

Flávia Thedim Costa Bueno
Mariana Faria
Luana Bermudez

A Cooperação Sul-Sul e as Redes Estruturantes do Conselho de Saúde da Unasul como instrumentos de desenvolvimento regional

RESUMO

Este artigo trata dos enfoques teóricos e campos de análise que fundamentaram a proposta de cooperação e integração regional da União de Nações Sul-Americanas (Unasul) e analisa as Redes Estruturantes do Conselho de Saúde Sul-Americano, a partir de marcos e conceitos de cooperação e desenvolvimento. Evidencia a intensificação de um movimento que surgiu nos anos 50, conhecido como Cooperação Sul-Sul, que se define, de maneira geral, como a cooperação internacional entre países em desenvolvimento. Busca ainda compreender como as estruturas em rede do Conselho funcionam e podem servir de instrumentos efetivos aos objetivos do modelo de desenvolvimento proposto pela Unasul. A partir disso, debatem a Unasul e seu Conselho de Saúde, reconhecendo a cooperação realizada por meio das redes como uma experiência inovadora e promissora entre instituições do Continente Sul-Americano.

Palavras-chave

Desenvolvimento, Cooperação Sul-Sul, integração regional, Unasul, Conselho de Saúde Sul-Americano, redes estruturantes.

ABSTRACT

This article deals with the theoretical approaches and fields of analysis that were behind the proposal for the cooperation and regional integration of the Union of South American Nations (Unasul in Spanish, Unasul in Portuguese), and analyzes the structural networks of the South American Health Council (CSS) on the basis of the frameworks and concepts of cooperation and development. It also highlights the intensification of a movement that emerged in the 1950s, referred to as South-South Cooperation, which can be defined, in a broader sense, as the international cooperation between developing nations. The article also seeks to provide a better understanding of how the Council's network structures operate, and how they can serve as effective tools for achieving the goals set down by the development model proposed by Unasul. Based on this, the article discusses Unasul and its Health Council, recognizing the cooperation that is achieved by means of networks as an innovative and promising experience for the institutions of the South American Continent.

Keywords

Development, South-South Cooperation, regional integration, Unasul (Unasul), South American Health Council (CSS), structural networks.

1. Introdução

O conceito de globalização, comumente atrelado ao progresso e ao desenvolvimento, foi desafiado por Celso Furtado (2000) e Milton Santos (2000) a partir da observação de que grande parte da população mundial encontra-se excluída dessa relação de globalização-progresso-desenvolvimento e não usufrui seus benefícios.

Santos (2000) nomeia esse processo de *globalização perversa*, em que os países se fortalecem, não mais para garantir os direitos de seus cidadãos, mas para atender aos imperativos do mercado, mantendo ou aumentando as desigualdades e iniquidades intra e internacionais. Para esse autor, a transformação desse paradigma será consequência de um movimento que será realizado pelos *países subdesenvolvidos; os deserdados e os pobres; o indivíduo liberado partícipe das novas massas*.

A cooperação entre os países em desenvolvimento, nomeada Cooperação Sul-Sul, baseia-se em uma relação de horizontalidade, na cooperação entre iguais, buscando encontrar novas formas de cooperar apoiadas em outros valores e em novas premissas e com o desejo de encontrar novos resultados que os distanciem do atual paradigma (perverso) da globalização e do desenvolvimento.

Como resultado desse movimento, surge, nos anos 2000, a União de Nações Sul-Americanas, a Unasul. Em seu Tratado Constitutivo, os 12 países soberanos da América do Sul afirmam que essa união tem como principais objetivos *eliminar a desigualdade socioeconômica, alcançar a inclusão social e participação cidadã, fortalecer a democracia e reduzir as assimetrias*. Esses são os valores que norteiam esse projeto de integração regional, com vistas não à construção de um mercado comum para o progresso mercantil das nações, mas a um espaço de maior interação entre os países em prol de objetivos comuns, nos quais a democracia, a participação popular e a redução de iniquidades são pilares.

Nesse projeto de desenvolvimento, a partir da cooperação e da integração regional, que enxerga o avanço econômico como mecanismo para a efetivação de políticas sociais com o objetivo final de alcançar o *buen vivir* (em espanhol) ou *sumak kawsay*, no idioma quíchua (concepção de direito incluída nas novas constituições do Equador e da Bolívia), os temas sociais aparecem com destacada relevância. É por essa razão que o segundo Conselho Setorial a ser constituído pelos chefes de Estado da Unasul foi o Conselho de Saúde. A premissa inicial que funda esse Conselho é de que a saúde é um direito fundamental do ser humano. Para alcançar o objetivo de reduzir as iniquidades regionais com a efetivação do direito à saúde, o Conselho Sul-Americano de Saúde se estrutura a partir de

Grupos de Trabalho e Redes Estruturantes.

O presente estudo documental teve como finalidade identificar os enfoques teóricos e os campos de análise que fundamentaram a nova proposta de cooperação e integração regional da Unasul, além de analisar as Redes Estruturantes do Conselho Sul-Americano de Saúde a partir desses marcos e conceitos de cooperação e desenvolvimento. Buscou-se ainda compreender como essas estruturas em rede funcionam e podem servir de instrumentos efetivos aos objetivos do modelo de desenvolvimento proposto pela Unasul.

2. Desenvolvimento e cooperação: marcos e conceitos

Após o fim da Segunda Guerra Mundial, tanto os temas da cooperação internacional quanto os de desenvolvimento foram alvo de maior interesse e de transformações conceituais.

Amartya Sen (1998) destaca duas vertentes principais e contrastantes do desenvolvimento. O autor admite que não existem formas puras de tais constructos, que podem assumir diferentes modos, mas servem para caracterizar duas concepções principais do desenvolvimento. Uma, que ele denomina BLAST (*blood, sweat and tears*, ou seja, sangue, suor e lágrimas) e que seria a representação de visões mais tradicionais de desenvolvimento, e outra, nomeada GALA (*getting by, with a little assistance*; em português, superando, com um pouco de ajuda).

A concepção BLAST tem como um de seus pilares a ideia de que o desenvolvimento passa inevitavelmente por uma fase de sacrifício e sofrimento. Uma de suas variantes relaciona desenvolvimento à acumulação, o que se traduz em baixos níveis de vida em um futuro próximo para que se alcance a acumulação acelerada do capital. Alguns enfoques dessa concepção destacam a importância dos recursos humanos para o desenvolvimento, equiparando a acumulação com a formação de capital físico.

