. 5). Em 2010, alguns avanços importantes no tema foram feitos através da aprovação da Nova Agenda Estratégica de Cooperação, que entendia algumas questões relacionadas à saúde como prioritárias, e do Acordo Técnico de Cooperação entre a OTCA e a OPAS, renovado em 2017⁵¹ por mais cinco anos.

⁴⁷ Para mais informações: <<http://orasconhu.org/portal/plan-andino-de-salud-en-fronteras-oras-conhu-caf>>, acessado em: 19/09/2020, às 14:24.

⁴⁸ Para mais informações:

<<http://www.orasconhu.org/sites/default/files/POLITICA%20ANDINA%20DE%20MEDICAMENTOS%202017%20web.pdf>>, acessado em: 19/09/2020, às 14:28.

⁴⁹ Para mais informações: <<http://orasconhu.org/portal/programa-fortalecimiento-de-la-red-de-laboratorios-de-tuberculosis-en-la-regi%C3%B3n-de-las-am%C3%A9ricas>>, acessado em: 19/09/2020, às 16:03.

⁵⁰ Para mais informações:

<<http://www.otca-oficial.info/assets/documents/20191120/0ba85b570867f726735610ea85459561.pdf>>, acessado em: 19/09/2020, às 16:03.

⁵¹Para mais informações:

Já o Mercosul, por fim, possui dois fóruns que tratam de assuntos no âmbito da saúde: a Reunião de Ministros da Saúde (RMS) e o Subgrupo de Trabalho n. 11 – Saúde (SGT 11). A RMS, criada em 1995, estava previsto na Decisão 3/95⁵² do Conselho do Mercado Comum (CMC), órgão superior do Mercosul responsável pela direção política e pelas tomadas de decisão. A RMS é, portanto, um órgão político, responsável por coordenar as políticas de saúde do organismo internacional, e é composto por comissões intergovernamentais e um comitê de coordenadores nacionais.

O SGT 11, formado no ano de 1996, foi resultante da Resolução 151/96⁵³ do Grupo Mercado Comum (GMC), instância executiva do Mercosul. Esse mecanismo é responsável pelas questões técnicas e deliberativas, encarregado de garantir a harmonização das legislações nacionais e a compatibilização dos sistemas de controle sanitário a fim de garantir a redução de riscos sanitários por meio de uma melhor qualidade e segurança dos produtos e serviços (BUSS et al., 2017b). Esse grupo de trabalho é composto por três comissões: Comissão de Produtos para a Saúde (COPROSAL); Comissão de Serviços de Atenção à Saúde (COSERATS); e, Comissão de Vigilância em Saúde (COVIGSAL).

Ambas as instâncias foram criadas para evitar a dispersão do tema e para que os países pudessem trocar informações de maneira institucionalizada (ROA; SANTANA, 2011). E, de modo geral, têm como função essencial “disponibilizar informação confiável e de qualidade sobre a situação da saúde, vigilância sanitária, harmonização de normas e padrões, e sobre melhores práticas baseadas em evidências, entre outras questões” (BUSS et al., 2017b, p. 448–449).

Para além das relações mais estadocêntricas, a América Latina possui também uma longa tradição intelectual, derivada das articulações de diferentes setores da sociedade civil. Essa tradição, nomeada de Medicina Social da América Latina ou Saúde Coletiva (MS/SC) conforme aponta Herrero, Loza e Belardo (2019), é datada dos anos 1970 resultante das preocupações de acadêmicos, dos movimentos sociais e de pesquisadores “com as consequências econômica, social e política das ditaduras militares” (HERRERO; LOZA; BELARDO, 2019, p. 3, tradução nossa)⁵⁴. Em um contexto marcado por um cenário de

< https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5452:opas-oms-e-otca-firmam-novo-acordo-de-cooperacao-tecnica-para-estrategias-de-saude-e-gestao-do-conhecimento-nos-paises-amazonicos&Itemid=875> acessado em: 19/09/2020, às 16:45.

⁵²O documento na íntegra: https://documentos.mercosur.int/simfiles/normativas/25847_DEC_003-1995_ES_ReuMinSalud.pdf> acessado em: 19/09/2020, às 16:51.

⁵³O documento na íntegra está disponível em: <https://documentos.mercosur.int/simfiles/normativas/27219_RES_151-1996_PT_SGT11.pdf> cessado em: 19/09/2020, às 16:51.

⁵⁴ “(...) concerned about the economic, social and political consequences of military dictatorships”.

repressão e pela deterioração paulatina dos determinantes sociais, esse grupo enxergou a necessidade de adotar uma posição crítica à distribuição desigual dos serviços de saúde, um discurso resultante da aproximação entre a medicina e as ciências sociais (GALEANO; TROTTA; SPINELLI, 2011). Nasce, portanto, a MS/SC, uma corrente considerada contra-hegemônica devido ao seu posicionamento opositor à “medicina de mercado individualista, liberal e capitalista” (GALEANO; TROTTA; SPINELLI, 2011, p. 286, tradução nossa)⁵⁵.

Esse movimento, formado por intelectuais marxistas como Juan César García, María Isabel Rodríguez, Miguel Márquez e Sérgio Arouca, personagens importantes para o campo da Medicina Social e Saúde Coletiva, apresentava dois princípios: reconhecer a natureza social das doenças e os efeitos da desigualdade nas mesmas e assumir como responsabilidade do Estado a solução de tais problemas (HERRERO; LOZA; BELARDO, 2019). Ao adotar esses dois princípios, a MS/SC trouxe a esfera política para a questão da saúde, reconhecendo a relação entre os problemas sanitários e políticos.

Essa tradição, segundo Herrero, Loza e Belardo (2019), apresentou diferentes graus de influência na agenda de política pública da região, já que tal abordagem

encoraja os valores de solidariedade e cooperação nas agendas das lutas dos movimentos sociais e culturais e na ação pública dos governos progressistas locais e nacionais. Neste sentido, ela foca no fortalecimento de um movimento continental e global pela equidade na saúde, inscrito no amplo marco das lutas regionais e globais pelo direito à saúde (HERRERO; LOZA; BELARDO, 2019, p. 3, tradução nossa)⁵⁶.

Tal trajetória gerou diversos frutos na região, como a criação de diversos centros de pesquisa e formação no México, Brasil Equador, Cuba e Venezuela, e da Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES)⁵⁷, descrita como “expressão político-organizativa desta corrente de pensamento” (FEO; ACEVEDE; JIMÉNEZ, 2012). Ademais, esse movimento foi essencial para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde do Brasil (1986), que contou com a participação da sociedade civil. A Conferência, presidida por Sérgio Arouca, determinou em seu relatório a necessidade de uma reforma que ampliasse “o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está

⁵⁵ “(...) medicina de mercado individualista, liberal y capitalista”.

⁵⁶ “encourages the values of solidarity and cooperation in the agendas of the struggles of social and cultural movements and in the public action of progressive local and national governments. In this sense, it focuses on strengthening a continental and global movement for equity in health, inscribed within the broad framework of regional and global struggles for the right to health”.

⁵⁷ Criada em 1984 em Ouro Preto, Brasil, a ALAMES é uma associação formada por pessoas de diferentes campos teóricos ou práticos da Medicina Social. Para mais informações: <https://alames.org/>, acessado em 03/02/2021, às 19:52.

convencionado chamar a Reforma Sanitária”⁵⁸. Esse documento serviu de base durante a elaboração da Constituição de 1988, que reconheceu a saúde como um direito universal e resultou na criação do Sistema Único de Saúde.

Ademais, esse pensamento crítico também foi essencial para estabelecer uma visão de saúde que seja baseada nos interesses nacionais dos países, resultando em uma epistemologia do Sul com a formação de conceitos próprios como a ideia de soberania sanitária, uma concepção central para o pensamento regional em saúde que foi incorporada na experiência da Unasul (BASILE, 2018). Por fim, conforme conclui Herrero, Loza e Belardo (2019), os princípios e a abordagem adotada no âmbito da Unasul-Saúde eram claramente inspirados pela tradição da Medicina Social/Saúde Coletiva, iniciada e desenvolvida por intelectuais, profissionais da saúde e movimentos sociais.

CONCLUSÕES PARCIAIS

A fim de tratar da Unasul e, principalmente, do Conselho de Saúde Sul-Americano, é necessário que sejam abordados conceitos essenciais para entender como se deu a criação e a atuação de tais organismos regionais no que diz respeito à saúde global.

O regionalismo, a primeira concepção analisada durante o capítulo, é um fenômeno no qual são estabelecidas instituições entre no mínimo três países de uma determinada região. Tal ocorrência é dividida de acordo com períodos temporais, as chamadas ondas: o regionalismo fechado (entre as décadas de 1950 e 1970), apresentou um caráter protecionista, com enfoque na industrialização das economias e na garantia da paz; o regionalismo aberto (entre as décadas de 1980 e 1990), adotou um teor primariamente econômico, com base na perspectiva neoliberal, e visando a criação de áreas de livre comércio.

No entanto, com a ascensão de governos progressistas na América do Sul durante o fim dos anos 1990, teve início uma terceira onda. Esse período foi visto de maneira distinta por diversos autores: como regionalismo pós-liberal (VEIGA; RIOS, 2007; SANAHUJA, 2009); como regionalismo pós-hegemônico (RIGGIROZZI, 2012a; RIGGIROZZI; TUSSIE, 2012); e, até mesmo, como algo que pode não ter existido (MALAMUD; GARDINI, 2012). Dessa forma, a fim de analisar o caso da Unasul-Saúde, foi adotada a concepção pós-liberal. Segundo

⁵⁸ Trecho retirado do Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. O documento na íntegra está disponível no site: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf, acessado em 03/02/2021, às 19:39.

Sanahuja (2009), tal modelo não visava a liberalização comercial, dando uma maior ênfase à agenda política e à agenda para o desenvolvimento, e na cooperação em temas sociais, como foi o caso da saúde. Os Estados, portanto, assumiam uma posição de protagonismo e rejeitavam as diretrizes neoliberais presentes no Consenso de Washington.

A ideia de cooperação, o segundo conceito fundamental para a pesquisa, é apresentada como um contraponto à ideia de assistência, já que descreve um relacionamento de parceria entre os Estados. Tal característica é algo presente principalmente na cooperação Sul-Sul, vista como uma maneira de fomentar o desenvolvimento nacional sem que seja necessário se curvar aos interesses dos países desenvolvidos, algo que resultou em benefícios para a área da saúde.

A diplomacia da saúde global, por fim, é um processo de negociações políticas no cenário internacional, voltadas para tratar das questões relacionadas à saúde e seus determinantes. Esses assuntos são considerados temas de política externa uma vez que atravessam as fronteiras nacionais, tornando evidente a necessidade de acordos globais. Ademais, essa perspectiva facilitou a existência de projetos de cooperação Sul-Sul voltados, especificamente, para fortalecer a área da saúde através de diversas maneiras como, por exemplo, mediante à transferência de políticas bem-sucedidas e à colaboração em questões técnicas.

O capítulo também abordou as características das experiências de cooperação em saúde adotadas pelos países da América Latina no decorrer dos anos que, de modo geral, eram baseadas nas agendas dos países do Norte. Nas últimas décadas, no entanto, houve uma ascensão da perspectiva da cooperação sul-sul, consequência de um cenário regional adequado e aberto para a adoção da mesma. Dentre as experiências anteriores de cooperação na área da saúde, se destacam aquelas que ocorreram no âmbito dos projetos de regionalismo na América do Sul, constituindo um precedente para a inclusão de tal tema na agenda regional, principalmente do Mercosul e da CAN, que participaram da formação da Unasul-Saúde. Por fim, é imperativo salientar que essa cooperação não era algo que envolvia somente os Estados, já que a mobilização de grupos da sociedade foi de extrema importância para que, posteriormente, a Unasul adotasse uma visão baseada na ideia de Medicina Social/Saúde Coletiva.

2. O REGIONALISMO PÓS-LIBERAL DA UNASUL: DA TEORIA À PRÁTICA

Ao contribuir para o desenvolvimento da teoria de regionalismo pós-liberal, autores como Vegas e Rios (2007) e Sanahuja (2009) o fizeram com base nas características presentes na criação da Unasul. No entanto, é importante destacar que a Unasul não foi a primeira tentativa de regionalismo na América Latina, uma vez que esses países possuem uma longa tradição de projetos regionais. Pode-se afirmar que o cenário latino-americano tem sido, há séculos, palco de projetos regionais, sendo considerado um dos mais antigos do mundo (RIVALCABA; VALENCIA, 2012) e, até mesmo, antecede a criação da Comunidade Europeia (GUERRA, 2006). Dessa forma, faz-se necessário apresentar seus antecessores de modo a compreender por que esse projeto pós-liberal foi intitulado como uma inovação.

2.1. REGIONALISMO LATINO-AMERICANO: UM PROCESSO DE SÉCULOS

Os processos de integração surgiram logo após a independência dos países da região, no entanto, até os anos 1950, tais projetos estavam fundamentados na formação de uma identidade americana (SARAIVA, 2007). Durante o século XIX, esses processos eram divididos em duas categorias distintas: bolivarianismo ou monroísmo. O bolivarianismo é baseado nas ideias de Simón Bolívar, líder do movimento integracionista hispânico⁵⁹, que visava a unificação das colônias espanholas e a preservação da independência e do republicanismo através da criação de uma confederação interamericana de Estados (SARAIVA, 2007; BRITES FIGUEIREDO; BRAGA, 2017). Apesar de ter sido concebido com o entendimento de que tais projetos eram de difícil aplicação na região, o ideal bolivarianista é extremamente importante para o pensamento latino-americano, já que está conectado à percepção das sociedades da região sobre si mesmas, capazes de incentivar o processo de integração, ainda que não tenha resultado em muitos frutos⁶⁰ (SANTOS, 2008).

A Doutrina Monroe, por sua vez, foi um manifesto que estabeleceu as linhas gerais da relação entre os Estados Unidos com os países da América Latina, apresentado pelo então

⁵⁹O movimento integracionista era formado por nomes como: Gaspar Rodríguez de Francia, Mariano Moreno, Bernardo O'Higgins, Miguel Hidalgo, José de San Martín e Simón Bolívar, sendo o último o principal representante desse grupo (SOUZA, 2012).

⁶⁰Destaca-se a realização do Congresso do Panamá que tinha como projeto a criação de uma confederação interamericana, e contou com a participação de quatro repúblicas: Grã-Colômbia (a Colômbia, a Venezuela, o Equador e o Panamá), Peru, México e Federação Centro-Americana (Guatemala, Honduras, Costa Rica, Nicarágua e El Salvador). Apesar do fracasso dessa tentativa, o evento gerou frutos na forma do Tratado de União, Liga e Confederação, celebrado no final da reunião e utilizado até os dias de hoje como referencial para os processos regionais (BRITES FIGUEIREDO; BRAGA, 2017; SANTOS, 2008).

presidente norte-americano James Monroe, no ano de 1823. Essa aproximação tinha a finalidade de neutralizar o controle da Grã-Bretanha e as ações da Santa Aliança⁶¹ contra a independência das colônias espanholas (SARAIVA, 2007). A partir daí, foi criado o monroísmo, também chamado de pan-americanismo, inspirado principalmente na ideia de “América para os americanos”, e estabelecido através da doutrina Monroe e do “destino manifesto”⁶², parâmetros que regeram as relações dos EUA com os demais países da região até a Segunda Guerra Mundial (SARAIVA, 2007). Dessa forma, as ideias de Bolívar foram substituídas por outras mais pragmáticas, voltadas para uma aproximação paulatina, focando na colaboração em busca de objetivos comuns e no alcance dos interesses individuais de cada Estado (SANTOS, 2008), o que resultou em algumas propostas regionais, como o Pacto ABC⁶³.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, tais processos que se tornaram elementos das relações internacionais, sofreram algumas modificações. Houve uma reorganização do pan-americanismo onde as propostas encabeçadas pelos Estados Unidos – como foi o caso da Organização dos Estados Americanos (OEA) e o Tratado Interamericano de Assistência Recíproca (TIAR)– passaram a ser utilizadas como instrumento anticomunista e como forma de “manter a região dentro dos limites do bipolarismo” (SARAIVA, 2007, p. 118). No entanto, começaram a surgir na América Latina debates próprios da região que evidenciavam o desejo de uma integração voltada para o viés econômico, uma consequência decorrente do pouco dinamismo econômico apresentado por tais países (SARAIVA, 2007).

Esse período marcou o começo da chamada fase moderna do regionalismo latino-americano que resultou em novas iniciativas que adotavam um caráter político e econômico (BRICEÑO RUIZ; DE LOMBAERDE, 2018). O novo momento tem como marco a criação da CEPAL em 1948 que apresentou um projeto que estimulasse o desenvolvimento dos países latinos, baseado no desenvolvimento industrial (FRAGA; VIANNA; ARAÚJO, 2014; SARAIVA, 2007).

⁶¹A Santa Aliança foi um acordo estabelecido entre a Áustria, Prússia e Rússia durante o Congresso de Viena, um evento que contou com a presença das potências europeias após a derrota de Napoleão Bonaparte na Batalha de Waterloo (1815). Esse acordo visava restaurar a paz e se posicionar contra demonstrações de nacionalismo e liberalismo, decorrentes da Revolução Francesa.

⁶²O chamado “destino manifesto” entendia os Estados Unidos como o povo eleito para colonizar o resto do continente, algo que justificava e fundamentava a “expansão econômica e ideológica dos Estados Unidos sobre a região” (MOURA, 1990 *apud* SARAIVA, 2007, p. 116)

⁶³ O Pacto ABC foi um projeto de 1910, que ocorreu entre a Argentina, o Brasil e o Chile, visando reduzir as discordâncias entre tais Estados no cenário internacional, no entanto, o mesmo nunca entrou em vigor (SARAIVA, 2007). Durante a Presidência de Getúlio Vargas (1951-1954), houve uma nova tentativa de estabelecer outro Pacto ABC, com características diferenciadas, com foco na criação de uma unidade econômica regional liderada por esses três países.

Todavia, com a intensificação da Guerra Fria, um cenário político marcado pelos longos períodos ditatoriais em diversos países⁶⁴ da América do Sul e a crise da dívida externa que atravessava a região, os processos de regionalismo foram deixados de lado (OLIVEIRA, 2009). A imagem abaixo destaca os processos de regionalismo que ocorreram durante esse período e que contaram com a participação dos Estados Sul-Americanos.

Figura 5 - Quadro de projetos de regionalismo fechado com participação de países da América do Sul

Organização/Tratado	Criação	Propósito	Membros da América do Sul
Tratado Interamericano de Assistência Recíproca (TIAR)	1942	Defesa mútua	Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Paraguai, Peru e Uruguai.
Organização dos Estados Americanos (OEA)	1948	Garantir a paz e a segurança continentais, promover a democracia, e assegurar a solução pacífica de controvérsias	Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela
Associação Latino-Americana de Livre-Comércio (ALALC)	1960	Criação de uma zona de livre comércio	Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela.
Pacto Andino	1969	Cooperação social e econômica a fim de melhorar a qualidade de vida da população	Bolívia, Colômbia, Equador e Peru
Sistema Econômico Latino-Americano (SELA)	1975	Sistema de consulta e coordenação de posições e estratégias econômicas e sociais	Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela.

Fonte: Elaboração própria a partir dos respectivos documentos constitutivos desses projetos.

Durante os anos 1970, foi iniciado um processo de redemocratização, onde muitos desses Estados passaram a adotar a matriz neoliberal. A partir da década 1990, alguns países da América Latina começaram a optar pelo regionalismo como estratégia de inserção internacional e para encarar os desafios, sejam eles sociais, políticos, econômicos ou de segurança, aguçados devido ao processo de globalização. Dessa forma, foram criados ou relançados diversos projetos regionais com base na proposta do regionalismo aberto, que conciliava a abertura comercial com a manutenção de um relacionamento preferencial para os Estados Parte (BRICEÑO RUIZ; DE LOMBAERDE, 2018).

Ademais, essa nova etapa rompia com a tradição protecionista da América Latina, a fim de alcançar um maior crescimento econômico (BRICEÑO RUIZ, 2018) e era vista como um mecanismo de inserção internacional, com o objetivo de fomentar as exportações e garantir o amplo acesso à mercados competitivos (CORAZZA, 2006). A estratégia econômica vigente

⁶⁴ Países da América do Sul e seus respectivos períodos ditatoriais: Paraguai (1954 – 1989); Bolívia (1964-1982); Brasil (1964-1989); Peru (1968-1980); Equador (1972-1979); Chile (1973-1990); Uruguai (1973-1985); Argentina (1976-1983).

buscava a liberalização e o desregulamento para garantir um melhor funcionamento do mercado e resultou na criação do Mercado Comum do Sul (Mercosul)⁶⁵ por parte de alguns países da América do Sul (BRICEÑO RUIZ, 2018). No entanto, tal modelo de inserção originou um crescimento econômico instável, agravou a desigualdade social, ampliou a vulnerabilidade externa e reduziu o papel do Estado (CORAZZA, 2006; BRICEÑO RUIZ, 2018).

No final da década 1990, esse panorama começou a mostrar algumas modificações devido à ascensão ao poder de governos de esquerda e centro-esquerda em alguns países da região (PANIZZA, 2006; SILVA, 2018). A “onda rosa”, termo utilizado para tratar desse período, foi iniciada com a vitória de Hugo Chávez na Venezuela em um cenário de crise – política, social e economia – na região. No entanto, é necessário destacar que esse ciclo não foi homogêneo, uma vez que tais governos apresentavam diferentes graus de “progressismo”. De modo geral, tais países adotaram uma política externa voltada para aprofundar as articulações entre os países do Sul global, através do fortalecimento dos projetos de regionalismo ou da criação de novos espaços regionais (SILVA, 2018). Durante esse período, alguns projetos já estabelecidos sofreram modificações, adotando uma perspectiva social que atuava concomitantemente com o viés econômico vigente.

O modelo de regionalismo adotado nesse período entendia a organização como uma ferramenta de desenvolvimento regional, além de contribuir para que fosse alcançada uma projeção internacional para seus países-membros (MARIANO; RIBEIRO, 2017). Todavia, apesar de o Brasil e a Venezuela, principais atores desse processo, compartilharem essa visão, ambos os países defendiam vias distintas para atingir tais resultados. A Venezuela possuía uma visão geoestratégica e militar, além de se posicionar de forma antagônica aos Estados Unidos e ao modelo neoliberal de globalização, e defender um regionalismo com base no bolivarianismo (AMOROSO BOTELHO, 2008). O Brasil, por sua vez, apoiava o desenvolvimento comercial e produtivo, e estava interessado em se colocar no papel de liderança regional a fim de alcançar uma posição de referência global, sendo necessário conviver em harmonia com os Estados Unidos, algo que influenciou bastante na criação da Unasul (NERY, 2016).

Esse entendimento da Venezuela resultou na criação da Aliança Bolivariana para os Povos de Nossa América (ALBA), uma iniciativa encabeçada por Hugo Chávez, o então

⁶⁵ O Mercosul, formado em 1991, foi resultado de um alinhamento político, através da redemocratização da Argentina e do Brasil, e econômico, devido à adoção do neoliberalismo, consequência do Consenso de Washington. Esse projeto se estendeu para o Uruguai e para o Paraguai, foi consolidado pelo Tratado de Assunção e possuía, no momento de sua criação, traços fortemente econômicos. Contudo, com o passar dos anos, houve uma ampliação progressiva nas áreas de atuação no âmbito do Mercosul, que passou a adotar uma agenda que abrangia temas políticos e sociais (CAETANO, 2011).

presidente da Venezuela, criada no ano de 2004 através da Declaração Conjunta. A ALBA, formada com o apoio de Cuba, apresentou um caráter fortemente político com base na aproximação ideológica dos seus países membros, a fim de “desenvolver uma integração solidária, buscando o bem-estar dos povos e a defesa do comércio justo e do desenvolvimento sustentável” (NERY, 2016, p. 66). Devido ao caráter adotado, pode-se afirmar que tal projeto apresentava um cunho anti-imperialista, visando o desenvolvimento regional autônomo, além de contestar a hegemonia mundial dos Estados Unidos (FREITAS, 2011; NERY, 2016). A ALBA foi, portanto, um projeto que atuou paralelamente à Unasul, uma vez que os dois organismos cumpriam funções distintas e complementares (AMOROSO BOTELHO, 2008).