O sacrifício do bem-estar imediato refere-se à permanência de situações de pobreza com o repúdio a medidas redistributivas; o sacrifício dos direitos humanos e civis e da democracia. Para Sen (1998), entretanto, é preciso priorizar a prevenção da pobreza; defender a primazia dos direitos humanos e da democracia na prevenção de desastres sociais maiores; deve-se também considerar a correlação entre produtividade econômica e educação, atenção à saúde, que têm efeitos imediatos no bem-estar e o transcendem como bem duradouro.

Por sua vez, a concepção GALA harmoniza as ideias de bem-estar social e capacidade produtiva à de desenvolvimento econômico, eliminando a dicotomia presente na concepção BLAST. É considerada mais amigável, destacando-se a cooperação como um de seus pilares; a ajuda, presente em sua denominação,

pode ser entendida tanto pela interdependência imposta pelo mercado como pelo fomento à cooperação pelos serviços públicos.

Sen considera que o desenvolvimento tem uma relação direta com a ampliação das capacidades humanas; além de estimular a produtividade, o crescimento econômico, ampliar as prioridades do desenvolvimento, etc., afeta as liberdades humanas, o bem-estar social e a qualidade de vida. O autor define o desenvolvimento como “a ampliação da capacidade da população para realizar as atividades eleitas e valorizadas livremente [...]” (SEN, 1998: 15), indicando, porém, que não se deveria olhar para os homens como instrumento de desenvolvimento econômico.

Essa concepção do desenvolvimento como realização das capacidades humanas também é compartilhada por Celso Furtado (2000). Em seu livro *Introdução ao desenvolvimento: enfoque histórico-estrutural*, o autor apresenta algumas das principais vertentes do pensamento sobre o desenvolvimento econômico que marcaram a história mundial. Poderíamos analisar os diversos enfoques apresentados à luz da classificação de Amartya Sen, porém esse não é o foco deste artigo.

A ideia de progresso para Furtado (2000) relaciona-se a três momentos do pensamento europeu: o Iluminismo, que concebe o progresso como o alcance da razão; a ideia de acumulação de riquezas; e a expansão territorial como passo para o acesso à civilização por povos “retardados”. Tomando como ponto de partida a ideia de acumulação de riquezas, observa-se que essa se relaciona à previsão de um bem-estar apenas futuro, que os sacrifícios impostos seriam em prol de um melhor porvir.

Em seu uso corrente, o progresso técnico é entendido como “[...] o conjunto das transformações sociais que possibilitam a persistência do processo de acumulação [...]” (FURTADO, 2000: 14). Para que a acumulação persista por meio do progresso técnico como adoção de métodos produtivos eficazes, seria necessária ampla modificação social com diminuição das desigualdades e do uso da força de trabalho; em contraposição, a simples introdução de novos produtos, sem melhoria de eficiência, tenderia para a necessidade de maiores desigualdades para a manutenção de privilégios, com maior demanda por mão de obra.

Com relação a essa questão, Furtado aponta uma contradição. O progresso técnico é orientado para superar esse excesso de demanda por mão de obra e é utilizado como instrumento de poder para promover a manutenção da estrutura de privilégios da sociedade capitalista. Porém, “a absorção do progresso técnico em uma sociedade competitiva implica forte acumulação, e esta, per se, engendra pressões sociais no sentido de redução das desigualdades” (FURTADO, 2000: 17).

Ainda segundo Furtado (2000), o conceito de desenvolvimento não pode ser entendido fora da estrutura social de uma sociedade e possui três dimensões, todas com certo grau de ambiguidade em suas concepções. Uma diz respeito à evolução do sistema social de produção baseado em acumulação e progresso das

técnicas para maior eficácia e produtividade do sistema; a segunda se refere ao grau de satisfação das necessidades humanas e a terceira diz respeito ao alcance de objetivos dos grupos dominantes, dimensão apreendida apenas quando inserida em um discurso ideológico.

Um exemplo de maior concretude da terceira dimensão foi a relação estabelecida entre o desenvolvimento e o interesse nacional, tendo o Estado tomado o papel de agente propulsor e diretor das atividades econômicas e árbitro de conflitos de classe. Nesse sentido, após a Segunda Guerra Mundial, foram criadas diversas instituições multilaterais com vistas à estabilidade do sistema internacional. Nesse momento, o tema da cooperação internacional ganhava maior destaque. Após o conflito, os países se uniram em uma tentativa de colaborar para a manutenção da paz, com a criação de instituições em diversas áreas, como segurança, saúde e economia.

Em um exercício de conceituar os diversos tipos de cooperação internacional, Oliveira e Luvizotto (2011) identificaram quatro categorias: a) vertical: de caráter assistencial, com a transferência vertical de conhecimentos e técnicas de países mais desenvolvidos para os menos; b) *tout court*: que trata os países em desenvolvimento como parceiros, passando a uma posição mais ativa; c) horizontal: cooperação entre países em vias de desenvolvimento, deixando de ser Norte-Sul e assumindo a posição Sul-Sul, com o objetivo de troca de conhecimentos mútuos; e d) descentralizada: incorpora características da cooperação horizontal, mas sem, necessariamente, envolver o Estado-Nação; como a desenvolvida entre municípios, mais conhecida como paradiplomacia.

A cooperação traz consigo uma ideia de maior interação entre os países em prol de objetivos comuns. Nesse sentido, o tema da globalização, de relações entre Estados e nações, vem sendo tratado como um processo que se relaciona ao progresso e ao desenvolvimento. Nesse ponto, Milton Santos (2000) propõe uma visão contra-hegemônica desse processo, apontando, em uma perspectiva relacionada à de Celso Furtado sobre as técnicas e à terceira dimensão do desenvolvimento, que as ciências são aliadas àquelas para conformar uma ideologia homogeneizadora, um discurso único que constrói a ideia de globalização atual.

Desse ponto de vista, a globalização como algo dado não é nada mais que uma ficção, pois, de fato, a maior parte da população mundial é excluída do processo e não tem acesso às benesses prometidas – o mito da aldeia global e da contração do espaço e do tempo, o que Santos denomina globalização perversa.

O Estado nacional na atualidade se fortalece, segundo Santos (2000), para atender às demandas globais, sendo, dessa maneira, capturado pelas empresas transnacionais e pelo capital internacionalizado, deixando de ser o lugar da garantia dos direitos sociais. Para esse autor, não há morte ou enfraquecimento do Estado na era da globalização. O que há, na verdade, é seu fortalecimento para atender às necessidades do mercado em detrimento do cuidado com a população,

afastando-se da concepção inicial de Estado como garantidor dos direitos e produtor de políticas sociais.

Milton Santos (2000) afirma que a mudança política do que reconhecemos hoje como globalização resultará de um movimento de baixo para cima no qual os principais agentes de transformação serão os países subdesenvolvidos.