2.2. A TRAJETÓRIA DE FORMAÇÃO DA UNASUL

A formação da União Sul-Americana de Nações tem início no ano de 2000, decorrente do convite emitido por Fernando Henrique Cardoso, então presidente do Brasil, para que fossem realizadas reuniões bianuais de presidentes da América do Sul, a fim de promover uma aproximação entre tais países, que resultou na I Reunião de Presidentes da América do Sul (MODA, 2019). Apesar de possuir esse marco temporal, Sanahuja (2012) acredita que a criação da Unasul está relacionada, na verdade, com a proposta brasileira da formação da Área de Livre Comércio Sul-Americana (ALCSA).

Esse projeto comercial, proposto em 1994 pelo então presidente brasileiro Itamar Franco, não resultou na criação de uma organização e as negociações caminharam de forma lenta. Tal proposta sofreu algumas modificações por parte de Cardoso, adotando um perfil de caráter político e uma agenda mais ampla através da reunião presidencial. A reunião aconteceu, portanto, ainda no ano de 2000 em Brasília, durante as celebrações de 500 anos do descobrimento do Brasil, e marca a liderança do Brasil na promoção desse relacionamento (SANAHUJA, 2012). Estavam presentes os representantes dos Estados Membros do Mercosul e da Comunidade Andina (CAN), além do Chile, da Guiana e do Suriname.

Figura 6 - Quadro de países participantes e seus representantes na Reunião de Presidentes de Brasília (2000)

Países	Representantes	Países	Representantes
Argentina	Gustavo De la Rúa	Guiana	Bharrat Jadgeo
Brasil	Fernando Henrique Cardoso	Paraguai	Luis Angel González
Bolívia	Hugo Bânzer Suárez	Peru	Alberto Fujimori
Chile	Ricardo Lagos Escobar	Suriname	Rinaldo Ronald Venetiaan
Colômbia	Andrés Pastrana Arango	Uruguai	Jorge Batlle Ibañez
Equador	Gustavo Noboa	Venezuela	Hugo Chávez

Elaboração própria com base no Comunicado de Brasília (2020).

A reunião é considerada o marco do processo de regionalismo que envolvia os doze países independentes⁶⁶ da América do Sul. O Comunicado de Brasília⁶⁷, documento oficial, prevê “a paz, a democracia e a integração” como elementos essenciais para a garantia do desenvolvimento e da segurança regional. Esse encontro presidencial instaurou um espaço político oficial onde os representantes de tais países pudessem manter um diálogo (NERY, 2016). Além disso, foi reconhecida a necessidade de uma coesão regional para enfrentar os desafios comuns a tais países, consequência direta do processo de globalização que poderia oferecer oportunidades para reduzir as assimetrias regionais no que tange aos níveis de bem-estar social.

A agenda da reunião era formada por cinco grandes temas de debate: democracia; comércio; o problema das drogas ilícitas e delitos conectados; informação, conhecimento e tecnologia; e, infraestrutura. Esse último tópico resultou na criação da Integração de Infraestrutura Regional Sul-Americana (IIRSA), um projeto com o objetivo de estabelecer uma integração física entre os países através de uma agenda comum de projetos no âmbito do transporte, da energia e das comunicações⁶⁸. A IIRSA foi, portanto, o foco da edição seguinte da reunião dos presidentes, onde foram apresentadas propostas idealizadas para fortalecer a instituição. A fim de promover essa integração física, a IIRSA dividiu a região em dez Eixos de Integração e Desenvolvimento, conforme pode ser observado na imagem a seguir:

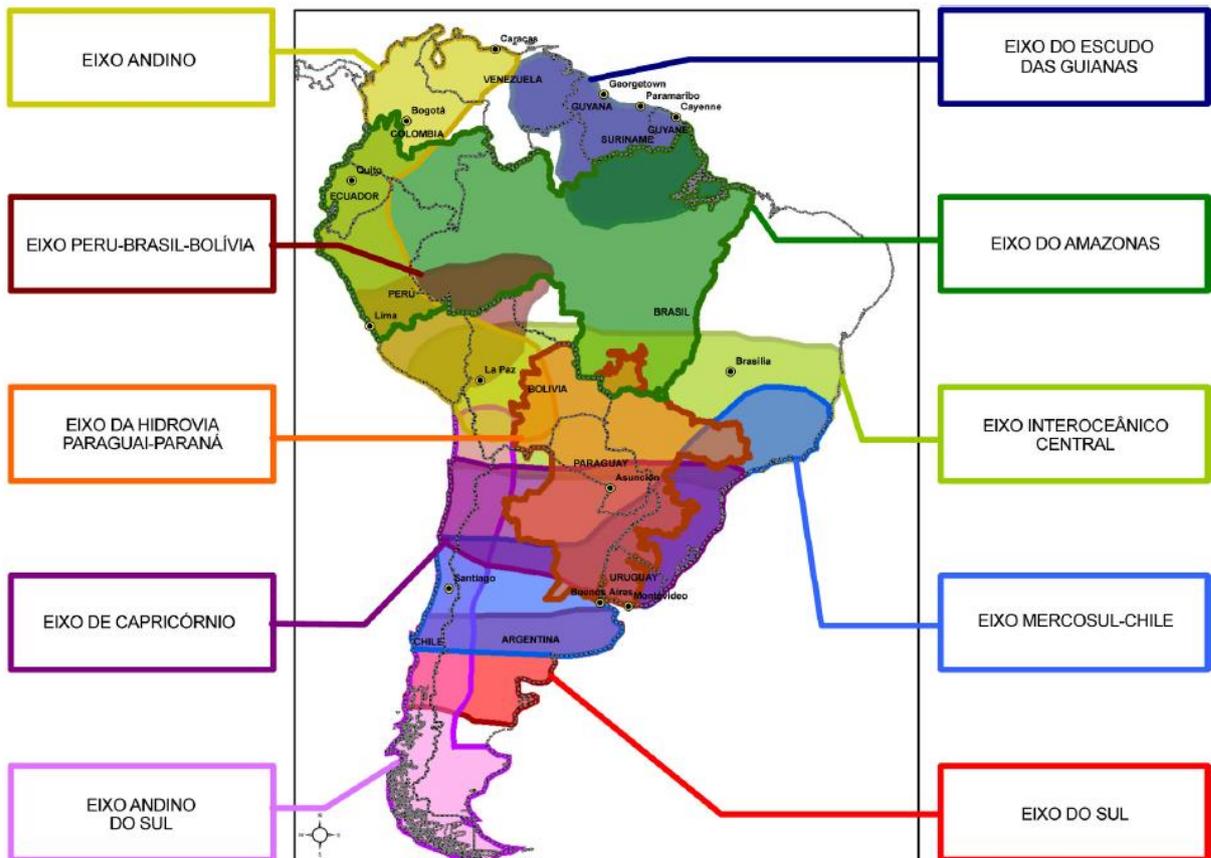
⁶⁶ A Guiana Francesa é um território ultramarino da França no continente Americano.

⁶⁷ O documento na íntegra está disponível em:

<http://www.iirsa.org/admin_iirsa_web/Uploads/Documents/comunicado_brasilia_esp.pdf>.

⁶⁸ Mais informações disponíveis em: <<http://www.iirsa.org/Event/Detail?Id=145>> acesso em: 18/09/2020, às 16:35.

Figura 7 - Mapa com os Eixos de Integração e Desenvolvimento da IIRSA



Fonte: IIRSA

Com a vitória presidencial de Néstor Kirchner na Argentina (2003) e, principalmente, Lula da Silva no Brasil (2003), houve uma maior aproximação e convergência ideológica entre os países da América Latina e, sobretudo, entre os países da América do Sul devido aos ideais progressistas adotados pelos mesmos. Esse cenário foi essencial para que fosse assumido um posicionamento que se mostrou mais favorável à criação de processos de regionalismo, notado especialmente na postura de países como Argentina, Brasil e Venezuela, considerados potências regionais (AMOROSO BOTELHO, 2008). Em 2004, durante a III Reunião que ocorreu em Cusco, Peru, foi criada a Comunidade Sul-Americana de Nações (CASA), um fórum de natureza política considerado uma iniciativa do governo brasileiro (GOMES, 2007; COSTA, 2010). A CASA apresentou uma abordagem baseada na proposta de unidade regional presente nas ideias de Simón Bolívar ao adotar como objetivo “desenvolver um espaço sul-americano integrado no âmbito político, social, econômico, ambiental e de infraestrutura, que fortaleça a identidade própria da América do Sul e que contribua (...) para o fortalecimento da América Latina e do Caribe” (FUNAG, 2005a, p. 16).

Além da criação desse espaço, estava prevista a institucionalização da aproximação entre o Mercosul e a CAN, um objetivo estabelecido desde a primeira edição deste evento. Durante esse encontro, destaca-se também o aprofundamento das modificações apresentadas no evento anterior, onde a proposta deixava de ser uma área econômica-comercial para tratar de um espaço voltado à consolidação “das conexões físicas e da harmonização dos aspectos institucionais, normativos e regulatórios” (CASA, 2002 *apud* AMOROSO BOTELHO, 2008, p. 318). Essas mudanças foram primordiais para que a questão política aparecesse em destaque no corpo da declaração em diversos momentos, algo que, segundo Nery (2016), deixa claro o objetivo estratégico da mesma. O fato da CASA não possuir uma institucionalização formal não impediu a atuação da mesma em fóruns internacionais (COSTA, 2010). Se tratando da saúde, por fim, o documento constitutivo desse projeto regional manifestou um compromisso em garantir “o acesso de todos à saúde”, considerada uma das ferramentas essenciais para o desenvolvimento da população sul-americana (FUNAG, 2005b).

Após a formação da comunidade, as reuniões presidenciais foram substituídas pelas reuniões da Cúpula da CASA, que contavam com a presença de representantes dos doze países da América do Sul. Durante os anos de 2005 e 2008, foram realizadas três reuniões da cúpula, utilizadas para que fossem decididos componentes primordiais para o funcionamento da mesma. A primeira cúpula ocorreu no ano de 2005, em Brasília, mesmo local da primeira reunião dos presidentes sul-americanos, e foi responsável por estipular a composição institucional de tal projeto (FUNAG, 2005b). Em dezembro desse mesmo ano, durante a I Reunião Extraordinária da Comunidade Sul-Americana de Nações, em Montevideu, ficou decidida a criação da Comissão Estratégica de Reflexão, composta por representantes pessoais dos governantes dos Estados Membros. Esse grupo ficou responsável por produzir um Documento de Reflexão sobre o processo de regionalismo na América do Sul, que deveria ser entregue na reunião subsequente (BERMUDEZ, 2017).

A segunda edição aconteceu no ano seguinte, em 2006, na cidade de Cochabamba e, conforme determinado na reunião anterior, a Comissão de Reflexão apresentou seu parecer durante o evento realizado na Bolívia, expondo a possibilidade da criação de um novo modelo de integração intitulado União Sul-Americana de Nações. Essa nova matriz deveria possuir uma identidade própria a fim de estabelecer uma cidadania sul-americana e não podia ser baseado exclusivamente nas relações comerciais entre os países, uma vez que existiam projetos distintos já estabelecidos que atuavam nessa área (VEIGA; RIOS, 2007).

Desde seu início, a Unasul já concedia à saúde um papel de destaque, algo que já podia ser observado no parecer da Comissão de Reflexão. Esse documento apresentou, em dois

momentos distintos, a saúde como tema de integração regional. A primeira menção aconteceu na seção que trata dos princípios norteadores e dos elementos da integração sul-americana, que antevia a promoção do acesso universal à saúde, reafirmando o compromisso que estava descrito no Documento Constituinte da CASA. Nesse mesmo segmento, também foi recomendada a “criação de uma rede sul-americana de vigilância e controle da saúde pública, que articule programas regionais de vacinação e o desenvolvimento de projetos para a compra conjunta ou produção combinada de medicamentos essenciais e vacinas” (CASA, 2006, p. 104 tradução nossa)⁶⁹.

Após a exposição do parecer, muitas das sugestões evidenciadas pela Comissão de Reflexão foram aproveitadas pelos presidentes da região, dando origem à Declaração de Cochabamba (VEIGA; RIOS, 2007). Estava previsto, nesse documento, o desenvolvimento regional através do processo de globalização, algo que esteve presente no Comunicado de Brasília (2020), além de reconhecer a CASA como um instrumento necessário para o desenvolvimento nacional e para a cooperação sul-americana (CASA, 2006). A declaração foi responsável por definir os objetivos de tal projeto, dos quais se destacam a superação das assimetrias para uma integração equitativa e a participação cidadã na formulação de políticas integracionistas (FUNAG, 2005b). Diferente da declaração anterior onde a agenda comercial era bastante presente, no texto produzido em Cochabamba, a mesma passa para o segundo plano (VEIGA; RIOS, 2007). Por fim, como resultado da segunda edição da Cúpula, ficou acordado que os presidentes iriam

(...) instruir aos Ministros de Saúde sul-americanos a elaboração de uma Agenda Regional em matéria de saúde, com a cooperação do Organismo Andino de Saúde, o Subgrupo 11 de Saúde do Mercosul, a Organização do Tratado de Cooperação Amazônica, outros organismos regionais competentes, assegurando um fluido diálogo com os movimentos sociais (CASA, 2006, p. 114, tradução nossa)⁷⁰.

Finalmente, foi realizada em 2007 a I Cúpula Energética Sul-Americana, em Ilha de Margarita, Venezuela, que contou com a presença de representantes dos doze Estados Membros. No dia 16 de maio de 2007, foi promovido um diálogo entre tais representantes, onde ficou decidida a renomeação da Comunidade Sul-Americana de Nações para União Sul-

⁶⁹ “Creación de una red sudamericana de vigilancia y control de la salud pública, que articule programas regionales de vacunación y el desarrollo de proyectos para la compra conjunta o producción concertada de medicamentos esenciales y vacunas”.

⁷⁰ “INSTRUIR a los Ministros de Salud sudamericanos la elaboración de una Agenda Regional en materia de salud, con la cooperación del Organismo Andino de Salud, el Subgrupo 11 de Salud del MERCOSUR, la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica, otros organismos regionales competentes, asegurando un fluido diálogo con los movimientos sociales”.

Americana de Nações (UNASUL)⁷¹. Esse novo nome foi uma proposta apresentada por Hugo Chávez, que possuía uma implicação geopolítica e estratégica (COSTA, 2010). A reunião gerou outros frutos, como a criação do Conselho Energético Sul-Americano, a primeira instituição temática formada no âmbito da Unasul. De modo geral, essas três reuniões foram essenciais para estabelecer as bases para a formação desse projeto sul-americano (RUVALCABA; VALENCIA, 2012).

A criação da Unasul ocorreu em maio de 2008, resultante de objetivos políticos e incentivos econômicos, além de simbolizar uma transformação na percepção do Brasil e da Venezuela no que diz respeito ao “alcance temático e territorial da integração” (NERY, 2016, p. 70). A superação do âmbito econômico foi fortalecida pela vitória de Lula e por uma política externa “ativa e altiva”⁷², formulada por nomes como o ex-Ministro Celso Amorim, o ex-embaixador Samuel Pinheiro Guimarães e o ex-assessor Marcos Aurélio Garcia. A Venezuela, por sua vez, devido às modificações em sua política externa com a presidência de Hugo Chávez, adotou uma perspectiva geopolítica que incentivava a integração regional com ênfase na dimensão política (NERY, 2016). A organização possuía uma agenda abrangente para abarcar os temas e debates que estavam presentes na região e estava ligada à necessidade de estabelecer um posicionamento assertivo no que diz respeito à soberania e à autonomia regional (OLIVEIRA CRUZ, 2020).

De modo geral, a criação da Unasul inaugurou uma nova fase nas relações entre os países da América do Sul que visava acelerar seu desenvolvimento, contribuindo para que a região obtivesse um melhor posicionamento no contexto internacional através da cooperação (SIMÕES, 2007 *apud* BUSS; FERREIRA, 2011; SOUZA, 2018). Esse foi um processo de institucionalização gradual, visando estabelecer um consenso na região através da criação de um projeto regional caracterizado como pós-liberal (AMOROSO BOTELHO, 2008; SANAHUJA, 2010). Por fim, é necessário destacar que a mesma não se baseava ou obedecia os estágios de integração tradicional, onde se fazia necessária a criação, em um primeiro

⁷¹ O documento na íntegra está disponível em:

<http://www.iirsa.org/admin_iirsa_web/Uploads/Documents/rp_margarita07_decisiones_del_dialogo_politico.pdf>. Acessado em 19/09/2020, às 19:02.

⁷² A política externa brasileira durante o governo Lula se caracterizou por uma estratégia de autonomia pela diversificação (VIGEVANI e CEPALUNI, 2007, p. 274) que promoveu negociações comerciais internacionais e buscou a coordenação política com países em desenvolvimento e emergentes, principalmente na América do Sul e em países como a Índia, África do Sul, China e Rússia. Segundo Gonçalves (2014) esta política era formulada pelo chamado “tripé”, formado pelo grupo desenvolvimentista do Itamaraty, pelo Partido dos Trabalhadores (PT) – personificado na figura de Marco Aurélio Garcia, responsável pela política externa brasileira para a América Latina – e pelo próprio presidente Lula, que possuía uma diplomacia presidencial muito ativa. Nesse período, o Brasil era uma presença ativa no cenário internacional e adotava um posicionamento ativo, deixando de lado a postura de subserviente que foi, por anos, uma característica da diplomacia brasileira.

momento, de uma área de livre comércio que evoluísse até alcançar o status de união aduaneira (PINTO, 2019).

No entanto, com a mudança no cenário político e econômico da América do Sul marcado pelos golpes parlamentares que resultaram no impeachment de Fernando Lugo⁷³, no Paraguai, e Dilma Rousseff⁷⁴, no Brasil, e a ascensão de governos considerados conservadores, a Unasul começou a apresentar algumas dificuldades. Dentre elas, destacam-se os problemas orçamentários que dificultavam a manutenção e o funcionamento de suas instituições, uma crescente divisão interna e uma propensão a flexibilizar e enfraquecer tais processos (OLIVEIRA CRUZ, 2020). Por fim, em agosto de 2018 a Colômbia informou que estava se retirando da União, uma decisão que foi seguida posteriormente por outros países-membros. Ademais, através de uma parceria entre os presidentes Iván Duque da Colômbia e Sebastián Piñera do Chile, foi criado o Foro para o Progresso e Integração da América do Sul (Prosul), com o objetivo de substituir a Unasul. De acordo com sua Declaração inaugural (PROSUR, 2019), o Prosul é um mecanismo e espaço de diálogo e cooperação entre os países da América do Sul que, entre outros objetivos, busca desenhar planos setoriais conjuntos nas áreas de infraestrutura, energia, saúde, defesa, segurança, combate ao crime organizado e gestão do risco de desastres. Contudo, desde perspectivas críticas, o Prosul é considerado uma proposta simplória e genérica (OLIVEIRA CRUZ, 2020), de caráter excludente⁷⁵ e com uma lógica de curto prazo (FRENKEL, 2019). Até dezembro de 2020, o Prosul era composto por oito países da América do Sul⁷⁶ e coordenado por Sebastián Piñera, na condição de presidente pro tempore.

Todavia, com novas mudanças no cenário político da região devido à vitória de Alberto Fernández (2019-) na Argentina e Luis Arce na Bolívia (2020-), ambos presidentes considerados progressistas, a Unasul voltou a integrar a agenda regional. Tanto Alberto Fernández quanto Luis Arce já declararam o seu apoio ao retorno da Unasul, seja através da

⁷³ No dia 21 junho de 2012, após um conflito agrário que resultou na morte de onze manifestantes e seis policiais, a Câmara dos Deputados do Paraguai abriu um processo de juízo político alegando má atuação de Fernando Lugo como presidente. Esse processo relâmpago finalizado no dia 22 de junho de 2012 é considerado por especialistas e pela comunidade internacional como um golpe mascarado por um processo de impeachment. Para mais informações, ver Vuyk (2020).

⁷⁴ No dia 31 de agosto de 2016, a então presidenta do Brasil, Dilma Rousseff foi alvo de um longo processo de impeachment, iniciado em dezembro de 2015. Esse procedimento, iniciado sob uma justificativa duvidosa de crime de responsabilidade, algo que Perissinotto (2016) descreve como uma utilização oportunista de procedimentos legais para que a governante fosse retirada do poder.

⁷⁵ De acordo com a Declaração de Santiago (PROSUR, 2019), os requisitos essenciais para poder participar do Prosul são: a plena vigência da democracia, a separação de poderes do Estado e o respeito às liberdades fundamentais.

⁷⁶ Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai e Peru.

recuperação⁷⁷, como propõe o presidente boliviano, ou pela reconstrução⁷⁸, como sugeriu o presidente argentino.

2.3. O FUNCIONAMENTO DA UNASUL: NORMAS E INSTITUIÇÕES

Em 2008, foi realizada a Reunião Extraordinária de Brasília que, mais uma vez, contou com a presença de representantes dos países membros a fim de conceber o Tratado Constitutivo da Unasul. Esse documento, elaborado pelos Ministros e Ministras das Relações Exteriores dos países, foi essencial para conferir ao projeto uma personalidade jurídica necessária para que o mesmo fosse reconhecido como uma organização internacional, substituindo o título de fórum político (COSTA, 2010). Ademais, esse tratado também foi responsável por estabelecer um marco institucional para a composição de sua estrutura (RUVALCABA; VALENCIA, 2012).

Nesse tratado estava prevista a criação de uma identidade e cidadania sul-americana, remetendo mais uma vez ao bolivarianismo da mesma forma que ocorreu no documento constitutivo da CASA. É possível, portanto, perceber uma clara influência das declarações anteriores – Cusco (2004), Brasília (2005) e Cochabamba (2005) – na composição do texto, dando prosseguimento a um processo que foi iniciado com a criação da Comunidade Sul-Americana de Nações (NERY, 2016).

Segundo descrito no documento, a formação da Unasul era calcada em princípios basilares como: o respeito à soberania dos Estados; a autodeterminação dos povos; democracia; e direitos humanos (UNASUL, 2008). O texto exibia um caráter geopolítico ao entender a integração como um projeto crucial para a construção de um mundo multipolar e para posicionar a região como parte primordial do sistema internacional (AMOROSO BOTELHO, 2008; UNASUL, 2008; NERY, 2016). De acordo com o art. 2º do acordo, a organização tem por objetivo geral a construção de um espaço de união cultural, social, econômica e política entre os povos para “eliminar a desigualdade socioeconômica, alcançar a inclusão social e a participação cidadã, fortalecer a democracia e reduzir as assimetrias no marco do fortalecimento da soberania e independência dos Estados” (UNASUL, 2008).

⁷⁷ Para mais informações: <https://www.nodal.am/2020/11/vuelta-a-la-democracia-en-bolivia-luis-arce-propuso-la-recuperacion-de-la-unasul-en-su-discurso-de-asuncion/>, acessado em 01/02/2021, às 23:41.

⁷⁸ Para mais informações: <https://www.pagina12.com.ar/300680-alberto-fernandez-llamo-a-reconstruir-la-unasul-es-lo-que-ma>, acessado em 01/02/2021, às 23:42.

Se tratando dos objetivos específicos, são descritos nessa fonte jurídica vinte e um objetivos distintos que tratam de diversos temas e já haviam sido incluídos em documentos anteriores, como cooperação energética, integração física da região, entre outros. No entanto, no que diz respeito à saúde, destaca-se a alínea j do art. 3, onde está previsto “*o acesso universal à seguridade social e aos serviços de saúde*” (UNASUL, 2008), uma meta que estava presente na Declaração de Cusco (2004) e que estava entre as recomendações feitas no Documento de Reflexão (2006), mantendo o compromisso da organização com temas relacionados à saúde.