Nesse sentido, podemos identificar um movimento que vem ganhando força desde os anos 50, que se relaciona à cooperação internacional entre países em desenvolvimento, conhecida como Cooperação Sul-Sul (CSS). De acordo com Leite (2012), são três os principais marcos da CSS: 1) o discurso de 1949 do presidente norte-americano Truman, que conferiu unidade aos países periféricos ao atribuir a seu governo a responsabilidade de solucionar problemas de “áreas subdesenvolvidas”; 2) a realização da Conferência de Bandung¹, em 1955, que reuniu países da Ásia e África sem a presença de EUA, URSS e Europa; e 3) o surgimento do Movimento dos Não Alinhados (MNA) na Conferência de Belgrado, de 1961, apontando para a união em defesa da autonomia dos países do Sul frente ao colonialismo. Esses marcos indicam uma mudança significativa no cenário internacional, com a ascensão de novos atores com algum poder para a tomada de decisões.

Apesar do esforço em cooperar, Leite aponta que a CSS enfrentava obstáculos tanto operacionais como políticos para se realizar, como o número pequeno de participantes, as limitações temáticas e a baixa complementaridade de suas economias. Nos anos 70, destacou-se a cooperação técnica e financeira, como a que se realizou no primeiro choque do petróleo (1974); esse tipo de cooperação também ganhou conferências específicas no âmbito multilateral, em que países periféricos demonstraram união para a aprovação de resoluções de seu interesse. Em 1978, foi realizada a Conferência sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), em Buenos Aires, que culminou na adoção de um Plano de Ação para implementar a CTPD e que é considerada marco da chamada cooperação horizontal (SATO, 2010; BUSS e FERREIRA, 2010a, 2010b; ALMEIDA *et al.*, 2010).

Os anos 80 e 90, como demonstra Leite (2012), foram de desmobilização da CSS por motivos relacionados à crise da dívida externa e aos ajustes neoliberais impostos por novos modelos de desenvolvimento. A insatisfação com os resultados desse modelo e a busca por uma atuação no cenário internacional são apontadas como causas do reaparecimento da CSS no final dos anos 90 e início dos 2000, com articulações do âmbito da quebra de patentes de medicamentos antirretrovirais, por exemplo.

A CSS, de acordo com a autora, também passou a fazer parte dos programas de agência de cooperação de países desenvolvidos, na chamada cooperação triangular², que envolve dois países em desenvolvimento em cooperação, com o apoio de um país desenvolvido. Segundo Leite, conceito de CSS não é

1. A Conferência de Bandung teve como objetivo mapear o futuro dos países que estavam em processo de descolonização, adquirindo ou recuperando sua independência. Nesse marco, a questão do desenvolvimento surgiu como tema para a política internacional e transformou seu foco, que deixou de ser apenas o eixo Leste-Oeste (Guerra Fria), e incluiu em seu escopo o eixo Norte-Sul (que dividia o mundo entre países industrializados e países exportadores de produtos primários) (KOCHER, 2004).

2. A cooperação triangular é uma das modalidades de cooperação. Podemos identificar, ainda, a cooperação bilateral, entre dois países; e a multilateral, identificada como a cooperação realizada no âmbito dos organismos que fazem parte das Nações Unidas.

homogêneo e, de modo geral, é marcado por certa inespecificidade, normativismo e reducionismo. Leite propõe que a CSS seja vista como um processo complexo de trocas, que, em longo prazo, pressupõe recompensas mútuas entre os atores da cooperação, ou seja, na reciprocidade.

Por sua vez, para as Nações Unidas, o que pode ser evidenciado pelo documento final da sua Conferência de Alto Nível sobre Cooperação Sul-Sul, realizada em Nairobi (2009), a Cooperação Sul-Sul é:

“[...] um esforço conjunto de povos e países do Sul, nascido de experiências compartilhadas e afinidades, baseada em objetivos comuns e solidariedade, e guiada, entre outros, pelos princípios de respeito à soberania e envolvimento nacionais, livres de qualquer condicionalidade. [...]” [p. 3]

Nesse sentido, observamos que o entendimento dessa organização indica como parte da CSS uma relação de horizontalidade, de cooperação entre iguais. O documento ainda diferencia a Cooperação Sul-Sul da Assistência Oficial para o Desenvolvimento (AOD) e enfatiza que é preciso fortalecer essa modalidade com maior transparência e prestação de contas, bem como coordenar seus esforços com os nacionais. Além disso, indica que tanto atores governamentais como não governamentais são possíveis protagonistas desse tipo de cooperação.

Outra definição para esse processo é a sugerida por Buss & Ferreira (2010a: 106), na qual “A Cooperação Sul-Sul é o processo de interação econômica, comercial, social ou de outra natureza que se estabelece com vantagens mútuas entre parceiros de países em desenvolvimento”. É possível observar que essa proposta é bastante geral e inespecífica, enfatizando apenas a natureza dos países envolvidos no processo, coadunando-se com a observação de Leite (2012).

Podemos observar que a CSS não se atém a um setor específico. Nos últimos 20 anos, a diversificação de temas que vem sendo observada na agenda global pode ser identificada pelo grande número de Conferências Temáticas das Nações Unidas nos anos 90, como as sobre meio ambiente, direitos humanos, desenvolvimento social, habitação, entre outras. Nesse âmbito, a saúde também vem ganhando destaque.

Apesar de ser tema tratado internacionalmente desde o século 19 (FIDLER, 2001), dois marcos se destacam nos anos 2000. O primeiro se refere ao fato de que três dos oito Objetivos do Milênio estabelecidos no ano 2000 são diretamente ligados à saúde, e os outros cinco podem ser indiretamente vinculados ao tema, visto que podem ser entendidos como parte da determinação social da saúde (UNITED NATIONS, 2000). O outro foi o compromisso estabelecido em 2007 pelos ministros das Relações Exteriores do Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal, África do Sul e Tailândia, no qual definiram que a saúde global é questão de política externa (AMORIM *et al.*, 2007).

Nesse sentido, Célia Almeida *et al.* (2010) propõem o conceito de “cooperação estruturante em saúde”, cujos aspectos inovadores são a ênfase na formação

de recursos humanos, o fortalecimento organizacional e o desenvolvimento institucional, bem como a utilização de capacidades e recursos autóctones. Seus principais pilares são a cooperação horizontal; o desenvolvimento de capacidades em saúde; o fortalecimento dos sistemas de saúde locais; a coordenação regional da cooperação; o maior envolvimento dos ministros da Saúde; e a parceria Ministério da Saúde – Ministério das Relações Exteriores.