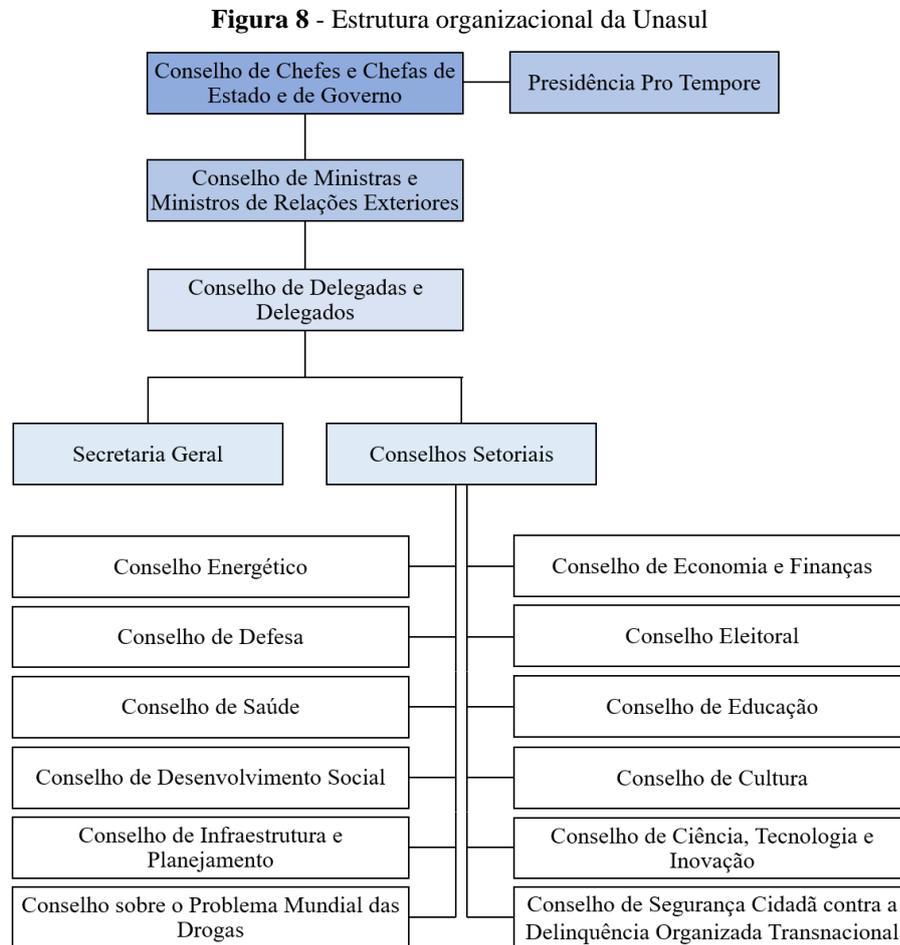
Apesar de fazer menção à integração econômica, o tratado não dispõe de nenhuma das categorias costumeiras – como a criação de uma área de livre comércio ou a constituição de uma união aduaneira – utilizadas para instituir um projeto de associação comercial entre os países. Isso ocorre devido ao fato da Unasul ser considerada uma “organização política guarda-chuva”, já que “abriga, em sua institucionalidade, uma série de ações que, somadas, apontam para uma articulação política mínima entre todos os países da América do Sul” (NERY, 2016, p. 70). Esse documento enfatiza “o caráter eminentemente político” desse processo, destacando a importância da adoção de políticas comuns e da cooperação que extrapola o tradicional eixo comercial. Também estão presentes no texto a adoção de normativas por meio de consenso (art. 12), o fortalecimento do diálogo político (art. 14) e a participação cidadã (art. 18) (UNASUL, 2008). Apesar de ser documento formulado em 2008, o Tratado só entrou efetivamente em vigor em 2011, após o cumprimento do requisito de ratificação de nove⁷⁹ dos seus membros.

Além do Tratado Constitutivo, a Unasul também possui como normativa institucional um Protocolo Adicional que expôs seu compromisso com a democracia. Essa atitude é algo que foi adotado anteriormente por outros processos de regionalismo latino-americano, como foi o caso do Mercosul com a chamada Cláusula Democrática, um procedimento resultante do histórico regional de ditaduras. Esse protocolo foi elaborado visando um cenário de ruptura ou ameaça de ruptura democrática, uma violação constitucional ou qualquer outra situação que ponha em risco os princípios democráticos. O documento admite a aplicação de medidas que variam desde a suspensão de um determinado país das atividades promovidas pela organização até o fechamento total de fronteiras e a adoção de sanções políticas e diplomáticas adicionais, conforme descrito no art. 4 (UNASUL, 2010).

No que diz respeito à composição institucional dessa organização sul-americana, os órgãos podem ser divididos em quatro categorias, descritas no art. 4 do Tratado Constitutivo (UNASUL, 2008) – Conselho de Chefas e Chefes de Estado e de Governo; Conselho de

⁷⁹ Foram eles: Argentina, Bolívia, Chile, Equador, Guiana, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela.

Ministras e Ministros das Relações Exteriores; Conselho de Delegadas e Delegados; e, Secretaria Geral – além dos Conselhos Setoriais e a Presidência Pro Tempore, conforme pode ser observado na figura abaixo (Figura 03)



Fonte: Figura adaptada de Nery (2016)

O Conselho de Chefes e Chefas de Estado e de Governo é o organismo de instância mais alta no âmbito da Unasul e possui um caráter intergovernamental. O mesmo é composto pelos Chefes de Estado dos países-membros, conforme descrito em seu nome, algo que reflete nas atribuições do Conselho. Esse órgão é responsável por decidir como ocorre a atuação da organização ao designar “as diretrizes políticas, os planos de ação, os programas e os projetos” (UNASUL, 2008). Cabe a este órgão a incumbência de convocar reuniões de ministros dos distintos setores, formar os Conselhos ministeriais, deliberar sobre as recomendações apresentadas pelo Conselho de Ministros e Ministras formado pelos Ministros e Ministras das Relações Exteriores, e aderir as diretivas políticas ao estabelecer relações com terceiros.

O tratado constitutivo estabelece que os representantes governamentais devem participar de reuniões periódicas que ocorrem ordinariamente uma vez por ano. No entanto, o

documento também prevê a convocação de reuniões extraordinárias por meio do Presidente Pro Tempore, a pedido de um dos Estados e com a concordância de todos os membros. Essas reuniões aconteceram regularmente, conforme disposto no tratado, até o ano de 2016, quando houve a última reunião em Caracas.

O cargo de Presidente Pro Tempore, a função mais alta dentro da Unasul, é ocupado por um dos participantes do Conselho de Chefes e Chefas. A transferência do cargo ocorre de maneira sucessiva e em ordem alfabética. Por ser a função mais elevada, o Presidente é encarregado de compromissos internos como “preparar, convocar e presidir as reuniões” e apresentar, em conjunto com a Secretaria Geral, o Programa anual completo de atividades para os demais órgãos (UNASUL, 2008). Além disso, a presidência também possui a missão de representar a Unasul em eventos internacionais com uma delegação que seja aprovada pelos Estados Membros, além de assumir compromissos e acordos com outros países e/ou organizações, com a aprovação dos demais membros. O primeiro país a ocupar esse cargo foi o Chile, representado pela então presidenta do país, Michelle Bachelet, e preenchido durante os anos de 2008 e 2019 por onze chefes de Estado.

Figura 9 - Quadro dos Presidentes Pró Tempore da Unasul e seus mandatos

Presidente Pro Tempore	País	Período
Michelle Bachelet	Chile	Maio de 2008 - Agosto de 2009
Rafael Correa	Equador	Agosto de 2009 - Novembro de 2010
Bharrat Jadgeo	Guiana	Novembro de 2010 - Outubro de 2011
Fernando Lugo	Paraguai	Outubro de 2011 - Junho de 2012
Ollanta Humala	Peru	Junho de 2012 - Agosto de 2013
Dési Bouterse	Suriname	Agosto de 2013 - Dezembro de 2014
José Mujica	Uruguai	Dezembro de 2014 - Março de 2015
Tabaré Vázquez	Uruguai	Março de 2015 - Abril de 2016
Nicolás Maduro	Venezuela	Abril de 2016 - Abril de 2017
Mauricio Macri	Argentina	Abril de 2017 - Abril de 2018
Evo Morales	Bolívia	Abril de 2018 - Abril de 2019

Fonte: Elaboração Própria a partir do site da Unasul⁸⁰ e de notícias.

O Conselho de Ministras e Ministros das Relações Exteriores, conforme descrito no título do órgão, é composto pelas pessoas que ocupam tal cargo em seus respectivos países.

⁸⁰ Os dados foram retirados do site: <http://www.unasursg.org/es/presidencia-pro-tempore/presidentes-pro-tempore.html>, acessado em 08/02/2021, às 20:08.

Conforme descrito no texto do Tratado Constitutivo (UNASUL, 2008), esses representantes devem se reunir ordinariamente uma vez a cada semestre, no entanto, assim como previsto no órgão anterior, reuniões extraordinárias podem ser convocadas a qualquer momento pela Presidência Pro Tempore desde que as mesmas sejam solicitadas por metade de seus membros. Contudo, a última reunião deste organismo ocorreu no ano de 2018 em Buenos Aires.

Assim como o Conselho de Chefes e Chefas, o Conselho de Ministras e Ministros é de caráter intergovernamental e exerce funções essenciais para garantir o funcionamento da organização (RUVALCABA; VALENCIA, 2012). De acordo com a norma que rege o funcionamento da Unasul, são consideradas funções deste Conselho:

- a) adotar Resoluções para implementar as Decisões do Conselho de Chefas e Chefes de Estado e de Governo;
- b) propor projetos de Decisões e preparar as reuniões do Conselho de Chefas e Chefes de Estado e de Governo;
- c) coordenar posicionamentos em temas centrais da integração sul-americana;
- d) desenvolver e promover o diálogo político e a concertação sobre temas de interesse regional e internacional;
- e) realizar o seguimento e a avaliação do processo de integração em seu conjunto;
- f) aprovar o Programa anual de atividades e o orçamento anual de funcionamento da UNASUL;
- g) aprovar o financiamento das iniciativas comuns da UNASUL;
- h) implementar as diretrizes políticas nas relações com terceiros;
- i) aprovar resoluções e regulamentos de caráter institucional ou sobre outros temas que sejam de sua competência;
- j) criar Grupos de Trabalho no marco das prioridades fixadas pelo Conselho de Chefas e Chefes de Estado e de Governo (UNASUL, 2008).

O Conselho de Delegados e Delegadas, por sua vez, é composto por representantes de cada Estado Membro, que participam de reuniões que acontecem preferencialmente a cada dois meses. Esses encontros devem ser realizados no território do Estado que ocupa a posição de Presidência Pro Tempore ou em um local acordado pelos seus membros. Esse órgão atua em conjunto com a Presidência Pro Tempore e a Secretaria Geral na implementação de acordos formulados pelos órgãos políticos da Unasul. Dentre suas incumbências, destaca-se também: a conciliação e coordenação das atividades da Unasul em parceria com outros projetos regionais ou sub-regionais para que seja promovida a complementaridade de esforços; a coordenação dos Grupos de Trabalho; dar continuidade ao diálogo político e acordos em questões que sejam de interesse regional ou internacional; e, promover espaços que propiciem a participação cidadã através do diálogo com os processos de regionalismo da América do Sul.

A Secretaria Geral, por fim, é a instância administrativa da organização encarregada de oferecer apoio aos conselhos. Sua sede era localizada⁸¹ em Quito, Equador, e era coordenada

⁸¹ Em 2019, o presidente Lenín Moreno anunciou a saída do Equador da Unasul e pediu que o prédio da Secretaria Geral fosse devolvido. Para mais informações: < <https://oglobo.globo.com/mundo/equador-se-retira-da-unasul-pede-devolucao-do-predio-que-sedia-organismo-23521027>>. Acessado em: 27/09/2020, às 21:22h.

pelo Secretário Geral, nomeado pelo Conselho de Chefes e Chefas, conforme a proposta do Conselho de Ministras e Ministros. Após a nomeação, o Secretário Geral escolhido exerce essa função pelo período de dois anos, com a possibilidade de ser renovada por mais dois anos. No entanto, conforme descrito no tratado constituinte, deve haver intercalação da nacionalidade dos ocupantes do cargo. Desde 2008 até 2009, tal função só foi ocupada por quatro pessoas distintas, como ilustra a figura abaixo.

Figura 10 - Quadro dos Secretários Gerais e seus mandatos

Secretário Geral	País	Período
Néstor Kirchner	Argentina	Maio de 2010 - Outubro de 2010
María Emma Mejía Velez	Colômbia	Maio de 2011 - Julho de 2012
Alí Rodríguez Araque	Venezuela	Junho de 2012 - Agosto de 2014
Ernesto Samper	Colômbia	Agosto de 2014 - Janeiro de 2017

Elaboração própria a partir de dados da Unasul⁸².

Essa posição é descrita como representante legal da Secretaria Geral, além de ser considerada de dedicação exclusiva, devendo atuar sem interferências dos Governos membros ou de outras instituições e de maneira compatível com suas responsabilidades na Unasul, o que confere à instituição um caráter supranacional. Dentre as responsabilidades descritas no Tratado Constitutivo (UNASUL, 2008), destacam-se: ser detentor dos acordos celebrados no âmbito da Unasul e disponibilizar suas publicações; preparar e gerir o orçamento anual da organização; atuar juntamente com outras entidades de regionalismo ou cooperação da América Latina e Caribe para que sejam realizadas atividades conjuntas, solicitadas pela organização.

Além dessas quatro instituições descritas no art. 4 do Tratado Constitutivo, o art. 5, intitulado de “Desenvolvimento da Institucionalidade” reconhece que:

Poderão ser convocadas e conformadas Reuniões Ministeriais Setoriais, Conselhos de nível Ministerial, Grupos de Trabalho e outras instâncias institucionais que sejam requeridas, de natureza permanente ou temporária, para dar cumprimento aos mandatos e recomendações dos órgãos competentes.

Essas instâncias prestarão conta do desempenho de seus atos por meio do Conselho de Delegadas e Delegados, que o elevará ao Conselho de Chefes e Chefes de Estado e de Governo ou ao Conselho de Ministras e Ministros das Relações Exteriores, conforme o caso.

Os acordos adotados pelas Reuniões Ministeriais Setoriais, Conselhos de nível Ministerial, Grupos de Trabalho e outras instâncias institucionais serão submetidos à consideração do órgão competente que os tenha criado ou convocado.

Dessa forma, foi possibilitada a criação de Conselhos Setoriais e Grupos de Trabalho, conforme a sugestão feita pela Comissão de Reflexão em 2006. Assim, o processo de

⁸² Dados retirados do site oficial da Unasul: <http://www.unasursg.org/es/secretaria-general/secretarios-generales.html>, acessado em 08/02/2021, às 20:21.

regionalismo se tornou mais amplo devido ao seu caráter multidimensional (RUVALCABA; VALENCIA, 2012). A criação de Conselhos Temáticos está diretamente relacionada ao contexto político da região e a ordem da formação de tais conselhos era ditada por uma perspectiva política (KRYKHTINE, 2014; OLIVEIRA CRUZ, 2020). De acordo com Pinto (2019), essas instituições abordavam, em tese, as demandas da sociedade civil, transformando-as em política pública regional, mas, na verdade, era algo decorrente dos próprios governos. Durante os anos de 2008 e 2012 foram criados doze Conselhos Setoriais (figura 5) que tratavam de temas distintos e se reuniam bimestralmente com frequência intermitente, sendo uns conselhos mais ativos que outros (PINTO, 2019).

O primeiro a ser formado foi o Conselho Energético Sul-americano, que estava relacionado ao IIRSA e ao seu programa de integração física por meio da energia. Posteriormente foram criados, ainda em 2008, o Conselho de Defesa e o Conselho de Saúde que, junto com o Conselho Energético, são áreas estruturantes para a cooperação e diplomacia regional, consideradas de alta prioridade, onde é possível identificar oportunidades e negociar acordos para que sejam feitas intervenções positivas (BUSS; FERREIRA, 2011). O Conselho de Defesa, alvo de diversos debates durante sua criação, era responsável pela prevenção e resolução de conflitos, algo que confere ao mesmo uma grande importância geopolítica, uma vez que esse foi um mecanismo de defesa exclusivo da América do Sul, criado sem a tutela dos Estados Unidos.

Por outro lado, o Conselho de Saúde, objeto de análise da pesquisa, adotou uma abordagem técnica em conjunto com a participação dos institutos nacionais de relações exteriores (BUSS; FERREIRA, 2010). Apesar de sua importância, é necessário destacar que a atuação na área da saúde não é algo inédito nos processos regionais da América do Sul, uma vez que, conforme foi analisado no capítulo 1, alguns projetos de regionalismo como, por exemplo, a Comunidade Andina e o Mercosul, já possuíam, em algum grau, uma atuação na área da saúde, fazendo dos mesmos predecessores da Unasul-Saúde.

CONCLUSÕES PARCIAIS

Esse capítulo apresentou a criação da Unasul como uma proposta de regionalismo pós-liberal e as entidades que compõem o mesmo. Para tal, foi exposto, em um primeiro momento, a trajetória do regionalismo latino-americano, um processo iniciado no século XIX que pode ser dividido em quatro fases distintas: Bolivarianismo versus Pan-Americanismo, regionalismo fechado, regionalismo aberto e regionalismo pós-liberal.

Conforme discutido na primeira parte do capítulo, a América Latina, sobretudo a América do Sul, foi cenário para a criação de diversos projetos de regionalismo no decorrer dos anos. Todavia, após o fim da Segunda Guerra Mundial, o regionalismo passou a apresentar um caráter econômico que se tornou basilar para tais processos, seja por meio do desenvolvimento industrial da região, adotando um cunho protecionista, ou através da adoção da matriz neoliberal, que rompeu com a tradição protecionista da região ao promover a criação de áreas de livre comércio.

Apesar disso, quando se trata da Unasul, a mesma foi capaz de adotar um modelo de regionalismo diferenciado, que apresentava semelhanças com o ideal bolivarianista de criar uma proposta regional que, apesar de não eliminar por completo o caráter comercial, tentava estabelecer uma atuação principalmente política e social. No entanto, a criação da Unasul só foi possível devido a dois fatores: a convergência ideológica na região, resultante da Maré Rosa e a realização das Reuniões de Presidentes da América do Sul, que contavam com representantes dos 12 países soberanos.

No que diz respeito à composição da Unasul, a mesma apresentava as instâncias tradicionais de um processo de integração, como o Conselho de Chefes e Chefas. Destaca-se, portanto, a criação dos Conselhos Setoriais, que atribuíram ao processo um caráter multidimensional ao formar essas instâncias e contavam com a participação dos Ministros responsáveis por cada tema. Ainda que esses Conselhos envolvessem os Ministérios dos países, na busca pela construção de uma política pública regional, é necessário salientar que acabaram sendo mais ativos que outros, algo que pode estar relacionado à tradição de cooperação em tais temas.

A saúde, por fim, foi um dos primeiros temas contemplados na criação dos Conselhos. Isso não configurou uma grande novidade já que, conforme descrito no capítulo anterior, a mesma estava presente em outros processos de integração regional, ainda que com características diferentes. Todavia, a Unasul-Saúde apresentou diversas inovações nos discursos e práticas tanto em relação à cooperação como na diplomacia da saúde global.

Portanto, a criação de um projeto que apresentasse as características descritas na concepção de regionalismo pós-liberal como a Unasul permitiu que houvesse uma certa mudança no modelo de integração adotado pela região. Dessa forma, foi adotado um modelo de cooperação voltado para o desenvolvimento e para a redução das assimetrias regionais. Isso permitiu que temas como a saúde assumiram um protagonismo maior, algo que será analisado em detalhe no capítulo seguinte.

3. COOPERAÇÃO SUL-SUL E DIPLOMACIA DA SAÚDE NO CONSELHO DE SAÚDE SUL-AMERICANO

Como observado nos capítulos anteriores, a América Latina, sobretudo a América do Sul, possui uma ampla experiência em cooperação na área da saúde, tanto no âmbito regional quanto no âmbito global, que antecede a criação do Conselho de Saúde Sul-Americano. Apesar das diferentes características presentes nas etapas anteriores que focam na atuação do Estado, José Gomes Temporão, ex-ministro da Saúde do Brasil (2007-2010) e primeiro Diretor Executivo do Instituto Sul-americano de Governo em Saúde (ISAGS) (2011-2016), descreve que o período que antecedeu a criação da Unasul e, conseqüentemente, do Conselho de Saúde, foi marcado por uma cooperação intensa na área da saúde (informação verbal)⁸³.

O ex-ministro da saúde caracteriza esse momento como uma cooperação fragmentada, realizada entre os Ministérios da Saúde dos países da América do Sul em momentos pontuais, como situações de ameaças sanitárias, formação de pessoal e apoio técnico (informação verbal)⁸⁴. Essa cooperação sanitária, por sua vez, é construída por mecanismos de cooperação entre os ministérios, por mecanismos regionais, presentes nos distintos projetos de integração da América do Sul, com destaque para a CAN e o Mercosul, e institutos nacionais relacionados à saúde, como é o exemplo da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Ademais, também deve ser destacada a atuação dos movimentos sociais e de sanitaristas importantes que, conforme apresentado anteriormente, já haviam estabelecido uma cooperação Sul-Sul na saúde, visando estabelecer uma epistemologia própria. Dentre esse grupo, devem ser destacados nomes como Paulo Buss, Oscar Feo, Nila Heredia e José Gomes Temporão, que permeavam tal espaço, conforme aponta Mariana Faria, ex-Chefe de Gabinete do ISAGS (informação verbal)⁸⁵.

3.1.O CONSELHO DE SAÚDE SUL-AMERICANO E SEUS ORGANISMOS: FORMAÇÃO E COMPETÊNCIAS

Conforme apresentado anteriormente, alguns processos de regionalismo já haviam estabelecido uma cooperação prévia na área da saúde. No entanto, a formação do Conselho de

⁸³ Entrevista concedida por TEMPORÃO, José Gomes. Entrevista II. [dez.2020]. Entrevistadora: Maria Isabel Santos Lima. Rio de Janeiro, 2020. 1 arquivo .mp4 (41 min.).

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ Entrevista concedida por FARIA, Mariana. Entrevista V. [dez.2020]. Entrevistadora: Maria Isabel Santos Lima. Rio de Janeiro, 2020. 1 arquivo .mp4 (66 min.).

Saúde Sul-Americano ocorreu em um contexto ímpar, marcado pela ascensão dos governos progressistas e por uma aproximação entre os Estados Sul-Americanos. Como consequência, tem-se, portanto, a criação da Unasul, um processo caracterizado como regionalismo pós-liberal (VEIGA; RIOS, 2007; SANAHUJA, 2012) devido o protagonismo dos atores estatais, a ênfase na agenda política e social, além de uma maior preocupação com o desenvolvimento e com a redução das assimetrias regionais. A criação da Unasul-Saúde ocorreu, portanto, em um momento de construção de uma relação regional para além do âmbito comercial-econômico, de instituição de novos costumes diplomáticos de consenso regional no que diz respeito ao tema da saúde (HERRERO, 2014).

Em dezembro de 2008, durante a Reunião Extraordinária da Unasul das Chefas e Chefes de Estado e Governo que ocorreu em Salvador, Bahia, ficou estabelecida a criação do Conselho de Saúde Sul-Americano. Contudo, esse não foi o primeiro documento a tratar da criação de um conselho que abordasse temas relacionados à saúde, uma vez que em agosto do mesmo ano, durante a realização da Reunião de Conselho de Delegadas e Delegados em Santiago, Chile, já havia sido proposta a criação de um organismo com essa característica. No entanto, essa primeira proposta apresentada por Michelle Bachelet, ex-presidenta do Chile, pleiteava a formação de um conselho social, que abordasse diversos temas para além da saúde (UNASUR, 2008a).