3. Necessidade funcional das redes intergovernamentais e a geração de valor público

A globalização econômica alterou os processos produtivos e administrativos. Essa alteração teve como grandes efeitos maior flexibilização, integração e interdependência e a formação de novos blocos regionais, como o NAFTA, a União Europeia, o Mercosul e a Unasul, que se constituem a partir da tendência de abordar a política em outros níveis, transfronteiriços, intrarregional local, nacional e regional (POGGIESE, 1999). Nesse cenário, observa-se o surgimento de redes intergovernamentais, envolvendo diferentes organizações ou nódulos, vinculados entre si através do estabelecimento e manutenção de objetivos comuns e de uma dinâmica de trabalho cooperativo (AGRANOFF, 2003).

Segundo Castells (2005), a transformação mais profunda que ocorre nas *instituições políticas na sociedade em rede* é o surgimento de *uma nova forma de Estado que gradualmente vai substituindo os Estados-Nação da Era Industrial*. Na nova era globalizada, o Estado não pode funcionar única ou primeiramente no contexto nacional, as redes intergovernamentais aparecem como *uma necessidade funcional* para que os Estados-Nação possam realizar a gestão conjunta do processo global que afeta grande parte dos temas relacionados com a prática governamental.

A dinâmica das relações intergovernamentais está baseada em trocas de natureza política, em deliberação, negociação e aprendizagem. A capacidade de coordenação, articulação, negociação entre atores institucionais, viável no marco de redes não hierárquicas, participativas e com regras claras, facilitará ou dificultará a realização de objetivos comuns.

As redes ao longo da história têm constituído uma grande vantagem e um grande problema por oposição a outras formas de organização social (CASTELLS, 2005: 17). Suas grandes vantagens são a flexibilidade e a adaptabilidade, mas, em muitos casos, dependendo do tamanho e da complexidade do projeto, encontram dificuldades em mobilizar e gerir os recursos necessários para concretizar as atividades e atingir os resultados almejados.

Redes intergovernamentais e interorganizacionais podem ser entendidas como estruturas interdependentes, que compreendem diversos tipos de

organizações ou partes, em que uma unidade não é meramente subordinada a outra em um grande arranjo hierárquico. Estruturas de redes são espaços de intercâmbio e aprendizagem e boa parte do que é realizado por elas deriva das interações que ocorrem entre seus membros. O trabalho em rede deve ser capaz de melhorar o trabalho em equipe, reduzir fronteiras e promover processos inovadores (FLEURY, 2005).

Apesar dessas características comuns, as redes intergovernamentais não são todas iguais. É possível classificá-las a partir de características de funcionamento. Agranoff (2003) classifica as redes em: Redes de Informação, Redes de Desenvolvimento, Redes de Divulgação e Redes de Ação. As *Redes de Informação* reúnem parceiros exclusivamente para intercâmbio de políticas e programas, tecnologias e soluções potenciais. Não são adotadas ações ou estratégias comuns. Já as *Redes de Desenvolvimento* estão fortemente envolvidas tanto na geração quanto no intercâmbio de conhecimentos e tecnologias, e muitas de suas atividades incluem seminários, conferências, criação de institutos e chegam a evidenciar estratégias que os membros são incentivados a adotar. As *Redes de Divulgação* avançam um pouco mais e desenvolvem estruturas de ação conjunta, potenciais ou reais, para os clientes ou agências, mas as ações não são formalmente adotadas pela rede, apenas sugeridas. Finalmente, as *Redes de Ação* envolvem parceiros que se uniram para adotar formalmente ações colaborativas e/ou prestar serviços. Cada rede pode ser definida por uma palavra, respectivamente: intercâmbio, capacitação, estratégia e decisão.

Uma questão que se apresenta é se as redes de gestão pública produzem soluções e resultados que não seriam produzidos por uma organização hierárquica individualmente (AGRANOFF, 2003). É preciso avaliar se a colaboração (através de redes) acrescenta valor às iniciativas públicas. Segundo Moore (2002), gestores públicos procuram “descobrir, definir e produzir valor público”. Assim, redes intergovernamentais devem *descobrir, definir e produzir* mais *valor público* por seu trabalho em conjunto do que se as organizações trabalhassem separadamente.

Valor público pode ser definido como o somatório das satisfações individuais que um sistema social ou uma política governamental são capazes de produzir. O governo tem a tarefa de apoiar os membros da coletividade no alcance de determinados propósitos importantes que podem aumentar a satisfação individual. Para tanto, o governo pode, atuando como agente de seus cidadãos, lançar mão de seus poderes e recursos para alcançar um determinado propósito que maximize as somas das satisfações individuais.

Nesse sentido, a constituição de redes intergovernamentais e os resultados gerados pelo trabalho em rede deverão ser capazes de potencializar a satisfação das partes compreendidas em determinada rede.

4. A Unasul: integração regional, cooperação e desenvolvimento

Na América do Sul, observou-se, desde a década de 50, o surgimento de esforços de integração regional, como o Mercosul, a Comunidade Andina de Nações (CAN) e a União de Nações Sul-Americanas (Unasul). Apesar das diversas diferenças culturais, sociais, políticas, econômicas e ideológicas entre os países do continente, bem como conflitos geográficos e históricos, os governos sul-americanos passaram a adotar estratégias regionais a fim de garantir maior legitimidade, credibilidade e eficácia nas negociações internacionais, além de desenvolver a possibilidade de enfrentar os problemas comuns mais adequadamente (RIZZOTTO, 2013).

Seguindo essa estratégia regional, desde o ano 2000, os presidentes sul-americanos iniciaram uma série de reuniões com o objetivo de aprofundar a cooperação entre os países e estabelecer uma agenda política comum (MINISTÉRIO DE RELAÇÕES EXTERIORES, 2000). Em 2004, criou-se a CASA, Comunidade Sul-Americana de Nações, que, em 2007, transformou-se em Unasul, cujo Tratado Constitutivo entrou em vigor em 2008.

A Unasul é composta dos 12 países independentes da América do Sul³, com o objetivo de construir uma identidade e cidadania sul-americana e desenvolver um espaço de integração e união no âmbito cultural, social, econômico, político, ambiental, energético e de infraestrutura entre seus povos. Entre suas prioridades estão o diálogo político, as políticas sociais, a educação, a energia, a infraestrutura, o financiamento e o meio ambiente, visando eliminar a desigualdade socioeconômica, alcançar a inclusão social e a participação cidadã, fortalecer a democracia e reduzir as assimetrias no fortalecimento da soberania dos Estados (UNASUR, 2008).

Sua estrutura é composta de diferentes conselhos – formados por presidentes, ministros de Relações Exteriores, delegados nacionais, contando também com 12 Conselhos Setoriais que tratam de temas específicos – e de uma Secretaria Geral, com sede na cidade de Quito, Equador, que tem como encarregado um(a) secretário(a)-geral, com mandato de dois anos e indicado por consenso pelos presidentes dos 12 países⁴. A Presidência Pro Tempore (PPT) da Unasul é anual e rotativa, em ordem alfabética pelos países do bloco. Via de regra, o país que assume a PPT o faz em todos os Conselhos, desde o de chefes de Estado até os 12 Conselhos Setoriais. Contudo, houve uma exceção, quando, em 2011, a Guiana assumiu a PPT e o país optou por não se encarregar dos Conselhos Setoriais. As PPTs desses Conselhos foram então assumidas por distintos países, voluntariamente⁵.

A primeira Reunião do Conselho de Chefes e Chefes de Estado e de Governo do bloco, em 2008, resultou, entre diversas declarações políticas, na constituição de dois Conselhos Setoriais ministeriais, o Conselho de Defesa Sul-Americano

3. São Estados-membros da Unasul: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai (suspensão temporariamente), Peru, Uruguai, Venezuela e Suriname.

4. Já foram secretários-gerais da Unasul o ex-presidente da Argentina Néstor Kirchner, a ex-ministra de Relações Exteriores da Colômbia María Emma Mejía e o ex-ministro de Relações Exteriores e de Energia e Minas da Venezuela Alí Rodríguez Araque (atual).

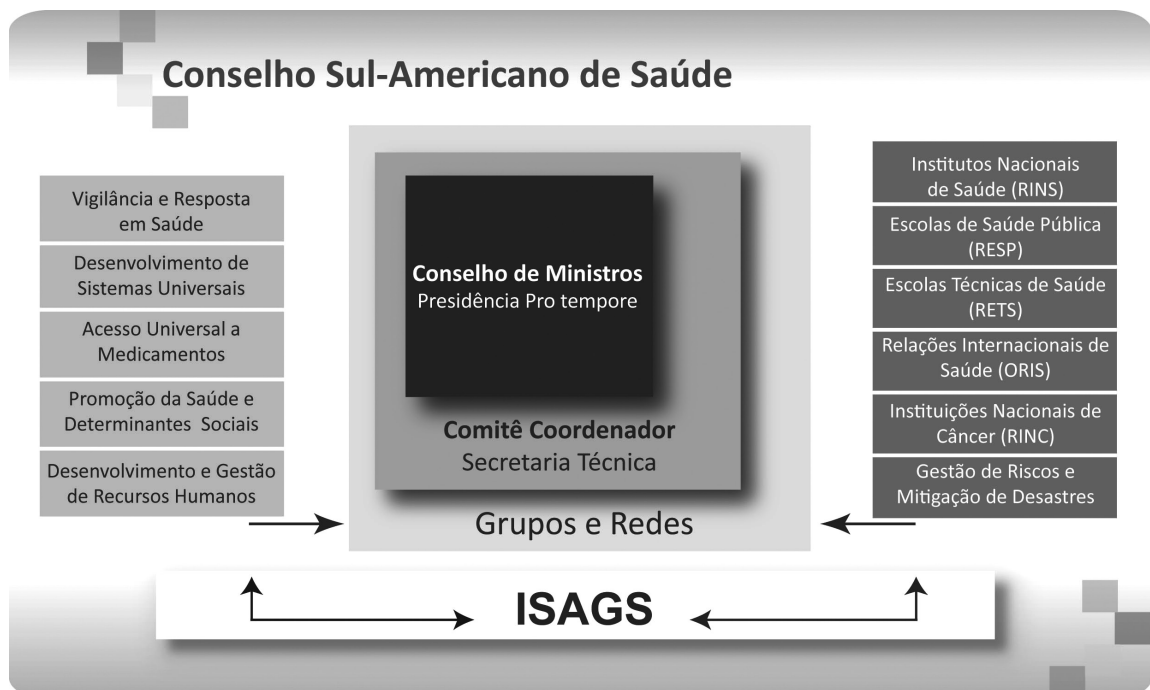
5. No caso do Conselho Sul-Americano de Saúde, o Uruguai, com o apoio do Paraguai, assumiu a PPT.

e o Conselho de Saúde Sul-Americano (doravante denominado Conselho). Esse Conselho foi criado com o objetivo de consolidar a América do Sul como um espaço de integração em saúde que contribua para a saúde de todos e para o desenvolvimento, incorporando e integrando os esforços e avanços sub-regionais do Mercosul, do Organismo Andino de Saúde (ORAS-CONHU) e da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA) (UNASUR, 2008b).

O Conselho foi instituído a partir do consenso de que a saúde é um direito fundamental do ser humano e da sociedade, além de ser um componente vital para o desenvolvimento humano. Aponta, ainda, para a saúde como propulsora da integração regional, como instrumento de redução de iniquidades entre os sistemas de saúde dos países-membros e indica a necessidade de impulsionar a participação cidadã nas discussões em saúde, entre outros aspectos (UNASUR, 2008b).

O Conselho é composto dos ministros de Saúde dos 12 Estados-membros da Unasul. Sua estrutura inclui um comitê coordenador, formado por representantes dos ministérios de cada Estado-membro e um representante do Mercosul, do ORAS-CONHU, da OTCA e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) na qualidade de observadores; uma secretaria técnica, a cargo da PPT e dos dois países das PPTs passada e seguinte, com o intuito de dar continuidade ao processo; técnicos (que conformam os Grupos Técnicos – GTs) divididos em áreas de trabalho; e Redes Estruturantes preexistentes e em formação (Figura 1).

Figura 1 – Organograma do Conselho de Saúde Sul-Americano. Fonte: ISAGS/Unasur, 2013.



Os ministros da Saúde da Unasul estabeleceram uma Agenda Sul-Americana de Saúde, que foi posteriormente consolidada pelos GTs em um Plano de Trabalho Quinquenal 2010-2015, que indicou cinco linhas de ação prioritárias para o Conselho (U, 2010):

- 1) Rede Sul-Americana de Vigilância e Resposta em Saúde.
- 2) Desenvolvimento de Sistemas de Saúde Universais.
- 3) Acesso Universal a Medicamentos.
- 4) Promoção à Saúde e Ação Sobre Seus Determinantes Sociais.
- 5) Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos em Saúde.

A partir da definição dessas cinco áreas prioritárias, o Plano Quinquenal do Conselho de Saúde estabelece seis objetivos e 28 resultados a serem cumpridos durante os cinco anos de trabalho. Cada GT possui uma coordenação principal e uma alternada, que são exercidas por dois países que revezam anualmente os papéis⁶. O Plano Quinquenal avança também no detalhamento de indicadores para controlar os progressos dos resultados e no orçamento e modalidades de financiamentos para operacionalizar cada um dos 28 resultados. Entretanto, é somente em 2012, dois anos após a aprovação do Plano Quinquenal, que a Unasul aprova seu orçamento global e suas regras para financiamento.