A criação do Conselho de Saúde Sul-Americano, em conformidade com o objetivo da Unasul de garantir o acesso universal aos serviços de saúde, foi pouco registrada, conforme descreve Faria (informação verbal)⁸⁶. Contudo, de acordo com Gonzalo Basile (informação verbal)⁸⁷, Diretor do programa internacional de saúde da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, houve uma clara liderança do Brasil nesse processo, seja através da atuação de Paulo Buss, sanitarista e então presidente da FIOCRUZ, ou do Centro de Relações Internacionais da Fundação, que contava com um histórico de cooperação sobre o tema, ainda que informal, com países da América do Sul, algo apontado por alguns entrevistados (informação verbal)⁸⁸. Ademais, havia um excessivo grau de dependência técnica e econômica do Brasil, já que o mesmo era o maior contribuinte da Unasul, com quase 40% do total (BASILE, 2019). Apesar disso, María Belén Herrero, Professora da FLACSO-Argentina,

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ Entrevista concedida por BASILE, Gonzalo. Entrevista I. [nov. 2020]. Entrevistadora: Maria Isabel Santos Lima. Rio de Janeiro, 2020. 1 arquivo .mp4 (76 min.).

⁸⁸ BASILE, 2020; FARIA; 2020; TEMPORÃO, 2020.

especialista em saúde global (informação verbal)⁸⁹, afirmou que esse foi um projeto abraçado pelos demais membros da Unasul algo que, segundo Temporão (informação verbal)⁹⁰, permitiu que países considerados pequenos, como o Suriname, atuassem ativamente.

A existência de um amplo histórico de cooperação na região, onde muitos dos atores envolvidos já se conheciam, foi essencial para o sucesso dessa proposta, aprovada durante a Reunião dos Ministros e Ministras da Saúde, em novembro de 2008. Portanto, conforme destaca Faria (informação verbal)⁹¹, esse foi um movimento natural que, se não fosse liderado majoritariamente por atores brasileiros, seria proposto por outros Estados-membros, já que segundo a mesma, “é impossível pensar em uma proposta de integração sul-americana com conselhos setoriais sem um conselho de saúde”.

A criação da Unasul-Saúde aconteceu simultaneamente com a criação do Conselho de Defesa, uma atitude conceituada por Herrero (informação verbal)⁹² como uma decisão estratégica, já que havia uma necessidade de formar um conselho de Defesa para que a região conseguisse se recuperar e se distanciar dos países do Norte. A formação do Conselho de Saúde, por sua vez, ocorreu graças a oportunidade vislumbrada por diversos sanitaristas de formalizar os trabalhos já existentes, e que foi aprovada devido ao peso do tema na agenda de integração (informação verbal)⁹³. Destacam-se também as relações previamente existentes entre os ministérios da Saúde de diversos países da América do Sul, algo que facilitou a criação de uma agenda estratégica regional (informação verbal)⁹⁴.

O Conselho de Saúde Sul-Americano, descrito na Decisão para o Estabelecimento do Conselho de Saúde Sul-Americano (UNASUR, 2008b), documento que institui a sua formação, como um “órgão de consulta e cooperação em matéria de saúde”, foi concebido como uma instância permanente composta pelos ministros e ministras de saúde dos países que compunham a Unasul. Ademais, foram estabelecidos no art. 4 da Decisão, também conhecida como o Estatuto do Conselho de Saúde, os princípios norteadores da atuação do conselho:

- a) Saúde é um direito fundamental do ser humano e da sociedade e é um componente vital do e para o desenvolvimento humano;
- b) Por sua ampla aceitação política e social, a Saúde é um importante impulsor da concertação e integração das nações que integram a UNASUL;
- c) Saúde deve integrar-se no conceito maior de proteção social e, como tal, desempenhar um papel muito importante no desenvolvimento social harmônico;

⁸⁹ Entrevista concedida por HERRERO, María Belén. Entrevista IV. [dez.2020]. Entrevistadora: Maria Isabel Santos Lima. Rio de Janeiro, 2020. 1 arquivo .mp4 (69 min.).

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ Ibid.

⁹² Ibid.

⁹³ BASILE, 2020; HERRERO, 2020; TEMPORÃO, 2020.

⁹⁴ TEMPORÃO, 2020.

- d) UNASUL Saúde poderá considerar os alinhamentos aprovados pelos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde;
- e) A Região conta com capacidades e experiências em saúde que devem ser mobilizadas a favor da integração das nações da UNASUL;
- f) Promover a redução das assimetrias existentes entre os sistemas de Saúde dos Estados Membros da UNASUL para fortalecer a capacidade da região no campo da Saúde;
- g) Promover a responsabilidade e a participação cidadã nos temas de saúde, enquanto bem público que pertence a sociedade como um todo;
- h) Promover a incorporação das organizações sociais e comunitárias na UNASUL Saúde;
- i) Ter em mente os princípios de solidariedade, complementaridade, respeito à diversidade e interculturalidade no desenvolvimento institucional da UNASUL Saúde e na promoção de iniciativas de cooperação no campo da saúde, reconhecendo as diferentes realidades nacionais (UNASUR, 2008b, p. 1-2, tradução nossa)⁹⁵.

Dentre esses valores, três pontos devem ser destacados. Primeiro, o reconhecimento da saúde como direito fundamental, a promoção da participação cidadã e de organizações sociais no processo, a promoção da redução das assimetrias regionais e o respeito às distintas realidades de seus membros eram princípios que reiteraram o compromisso estabelecido pela Unasul em seu tratado constitutivo. Segundo, dentre tais princípios, é reconhecido o histórico da região no tocante a sua atuação em questões sanitárias a fim de que o mesmo seja empregado com a finalidade de avançar no processo de integração. Tal princípio é fortalecido pelo art. 5, que determina como objetivo geral a incorporação e integração dos mecanismos regionais desenvolvidos no âmbito do Mercosul, do Organismo Andino de Saúde (ORAS-CONHU) e da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA). No que diz respeito à incorporação de mecanismos de processos de integração já existentes, Sebastian Tobar, Assessor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), afirmou que houve uma convergência de projetos como o CAN e o Mercosul, além de haver influências de outros projetos regionais como a OTCA, sobretudo no que tange a cooperação em áreas fronteiriças (informação verbal)⁹⁶.

⁹⁵ “a) Salud es un derecho fundamental del ser humano y de la sociedad y es un componente vital del y para el desarrollo humano; b) Por su amplia aceptación política y social, Salud es un importante impulsor de la concertación e Integración de las naciones que integran UNASUR; c) Salud debe integrarse en el concepto mayor de protección social y, como tal, jugar un papel muy importante en el desarrollo social armónico. d) UNASUR Salud podrá considerar los lineamientos aprobados por los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud; e) La Región cuenta con capacidades y experiencias en Salud que deben ser movilizadas a favor de la integración de las naciones de UNASUR; f) Promover la reducción de las asimetrías existentes entre los sistemas de Salud de los Estados Miembros de UNASUR para fortalecer la capacidad de la región en el campo de la Salud. g) Promover la responsabilidad y la participación ciudadana en los temas de la Salud, en cuanto bien público que atañe al conjunto de la sociedad; h) Promover la incorporación de las organizaciones sociales y comunitarias en UNASUR Salud; i) Tener presentes los principios de solidaridad, complementariedad, respeto a la diversidad e interculturalidad en el desarrollo institucional de UNASUR Salud y en la promoción de iniciativas de cooperación en el campo de la salud reconociendo las diferentes realidades nacionales”.

⁹⁶ Entrevista concedida por TOBAR, Sebastian. Entrevista VI. [dez.2020]. Entrevistadora: Maria Isabel Santos Lima. Rio de Janeiro, 2020. 1 arquivo .mp4 (42 min.).

Por fim, a saúde é estabelecida como um assunto importante para a promoção da integração regional, algo corroborado de forma unânime pelos informantes-chave entrevistados ao afirmarem que a mesma ocupou um lugar central no âmbito da Unasul, algo que Herrero e Tussie (2015) atribuem à ascensão da diplomacia da saúde. Segundo Faria (informação verbal)⁹⁷, a saúde também foi importante para facilitar e possibilitar o diálogo entre os países, mesmo em momentos de tensão política em outros âmbitos, como ocorreu em 2012 com o golpe sofrido pelo então presidente paraguaio Fernando Lugo no seu país.

A relação entre a Unasul e o Conselho de Saúde Sul-Americano é descrita por Herrero (informação verbal)⁹⁸ como recíproca, já que a saúde deu a Unasul um conselho dinâmico com distintos níveis de cooperação – nacional, regional e global – enquanto a Unasul permitiu que a saúde fosse incorporada na agenda política de forma distinta e não como um tema técnico e com um enfoque mais vinculado a enfermidades específicas, como ocorre na OPAS. Assim, entre os objetivos específicos delineados no art. 6 do documento, se encontra a promoção de políticas comuns, da cooperação entre os países que compõem esse projeto regional e de respostas coordenadas, além da identificação dos determinantes sociais que sejam considerados críticos para a saúde, do fortalecimento das instituições nacionais e dos ministérios de saúde e do fomento à pesquisa (UNASUR, 2008b). Portanto, devido a tais características, a Unasul-Saúde é vista por Herrero e Tussie (2015) como o ponto inicial da adoção da saúde como um tema de questão diplomática e de cooperação, com o objetivo de reduzir a desigualdade através de uma atuação unificada dos Estados Parte.

Conforme discutido anteriormente, a agenda sul-americana de saúde simbolizava um diferencial na abordagem adotada pelo Conselho em sua atuação e apresentava um caráter ambicioso, consequência dos desafios transfronteiriços presentes na região, e contribuiu para o fortalecimento do direito à saúde (CAMPOS, 2018). As atividades realizadas pela Unasul Saúde não eram com base em enfermidades específicas, ou na chamada saúde hospitalar, apesar de ter sido criada em contexto de epidemia da H1N1⁹⁹, algo que acelerou a articulação regional (informação verbal)¹⁰⁰. Assim, em abril de 2010, a Unasul Saúde apresentou o “Plano Quinquenal 2010-2015” (UNASUR-SALUD, 2010, p. 17), que definia agenda do Conselho de

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ Ibid.

⁹⁹ Também conhecida como Influenza tipo A, a H1N1 é uma doença resultante da mutação do vírus da gripe que afetou parte da população mundial entre 2009 e 2010. De acordo com dados do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), durante esse período, entre 151 mil e 575 mil pessoas morreram devido à pandemia. Para mais informações: <http://www.iff.fiocruz.br/index.php/8-noticias/239-h1n1sintomas>, acessado em 02/02/2021, às 22:36.

¹⁰⁰FARIA, 2020; TOBAR, 2020.

acordo com os temas considerados estratégicos e prioritários no Plano de Trabalho da Unasul Saúde:

- 1- Escudo epidemiológico;
- 2- Desenvolvimento dos sistemas universais de saúde;
- 3- Acesso universal a medicamentos;
- 4- Promoção da saúde e ações sobre os determinantes sociais;
- 5- Desenvolvimento e gestão de recursos humanos em saúde.

O Plano de Trabalho abarcava as diferentes agendas dos países simultaneamente, de modo a possibilitar a organização do bloco no sentido de “melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, a vigilância epidemiológica, a medicamentos, ao desenvolvimento de recursos humanos pautados pelos determinantes sociais” (NEVES JÚNIOR, 2014, p. 61). Dessa forma, era possível identificar e solucionar questões relacionadas à saúde que fossem específicas de um país, sem que fosse necessário realizar uma abordagem regional (BUSS; FERREIRA, 2011).

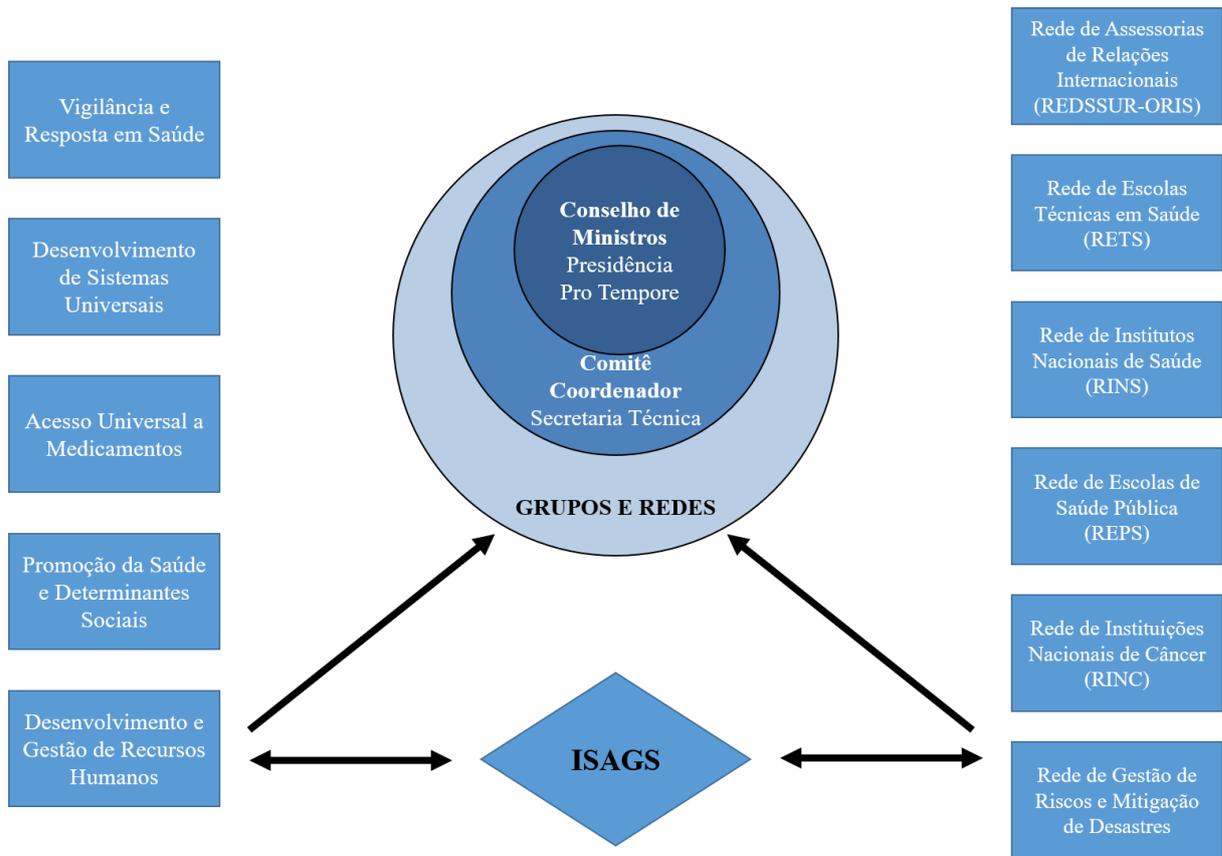
Houve, portanto, uma priorização de temas de saúde pública, visando alcançar uma resolução que fosse benéfica para todos os países envolvidos, algo que Tobar (informação verbal)¹⁰¹ compara com a ideia de bem público regional. Conforme destaca Carina Vance, ex ministra da Saúde do Equador (2012-2015) e segunda Diretora Executiva do ISAGS (2016-2019), “a saúde foi um dos poucos conselhos que desenvolveu um plano quinquenal com metas e objetivos específicos relacionados ao que se queria conquistar”, no entanto, esse plano esteve vigente apenas entre 2010 e 2015 e não foi renovado e nem atualizado (informação verbal)¹⁰².

Por fim, se tratando da composição do Conselho de Saúde Sul-Americano, conforme pode ser observado na imagem abaixo, o mesmo é formado por cinco instâncias distintas que serão analisadas em seguida (figura 07): Conselho de Ministros e Ministras de Saúde, Comitê Coordenador, Grupos Técnicos, Redes e o Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde. Para Faria (informação verbal)¹⁰³, essa estrutura possuía diversos pontos de ligação, o que permitia que ocorresse uma atuação em diversos níveis.

¹⁰¹ Ibid.

¹⁰² Entrevista concedida por VANCE, Carina. Entrevista II. [dez.2020]. Entrevistadora: Maria Isabel Santos Lima. Rio de Janeiro, 2020. 1 arquivo .mp4 (43 min.).

¹⁰³ Ibid.

Figura 11 - Estrutura organizacional do Conselho de Saúde Sul-Americano

Fonte: Figura adaptada de Unasur-Salud (2010).

3.1.1. Conselho de Ministros e Ministras de Saúde

Conforme previsto no Estatuto da Unasul-Saúde (2008b), o Conselho de Ministros e Ministras era a instância máxima de decisão, sendo composto pelos ocupantes de tal cargo em seus respectivos países. Dessa forma, os acordos e as resoluções propostas só podiam ser adotados se houvesse um consenso entre todas as partes e, posteriormente, essas decisões deviam ser canalizadas por meio das estruturas estabelecidas pela institucionalização da Unasul. No entanto, apesar de ser a instância decisória da Unasul Saúde, a grande rotatividade de Ministros de Saúde na região, uma consequência da chamada “curta expectativa de vida” não comprometia os avanços no tema da saúde, uma vez que o corpo técnico e o apoio da Fiocruz eram constantes (informação verbal)¹⁰⁴.

Esse organismo era coordenado pelo Presidente do Conselho de Saúde, cargo desempenhado pelo Ministro ou Ministra do país que estivesse ocupando a Presidência Pro Tempore da Unasul, com um mandato de um ano, em conformidade com o estabelecido no

¹⁰⁴ TEMPORÃO, 2020.

Tratado Constitutivo da União de Nações Sul-Americanas. O ocupante do cargo era responsável por “coordenar as atividades de todas as instâncias”, além de “elaborar a proposta de agenda e organização dos trabalhos para as reuniões ordinárias e extraordinárias das diferentes instâncias da Unasul-Saúde, a ser submetida para consideração dos demais Estados Membros” (UNASUR, 2008b, p. 3).

Por fim, o documento definia que os componentes do Conselho de Ministros deviam realizar reuniões anuais de caráter ordinário, que ocorreriam em concordância com outros foros, como a Assembleia Mundial da Saúde (AMS), além de prever a realização de reuniões extraordinárias quando necessário. No entanto, é fundamental destacar que antes da criação da Unasul já existiam reuniões entre os ministros de saúde sul-americanos, ainda assim, a inclusão de uma instância no bloco regional dedicada para formalizar tais encontros é vista por como inovadora, já que os incluía na agenda política do bloco (informação verbal)¹⁰⁵.

3.1.2. Comitê Coordenador

Similar ao Conselho de Ministros, o Comitê Coordenador também teve a sua criação prevista na Decisão para o Estabelecimento do Conselho de Saúde, onde foram delineados alguns aspectos de sua composição e suas competências, e pelo Anexo II do Acordo Nº 01/09 (2009), que estabelecia as atribuições do mesmo. O Acordo Nº 01/09 de Constituição do Conselho de Saúde Sul-Americano (UNASUR-SALUD, 2009a) determinou o Comitê Coordenador como responsável por “impulsionar, facilitar e promover o sucesso dos objetivos do Conselho de Saúde Sul-Americano”. A Comissão, portanto, era vista como responsável pela preparação dos temas e dos documentos que seriam levados para consideração do Conselho Ministerial, conforme estabelece a Decisão para o Estabelecimento do Conselho de Saúde Sul-Americano (UNASUR, 2008b). Ademais, está entre as suas atribuições: garantir a continuação e avaliar os avanços no processo de integração regional em saúde; propor a criação e o término dos grupos técnicos que estejam em concordância com o Plano de Trabalho, além de coordenar e dar continuidade às suas atividades; coordenar o posicionamento do Conselho em temas centrais para a integração na saúde; promover um diálogo com a sociedade e cuidar da comunicação social, articulando com diferentes setores da sociedade.

O Comitê era formado por “um representante titular e um suplente para cada Estado Membro, designado pelos Ministros e Ministras e um representante do MERCOSUL – ORAS

¹⁰⁵ HERRERO, 2020; TOBAR, 2020.

CONHU – OTCA e OPAS em papel de observadores, de forma transitória” (UNASUR, 2008b). De acordo com o Estatuto do Conselho de Saúde (2008b), ficou estabelecido que esses representantes deveriam se reunir uma vez a cada seis meses, admitindo a possibilidade de realização de reuniões extraordinárias.

O Comitê também abarcava a Secretaria Técnica, que funcionava a cargo da Presidência Pro Tempore do Conselho de Saúde, além de ser ocupado pelo país responsável pela gestão e pelo próximo país que ocupará tal cargo. Essa composição, segundo o documento, possuía o propósito de assegurar que houvesse uma continuidade no trabalho desenvolvido. Portanto, a Presidência se tornava responsável pelas tarefas de competência da Secretaria, como a comunicação com os Estados-parte e o envio das informações que sejam de interesse desses países, além de ser responsável pela convocação das reuniões e pela elaboração e depósito das atas e dos demais documentos.

3.1.3. Grupos Técnicos

Similar às instâncias discutidas anteriormente, os Grupos Técnicos (GTs) também foram instituídos a partir da Decisão advinda da Reunião Constitutiva do Conselho de Saúde (UNASUR, 2008b), que estabeleceu que a atuação dos mesmos ocorreria de acordo com as áreas de trabalho definidas pelo Conselho de Ministros. O Plano Quinquenal 2010-2015 do Conselho de Saúde determinou que os GTs seriam “encarregados de analisar, elaborar, preparar e desenvolver propostas, planos e projetos dirigidos para atingir a integração sul-americana em saúde” (UNASUR-SALUD, 2010, p. 13). Esses grupos, formados por integrantes dos Estados-parte considerados especialistas em determinados temas de saúde (informação verbal)¹⁰⁶, eram coordenados por dois países, um ocupando a vaga de coordenador principal, enquanto o outro era o coordenador suplente. No entanto, conforme estabeleceu o Estatuto da Unasul-Saúde (2008b), esses países alternavam de cargo ao completar um ano desde o início de sua gestão.

Devido ao foco de atuação dos GTs estar diretamente relacionado aos temas da agenda de saúde do conselho, foram estabelecidos cinco grupos, de forma que cada um ficasse responsável por tratar de um dos pontos do plano de trabalho:

¹⁰⁶ FARIA, 2020.

Figura 12 - Coordenação e objetivo dos Grupos Técnicos

Grupos Técnicos	Coordenação	Objetivo
Vigilância e Resposta em Saúde	Paraguai Uruguai	Estabelecer uma rede de vigilância epidemiológica e o controle de doenças transmissíveis e doenças crônicas não-transmissíveis
Desenvolvimento de Sistemas Universais	Chile Bolívia	Formar Sistemas de Saúde Universais nos países da América do Sul que adotem uma abordagem inclusiva e que reconheçam a saúde como um direito
Acesso Universal a Medicamentos	Argentina Suriname	Desenvolver estratégias para que países possuam um melhor acesso aos medicamentos
Promoção da Saúde e Determinantes Sociais	Venezuela Colômbia	Atuar sobre os determinantes sociais a fim de reduzir a desigualdade e as assimetrias regionais
Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos	Brasil Peru	Fortalecer a formação e gestão de Recursos Humanos em saúde, principalmente nas áreas estabelecidas como estratégicas pela Agenda da Unasul Saúde

Fonte: Elaboração própria a partir de Unasul-Salud (2009a).

Conforme pode ser observado, dez dos doze membros do Conselho de Saúde eram responsáveis pela coordenação de um dos GTs, de acordo com os interesses nacionais dos países (informação verbal)¹⁰⁷.

3.1.4. Redes estruturantes

Em novembro de 2009, meses após a reunião que estabeleceu a constituição do Conselho de Saúde, os países se reuniram novamente em Guayaquil, Equador, resultando na publicação de diversas resoluções. Essa reunião estabeleceu a conformação das Redes Estruturantes, resultado da Resolução 07/09 que

2. Reconhece como instituições estruturantes dos sistemas de saúde aquelas capazes de operacionalizar de forma eficaz, eficiente e sustentável os sistemas e serviços de saúde, principalmente pela capacidade da autoridade sanitária e desenvolvimento de recursos humanos, através de atividades de P & D¹⁰⁸ e de formação de pessoal, incluindo Institutos Nacionais de Saúde, Escolas Profissionais (medicina, enfermagem e odontologia), Escolas de Saúde Pública, Escolas Técnicas de Saúde e outras instituições congêneres (UNASUR-SALUD, 2009b, tradução nossa)¹⁰⁹.

¹⁰⁷ HERRERO, 2020.

¹⁰⁸ Atividades de Pesquisa e Desenvolvimento (P & D).

¹⁰⁹ “2. Reconocer como instituciones estructurantes de los sistemas de salud aquellas capaces operativizar de forma eficaz, eficiente y sustentable los sistemas y servicios de salud, principalmente por la capacidad de la autoridad sanitaria y desarrollo de recursos humanos, a través de actividades de I & D y de formación de personal, incluyendo Institutos Nacionales de Salud, Escuelas Profesionales (medicina, enfermería y odontología), Escuelas de Salud Pública, Escuelas Técnicas en Salud y otras instituciones Congêneres”.

As redes eram formadas por instituições que desenvolviam atividades de cooperação em conjunto com as instituições dos demais países em uma determinada área de atuação. Elas possuíam agendas próprias, mas participavam das reuniões e das atividades desenvolvidas pela Unasul Saúde (informação verbal)¹¹⁰. Diferente dos Grupos Técnicos, algumas Redes já haviam estabelecido articulações anteriores à sua formação juntamente com alguns países da América Latina, para que tais mecanismos ganhassem uma estrutura (informação verbal)¹¹¹. Segundo Tobar (informação verbal)¹¹², as redes eram vistas como possíveis ferramentas de fortalecimento dos sistemas de saúde dos países, uma vez que essas instituições participavam de tal processo.

Assim, entre 2009 e 2012, foram criadas seis Redes Estruturantes (figura 09), sendo a primeira a Rede de Escolas Técnicas em Saúde¹¹³ (RETS), também fruto da Resolução 07/09 (UNASUR-SALUD, 2009b).

Figura 13 - Coordenação e objetivo das Redes Estruturantes

Redes Estruturantes	Coordenação	Objetivo
Rede de Assessorias de Relações Internacionais (REDSSUR-ORIS)	Assessoria de Relações Internacionais dos Ministérios da Saúde do Brasil e Chile	Promover o fortalecimento institucional dos Ministérios de Saúde por meio da cooperação
Rede de Escolas Técnicas em Saúde (RETS)	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), Brasil	Fortalecer a formação de trabalhadores na área da saúde por meio da cooperação técnica e do intercâmbio de experiências.
Rede de Institutos Nacionais de Saúde (RINS)	Instituto Nacional de Salud, Peru Secretaria Executiva: Fiocruz	Fortalecer e desenvolver os sistemas nacionais de saúde
Rede de Escolas de Saúde Pública (REPS)	Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), Brasil	Promover a criação de uma infraestrutura para o desenvolvimento de trabalhadores na área da saúde através de pesquisas e intercâmbios técnicos
Rede de Instituições Nacionais de Câncer (RINC)	Secretaria Executiva: Instituto Nacional de Câncer (INCA), Brasil	Elaborar e executar políticas e programas voltados para o controle do câncer na América do Sul
Rede de Gestão de Riscos e Mitigação de Desastres (GRIDS)	Ministérios de Saúde do Chile e do Peru	Reduzir os riscos e responder adequadamente em situações desastres

Fonte: Elaboração própria a partir de documentos da Unasul-Saúde.

¹¹⁰ TEMPORÃO, 2020.

¹¹¹ TEMPORÃO, 2020; VANCE, 2020.

¹¹² Ibid.

¹¹³ Para mais informações: <<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/rets/rets-unasul>>, acessado em 23/01/2021, às 12:44.

Ao comparar a coordenação e os objetivos dos GTs e das Redes Estruturantes, alguns pontos podem ser observados. Diferente dos GTs que eram coordenados por dois países, a coordenação das Redes Estruturantes era de responsabilidade de institutos nacionais, assessorias e centros de pesquisa. Ademais, destaca-se a presença do Brasil no papel de coordenador ou de secretaria executiva em cinco das seis Redes Estruturantes, enquanto só fez parte da coordenação do GT de Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos. Por fim, esse esquema ilustra o envolvimento da Fiocruz no processo, algo que não foi replicado por centros de pesquisa dos demais Países Membros da Unasul Saúde.

3.1.5. Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde

Também foi durante a reunião em Guayaquil que ficou decidida, na Resolução 05/2009 do Conselho de Saúde da Unasul (2009c), a criação do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), anteriormente nomeado de Escola Sul-Americana de Governo em Saúde, uma recomendação do Grupo Técnico de Recursos Humanos, coordenado pelo Brasil e pelo Peru. No entanto, segundo Temporão (informação verbal)¹¹⁴, a criação do ISAGS começou a ser pensada no Conselho de Ministros de Saúde, o que tornou a instância essencial para a formação do instituto, já que entendia como necessário criar um mecanismo capaz de apoiar o processo de formação de líderes e a geração de conhecimento (informação verbal)¹¹⁵. A Resolução 05/2009 (UNASUR-SALUD, 2009c) também estabeleceu a cidade do Rio de Janeiro, Brasil, como a sede do Instituto. Essa resolução, adotada por consenso em 2011 durante a Reunião de Montevideú, só foi formalizada no ano de 2012 através do Acordo de Sede. O ISAGS foi, portanto, uma criação de grande interesse do governo brasileiro, já que o mesmo custeou, formulou e serviu de sede para o Instituto (informação verbal)¹¹⁶.

Apesar da Resolução 05/2009 (UNASUR-SALUD, 2009c) oferecer algumas sugestões para a composição organizacional do Instituto, a estrutura do mesmo só foi formalizada em 2011, através da Resolução 02/2011 do Conselho de Saúde (2011a), que aprovou o Estatuto do ISAGS nas instâncias decisórias da Unasul. O Estatuto, logo no início, descrevia o Instituto como “um órgão de caráter intergovernamental, público, integrante e pertencente ao Conselho Sul-Americano de Saúde”, e com personalidade jurídica (ISAGS, 2011). E, por ser um

¹¹⁴ Ibid.

¹¹⁵ VANCE, 2020.

¹¹⁶ TOBAR, 2020.

organismo do âmbito da Unasul Saúde, suas atividades deveriam estar de acordo com o Plano de Trabalho estabelecido pelo Conselho de Ministros da Saúde.

O objetivo da instituição era estabelecer “um centro de altos estudos e debate de políticas para o desenvolvimento de líderes e de recursos humanos estratégicos em saúde”, fomentando, assim, a governança dos seus membros e a articulação regional em temas de saúde (ISAGS, 2011). Para isso, o ISAGS ficou incumbido de apoiar e formar recursos humanos estratégicos, organizar o conhecimento existente e fomentar a realização de pesquisas sobre temas pertinentes ao Conselho de Saúde. Ademais, também era de competência do ISAGS a difusão de informações técnico-científicas em saúde, apoiar no processo de formulação de políticas externas comuns e oferecer uma assessoria técnica para as instituições nacionais de saúde (ISAGS, 2011).

A estrutura organizacional da instituição era formada pelo Conselho Diretivo, pelo Conselho Consultivo e pela Direção Executiva. O Conselho Diretivo, responsável por orientar as atividades realizadas de acordo com as prioridades estabelecidas pelo Conselho de Saúde Sul-Americano, era composto pelas Ministras e Ministros da Saúde dos Estados Parte da Unasul que se reuniam anualmente. O Conselho Consultivo, por sua vez, era formado pelos Coordenadores Titulares dos GTs e das Redes e por especialistas indicados pelo Diretor Executivo, com a aprovação do Conselho Diretivo do ISAGS. Esse órgão consultivo se reunia ao menos uma vez ao ano e possuía entre suas atividades a formulação de “recomendações relativas à planificação, administração, execução e avaliação dos programas desenvolvidos pelo Instituto” (ISAGS, 2011). A Direção Executiva, por fim, era o órgão responsável pela gestão do ISAGS de acordo com os “objetivos, políticas, planos, programas e projetos determinados e aprovados pelo Conselho Diretivo” (ISAGS, 2011). A Direção estava conformada pelo Diretor Executivo, nomeado pelo Unasul Saúde, e por funcionários técnicos e administrativos. Durante o período de vigência do ISAGS, a instituição possuiu dois Diretores Executivos: José Gomes Temporão (2011 – 2016), ex-ministro da saúde do Brasil e Carina Vance (2016 – 2019), ex-ministra da saúde do Equador.

No que diz respeito ao financiamento do Instituto, o mesmo recebia uma parte dos aportes regulares pagos pelos Estados-membros, podendo receber contribuições extras de tais países, além de recursos financeiros de agências internacionais, de acordo com o estabelecido pelo Conselho de Saúde. Ademais, o ISAGS atuava como uma estrutura de apoio para as Redes e os Grupos Técnicos, que não tinham como mandato responder à agenda estabelecida pela Unasul Saúde em uma esfera técnica e, ao mesmo tempo, política, que visava fortalecer as

capacidades, o sistema e a soberania dos Estados de responderem às suas próprias necessidades (informação verbal)¹¹⁷.

O ISAGS foi responsável por conceder ao Conselho de Saúde um caráter institucionalista, algo que somente a Unasul Saúde e o Conselho de Defesa Sul-Americano, com a criação do Instituto de Defesa em Buenos Aires conseguiram alcançar. Temporão (informação verbal)¹¹⁸ atribui os resultados alcançados pelo Conselho de Saúde à criação do ISAGS, e ao fato do Instituto possuir sede, orçamento, plano de ação, status político e jurídico. Conforme pode ser observado no Estatuto (ISAGS, 2011), a proposta do ISAGS foi criar uma entidade internacional, uma proposta que não foi bem recebida pela OPAS, ao enxergar o Instituto como um concorrente. Para que isso se concretizasse, foi necessário um longo processo, iniciado com a assinatura do acordo de sede entre os países-membros e o Brasil no ano de 2012. Em um segundo momento, esse documento foi enviado para o Congresso Nacional, onde foi avaliado por diversas comissões e por distintos ministérios, como o da Fazenda e o do Planejamento e, por fim, o documento foi enviado para a Presidência.

Em maio de 2016, a Presidenta do Brasil, Dilma Rousseff, assinou o Decreto nº 8744¹¹⁹ formalizando a criação do ISAGS que, até então era denominado de “Pró-ISAGS”. Durante esse período pró-ISAGS (2011 – 2016), a atuação da Fiocruz foi essencial para o funcionamento do instituto, uma vez que foi a fundação que financiou o processo e custeou o salário dos funcionários (informação verbal)¹²⁰. Essa parceria entre o ISAGS e a Fiocruz foi vista por Vance (informação verbal)¹²¹ como estratégica, devido ao reconhecimento regional e mundial da Fundação. O instituto era, nas palavras de Faria (informação verbal)¹²² “uma estrutura de apoio para as Redes e os Grupos que não tinham como mandato responder à agenda da Unasul”.

3.2.A ATUAÇÃO E OS AVANÇOS DO CONSELHO DE SAÚDE

Quando se trata da atuação da Unasul Saúde, Tobar (informação verbal)¹²³ afirmou que a mesma atuou em diversos temas, como o caso da H1N1, onde desenvolveu uma estratégia para o enfrentamento da doença através da compra de vacinas, antivirais e kits de diagnósticos,

¹¹⁷ FARIA, 2020.

¹¹⁸ Ibid.

¹¹⁹ O Decreto na íntegra está disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8744.htm>, acessado em 22/01/2021, às 19:29.

¹²⁰ TEMPORÃO, 2020.

¹²¹ Ibid.

¹²² Ibid.

¹²³ Ibid.

a fim de garantir o acesso para todos¹²⁴. Ademais, também foram listados a criação de cursos de capacitação, o intercâmbio de experiências para a criação de políticas públicas, além de estabelecer um posicionamento comum entre os países no cenário internacional. O Conselho operou em distintos níveis através da cooperação sul-sul e da agenda de cooperação sanitária, que refletiam essa nova geopolítica regional resultante da aproximação política de diversos países da América do Sul (informação verbal)¹²⁵. Ademais, o Conselho foi capaz de estabelecer uma agenda sanitária internacional bastante ativa, conforme afirmou Herrero (informação verbal)¹²⁶.

De modo geral, os entrevistados apontaram quatro instâncias como avanços alcançados pelo Conselho: a criação do ISAGS, a presença internacional do Conselho de Saúde, a atuação do Grupo Técnico de Acesso Universal aos Medicamentos (GAMU) e a atuação da Rede de Instituições e Institutos Nacionais de Câncer (RINC).

3.2.1 O ISAGS e a institucionalização da saúde

O Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, como apresentado anteriormente, apesar de ter sido criado em 2011, só teve seu reconhecimento em 2016. A instituição teve dois momentos separados de acordo com a diretoria que estava à frente do mesmo. O primeiro período, denominado como “Pró ISAGS”, abrange a gestão de José Gomes Temporão, ex-ministro de Saúde do Brasil, onde o foco era a formação e o fortalecimento do ISAGS como instituição regional e internacional. Durante esse período, o Instituto de Saúde atuou fortemente em duas vertentes. A primeira foi a promoção e realização de pesquisas que resultaram, por exemplo, na realização do seminário sobre os sistemas de saúde da América do Sul e, posteriormente, na criação do livro “Sistemas de Saúde na América do Sul”¹²⁷, uma publicação que utilizou uma metodologia única para analisar os sistemas de saúde dos doze países da Unasul. A segunda foi o trabalho de consultoria em temas como atenção primária em saúde e vigilância sanitária. Conforme pode ser observado na imagem abaixo (figura 13), foram realizados dezenove eventos, sendo três deles cursos de formação, cinco mapeamentos

¹²⁴ Para mais informações: <<https://www.estadao.com.br/noticias/geral,ministros-de-saude-da-unasul-unem-forcas-para-enfrentar-o-h1n1,415692>>, acessado em 26/01/2021, às 15:16.

¹²⁵ HERRERO, 2020.

¹²⁶ Ibid.

¹²⁷ Para mais informações:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3071:unasul-lanca-publicacao-sobre-sistemas-de-saude-na-america-do-sul-desafios-para-a-universalidade-a-integralidade-e-a-equidade&Itemid=347>, acessado em 27/01/2021, às 16:42.

regionais, além do lançamento de livros e outras pesquisas. Também foi na gestão de Temporão que a criação da Plataforma de Intercâmbio sobre Prevenção do Colo do Útero foi iniciada.

Figura 14 - Quadro de atividades realizadas no âmbito do ISAGS na gestão de José Gomes Temporão (2013¹²⁸-2016)

Ano	Produção de Conhecimento e Projetos	Eventos
2013	Livro: Vigilância em Saúde na América do Sul	Sistemas Universais de Saúde: objetivos e desafios
		Mudanças recentes nas políticas de proteção social dos países latino-americanos
	Mapeamento de Modelos de Atenção Primária	Nós críticos dos determinantes sociais da saúde
		Inovação, acesso e desenvolvimento: perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial de Saúde
	Mapeamento de Programas de Formação em Saúde Pública	Acesso, desenvolvimento industrial e inovação em saúde
Mapeamento da Produção de Medicamentos e Política de Medicamentos	Modelos de gestão, financiamento e gestão participativa nos sistemas nacionais de saúde da América do Sul	
2014	Livro: Atenção Primária à Saúde na América do Sul (Produção)	Curso: Governança Política em Saúde e determinantes sociais da saúde
		Curso: Políticas Públicas Intersetoriais e Determinação Social da Saúde
		Atenção Primária à Saúde e Sistemas Universais
	Documentos autorais sobre a Atenção	Abordagens da Atenção Primária à Saúde e estratégias para a permanência de profissionais em zonas remotas e desfavorecidas
		Os desafios dos Sistemas Universais de Saúde no século XXI
		Fortalecer o Estado, Regular o Mercado: desafios dos sistemas nacionais de saúde da Unasul
	Mapeamento da capacidade produtiva e de políticas de medicamento	As crises da inovação na saúde
Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual: perspectivas para Unasul		
2015	Livro: Atenção Primária à Saúde na América do Sul (Publicação)	A determinação social e a saúde na América Latina
	Mapeamento de Políticas de Transferência de Rendas e seus Mecanismos de Controle e Participação Social	Curso de Políticas Públicas Intersetoriais e Determinação Social da Saúde
	Flexibilidades do TRIPS sobre propriedade intelectual	Reunião: Diálogo entre as políticas de transferência de renda e os determinantes sociais da saúde em tempos de crise global
2016 (jan-jun)	Lançamento: Mapeamento de Políticas de Transferência de Rendas	Políticas de saúde de fronteira na Unasul
	Lançamento: Informe sobre as Flexibilidades do Acordo TRIPS sobre propriedade intelectual	Processos decisórios institucionais em matéria de cobertura de tecnologias sanitárias em países da América do Sul
	Projeto: Plataforma de Intercâmbio de Experiências e Assistência Técnica para a Prevenção e Controle do Câncer de Colo de Útero	-

Fonte: Elaboração própria com base nos Informes Anuais do ISAGS (2013-2016).

O segundo momento, por sua vez, está relacionado à gestão de Carina Vance, ex-Ministra de Saúde do Equador e à formalização da Instituição, onde foram feitas algumas

¹²⁸ Não foram adicionadas no quadro as atividades realizadas nos dois primeiros anos do ISAGS devido à falta de informes anuais ou outros documentos que contenham tais informações.

modificações na atuação da mesma. Nessa época, segundo Vance (informação verbal)¹²⁹ o ISAGS tinha como foco “gerar uma estrutura com capacidade própria e com investigadores como parte da instituição”, além de especialistas nos cinco grupos de trabalho. Existia, portanto, um enfoque maior no que diz respeito à produção interna, vinculada aos Ministérios de Saúde dos países-membros, algo que obteve sucesso durante os anos de 2016 e 2017 devido à resposta positiva dos ministérios. Como pode ser observado na Figura 14, houve um aumento significativo nos conteúdos de produção de conhecimentos (artigos, livros, mapeamentos e projetos), devido à contratação dos especialistas responsáveis pela produção de pesquisas.

Figura 15 - Quadro de atividades realizadas no âmbito do ISAGS na gestão de Carina Vance Mafla (2016 - 2019)

¹²⁹ Ibid.

Ano	Produção de Conhecimento e Projetos	Eventos
2016 (jul-dez)	Mapeamento das Capacidades Regionais de Produção de Medicamentos e Insumos para a saúde	Estratégias para melhorar o acesso aos produtos biológicos: lições aprendidas e desafios
		Riscos de Desastres
		Migração e Saúde da América do Sul
		Semana da Saúde Unasul
2017	Mapeamento das Políticas de Saúde Intercultural na América do Sul	Seminário Virtual sobre Avaliação de Tecnologias Sanitárias
	Desafios do Envelhecimento Populacional para os Sistemas de Saúde na América do Sul	Foro Internacional de Judicialização da Saúde
	Linha de base sobre as políticas de prevenção da gravidez não intencional na adolescência	VII Congresso Ibero-americano de Direito Sanitário
	A situação dos medicamentos essenciais com risco de desabastecimento	Acesso a tecnologias sanitárias, patentes e preços
	Compra pública de medicamentos nos países da Unasul	
	Mapeamentos das ofertas de pós-graduação em áreas estratégicas em saúde da Unasul	A saúde e os novos desafios da integração
	Diretrizes de políticas de recursos humanos para a saúde na Unasul	
	Sistematização de Guias de prática clínica dos Ministérios da Saúde da região sul-americana	Entre o direito individual e a proteção da Saúde Pública: epidemias e o papel do Estado
	Interferência da indústria de alimentos	
	Participação social em saúde na América do Sul	Saúde sem fronteira
Lançamento: Programa internacional de estágios do ISAGS		
2018	Judicialização de medicamentos nos países sul-americanos	Capacitações ISAGS – A Unasul como espaço de integração regional em saúde
	Revisão dos processos de avaliação de patentes de medicamentos em países sul-americanos	Direito à saúde como estratégia para não deixar ninguém para trás
	Mudanças Climáticas e impacto na saúde da população sul-americana	Epistemologias do Sul e sua relação com a Saúde na América do Sul
	Mecanismos de participação social em saúde na América do Sul	Até onde vai a Integração Regional?
	Lançamento: Plataforma SUR+ (MAS – Monitoramento de Assimetrias na Saúde)	Atenção Primária à Saúde e a importância da saúde intercultural na América do Sul
	Lançamento: Programa de Pesquisadores Associados do ISAGS	Mudanças Climáticas e seu potencial impacto sobre a saúde
2019	Interferência da indústria de alimentos nas políticas inovadoras de rotulagem gráfica de alimentos processados na América do Sul	Mecanismos de Participação Social em Saúde na América do Sul
	Obesidade infantil na América do Sul como parte da síndrome global de obesidade, desnutrição e mudanças climáticas	
	Fatores de risco de desabastecimento de medicamentos essenciais na região sul-americana e outras regiões do mundo	Gênero e poder, reflexões necessárias do ponto de vista da saúde
	Catálogo eletrônico sobre as regulações de preços de medicamentos, listas de medicamentos essenciais e políticas de medicamentos	Judicialização de medicamentos nos países da América do Sul
	Análise da normatividade de países sul-americanos relacionados aos direitos de propriedade intelectual	Boa Governança em Saúde e Integração Regional: Desafios e Oportunidades
	Indicadores epidemiológicos prioritários, fatores de risco e determinantes sociais de doenças crônicas não transmissíveis na América do Sul.	

Fonte: Elaboração própria com base nos Informes Anuais do ISAGS (2016-2019).

No entanto, em 2018, devido às mudanças no cenário político da região, essa atuação já se tornou mais complicada já que faltava adesão por parte de alguns países (informação verbal)¹³⁰. O ISAGS foi, portanto, de grande importância no que diz respeito à promoção da cooperação horizontal adotada pelo Conselho de Saúde, além de funcionar como articulador e

¹³⁰ VANCE, 2020.

motor das ações da Unasul Saúde (informação verbal)¹³¹. Ademais, como mostra a figura 10, a Instituição foi responsável também por estabelecer convênios de colaboração interinstitucional com diversas instituições de pesquisa e com organismos de outros projetos de integração entre 2016 e 2018 e foi essencial para a cooperação sul-sul, devido à sua atuação técnica no apoio aos Ministérios da Saúde de diversos países no surgimento de novas doenças.

Figura 16 - Convênios Interinstitucionais do ISAGS (2016 – 2018)

Ano	Instituição
2016	Organismo Andino de Saúde (ORAS-CONHU)
2016	Secretaria Executiva do Conselho de Ministros de Saúde da América Central e da República Dominicana (SE-COMISCA)
2016	Serviço Nacional de Contratação Pública, Equador (SERCOP)
2017	Instituto de Saúde da Colômbia
2017	Instituto de Avaliação Tecnologia em Saúde, Colômbia (IETS)
2017	Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
2017	Faculdade Latino-americana de Ciências Sociais (FLACSO)
2018	Agencia de Saúde Pública do Caribe (CARPHA)
2018	Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA/USP)

Fonte: Elaboração própria a partir dos documentos do ISAGS.

A institucionalidade do ISAGS foi responsável por melhorar a condição negociadora do Conselho no cenário internacional, como ocorreu na negociação dos preços dos medicamentos (OLIVEIRA, 2019), além de ter sido essencial para os mapeamentos e pesquisas regionais, instrumentos utilizados em decisões políticas sobre a saúde. O ISAGS, por fim, facilitou a cooperação entre os países através da promoção de oficinas, conferências e cursos, possibilitando um intercâmbio entre os Estados, além de atuar como “agente da diplomacia da saúde” ao apoiar e ser um intermediário “entre suas instâncias técnicas e políticas” (BERMUDEZ, 2017, p. 165).