O Orçamento 2013 da Unasul não contempla, contudo, orçamentos específicos dos Conselhos Setoriais, limitando-se a financiar a Secretaria-Geral, o Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS) e o Centro de Estudos Estratégicos de Defesa (CEED)⁷, além de um Fundo de Iniciativas Comuns para o qual os Conselhos Setoriais podem submeter projetos. Esse fundo poderia ser uma alternativa para o financiamento das atividades do Plano Quinquenal, porém os valores atualmente disponíveis para o mesmo são insuficientes para tal fim.

Outro avanço importante no âmbito dessa instância foi a criação do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), que tem como objetivo colocar à disposição dos Ministérios da Saúde dos Estados-membros da Unasul as melhores práticas e evidências para a gestão em saúde, por meio da promoção de intercâmbio, reflexão crítica, gestão do conhecimento e geração de inovações no campo da política e governança em saúde (ISAGS, acessado em 2/5/2013). De acordo com seu estatuto, o ISAGS orienta suas funções segundo os princípios, valores e linhas estratégicas do Conselho e promove o conceito de trabalho em rede, envolvendo as instituições associadas a esse (UNASUR, 2011).

6. Vigilância e Resposta é coordenado por Uruguai/Paraguai; Sistemas de Saúde por Chile/Bolívia; Medicamentos por Argentina/Suriname; Promoção e Determinantes Sociais por Colômbia/Venezuela; e Recursos Humanos por Brasil/Peru.

7. Essas três instituições conformam as três instâncias de caráter permanente da Unasul. A primeira, como já mencionado, com sede no Equador, o ISAGS com sede no Brasil e o CEED, na Argentina.

5. Redes Estruturantes do Conselho de Saúde da Unasul: instrumentos de cooperação para o desenvolvimento

A 3ª Reunião Extraordinária do Conselho de Saúde Sul-Americano (CSS), realizada em novembro de 2009, em Guayaquil, Equador, aprovou diversas iniciativas de alta importância para o desenvolvimento dos sistemas de saúde da região, entre as quais as ações conjuntas para o controle da dengue e da influenza A H1N1 na região, o Programa de Bolsas Unasul Saúde e a *constituição das redes de instituições estruturantes dos sistemas de saúde* (UNASUR, 2009).

As Redes Estruturantes do Conselho de Saúde Sul-Americano são conformadas por instituições com capacidade de contribuir para o desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde de maneira efetiva, eficiente e sustentável ou de formar profissionais de saúde e gerir os conhecimentos que facilitem a tomada de decisões no interior dos sistemas de saúde. Essas redes são espaços de cooperação técnica em áreas da saúde pública e têm em comum o objetivo central de colaborar para o desenvolvimento dos sistemas de saúde da região. Elas passam a integrar o acervo do Conselho, com grande potencial de contribuições à formação de recursos humanos, à pesquisa e desenvolvimento tecnológico e à prestação de serviços de referência na região (BUSS e FERREIRA, 2011: 116).

Retomando a classificação de Agranoff (2003), as Redes Estruturantes do CSS são, ao mesmo tempo, *Redes de Desenvolvimento* e *Redes de Ação*, ou seja, se dedicam à geração e ao intercâmbio de conhecimentos (e boas práticas), e realizam espaços que promovem essas trocas, como seminários, conferências e oficinas. Além disso, desenvolvem estratégias comuns, as quais os membros são incentivados a adotar e, em alguns casos, com a validação do Conselho – instância ministerial com poder decisório setorial –, formalizar ações colaborativas regionais/multilaterais.

Como visto na Figura 1, atualmente existem seis Redes Estruturantes no Conselho: Rede dos Institutos Nacionais de Saúde (RINS); Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS); Rede de Instituições Nacionais de Câncer (RINC); Rede de Escolas de Saúde Pública (RESP); Rede de Assessorias de Relações Internacionais e de Cooperação Internacional em Saúde (REDSSUR-ORIS) e Rede de Gestão de Riscos e Mitigação de Desastres. Algumas dessas redes já existiam antes da conformação do Conselho de Saúde, como a RETS, criada em 1996 e incorporada posteriormente à Unasul; outras foram criadas apenas recentemente, como a Rede de Gestão de Riscos e Mitigação de Desastres, instituída em 20 de abril de 2012, durante a VI Reunião do Conselho de Saúde Sul-Americano, realizada em Assunção, Paraguai (UNASUR, 2011).

No momento de construção do Plano Quinquenal 2010-2015, as redes ainda não faziam parte da estrutura do Conselho e, por essa razão, não foram levadas em consideração no documento. Uma das consequências disso é que

as redes têm planos de trabalho independentes que não foram incorporados ao Plano e que não seguem nenhum padrão previamente estabelecido, dificultando o monitoramento de sua execução.

Em relação à estrutura dessas seis redes, é possível criar dois subgrupos. As quatro primeiras, RINS, RETS, RINC e RESP, são constituídas de instituições públicas dos países-membros da Unasul. Já a REDSSUR-ORIS e a Rede de Gestão de Riscos e Mitigação de Desastres possuem uma estrutura diferenciada, são constituídas de funcionários dos Ministérios da Saúde dos países, indicados para representá-los nessas redes. Ou seja, se assemelham mais à estrutura dos Grupos Técnicos do Conselho do que, de fato, à estrutura das Redes Estruturantes, que pressupõem o *intercâmbio institucional* (Resolução 07/09). Feita essa consideração, tomaremos como objeto de estudo neste artigo apenas as quatro primeiras redes elencadas: RINS, RETS, RINC e RESP.

A RINS está integrada pelos Institutos Nacionais de Saúde (INS) ou por instituições similares dos países-membros da Unasul. Sua missão é contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde com soluções científicas e tecnológicas para os problemas sanitários. A RETS é uma articulação entre instituições e organizações envolvidas com a formação e qualificação de pessoal técnico da área da saúde. A RINC é uma estratégia de articulação e cooperação entre instituições públicas, de âmbito nacional, e tem a responsabilidade de elaborar e/ou executar políticas e programas para o controle de câncer na região. Seu objetivo é o fortalecimento da prevenção e controle integral do câncer. A RESP, por sua vez, é uma rede de escolas de governo em saúde, formada por instituições que atuam na formação de recursos humanos para os sistemas de saúde dos países do bloco e tem como objetivo promover educação, investigação e intercâmbios técnicos, de modo que se crie uma infraestrutura educacional para o desenvolvimento da força de trabalho em saúde pública.

É válido destacar que um eixo transversal que conecta praticamente todas as redes é o fortalecimento da formação/capacitação de recursos humanos. Dois recentes estudos comparativos dos sistemas de saúde da região (ISAGS, 2012: 838 e OPS, 2012: 15) apontam que uma das grandes debilidades encontradas nos sistemas regionais é a *atual quantidade e qualidade* dos recursos humanos que *não atendem às necessidades dos sistemas de saúde*.

Como já visto, a concepção do desenvolvimento como realização das capacidades humanas, compartilhada por Furtado (2000) e Sen (1998), aponta no sentido da redução de desigualdades. Para tanto, é necessário conjugar o fomento às capacidades humanas e o fomento às capacidades de Estado, na perspectiva do desenvolvimento, a fim de solucionar os atuais problemas enfrentados com recursos humanos.

O Tratado Constitutivo da Unasul tem como objetivos gerais (Artigo 2) *eliminar a desigualdade socioeconômica, alcançar a inclusão social e participação*

cidadã, fortalecer a democracia e reduzir as assimetrias. Esses objetivos apontam para o modelo de desenvolvimento que se almeja conquistar no subcontinente a partir desse modelo de integração regional. Um *desenvolvimento* que está na contramão da *globalização perversa* e que busca recuperar o papel do *Estado como garantidor dos direitos e produtor de políticas sociais* (SANTOS, 2000).

Outra conexão entre as redes é de ordem estrutural (porém com efeitos políticos). Apesar de sua organização variar – enquanto algumas são coordenadas por um país (coordenador), com o apoio de uma secretaria executiva (exercida por outro país), outras trabalham em sistema de colegiado (grupo de países que exercem função coordenativa) e uma secretaria executiva (apenas um país)–, o que chama atenção é que o Brasil está, de uma forma ou de outra, envolvido com a coordenação de todas elas.

Esse protagonismo brasileiro está fundado nas raízes da Reforma Sanitária Brasileira, que constitucionalizou a saúde como *direito de todos e dever do Estado* (BRASIL, 1988, Art. 196) e origina o Sistema Único de Saúde – SUS, baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Como primeiro país da região a reconhecer a saúde como um direito (processo que, depois, especialmente após as reformas constitucionais mais recentes, pós-2000, ampliou-se a outros países da América do Sul), o Brasil representa um marco histórico e um modelo para várias reformas da região.

Assim, o trabalho a partir de redes intergovernamentais, que unem instituições capazes de contribuir para o desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde dos países da região, visa aumentar a geração de *valor público* através da cooperação entre as partes envolvidas, com vistas a não somente potencializar seu desempenho individual e regional, mas influenciar o desenvolvimento de uma consciência de *saúde como direito universal, equitativo e integral*.

As redes operam por meio de reuniões e assinatura de atas. Os resultados verificados pelos informes e relatórios produzidos por cada rede indicam um estágio bastante inicial, baseado ainda em sua construção, com a mobilização das instituições de cada país e o envolvimento dessas instituições nos debates e atividades realizados.

Além da presença brasileira, é possível notar uma participação intensa dos países-membros do Mercosul, o que se explica pela “juventude” do processo de integração da Unasul e suas instâncias, e, do outro lado, a relação sólida de confiança e cooperação estabelecida pelos países do Mercosul ao longo de mais de 20 anos de existência. Não obstante, a participação de outros países do bloco, como Chile, Colômbia, Equador, Peru e Suriname, vem sendo cada vez mais constante. Além do próprio processo de estruturação, algumas cooperações já se efetivaram no marco das Redes Estruturantes do CSS; contudo, em geral, são ainda cooperações bilaterais, geradas no seio das redes, mas sem capacidade de atuação como rede de fato.

Considerações Finais

Partindo do princípio de que o desenvolvimento se define como a realização das capacidades humanas, podemos inferir que a saúde revela-se um componente importante desse processo. No contexto regional, a cooperação internacional, com vistas ao desenvolvimento dos países-membros da Unasul, pode se concretizar de diversas maneiras, sendo uma delas a instituição de redes.

Nesse sentido, entendemos que o Conselho de Saúde Sul-Americano foi capaz de desenvolver um modelo de cooperação “participativo, democrático, inclusivo e amplo” (BUSS e FERREIRA, 2010b: 102), sendo hábil para transcender a dimensão da saúde, integrando os determinantes sociais e as políticas intersetoriais à sua agenda.

Apesar de todos os avanços, é importante observar que o financiamento para a execução das atividades propostas no Plano Quinquenal ainda são insuficientes e isso se estende ao trabalho das Redes Estruturantes. A incorporação dessas estruturas no Plano e a padronização de seus planos de trabalho são de extrema importância, visto que isso facilitaria sua articulação e monitoramento e minimizaria possíveis duplicações de esforços e dispêndio desnecessário de recursos, possibilitando maior eficiência na execução de ações e resultados mais profundos e de maior alcance.

Reconhecendo que o trabalho desenvolvido pelas Redes Estruturantes do Conselho Sul-Americano de Saúde encontra-se ainda em estágio muito inicial, é notável observar que o esforço empreendido pelos governos dos países-membros da Unasul no sentido de constituir estruturas de redes intergovernamentais, no âmbito da saúde, aponta para a construção de um novo modelo de desenvolvimento social na região. Um modelo que visa à redução de iniquidades regionais a partir da criação de espaços de intercâmbio, aprendizagem e ação colaborativa entre os países, por meio de suas instituições.