3.2.2 Atuação Internacional do Conselho de Saúde

Se tratando da atuação internacional da Unasul Saúde, o Conselho teve uma presença bastante ativa através das ações coletivas e dos posicionamentos como um bloco regional em foros mundiais. Segundo Faria (2017), o mesmo atuou em negociações e formulações políticas

¹³¹ HERRERO, 2020.

no Conselho Diretivo da OPAS e em conferências globais convocadas por agências especializadas. No entanto, destaca-se, principalmente, a presença da Unasul Saúde na AMS onde, diferente dos demais blocos regionais como a União Africana e a União Europeia, a Unasul não era reconhecida como bloco regional e, portanto, não possuía um assento oficial destinado ao representante da mesma.

Ainda assim, entre os anos de 2010 e 2016, foram estabelecidos 35 posicionamentos comuns adotados pelos 12 países da Unasul em diversos temas, sendo a maioria conectada ao tema dos medicamentos, conforme pode ser observado abaixo:

Figura 17 - O Conselho de Saúde na Assembleia Mundial da Saúde (2010-2016)

Ano e Nº AMS	Nº de resoluções	Resolução
2010 63ª AMS	2	A63/6 – Saúde pública, inovação e propriedade intelectual: estratégia mundial e plano de ação
		A63/23 – Falsificação de produtos médicos
2011 64ª AMS	5	A64/4 – Financiamento da OMS no futuro
		A64/9 – Implementação do RSI (2005)
		A64/13 – Trabalhando para reduzir a mortalidade perinatal e neonatal
		A64/16 – Produtos médicos de baixa qualidade, espúrios, com etiquetas enganosas, falsificados ou de imitação
		A64/21 – Prevenção e controle de doenças não transmissíveis
2012 65ª AMS	2	A65/5 – Reforma da OMS: informe consolidado da Diretora Geral
		A65/5 – Grupo consultivo de especialistas para pesquisa e desenvolvimento: financiamento e coordenação (CEWG)
2013 66ª AMS	6	A66/4 – Reforma da OMS
		A66/7 – Projeto de Orçamento por Programas 2014-2015
		A66/12 – Deficiência
		A66/13 – Monitoramento dos ODM relacionados com a saúde
		A66/22 – Produtos médicos de baixa qualidade, espúrios, com etiquetas enganosas, falsificados ou de imitação
		A66/23 – Continuação do informe do Grupo Consultivo de Especialistas para pesquisa e desenvolvimento: financiamento e coordenação (CEWG)
2014 67ª AMS	11	A67/7 – Marco para o relacionamento com atores não-estatais
		A67/12 – “Plano de ação mundial sobre vacinas”
		A67/16 – “Plano de ação mundial da OMS sobre a deficiência 2014-2021”
		A67/19 – Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio ligados à saúde: informe da secretaria
		A67/20 – Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio ligados à saúde: a saúde na agenda para o desenvolvimento pós-2015
		A67/24 – Repercussões da exposição ao mercúrio e aos compostos mercuriais na saúde pública
		A67/25 – Contribuições para o desenvolvimento social e econômico
		A67/27 e A67/28 – Continuação do informe do Grupo Consultivo de Especialistas para pesquisa e desenvolvimento: financiamento e coordenação (CEWG)
		A67/30 – Acesso aos medicamentos essenciais
		A67/32 – Fortalecimento do sistema de regulamentação
		A67/34 – Continuação da Declaração Política de Recife sobre Recursos Humanos para a Saúde
2015 68ª AMS	6	A68/5 – Marco para a colaboração com agentes não estatais
		A68/8 – Resultados da Segunda Conferência Internacional sobre Nutrição
		A68/14 – A saúde na Agenda para o Desenvolvimento pós-2015
		A68/33 – Produtos médicos de baixa qualidade, espúrios, com etiquetas enganosas, falsificados ou de imitação
		A68/34 – Continuação do Informe do Grupo Consultivo de Especialistas em pesquisa e desenvolvimento: financiamento e coordenação (CEWG)
		A68/35 – Estratégia Global e Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual
2016 69ª AMS	3	A69/70 – Continuação do Informe do Grupo Consultivo de Especialistas em pesquisa e desenvolvimento: financiamento e coordenação (CEWG)
		A69/41 – Produtos médicos de baixa qualidade, espúrios, com etiquetas enganosas, falsificados ou de imitação
		A69/42 – Abordando a escassez global de medicamentos, e a segurança e acessibilidade dos medicamentos para crianças

Fonte: Figura adaptada de Faria (2017).

Ainda que a questão dos medicamentos estivesse bastante presente durante todo o período de atuação conjunta, com o decorrer do tempo, foram adicionados assuntos como o Regulamento Sanitário e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (FARIA; GIOVANELLA; BERMUDEZ, 2015).

Essa capacidade de articulação entre os Estados Membros estabeleceu o que Tobar (informação verbal)¹³² nomeia de diplomacia da saúde, algo que, para o mesmo, elevou o Conselho a um patamar de ator privilegiado na arena internacional. Segundo Faria, Giovanella e Bermudez (2015, p. 932), o Conselho de Saúde inaugurou na América do Sul “o exercício dessa diplomacia diferenciada com foco na saúde como impulsor para o desenvolvimento regional, a partir da formação de consenso entre seus Estados-membros e da definição de posicionamentos comuns nos foros internacionais”.

No entanto, conforme destaca Farias (2017), essa não foi a única estratégia de atuação empregada pelo Conselho de Saúde. No ano de 2014, os Estados-membros da Unasul ocuparam três das seis vagas destinadas ao continente americano no Conselho Executivo da OMS. Essa foi uma estratégia que visava “garantir que os temas definidos como prioridade pelos países da América do Sul pudessem entrar na agenda da AMS seguinte” (FARIA, 2017, p. 148). Portanto, a atuação internacional, segundo Vance (informação verbal)¹³³, além de melhorar a capacidade de negociação de tais países nos temas em que havia um consenso, foi essencial para mostrar o potencial da Unasul Saúde. Ademais, o posicionamento conjunto do Conselho tornou visível no cenário internacional esse processo de integração regional, fortalecendo, assim, a própria Unasul através da construção de uma agenda regional no tema da saúde (FARIA, 2017; FARIA; GIOVANELLA; BERMUDEZ, 2015).

3.2.3 Grupo Técnico de Acesso Universal aos Medicamentos (GAMU)

O GAMU, assim como os demais Grupos Técnicos, foi criado em 2009 com a finalidade de atuar em conformidade com a agenda do Conselho de Saúde. O GT se reuniu pela primeira vez em janeiro de 2010, onde ficou combinada a realização de duas reuniões anuais. De acordo com Vance (informação verbal)¹³⁴, o GAMU foi o GT mais ativo do Conselho de Saúde, algo que a ex-Diretora Executiva do ISAGS atribui ao fato das questões relacionadas aos preços dos

¹³² Ibid.

¹³³ Ibid.

¹³⁴ Ibid.

medicamentos transcenderem o âmbito nacional, já “são problemáticas que temos a nível regional” (informação verbal)¹³⁵.

O GT foi a única instância do Conselho de Saúde com mais de um projeto aprovado pelo o Fundo de Iniciativas Comuns (FIC), que tinha a finalidade de “apoiar programas e projetos intergovernamentais orientados para contribuir com os objetivos da Unasul” (UNASUR, 2015, p. 1, tradução nossa)¹³⁶. O Banco de Preços de Medicamentos¹³⁷ (BPMU) previa a criação de uma base de dados com 34 medicamentos para que fosse realizada uma comparação dos preços pagos pelos doze países do bloco. Esse mecanismo tem por objetivo aumentar a acessibilidade de medicamentos importantes através de negociações e, até mesmo, compras conjuntas.

Figura 18 - Banco de Preços de Medicamentos da Unasul



Fonte: ISAGS/UNASUL

O segundo projeto, realizado em parceria com o ISAGS, foi o “Mapeamento da capacidade regional de produção de medicamentos”, projeto que teve seu financiamento pelo FIC aprovado em 2012¹³⁸. Essa proposta tinha por objetivo “fortalecer a coordenação das capacidades produtivas da região” (UNASUR, 2012).

Além de sua importância regional, a questão dos medicamentos também foi tema de impacto a nível internacional, uma vez que conseguiu estabelecer uma diplomacia da saúde

¹³⁵ VANCE, 2020.

¹³⁶ “apoyar programas y proyectos intergubernamentales orientados a contribuir con los objetivos de UNASUR”.

¹³⁷ A proposta completa está disponível na íntegra no site: <

http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_integracao/docs_UNASUL/RES40.2012ANEXOIII.pdf>, acessado em

¹³⁸ A Proposta completa pode ser encontrada na íntegra no site: <http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_integracao/docs_UNASUL/RES40.2012ANEXOIV.pdf>, acessado em 25/01/2021, às 22:15.

relacionada ao tema, principalmente quando se observa a atuação do Conselho nas reuniões da AMS, conforme discutido anteriormente. O Conselho de Saúde Sul-Americano também atuou em parceria com o Mercosul no que diz respeito ao tema. Conforme estabelece a Declaração Nº 01/2015 do Conselho de Saúde (UNASUR-SALUD, 2015a), reconhecia a adesão do mesmo ao Comitê *Ad Hoc* para negociação de preços de medicamentos de alto custo utilizados no tratamento da Hepatite C e AIDS¹³⁹. Esse esforço conjunto, segundo Vance (informação verbal)¹⁴⁰, resultou na compra conjunta de medicamentos estratégicos com preços reduzidos.

3.2.4 Rede de Instituições e Institutos Nacionais de Câncer (RINC)

A RINC, considerada um destaque dentre as seis Redes Estruturantes da Unasul Saúde, foi criada a partir do Instituto Nacional de Câncer do Brasil (INCA). Com uma atuação internacional desde 2005, algo resultante da gestão de Luiz Antônio Santini, o INCA foi uma figura essencial para a criação da RINC. Tal atuação internacional resultou, em um primeiro momento, na participação em diversos eventos e instituições internacionais que levaram à formação da Aliança da América Latina e Caribe para o controle do câncer, conforme descreve Walter Zoss, ex Gerente Executivo da RINC (informação verbal)¹⁴¹. Com a formação do Conselho de Saúde Sul-Americano, viu-se, portanto, a possibilidade de expandir com o aval dos governos envolvidos as ações da Aliança, concretizado com o lançamento da Resolução 04/2011 do Conselho de Saúde (2011b) que formalizou a criação do RINC. No entanto, devido ao fato de nem todos os países possuírem institutos dedicados ao câncer e pelo fato da Aliança abarcar todos os países da América Latina e do Caribe, o RINC estabeleceu uma prerrogativa distinta das demais Redes. Dessa forma, foram incluídos todos os países membros da Unasul que possuíssem algum tipo de instituição voltada para o tratamento do câncer e foi aceita a participação de países de fora do bloco regional, como Cuba e o México, considerados como Estados Associados.

A Rede possuía uma estrutura organizacional composta por três instâncias: o Colegiado de Gestão, o órgão deliberativo da Rede que era ocupada pelos países membros e associados; a Secretaria Técnica, que oferecia apoio técnico e administrativo e era considerada fundamental para o desenvolvimento da Rede, já que era uma instância permanente (informação verbal)¹⁴²;

¹³⁹ Para mais informações: <<http://bvsm.s.saude.gov.br/ultimas-noticias/2118-paises-do-mercosul-realizam-compra-conjunta-de-medicamentos>>, acessado em 25/01/2021, às 22:17.

¹⁴⁰ Ibid.

¹⁴¹ Entrevista concedida por ZOSS, Walter. Entrevista VII. [jan.2021]. Entrevistadora: Maria Isabel Santos Lima. Rio de Janeiro, 2020. 1 arquivo .mp4 (95 min.).

¹⁴² ZOSS, 2021.

e, os Grupos Operativos, que contavam com a participação de especialistas nos temas abordados e que respondiam às demandas regionais e dos países.

Segundo Zoss (informação verbal)¹⁴³, a mesma foi a única rede que mostrou avanços e resultados de forma rápida, algo que está conectado à criação de Grupos Operativos que ofereciam possibilidades reais de alcançar progressos de forma rápida. Dentre os Grupos Operativos, se destacam as atuações do Grupo Operativo de Banco de Tumores, responsável pela formação e funcionamento de 16 bancos em doze¹⁴⁴ países diferentes. O Grupo de Registros de Câncer, que contava com a participação de 14¹⁴⁵ países latino-americanos, foi responsável pela criação do Núcleo Latino-Americano de Registros de Câncer¹⁴⁶, uma iniciativa conjunta com a Agência Internacional de Pesquisa do Câncer da OMS.

O Grupo de Câncer de Colo do Útero, por fim, também apresentou resultados graças ao financiamento do FIC. Após a aprovação do Conselho de Ministras e Ministros das Relações Exteriores, foi criado o Plano Regional de Controle de Câncer de Colo do Útero, aceito e formalizado pelos próprios ministérios e a Plataforma de Intercâmbio e Assistência Técnica para a Prevenção e Controle do Câncer de Colo Uterino na América do Sul, presente na Declaração 06/2015 da Unasul-Saúde (2015b). Essa proposta, orçada em 200 mil dólares, foi executada em parceria com o ISAGS, já que a instituição “é a única instância do Conselho de Saúde que possui personalidade jurídica e estrutura de pessoal para receber e executar os recursos” (FARIA, 2017, p. 153).

3.3.AS LIMITAÇÕES E O FIM DA UNASUL SAÚDE

Após o golpe contra o ex-presidente paraguaio Fernando Lugo, a tensão política entre os países da Unasul começou a crescer exponencialmente, no entanto, isso não foi sentido com tanta força no Conselho de Saúde em um primeiro momento (informação verbal)¹⁴⁷. Apesar de haver um nível maior de dificuldade em alcançar a unanimidade, a compreensão de que a saúde deveria ser abordada de forma conjunta ainda prevalecia (informação verbal)¹⁴⁸. Segundo Vance (informação verbal)¹⁴⁹, essas rachaduras e tensões, apesar de não serem advindas do

¹⁴³ Ibid.

¹⁴⁴ Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Cuba, Equador, México, Panamá, Peru, Uruguai e Venezuela.

¹⁴⁵ Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Cuba, Equador, Guatemala, México, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela.

¹⁴⁶ Para mais informações: <<https://gicr.iarc.fr/hub/latin-america/>>, acessado em 25/01/2021, às 11:57.

¹⁴⁷ FARIA, 2020.

¹⁴⁸ FARIA, 2020.

¹⁴⁹ Ibid.

âmbito da saúde, começaram a serem sentidas posteriormente na Unasul Saúde, já que eram relacionadas a “temas políticos que iam muito além da saúde”. Em um contexto de crescentes diferenças ideológicas na região com a vitória de presidentes como Mauricio Macri na Argentina e Jair Bolsonaro no Brasil, e em um processo que dependia do consenso entre os países, a Unasul e, conseqüentemente, a Unasul Saúde não conseguiram se manter e nem avançar em suas agendas (informação verbal)¹⁵⁰.

Tal cenário de polarização contribuiu para que a integração regional e a atuação na área da saúde fossem sedimentadas (informação verbal)¹⁵¹. Após o governo de Jair Bolsonaro formalizar a retirada do Brasil da Unasul em 2019¹⁵² para integrar o Prosul¹⁵³, o ISAGS teve as suas atividades oficialmente interrompidas no dia 24 de julho de 2019, marcando o fim desse ciclo. De acordo com Walter Zoss (informação verbal)¹⁵⁴, essa foi uma das conseqüências da saída do Brasil da Unasul, já que o Ministério da Saúde proibiu qualquer atividade que pudesse ocorrer no âmbito da União Sul-Americana. O fim das atividades do Conselho de Saúde Sul-Americano, no entanto, permite que essa proposta de integração e cooperação na área da saúde seja analisada em sua totalidade e com um certo distanciamento.

A questão das decisões em consenso foi apontada por Vance (informação verbal)¹⁵⁵ como uma debilidade da Unasul já que, apesar das decisões tomadas em conjunto possuírem supostamente um peso maior devido a tal consenso, esse mecanismo resultou na paralisação da Unasul como um todo devido às mudanças no cenário político e, até mesmo, pela falta de vontade política. Houve, portanto, uma fragmentação de todas as instâncias da Unasul, inclusive da RINC que já havia estabelecido antes mesmo da Unasul uma presença internacional. De acordo com Zoss (informação verbal)¹⁵⁶, a “RINC acabou por estar assentada demasiadamente nas estruturas governamentais, o que comprometeu o trabalho. Quando esses países, a nível governamental, resolveram dissolver essa estrutura de cooperação, as redes acabaram também se dissolvendo”.

Ademais, Temporão (informação verbal)¹⁵⁷ aponta como um problema enfrentado pela Unasul Saúde a grande oscilação no grau de participação dos países, a dificuldade em manter uma equipe técnica qualificada e de introduzir a agenda sul-americana como prioridade para os

¹⁵⁰ HERRERO, 2020.

¹⁵¹ TOBAR, 2020.

¹⁵² Para mais informações: <https://oglobo.globo.com/mundo/governo-bolsonaro-enterra-unasul-criada-por-lula-adere-novo-organismo-regional-23505468>, acessado em 26/01/2021, às 15:30.

¹⁵³ Para mais informações: <https://foroprosur.org/>, acessado em 02/02/2021, às 15:34.

¹⁵⁴ Ibid.

¹⁵⁵ Ibid.

¹⁵⁶ Ibid.

¹⁵⁷ Ibid.

Ministérios de Saúde, algo que sofria modificações quando mudanças eram feitas nos Ministérios.

A criação das redes estruturantes, como dito anteriormente, foi vista como uma possibilidade de fortalecer as instituições nacionais dos países. Apesar da existência de tais redes, nem todos os países estavam aptos para participar devido à falta de instituições nacionais que tratassem dos temas abordados, como ocorreu por exemplo no caso dos institutos de câncer. Além disso, Zoss (informação verbal)¹⁵⁸ afirmou que apesar dos resultados alcançados pelo RINC, os mesmos estão interligados ao convênio com a OPAS (2008-2018) de uma ação de financiamento de controle e prevenção do câncer no Brasil e na América Latina, já que faltava financiamento e infraestrutura do próprio Conselho. Ademais, inicialmente foi estabelecido que os institutos e as instituições seriam os responsáveis em manter as ações da Rede através de recursos próprios o que, em muitos casos, contrariava os estatutos de tais organismos.

Em relação aos GTs, Tobar (informação verbal)¹⁵⁹ destacou como limitação a baixa liderança dos países dentro desses grupos, resultando na estagnação de alguns grupos já que os mesmos não conseguiram avançar. Portanto, apesar de existir uma rápida capacidade para tratar de temas chave, os países não possuíam uma atuação bem-sucedida. Outra questão levantada foi a constante inclusão do tema dos medicamentos nos debates quando já havia sido estabelecido um consenso entre os membros do Conselho (informação verbal)¹⁶⁰. Ademais, a demora na criação do banco de medicamentos foi apontada como exemplo claro da lentidão do processo e da falta de vontade política por parte dos Estados Membros.

Se tratando da institucionalização do Conselho de Saúde, Faria (informação verbal)¹⁶¹ afirmou que não existia uma construção institucional, algo que a mesma atribui às necessidades dos países e a urgência em alguns temas. No entanto, para a mesma, essa fragilidade institucional causava limitações na atuação e atingia diretamente as atividades propostas pelo Conselho (informação verbal)¹⁶². Apesar de ser visto como um dos avanços alcançados pela Unasul Saúde nesse tema, o ISAGS não foi isento de críticas. Faltou uma institucionalização mais robusta que permitisse que a região desenvolvesse projetos e que fossem debatidos temas que não são incluídos na agenda da OPAS devido à influência dos Estados Unidos (informação verbal)¹⁶³. Temas como o fomento à pesquisa, produção e inovação na área de medicamentos,

¹⁵⁸ Ibid.

¹⁵⁹ Ibid.

¹⁶⁰ VANCE, 2020.

¹⁶¹ Ibid.

¹⁶² FARIA, 2020.

¹⁶³ VANCE, 2020.

além de soberania farmacêutica são áreas que não são abordadas pela OPAS, por isso Vance (informação verbal)¹⁶⁴ defende que “necessitamos ter uma institucionalidade regional mais potente. Não pode ser só de geração de conhecimento, tem que ter maiores capacidades porque no âmbito da saúde, não estamos enfrentando coisas que podemos lidar sozinhos a nível nacional”.

No que diz respeito à participação social no Conselho de Saúde, Vance (informação verbal)¹⁶⁵ destaca que as Redes, diferentes das demais instâncias da Unasul Saúde, eram formadas por especialistas, acadêmicos e outros participantes que não possuíam necessariamente uma ligação direta com os Ministérios da Saúde, algo que para a Ex-Ministra pode ser visto como uma limitação, uma vez que os mesmos não possuíam poder de decisão. No entanto, por outro lado, ao olhar com mais distância para essa questão da participação, a mesma destaca que faltou “ir mais além dos ministérios” a fim de “conseguir que os cidadãos dos distintos países se envolvam” (informação verbal)¹⁶⁶.

Essa questão da participação é uma crítica apresentada por diversos autores que veem a mesma como necessária na elaboração de políticas de saúde através de debates e intercâmbios de ideias que permitissem que as demandas sociais fossem ouvidas, e para assegurar o compromisso com a execução das decisões de instituições desse caráter (ROSENBERG; TOBAR; BUSS, 2015; CAMPOS; DALLARI, 2016; CAMPOS, 2017, 2018; HERRERO; LOZA; BELARDO, 2019). Dessa forma, a aproximação da sociedade civil e da academia ao Conselho e a Unasul era importante para legitimar tais instituições (CAMPOS; DALLARI, 2016) e “construir uma nova governança democrática em saúde na região” (FARIA; GIOVANELLA; BERMUDEZ, 2015, p. 933). Para que isso ocorra, a ex-Ministra Vance (informação verbal)¹⁶⁷ defende que é necessário “gerar mecanismos para que haja um processo mais além do governo do termo. Mais sustentado, mais perto das pessoas, mais perto das necessidades das pessoas”.

Existia também a possibilidade de estabelecer uma articulação do Conselho de Saúde com conselhos de outros temas, como desenvolvimento social, cultura e educação. Algumas tentativas foram feitas, como uma aproximação entre a Unasul Saúde e o Conselho de Desenvolvimento Social, mas não funcionou conforme o esperado. De acordo com Vance

¹⁶⁴ Ibid.

¹⁶⁵ Ibid.

¹⁶⁶ VANCE, 2020.

¹⁶⁷ VANCE, 2020.

(informação verbal)¹⁶⁸, “o potencial [do Conselho de Saúde] foi maior do que aconteceu no contexto da experiência da Unasul”.

Por fim, quando se trata da adoção da saúde como tema de cooperação e integração regional, Gonzalo Basile (informação verbal)¹⁶⁹, afirmou que há uma romantização muito grande dos acadêmicos e dos envolvidos com relação ao processo. Todavia, o mesmo adota um posicionamento mais crítico em relação à instituição, já que apesar de supostamente representar uma emancipação no campo da saúde, a atuação da Unasul Saúde reproduziu a agenda do pan-americanismo e do Norte Global, principalmente pós-2016 (BASILE, 2019). Além disso, os resultados foram frágeis e não refletiram as propostas apresentadas pelo Conselho (informação verbal)¹⁷⁰.

3.4.O LEGADO DA UNASUL SAÚDE E A COOPERAÇÃO EM SAÚDE PÓS-UNASUL

Diante de um cenário marcado pela pandemia da Covid-19 e pela fragmentação da cooperação sanitária, Faria (informação verbal)¹⁷¹ admite que é difícil pensar no que foi construído. Segundo a mesma, dada a fragilidade da democracia dos países da América do Sul, a sustentabilidade dessas construções ficou muito fragilizada e isso fez com que os ganhos sejam difíceis de pontuar (informação verbal)¹⁷². No entanto, ainda que o legado não seja sempre tangível, isso não invalida a experiência do Conselho de Saúde (informação verbal)¹⁷³.

No que tange às heranças tangíveis, Tobar (informação verbal)¹⁷⁴ aponta para a utilização e a potencialidade do trabalho em rede para batalhar por posições que sejam compatíveis com as perspectivas sul-americanas, voltadas para as necessidades da região. Temporão (informação verbal)¹⁷⁵, por sua vez, vê o ISAGS como um dos legados da Unasul Saúde já que, apesar de não estar funcionando, o instituto continua existindo devido à natureza da instituição, que necessita de um ato votado pelo Congresso Nacional para acabar com o mesmo. Zoss (informação verbal)¹⁷⁶, por fim, destaca a continuação das redes de bancos de tumores que, mesmo sem o apoio da Unasul, continuam funcionando.

¹⁶⁸ Ibid.

¹⁶⁹ Ibid.

¹⁷⁰ BASILE, 2020.

¹⁷¹ Ibid.

¹⁷² FARIA, 2020.

¹⁷³ HERRERO, 2020.

¹⁷⁴ Ibid.

¹⁷⁵ Ibid.

¹⁷⁶ Ibid.

Se, por um lado, os avanços pontuais, como a questão dos medicamentos e a aproximação da saúde com o desenvolvimento social, são difíceis de enxergar devido às mudanças no cenário atual, por outro, o que fica de legado é a possibilidade de fazer frente às imposições da OMS, além da estrutura construída e o conhecimento adquirido (informação verbal)¹⁷⁷. Para Herrero (informação verbal)¹⁷⁸, a ideia de construir uma agenda em torno da soberania sanitária da região e de ter esse espaço para consolidar as políticas sanitárias da região são heranças deixadas pelo processo.

Em um contexto de crescentes riscos globais como a pandemia e de conflitos como a China e os Estados Unidos, o quão vulneráveis estão os países quando atuam sozinhos de maneira unilateral, sobretudo aqueles debilitados e com menos recursos? E o quão vulnerável está a região, sobretudo no tema de saúde? (informação verbal)¹⁷⁹.

Esse cenário de crise sanitária, social e econômica, segundo a mesma entrevistada, mostra a importância que tem a integração e a cooperação regional em saúde na América Latina (informação verbal)¹⁸⁰. Não obstante, a cooperação atual em saúde se encontra fragmentada com a atuação de organismos como ORAS-CONHU, parte da Comunidade Andina, ou de maneira informal, o que mostra um retrocesso regional (informação verbal)¹⁸¹. Outro organismo que deve ser destacado é a Fiocruz que mantém uma cooperação importante com os países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, uma parceria bastante antiga, e com os países da América Latina a fim de levar adiante a cooperação na área da saúde (informação verbal)¹⁸². Ademais, algumas redes seguem promovendo a cooperação, como é o caso do RINC que aproveitou a estrutura estabelecida para formar uma parceria entre a Rede de Institutos Nacionais de Câncer e a Sociedade Latino-americana e do Caribe de Oncologia Médica, nomeada de RINC-SLACOM, visando a realização de projetos comuns para o controle do câncer na região¹⁸³ (informação verbal)¹⁸⁴.

¹⁷⁷ FARIA, 2020.

¹⁷⁸ Ibid.

¹⁷⁹ HERRERO, 2020.

¹⁸⁰ HERRERO, 2020.

¹⁸¹ BASILE, 2020; TEMPORÃO, 2020.

¹⁸² TEMPORÃO, 2020; TOBAR, 2020.

¹⁸³ A RINC-SLACOM é formada por especialistas e conta com a colaboração de institutos, centros de pesquisa e sociedades regional e internacionais voltadas para o combate ao câncer. Atualmente, essa cooperação ainda não lançou nenhum projeto comum. Para mais informações: < <https://slacom.org/rinc-slacom.php>>, acessado em 16/01/2021, às 20:26.

¹⁸⁴ ZOISS, 2020

Por fim, em um cenário onde ocorra uma reconstrução da Unasul, um desejo do atual presidente da Argentina, Alberto Fernández¹⁸⁵ e da Bolívia, Luis Arce¹⁸⁶, Temporão (informação verbal)¹⁸⁷ acredita na possibilidade da volta da Unasul Saúde devido ao longo histórico de cooperação que a América do Sul possui nessa área. No entanto, apesar de tal crença, o mesmo e outros entrevistados compartilham da opinião de que é necessária uma mudança no cenário regional, marcado pelo distanciamento político entre os países a baixa liderança regional e a falta de vontade política para levar o processo adiante (informação verbal)¹⁸⁸.

CONCLUSÕES PARCIAIS

O presente capítulo buscou responder às perguntas de pesquisa que nortearam o trabalho – O que diferencia a Unasul-Saúde das anteriores experiências de cooperação em saúde a nível regional e qual é seu legado? Como ocorreram as atuações do Conselho de Saúde Sul-americano e quais foram os seus principais avanços e limitações? – através da análise das entrevistas semiestruturadas realizadas com informantes-chave entre os meses de novembro de 2020 e janeiro de 2021, e por meio da análise documental.

Para tal, foi apresentada, em um primeiro momento, a criação do Conselho de Saúde Sul-americano, um projeto resultante da presença que o tema da saúde já possuía nos projetos de regionalismo, mas que adotou uma abordagem diferenciada devido ao contexto de sua criação e ao modelo pós-liberal de regionalismo adotado durante a sua formação, dando ênfase ao caráter social e desenvolvimentista do processo. Além desses fatores, é necessário destacar também a atuação dos chamados sanitaristas, como Paulo Buss, Nila Heredia, Oscar Feo e José Gomes Temporão, que fortaleceram a visão social da proposta.

A saúde, segundo os entrevistados, foi um tema de grande importância para a Unasul que o considerou como um direito humano. Como consequência, a Unasul-Saúde foi um dos conselhos mais ativos do organismo. Ademais, a Unasul-Saúde foi uma das únicas entidades a estabelecer um Plano Quinquenal de Trabalho que determinava a atuação do mesmo, algo que

¹⁸⁵ O presidente argentino Alberto Fernández declarou no dia 12 de outubro de 2020 ao celebrar a vitória do *Movimiento al Socialismo* (MAS) na Bolívia que era necessário reconstruir a Unasul para que os países se unam e enfrentem em conjunto os problemas da região. Para mais informações: < <https://www.pagina12.com.ar/300680-alberto-fernandez-llamo-a-reconstruir-la-unasul-es-lo-que-ma>>, acessado em 26/01/2020, às 20:38.

¹⁸⁶ O presidente boliviano Luis Arce, no dia 09 de novembro de 2020, durante o seu discurso de posse, declarou o seu apoio à reativação da Unasul. Para mais informações: <https://www.pagina12.com.ar/304498-bolivia-luis-arce-planteo-la-recuperacion-del-unasul>, acessado em 26/01/2020, às 20:39.

¹⁸⁷ Ibid.

¹⁸⁸ HERRERO, 2020; TOBAR, 2020; VANCE, 2020.

diferenciou o Conselho das demais experiências. Havia, portanto, um foco em temas estratégicos, ao invés de enfermidades, uma abordagem comumente adotada por organismos internacionais e regionais, como a OPAS. Dessa forma, o Conselho de Saúde era capaz de tratar de questões específicas de cada país, sem que fosse necessário lançar um programa regional. Sua atuação, apesar de apresentar um diferencial no que diz respeito às demais experiências de integração e cooperação regional na área da saúde ao determinar uma agenda com temas estratégicos e definir uma diplomacia regional, não conseguiu estabelecer uma soberania sanitária efetiva, refutando a hipótese de que foi criada uma soberania sanitária na região.

A composição da Unasul-Saúde, por sua vez, contava com duas novidades: a criação das Redes Estruturantes, que promoviam a cooperação sul-sul entre instituições nacionais de seus Membros, vistas como uma forma de fortalecer as capacidades nacionais; e a criação do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, um órgão público de caráter intergovernamental. Além disso, destaca-se também a criação do Conselho de Ministras e Ministros da Saúde, visto como uma formalização de uma relação pré-estabelecida.

Se tratando dos avanços alcançados pela Unasul-Saúde, os mesmos podem ser divididos em quatro áreas que comprovam que, de fato, houve um progresso no que tange à cooperação Sul-Sul e na formação de uma diplomacia regional em saúde. A primeira faz referência a criação do ISAGS, que possuía caráter intergovernamental e personalidade jurídica. O instituto foi responsável pela realização de pesquisas, por atuar como articulador entre as instâncias do Conselho de Saúde e pelo apoio técnico que o mesmo oferecia aos Ministérios da Saúde dos países-membros. A atuação internacional foi a segunda área que a Unasul-Saúde obteve êxitos, especialmente na Assembleia Mundial da Saúde, onde o mesmo foi muito ativo na adoção de posições conjuntas, principalmente no tema de medicamentos, estabelecendo uma diplomacia regional da saúde. Ademais, não se pode ignorar a importância do ISAGS nesse tema, já que a criação do Instituto melhorou a capacidade de articulação e de negociação no cenário internacional.

O desempenho do GAMU, terceiro avanço obtido pelo Conselho de Saúde, foi algo destacado por Carina Vance, ex-Ministra de Saúde do Equador (2012-2015) e ex-Diretora Executiva Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (2016-2019), devido a universalidade do tema dos preços dos medicamentos. O Grupo Técnico foi a única instância da Unasul Saúde que conseguiu financiamento para mais de um projeto de cooperação sul-sul, resultando na criação do Banco de Preços de Medicamentos e o Mapeamento da capacidade regional de produção de medicamentos.

A RINC, por fim, se destacou dentre as Redes Estruturantes devido a sua atuação regional e ao fato que possuía uma estrutura organizacional diferenciada com a formação da Secretaria Técnica, que garantia o funcionamento da mesma. A criação dos Grupos Operativos também deve ser evidenciada, uma vez que os mesmos eram responsáveis pelos avanços da RINC. Além do Plano Regional de Controle de Câncer do Útero, a Rede também criou o Núcleo Latino-Americano de Registros de Câncer e os Bancos de Tumores, e estabeleceu a Plataforma de Intercâmbio e Assistência Técnica para a Prevenção e Controle do Câncer de Colo Uterino na América do Sul, financiada pela Unasul.

Diferente dos avanços, não houve um claro consenso quando se trata das limitações apresentadas pelo mesmo. Primeiro, deve-se destacar a liderança brasileira no processo, apontada como uma limitação por Gonzalo Basile, Diretor do programa internacional de saúde da FLACSO e coordenador do GT de saúde internacional e soberania sanitária do Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO) (2016-2022), já que o funcionamento do projeto, principalmente do ISAGS, estava associado à permanência do Brasil na Unasul. O fato das decisões necessitarem de um consenso também foi visto como uma limitação, já que paralisou o Conselho de Ministros da Saúde, a instância decisória, e sujeito às vontades políticas. Houve também uma alta oscilação no grau de participação dos países e uma baixa liderança nos mesmo dentro de alguns GTs, imobilizando os mesmos.

De modo geral, não existia uma construção institucional do Conselho de Saúde, algo que limitou a atuação do mesmo, e faltou estabelecer articulações com outros Conselhos Setoriais. Ademais, existiu uma restrição na capacidade de atuação do ISAGS, que poderia suprir a carência de um organismo que se oponha à agenda do Norte e que desafie a hegemonia da OPAS.

Além disso, ficou evidente a necessidade de mecanismos que promovam a participação efetiva de setores da sociedade civil nas distintas instâncias do Conselho de Saúde a fim de aproximar e envolver os cidadãos dos Estados-parte. A falta de financiamento e infraestrutura do próprio Conselho também foi abordada como uma das dificuldades, já que os projetos da Unasul-Saúde estavam sujeitos à aprovação do Conselho de Ministros de Relações Exteriores da Unasul. E, por fim, conforme discutido anteriormente, apesar de ter sido criado visando estabelecer uma soberania sanitária na América do Sul, o Conselho acabou reproduzindo a agenda de saúde do Norte.

Devido ao esvaziamento da Unasul e, conseqüentemente, o encerramento das atividades da Unasul Saúde, conforme destacado no capítulo, muito do que foi construído é, atualmente, difícil de ser enxergado. Isso mostra que, apesar dessas quatro áreas – ISAGS, GAMU, RINC

e atuação internacional – comprovarem a hipótese de que houveram avanços na cooperação no âmbito da saúde, os mesmos não resultaram necessariamente em legados tangíveis. Ainda assim, alguns dos entrevistados reconhecem que a institucionalização do ISAGS é uma herança deixada por essa experiência do Conselho já que, apesar de ter encerrado suas atividades, ainda continua existindo e, conforme apontado, pode ser retomado em um contexto político que seja mais favorável.

Ademais, também foi abordada a criação da RINC-SLACOM que, apesar de ser algo recente e sem nenhum projeto ativo, é um legado deixado pela Unasul-Saúde, uma vez que o mesmo leva consigo toda a estrutura criada enquanto Rede Estruturante. E, por fim, deve ser ressaltado o caso da Fiocruz que foi essencial para a conformação do Conselho e, sobretudo, do ISAGS já que a Fundação foi de extrema importância para o funcionamento do Instituto, apoiando financeiramente as atividades do mesmo no período denominado de “pró-ISAGS”. Com o encerramento da atuação do Conselho e, principalmente, do ISAGS, a Fiocruz tem buscado fortalecer a sua presença internacional e regional ao adotar uma identidade de instituição latino-americana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visando analisar o Conselho de Saúde Sul-Americano, a instância da Unasul responsável por estabelecer uma cooperação regional em temas de saúde, a presente pesquisa, em um primeiro momento, estabeleceu o marco teórico que guiou a mesma. Dessa forma, foram discutidos conceitos importantes para a pesquisa – como regionalismo pós-liberal, cooperação sul-sul e diplomacia de saúde global – além de estabelecer um histórico sobre as cooperações regionais prévias em saúde, sejam elas promovidas pelos Estados ou por grupos da sociedade civil.

O segundo capítulo foi responsável por descrever o longo histórico de regionalismo presente na região, que teve seu início com o debate entre o pan-americanismo e o bolivarianismo, até chegar aos anos 1990, com a criação de projetos como o Mercosul. Posteriormente, se discutiu a aproximação entre os países da região, iniciada nos anos 2000 com a realização da primeira Reunião de Presidentes da América do Sul e, mais adiante, intensificada devido à chamada “onda rosa”, onde a convergência ideológica de diversos presidentes foi essencial para a criação da Unasul.

O terceiro capítulo, por fim, buscou responder as perguntas de pesquisa que guiaram o trabalho através da realização de uma análise das entrevistas realizadas e de documentos oficiais da Unasul que tratam do Conselho de Saúde Sul-Americano e de suas instâncias. Para tal, foi abordada a criação da Unasul-Saúde e sua estrutura organizacional a fim de definir as capacidades de cada uma delas. Também foram discutidos os avanços obtidos pelo Conselho de Saúde, assim como as limitações apresentadas pelo mesmo durante o seu período de vigência, além de seus legados.

Ao tratar da Unasul, é necessário destacar que o modelo de regionalismo pós-liberal, adotado na criação desse projeto de integração sul-americano, estabeleceu as bases para um modelo que fosse para além das relações econômicas, ao compreender temas voltados para a questão do desenvolvimento social e se comprometer em diminuir as assimetrias regionais. Assim, a saúde, que já apresentava um grande histórico de cooperação na região, com antecedentes como a OPAS, o ORAS-CONHU, a CESAM e Mercosul-Saúde, foi adicionada a tal modelo, algo julgado como inevitável por diversos entrevistados como a María Belén Herrero, Professora da FLACSO-Argentina, especialista em saúde global, e Mariana Faria, ex-Chefe de Gabinete do ISAGS (2011-2015). No entanto, o que diferencia a Unasul dos demais projetos é o seu modelo de cooperação horizontal, focando no eixo sul-sul e em temas

estratégicos. Houve, assim, uma institucionalização da cooperação sul-sul, além da criação de uma diplomacia regional em temas de saúde.

A saúde foi, portanto, um tema estratégico para o processo de integração da Unasul, já que a criação de uma instância institucional foi essencial para estabelecer uma atuação regional conjunta no ambiente internacional, algo considerado como importante para o reconhecimento de tal organismo regional.

Ademais, vale ressaltar que a formação do Conselho de Saúde ocorreu ao mesmo tempo da criação do Conselho de Defesa Sul-Americano, indicando a importância estratégica de ambos os temas para o processo de regionalismo. Além disso, a criação de uma instituição regional em saúde, denominada de ISAGS, tem seu paralelo no Conselho de Defesa Sul-Americano, com a criação do Instituto de Defesa, possibilitando a realização de futuras pesquisas que adotem como enfoque a comparação entre ambos os Conselhos Setoriais.

Em um contexto marcado pela pandemia da Covid-19 que atingiu bruscamente os países da América Latina, se faz necessária a análise da experiência do Conselho de Saúde Sul-Americano. A Unasul-Saúde apresentou avanços importantes e acumulou conhecimentos que podem ser aproveitados nas relações de cooperação e no enfrentamento de desafios regionais durante e após o fim da pandemia. Para tal, é imperativa a superação das limitações apresentadas durante tal projeto a fim de alcançar objetivos comuns na área da saúde que sejam de interesse regional (VANCE, 2020). Além disso, Vance (2020) também aponta a carência de uma instância regional em saúde que não esteja sob influência das demandas de um só governo e que perpetue uma relação de colonialismo, como ocorre na relação dos Estados Unidos com a OPAS e a OMS, ou que seja subordinada aos interesses comerciais do Norte.

Para que isso ocorra, no entanto, é vital que haja um cenário favorável à integração regional, à cooperação sul-sul como instrumento de desenvolvimento social, à produção de conhecimento e de medicamentos e ao estabelecimento de uma soberania sanitária com base nas noções de medicina social e de saúde coletiva para que a saúde seja, de fato, um direito de todos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. et al. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. **RECIIS**, v. 4, n. 1, p. 25–35, 31 mar. 2010.
- ALMEIDA, C. Saúde, Política Externa e Cooperação Sul-Sul. In: BUSS, P.; TOBAR, S. (Eds.). . **Diplomacia em Saúde e Saúde Global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p. 41–86.
- ÁLVAREZ ORELLANA, S. M. Una introducción a la cooperación internacional al desarrollo. **Revista Electrónica de Derecho de la Universidad de La Rioja (REDUR)**, n. 10, p. 285, 1 nov. 2012.
- AMOROSO BOTELHO, J. C. LA CREACIÓN Y LA EVOLUCIÓN DE UNASUR. **Revista Debates**, v. 2, n. 2, p. 299–324, 25 dez. 2008.
- ANDRADE, S. Z. D. DE. **Análise do Processo de Criação e Desenvolvimento da Rede de Institutos Nacionais de Câncer–RINC, da UNASUL/ Saúde**. [s.l.] Fundação Oswaldo Cruz, 2014.
- ARDITI, B. El giro a la izquierda en América Latina: ¿una política post-liberal? **Ciências Sociais Unisino**, v. 45, n. 3, p. 232–246, 2009.
- BALASSA, B. Introduction. In: **The Theory of Economic Integration**. [s.l.] Routledge, 1974.
- BASILE, G. La salud internacional Sur Sur : hacia un giro decolonial y epistemológico. **Dossiers Salud Internacional Sur Sur**, v. 2, 2018.
- BASILE, G. **La Salud del proceso de integración regional: el caso UNASUR Salud ¿soberanía o dependencia sanitaria?III Dossier de Salud Internacional Sur Sur**Ediciones GT Salud Internacional CLACSO, , 2019.
- BERMUDEZ, L. O. Z. **O Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde e Cooperação Sul-Sul Rio de Janeiro**. [s.l.] Fundação Oswaldo Cruz, 2017.
- BÖRZEL, T. A.; RISSE, T. Introduction. In: BÖRZEL, T. A.; RISSE, T. (Eds.). . **The Oxford Handbook of Comparative Regionalism**. [s.l.] Oxford University Press, 2016. p. [n.p.].
- BOTTO, M. I. Un análisis crítico de las teorías hegemónicas de la integración regional para entender el regionalismo latinoamericano. **Realis - Revista de Estudos AntiUtilitaristas e PosColoniais**, v. 7, n. 1, p. 77–99, 2017.
- BRICEÑO RUIZ, J. **Las teorías de la integración regional: más allá del eurocentrismo**. 1. ed. Bogotá: Universidad Cooperativa de Colombia, 2018.
- BRICEÑO RUIZ, J.; DE LOMBAERDE, P. Regionalismo latino-americano: produção de saber e criação e importação de teoria. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 18, n. 2, p. 262–284, 2018.

BRICEÑO RUIZ, J.; HOFFMANN, A. R. Post-hegemonic regionalism, UNASUR, and the reconfiguration of regional cooperation in South America. **Canadian Journal of Latin American and Caribbean Studies / Revue canadienne des études latino-américaines et caraïbes**, v. 40, n. 1, p. 48–62, 2 jan. 2015.

BRITES FIGUEIREDO, A. G.; BRAGA, M. B. Simón Bolívar e o Congresso do Panamá: o primeiro integracionismo latino-americano. **Passagens: Revista Internacional de História Política e Cultura Jurídica**, v. 9, n. 2, p. 308–329, 31 maio 2017.

BROWN, C. Global Governance. In: **Understanding International Relations**. 3. ed. London: Macmillan Education UK, 2005. p. 116–133.

BUENO, F. T. C.; FARIA, M.; BERMUDEZ, L. O. Z. A Cooperação Sul-Sul e as Redes Estruturantes do Conselho de Saúde da Unasul como instrumentos de desenvolvimento regional. **Cadernos do Desenvolvimento**, v. 8, n. 12, p. 83–100, 2013.

BUSS, P. et al. Governança Global e Regional e a Saúde. In: BUSS, P.; TOBAR, S. (Eds.). . **Diplomacia em Saúde e Saúde Global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017a. p. 281–348.

BUSS, P. et al. A Saúde nos Processos de Integração Regional da América Latina e Caribe. In: BUSS, P.; TOBAR, S. (Eds.). . **Diplomacia em Saúde e Saúde Global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017b. p. 421–486.

BUSS, P.; FERREIRA, J. R. Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). **RECIIS**, v. 4, n. 1, p. 106–118, 31 mar. 2010.

BUSS, P.; FERREIRA, J. R. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2699–2711, jun. 2011.

BUSS, P.; TOBAR, S. Apresentação. In: BUSS, P.; TOBAR, S. (Eds.). . **Diplomacia em Saúde e Saúde Global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p. 23–40.

CAETANO, G. Breve historia del MERCOSUR en sus 20 años. Coyuntura e instituciones (1991- 2011). In: CAETANO, G. (Ed.). . **MERCOSUR 20 años**. Montevideo: CEFIR, 2011. p. 21–71.

CAMPOS, R. D. F.; DALLARI, S. G. Instituições Internacionais de Saúde no Contexto Sub-Regional. **CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO**, v. 5, n. 1, p. 179, 29 mar. 2016.

CAMPOS, R. DE F. Participação cidadã e políticas de saúde na Unasul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2161–2167, jul. 2017.

CAMPOS, R. DE F. **A cooperação internacional para o fortalecimento do direito à saúde: as estratégias da União das Nações Sul-americanas (Unasul)**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2018.

- CASA. Declaración de Cochabamba. II Cumbre de Jefes de Estado de la Comunidad Sudamericana de Naciones. **Revista Aportes para la Integración Latinoamericana**, v. 12, n. 15, p. 91–117, 2006.
- CASTAÑEDA, J. G. Latin America's Left Turn. **Foreign Affairs**, v. 85, n. 3, p. 28, 2006.
- COELHO, A. L. Instabilidade política e quedas presidenciais na América Latina. Apresentação. **Revista de Ciências Sociais**, v. 49, n. 1, p. 14–27, 2018.
- CORAZZA, G. O “regionalismo aberto” da CEPAL e a inserção da América Latina na globalização. **Ensaio FEE**, v. 27, n. 1, p. 135–15, 2006.
- COSTA, R. S. DA. **A América do Sul vista do Brasil** : [s.l.] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.
- DECIANCIO, M. El regionalismo latinoamericano en la agenda de la teoría de las Relaciones Internacionales. **Iberoamericana. América Latina, España, Portugal: Ensayos sobre letras, historia y sociedad. Notas. Reseñas iberoamericanas**, v. 16, n. 63, p. 91–110, 2016.
- DEUTSCH, K. W. et al. Political Community and the North Atlantic Area. In: NELSEN, B.; STUBB, A. (Eds.). . **The European Union: Readings on the Theory and Practice of European Integration**. 3. ed. Londres: Lynne Rienner Publishers, 2003. p. 121–143.
- ECHART MUÑOZ, E. Uma visão crítica da cooperação sul-sul: práticas, atores e narrativas. **Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades**, n. 241, p. 392–417, 25 set. 2017.
- FARIA, M. **O Conselho de Saúde da Unasul e os desafios para a construção de soberania sanitária Rio de Janeiro 2017**. [s.l.] Fundação Oswaldo Cruz, 2017.
- FARIA, M.; GIOVANELLA, L.; BERMUDEZ, L. A Unasul na Assembleia Mundial da Saúde: posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, p. 920–934, dez. 2015.
- FEO, O.; ACEVEDE, C. F.; JIMÉNEZ, P. Pensamiento contrahegemónico en salud. **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 38, n. 4, 2012.
- FIDLER, D. P. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n. 9, p. 842–849, 2001.
- FIDLER, D. P. Health in foreign policy: An analytical overview. **Canadian Foreign Policy Journal**, v. 15, n. 3, p. 11–29, 2009.
- FRAGA, R. G.; VIANNA, J. N. DE S.; ARAÚJO, C. L. Uma análise sobre a América do Sul e sua integração energética a partir das teorias da integração regional. **Revista InterAção**, v. 7, n. 7, p. 39–71, 2014.
- FREITAS, W. D. DE. Aliança Bolivariana para os Povos de Nossa América (ALBA): as particularidades de um projeto inovador. **3º Encontro Nacional ABRI**, 2011.

FRENKEL, A. *Prosur: el último Frankenstein de la integración sudamericana*. **Nueva Sociedad**, 2019.

FUNAG. **América do Sul: Primeira Reunião de Chefes de Estado da Comunidade Sul-Americana de Nações**. Brasília: FUNAG, 2005a.

FUNAG. **Comunidade Sul-Americana De Nações: Documentos**. Brasília: FUNAG, 2005b.

GALEANO, D.; TROTTA, L.; SPINELLI, H. Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. **Salud Colectiva**, v. 7, n. 3, p. 285–315, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, E. B. Comunidade Sul-Americana de Nações e democracia. **Revista de Informação Legislativa**, v. 44, n. 174, p. 107–117, 2007.

GUERRA, S. O Brasil e a Integração Regional: para a criação de uma Comunidade Sul Americana das Nações. **Revista da Faculdade de Direito de Campos**, v. 7, n. 8, p. 213–227, 2006.

HAAS, E. The Study of Regional Integration: Reflections on the Joy and Anguish of Pretheorizing. **International Organization**, v. 24, n. 4, p. 606–646, 22 maio 1970.

HERRERO, M. B. UNASUR Salud: Un nueva Diplomacia en Salud en América del Sur? 2013.

HERRERO, M. B. El surgimiento de una nueva diplomacia regional en salud en tiempos posteriores al neoliberalismo: el caso de UNASUR Salud. **Comentario Internacional. Revista del Centro Andino de Estudios Internacionales**, n. 14, p. 223–252, 2014.

HERRERO, M. B.; LOZA, J. Building a regional health agenda: A rights-based approach to health in South America. **Global Public Health**, v. 13, n. 9, p. 1179–1191, 2 set. 2018.

HERRERO, M. B.; LOZA, J.; BELARDO, M. B. Collective health and regional integration in Latin America: An opportunity for building a new international health agenda. **Global Public Health**, v. 14, n. 6–7, p. 835–846, 3 jul. 2019.

HERRERO, M. B.; TUSSIE, D. UNASUR Health: A quiet revolution in health diplomacy in South America. **Global Social Policy: An Interdisciplinary Journal of Public Policy and Social Development**, v. 15, n. 3, p. 261–277, 28 dez. 2015.

HERZ, M.; HOFFMANN, A. R. Integração Regional. In: **Organizações Internacionais: história e práticas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 167–222.

HETTNE, B. Neo-Mercantilism: The Pursuit of Regionness. **Cooperation and Conflict**, v. 28, n. 3, p. 211–232, 29 set. 1993.

HETTNE, B. The Europeanisation of Europe: Endogenous and Exogenous Dimensions. **Journal of European Integration**, v. 24, n. 4, p. 325–340, jan. 2002.

HETTNE, B.; SÖDERBAUM, F. Theorising the Rise of Regionness. **New Political Economy**, v. 5, n. 3, p. 457–472, 18 nov. 2000.

ISAGS. **Estatutos del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud**, 2011.

KRYKHTINE, F. B. **A criação da UNASUL SAÚDE e do ISAGS e as estratégias de cooperação em saúde na América do Sul: um estudo exploratório**. [s.l.] Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

LECHINI, G. ¿La cooperación Sur-Sur es aún posible? El caso de las estrategias de Brasil y los impulsos de Argentina hacia los estados de África y la nueva Sudáfrica. In: BORON, A. A.; LECHINI, G. (Eds.). **Política y movimientos sociales en un mundo hegemónico. Lecciones desde África, Asia y América Latina**. Buenos Aires: CLACSO, 2006. p. 313–342.

LECHINI, G. La cooperación sur-sur en las agendas externas de Argentina y Brasil. **Estudios digital**, p. 35–47, 2010.

LEE, K.; SMITH, R. What is 'Global Health Diplomacy'? A conceptual review Submitted to: *Global Health Governance*. v. 44, n. January 2011, p. 1–24, 2011.

MALAMUD, A.; GARDINI, G. L. Has Regionalism Peaked? The Latin American Quagmire and its Lessons. **The International Spectator**, v. 47, n. 1, p. 116–133, 4 mar. 2012.

MARCATO, M. B. O (sub)desenvolvimento sob a perspectiva do estruturalismo latino-americano. **Revista Economia Ensaio**, v. 27, n. 2, p. 29–44, 2013.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARIANO, K. L. P.; RIBEIRO, C. C. N. New Theoretical Perspectives on Regionalism in South America: Debating an Uncertain Scenario. **The Quarterly of Latin American Economy and Trade**, v. 1, p. 80–97, 2017.

MARTINS, C. E. **Consenso de Washington**. Boitempo, 2017. (Nota técnica).

MEDEIROS, J. Regressão Democrática na América Latina: do ciclo político progressista e ao ciclo político neoliberal e autoritário. **Revista de Ciências Sociais**, v. 49, n. 1, p. 98–133, 2018.

MESQUITA, R. Regionalismo, integração regional e as relações internacionais: uma introdução teórica. **Revista de Estudos Internacionais**, v. 10, n. 1, p. 3–22, 2019.

MILANI, C. R. S. Evolução História da Cooperação Norte-Sul. In: SOUZA, A. DE M. E (Ed.). **Repensando a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento**. Brasília: IPEA, 2014. p. 33–56.

MILANI, C. R. S.; LOPES, R. N. Cooperação Sul-Sul e Policy Transfer em Saúde Pública: análise das relações entre Brasil e Moçambique entre 2003 e 2012. **Carta Internacional**, v. 9, n. 1, p. 59–78, 2014.

MITRANY, D. A Working Peace System. In: NELSEN, B.; STUBB, A. (Eds.). . **The European Union: Readings on the Theory and Practice of European Integration**. 1. ed. Londres: Lynne Rienner Publishers, 1994. p. 77–98.

MODA, B. M. **O papel do Chavismo e do Lulismo na integração regional latino-americana**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 10 dez. 2019.

NERY, T. UNASUL: a dimensão política do novo regionalismo sul-americano. **Caderno CRH**, v. 29, n. spe3, p. 59–75, 2016.

NEVES JÚNIOR, W. L. **O Conselho de Saúde Sul-Americano (Unasul-Saúde) e seus primeiros anos de institucionalização (2008-2013)**. [s.l.] Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

OJEDA, T. Introducción. La cooperación Sur-Sur en América Latina y el Caribe: balance de una década (2008-2018). In: OJEDA, T.; ECHART MUÑOZ, E. (Eds.). . **La cooperación Sur-Sur en América Latina y el Caribe: balance de una década (2008-2018)**. 1. ed. Buenos Aires: CLACSO, 2019. p. 15–40.

OLIVARES HOMEZ, S. M. **La Unasur y la creación de un Régimen Regional en Salud**. [s.l.] FLACSO, 2018a.

OLIVARES HOMEZ, S. M. El consejo de Salud Suramericano y la creación de un régimen regional de salud. **Revista Aportes para la Integración Latinoamericana**, v. 38, p. 16–44, 2018b.

OLIVEIRA CRUZ, D. A. M. DE. Os rumos da integração regional no subcontinente: da UNASUL ao PROSUL, o que mudou ? **Revista de Geopolítica**, v. 11, n. 4, p. 111–122, 2020.

OLIVEIRA, B. N. L. DE. **Acesso a medicamentos e Cooperação Sul-Sul: um estudo de caso das negociações conjuntas de preços de medicamentos de alto custo na América do Sul**. [s.l.] Fundação Oswaldo Cruz, 2019.

OLIVEIRA, M. F. DE; LUVIZOTTO, C. K. Cooperação técnica internacional: aportes teóricos. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v. 54, n. 2, p. 05–21, 2011.

OLIVEIRA, O. M. DE. **Velhos e novos regionalismos: uma explosão de acordos regionais e bilaterais no mundo**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2009.

ONU. **Carta da Organização das Nações Unidas**, 1945.

PANISSET, U. Conceitos Operacionais para Diplomacia em Saúde: promovendo desenvolvimento humano por meio da cooperação internacional. In: BUSS, P.; TOBAR, S. (Eds.). . **Diplomacia em Saúde e Saúde Global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p. 87–114.

PANIZZA, F. La Marea Rosa. **Análise de Conjuntura OPSA**, v. 8, n. Agosto, p. 19–40, 2006.

PARAMIO, L. Perspectivas de la izquierda en América Latina. **Real Instituto Elcano de Estudios Internacionales y Estratégicos**, 2003.

PEREIRA, E. M. B. Saúde Global e Diplomacia da Saúde: interfaces da saúde com o direito e as relações internacionais. **Mural Internacional**, v. 7, n. 1, p. 63–74, 2016.

PEREZ, F. A. **Panorama da cooperação internacional em saúde em países da América do Sul**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2012.

PERISSINOTTO, R. **Por que golpe?**, 2016.

PINO, B. A. América Latina na Cooperação Internacional para o Desenvolvimento. In: SOUZA, A. DE M. E (Ed.). . **Repensando a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento**. Brasília: IPEA, 2014a. p. 175–202.

PINO, B. A. Evolução histórica da cooperação Sul-Sul (CSS). In: SOUZA, A. DE M. E (Ed.). **Repensando a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento**. Brasília: IPEA, 2014b. p. 57–88.

PINTO, R. C. I. **A ascensão e o definhamento da UNASUL : contingência, trajetória e o protagonismo presidencial**. [s.l.] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2019.

PROSUR. **Declaración Presidencial sobre la Renovación y el Fortalecimiento de la Integración de América del Sur** Santiago do Chile, 2019.

QUIROGA, M. V. El mapa político suramericano: algunos debates y lecturas sobre sus reconfiguraciones recientes. **Ciencia Nueva. Revista de Historia y Política**, v. 4, n. 1, p. 82–102, 7 set. 2020.

RIGGIROZZI, P. Reconstructing Regionalism: What does Development have to do with It? In: RIGGIROZZI, P.; TUSSIE, D. (Eds.). . **The Rise of Post-Hegemonic Regionalism. The case of Latin America**. Dordrecht: Springer Netherlands, 2012a. p. 17–39.

RIGGIROZZI, P. Region, Regionness and Regionalism in Latin America: Towards a New Synthesis. **New Political Economy**, v. 17, n. 4, p. 421–443, set. 2012b.

RIGGIROZZI, P.; TUSSIE, D. The Rise of Post-Hegemonic Regionalism in Latin America. In: RIGGIROZZI, P.; TUSSIE, D. (Eds.). . **The Rise of Post-Hegemonic Regionalism. The case of Latin America**. Dordrecht: Springer Netherlands, 2012. p. 1–16.

ROA, A. C.; SANTANA, J. P. DE. Saúde e integração regional na América Latina. **3º ENCONTRO NACIONAL ABRI**, n. 3, 2011.

ROA, A. C.; SANTANA, J. P. DE. Regional integration and south-south cooperation in health in Latin America and the Caribbean. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 32, n. 5, p. 368–375, 2012.

ROJAS, F. Álvaro García Linera, exvicepresidente de Bolivia: “Por supuesto que queremos volver a Bolivia y con Evo nos defenderemos en los juzgados”. **La Tercera**, 2020.

ROSENBERG, F.; TOBAR, S.; BUSS, P. El papel de los institutos nacionales de salud de UNASUR en la generación de evidencia sobre la determinación social de la salud. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 38, n. 2, p. 152–156, 2015.

RUCKERT, A. et al. Diplomacia da Saúde Global: uma revisão crítica da literatura. In: BUSS, P.; TOBAR, S. (Eds.). . **Diplomacia em Saúde e Saúde Global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p. 143–162.

RUVALCABA, D. E. M.; VALENCIA, A. R. Construcción de la Unión de Naciones Suramericanas-UNASUR. **Yuyaykusun**, v. 5, p. 31–64, 2012.

SANAHUJA, J. A. Del ‘regionalismo abierto’ al ‘regionalismo post-liberal’. Crisis y cambio en la integración regional en América Latina y el Caribe. In: MARTÍNEZ, L.; PEÑA, L.; VÁZQUEZ, M. (Eds.). . **Anuario de la Integración de América Latina y el Gran Caribe**. [s.l.] Coordinadora Regional de Investigaciones Económicas y Sociales, 2009. p. 11–54.

SANAHUJA, J. A. La construcción de una región: Suramérica y el regionalismo posliberal. In: CIENFUEGOS, M.; SANAHUJA, J. A. (Eds.). . **Una región en construcción: UNASUR y la integración en América del Sur**. [s.l.] Fundación CIDOB, 2010. p. 87–134.

SANAHUJA, J. A. Regionalismo post-liberal y multilateralismo en Sudamérica: El caso de UNASUR. In: SERBIN, A.; MARTÍNEZ, L.; RAMANZINI JÚNIOR, H. (Eds.). . **El regionalismo “post-liberal” en América Latina y el Caribe: Nuevos actores, nuevos temas, nuevos desafíos**. Buenos Aires: CRIES, 2012. p. 19–72.

SANTANA, J. P. DE. Um olhar sobre a Cooperação Sul-Sul em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2993–3002, jun. 2011.

SANTOS, R. S. S. DOS. A integração latino-americana no século XIX: antecedentes históricos do Mercosul. **Seqüência: Estudos Jurídicos e Políticos**, v. 29, n. 57, 13 set. 2008.
SANTOS, R. DE F.; CERQUEIRA, M. R. Cooperação Sul-Sul: experiências brasileiras na América do Sul e na África. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 22, n. 1, p. 23–47, mar. 2015.

SARAIVA, M. G. A evolução dos processos de integração na América Latina. In: LESSA, M. L.; GONÇALVES, W. DA S. (Eds.). . **História das Relações Internacionais: teorias e processos**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007. p. 111–132.

SARFATI, G. Teoria de integração. In: **Teorias de Relações Internacionais**. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 183–190.

SCHIMMELFENNIG, F. Regional Integration Theory. In: **Oxford Research Encyclopedia of Politics**. [s.l.] Oxford University Press, 2018.

SILVA, F. P. DA. **Vitórias na crise: Trajetórias das esquerdas latino-americanas contemporâneas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ponteio, 2011.

SILVA, F. P. DA. O Fim da Onda Rosa e o Neogolpismo na América Latina. **Revista Sul-Americana de Ciência Política**, v. 4, n. 2, p. 165–178, 2018.

SOARES, S. P. **O Estado e as Relações Internacionais: O Complexo Econômico-Industrial da Saúde na relação de influência mútua entre as agendas interna e externa do Brasil**. [s.l.] Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

SÖDERBAUM, F. Introduction: Theories of New Regionalism. In: SÖDERBAUM, F.; SHAW, T. M. (Eds.). . **Theories of New Regionalism**. 1. ed. Londres: Macmillan Education UK, 2003. p. 1–21.

SÖDERBAUM, F. Comparative Regional Integration and Regionalism. In: **The SAGE Handbook of Comparative Politics**. [s.l.] SAGE Publications Ltd, 2007. p. 477–496.

SÖDERBAUM, F. Old, New, and Comparative Regionalism: The History and Scholarly Development of the Field. In: BÖRZEL, T. A.; RISSE, T. (Eds.). . **The Oxford Handbook of Comparative Regionalism**. [s.l.]: Oxford University Press, 2016. p. [n.p.].

SOUZA, A. DE M. E. Repensando a cooperação internacional para o desenvolvimento. In: SOUZA, A. DE M. E (Ed.). . **Repensando a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento**. Brasília: IPEA, 2014. p. 11–32.

SOUZA, L. E. S. DE. **O Brasil e o regionalismo sul-americano: o papel da UNASUL na política externa do governo Rousseff (2011-2016)**. [s.l.] Universidade de Brasília, 2018.

SOUZA, N. A. América Latina: as ondas da integração. **Oikos**, v. 11, n. 1, p. 87–126, 2012.
SURAMERICANOS, C. DE P. **Comunicado de Brasília** Brasília, 2020.

TELÒ, M. Introduction: Globalization, New Regionalism and the Role of the European Union. In: TELÒ, M. (Ed.). . **European Union and New Regionalism: Regional Actors and Global Governance in a Post-Hegemonic Era**. 2. ed. [s.l.] Ashgate, 2001. p. 1–18.

TOBAR, S. Governança da Saúde Global e Regional: OMS/OPAS. In: BUSS, P.; TOBAR, S. (Eds.). . **Diplomacia em Saúde e Saúde Global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p. 385–420.

UNASUL. **Tratado Constitutivo da União de Nações Sul-Americanas**, 2008.

UNASUL. **Protocolo adicional ao tratado constitutivo da unasul sobre compromisso com a democracia**, 2010.

UNASUR-SALUD. **Acuerdo nº 01/09 del Consejo de Salud Suramericano. Constitución del Consejo de Salud Suramericano**, 2009a.

UNASUR-SALUD. **Resolución nº 07/2009 del Consejo de Salud de Unasur**. 2009b.

UNASUR-SALUD. **Resolución nº 05/2009 del Consejo de Salud de Unasur**, 2009c.

UNASUR-SALUD. **Consejo de Salud Suramericano: Plan Quinquenal 2010-2015**, 2010.

UNASUR-SALUD. **Resolución nº 02/2011 del Consejo de Salud de Unasur**, 2011a.

UNASUR-SALUD. **Resolución nº 04/2011 del Consejo de Salud Suramericano. Creación de la Red de Institutos Nacionales de Cáncer de UNASUR**, 2011b.

UNASUR-SALUD. **Declaración nº 01/2015 del Consejo de Salud Suramericano.pdf**, 2015a.

UNASUR-SALUD. **Declaración nº 06/2015 del Consejo de Salud Suramericano.pdf**, 2015b.

UNASUR. **Disposicion del Consejo de Delegadas y Delegados de la Union de Naciones Suramericanas nº 01/2008: sobre el Consejo Social de UnasurSan**, 2008a.

UNASUR. **Decisión para el Establecimiento del Consejo de Salud Suramericano de la Unasur**, 2008b.

UNASUR. **Resolución 40.2012. Anexo IV. Proyecto para el mapeo de capacidades regionales de producción de medicamentos**, 2012.

UNASUR. **Reglamento para la Ejecucion del “Fondo de Iniciativas Comunes de Unasur”**, 2015.

VANCE, C. **La Unasur y la post pandemia: una mirada desde la salud** Ciudad de México Conferência Interamericana de Seguridad social, , 2020.

VANCE, C.; BERMUDEZ, L. O. Z.; NASCIMENTO, B. La cooperación Sur-Sur en salud: la experiencia de Unasur. **Líneasur. Revista de Política Exterior del Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana**, v. 3, n. 12, p. 89–102, 2016.

VEIGA, P. DA M.; RIOS, S. P. **O regionalismo pós-liberal, na América do Sul: origens, iniciativas e dilemas**. Santiago do Chile: CEPAL, 2007.

VILLARREAL, M. Regionalismos e Migrações Internacionais na América do Sul: Contexto e Perspectivas Futuras sobre as Experiências na Comunidade Andina, no Mercosul e na Unasul / Regionalisms and International Migration in South America: Context and Future Perspectives on. **Espaço Aberto**, v. 8, n. 2, p. 131–148, 22 dez. 2018.

VUYK, C. Paraguai: o golpe de Estado de clases de 2012 e o governo entreguista antinacional. In: VILLARREAL, M.; SANTANA, R.; PITILLO, J. (Eds.). **América Latina na encruzilhada: lawfare, golpes e luta de classes**. [s.l.] Autonomia Literaria, 2020.

WEYLAND, K. The Rise of Latin America’s Two Lefts: Insights from Rentier State Theory. **Comparative Politics**, v. 41, n. 2, p. 145–164, 2009.

YOUDE, J. High Politics, Low Politics, and Global Health. **Journal of Global Security Studies**, v. 1, n. 2, p. 157–170, maio 2016.

APÊNDICE - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

- Pré-Unasul

ALC conta com uma ampla experiência na cooperação em saúde. Como se organizava a cooperação na área da saúde no âmbito regional antes da Unasul?

Quem fazia (quais atores) essa cooperação? Quais eram os mecanismos utilizados?

Esses mecanismos tiveram algum efeito (influenciaram) na formação da Unasul?

Se tratando de questões conceituais, a formação de um pensamento latino-americano sobre cooperação sanitária, com conceitos como soberania sanitária, gerou algum efeito no modelo de cooperação adotado pela região?

- Unasul

A saúde ocupou um lugar central no âmbito da Unasul?

Como ocorreu a formação do Conselho de Saúde e seus organismos? Quem os impulsionou?

Como foi a atuação dos países-membros nesses organismos?

A Unasul-saúde foi um projeto regional ou prevalentemente nacional (brasileiro)?

Quais foram os principais atores da organização? Quais foram as organizações nacionais e regionais que participaram desse processo? Como ocorreu a atuação da Fiocruz na Unasul-Saúde?

Como funcionava a Unasul-saúde, ISAGS/GTs/redes?

Quais foram os avanços obtidos pela Unasul-saúde? Quais foram os principais sucessos/resultados obtidos na área da cooperação e diplomacia da saúde?

Quais foram os principais problemas e obstáculos que a Unasul-saúde enfrentou?

O que a Unasul não conseguiu fazer/ quais foram as principais críticas/déficits/fraquezas/limites da organização?

Por que a Unasul-saúde não se manteve?

- Pós-Unasul

Pensando na atuação da Unasul durante a pandemia da H1N1, qual seria o papel da Unasul no contexto atual?

Quais foram os legados – teóricos ou práticos – deixados pela Unasul? O que ficou da Unasul? As práticas de cooperação se mantiveram através de outros espaços ou a nível regional?

Atualmente, como funciona a cooperação regional em saúde? Quais são os principais atores?

O presidente da Argentina Alberto Fernández tem advogado pela reconstrução da Unasul. Você acredita que a Unasul-saúde será retomada/voltará a funcionar?

- Outros

O que não foi abordado, mas acha necessário destacar?