§

Referências Bibliográficas

- AGRANOFF, Robert. *A new look at the value-adding functions of intergovernmental networks*. Paper prepared for Seventh National Public Management Research Conference, Georgetown University, October 9 – 11, 2003.
- ALMEIDA, Célia; CAMPOS, Rodrigo Pires de; BUSS, Paulo; FERREIRA, José Roberto; FONSECA, Luiz Eduardo. *A concepção brasileira de “cooperação sul-sul estruturante em saúde”*. Revista Eletrônica de Comunicação, Inovação e Informação em Saúde. Rio de Janeiro, v. 4, n° 1, pp. 25-35, 2010. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/343/527>>. Acesso em: 10 mai. 2011.
- AMORIM, Celso; DOUSTE-BLAZY, Philippe; WIRAYUDA, Hasan; STORE, Jonas Gahr; CHEIKH, Tidiane Gadio; DLAMINIZUMA, Nkosazana; PIBULSONGRAM, Nitya. *Oslo Ministerial Declaration – global health: a pressing foreign policy issue of our time*. The Lancet. Vol. 369, Issue 9570, pp. 1373-1378, 2007.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 5 mai. 2011.
- BUSS, Paulo; FERREIRA, José Roberto. *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*. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. V. 4, n° 1, pp. 106-118, 2010a. Disponível em <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/351/519>>. Acesso em: 10 mar. 2011.
- _____; FERREIRA, José Roberto. *Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde*. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. V. 4, n° 1, pp. 93-105, 2010b. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/350/516>>. Acesso em: 10 mar. 2011.
- _____; FERREIRA, José Roberto. *Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro. V. 16, n° 6, jun 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 abr. 2013.
- CASTELLS, Manuel; CARDOSO, Gustavo (Orgs.). *A Sociedade em Rede: do conhecimento à ação política*; Conferência. Belém (Por): Imprensa Nacional, 2005.
- FIDLER, David P. *The Globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy*. Bulletin of the World Health Organization. V. 79, n° 9, pp. 842-849, 2001. Disponível em: <[http://www.who.int/bulletin/archives/79\(9\)842.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/79(9)842.pdf)>. Acesso em: 5 abr. 2011.
- FLEURY, Sonia. *Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública*. Administração em Diálogo, São Paulo, n° 7, 2005, pp. 77-89.
- FURTADO, Celso. *Introdução ao Desenvolvimento: enfoque Histórico Estrutural*. 3ª Ed. São Paulo, Paz e Terra: 2000.
- ISAGS, I. (Org.); Giovanella, Ligia (Org.); FEO, O. (Org.); FÁRIA, M. (Org.); TOBAR, S. (Org.). *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012. V. 1. p. 852.
- ISAGS/UNASUR. Conselho de Saúde. 2013. Disponível em: <<http://www.isags-unasur.org/interna.asp?lang=1&idarea=37>>. Acesso em: 1 mai. 2013.
- _____. Sobre el ISAGS. 2013. Disponível em: <<http://www.isags-unasur.org/interna.asp?lang=3&idArea=1&idSubArea=34>>. Acesso em: 1 abr. 2013.
- KOCHER, Bernardo. *De Bandung a Bagdá: Cinquenta Anos de História e Economia Política do Terceiro Mundo*. In: Anais Eletrônicos do XI Encontro Regional de História. Rio de Janeiro, ANPUH-RJ, 2004. Disponível em: <http://www.rj.anpuh.org/conteudo/view?ID_CONTEUDO=305>. Acesso em: 1 mar. 2013.
- LEITE, Iara. *Cooperação Sul-Sul: Conceito, História e Marcos Interpretativos*. Observador On-line, v. 7, n° 3, Mar. 2012. Disponível em: <http://observatorio.iesp.uerj.br/images/pdf/observador/observador_v_7_n_03_2012.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2013.
- MINHOTO, Laurindo Dias; MARTINS, Carlos Estevam. *As redes e o desenvolvimento social*. Cadernos FUNDAR, n° 22, 2001, pp. 81-101.
- MANDELL, Myrna. *Network management: strategic behavior in the public sector*. In: GAGE, Robert; MANDELL, Myrna. *Strategies for managing intergovernmental policies and network*. New York: Praeger, 1990.
- MINISTÉRIO DE RELAÇÕES EXTERIORES. Comunicado de Brasília. 1 set. 2000. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/sala-de-imprensa/notas-a-imprensa/2000/01/comunicado-de-brasilia>>. Acesso em: 11 abr. 2012.
- MOORE, Mark. *Criando valor público - Gestão Estratégica no Governo*. Letras e Expressões. 2002.
- _____. *Criando valor público por meio de parcerias público-privadas*. Revista do Serviço Público Brasília 58 (2): 151-179, abr./jun. 2007.
- OLIVEIRA, Marcelo Fernandes de; LUVIZOTTO, Caroline Klaus. *Cooperação técnica internacional: aportes teóricos*. Revista Brasileira de Política Internacional. V. 54, n° 2, pp. 5-21, 2011.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (Org.). *Salud en las Américas: edición de 2012. Panorama regional y perfiles de país*. Washington, DC: OPS, 2012.
- POGGIESE, Héctor, Redin Ma. Elena y Alí Patricia, “El papel de las redes en el desarrollo local como prácticas asociadas entre Estado y Sociedad”. FLACSO Sede Argentina. Febrero 1999. Buenos Aires.
- RIZZOTTO, M. L. F. *A saúde na proposta de desenvolvimento da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL)/ Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)*. Saúde em Debate. Rio de Janeiro. V. 37, n° 96, pp. 20-31, jan./mar. 2013.
- SANTOS, Milton. *Por uma outra globalização - do pensamento único à consciência universal*. São Paulo: Record, 2000.
- SATO, Eiiti. *Cooperação Internacional: uma componente essencial das relações internacionais*. Revista eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde. V. 4, n° 1, pp. 46-57, 2010. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/345/498>>. Acesso em: 10 mar. 2011.
- SEN, Amartya. *Las teorías del desarrollo a principios del siglo XXI*. In Cuadernos de Economía, v. XVII, n° 29, Bogotá, 1998. Disponível em: <<http://www94.etc.upm.es/isf/sen-1998.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2013.
- SERBIN, Andrés. *Globalización y sociedad civil en los procesos de integración*. Nueva Sociedad. n° 147, Enero-Febrero 1997, pp. 44-55.

UNASUR. Tratado Constitutivo de la Unión de Naciones Suramericanas. 23 de maio de 2008a. Disponível em: <http://www.isags-unasur.org/documentos_interna.asp?lang=3&idArea=26&idPai=2421>. Acesso em: 17 abr. 2012.

_____. Decisión para el Establecimiento del Consejo de Salud de la Unasur. 17 de dezembro de 2008b. Disponível em: <<http://www.unasursg.org/uploads/ce/cd/cecdfa-7cf8540bc4e855e773d1242403/Estatutos-Consejo-de-Salud-Suramericano.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

_____. Resolución 07/2009 del Consejo de Salud de Unasur. 24 de novembro de 2009.

_____. Plan Quinquenal. 28 de abril de 2010. Disponível em: <http://www.isags-unasur.org/documentos_interna.asp?lang=1&idArea=26&idPai=1681>. Acesso em: 1 abr. 2013.

_____. Estatuto del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. 2011. Disponível em: <http://www.isags-unasur.org/documentos_interna.asp?lang=1&idArea=27&idPai=1684>. Acesso em: 1 jan. 2013.

_____. Resolución 04/2012 del Consejo de Salud de Unasur. 20 de abril de 2012. Disponível em: <<http://www.isags-unasul.org/media/file/Resolucion%2004-2012%20-%20CSS.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

UNITED NATIONS. Nairobi outcome document of the High-level United Nations Conference on South-South Cooperation. 2009. Disponível em: <<http://southsouthconference.org/>>. Acesso em: 16 abr. 2013.

UNITED NATIONS, A/res/55/2 United Nations Millennium Declaration. Resolution adopted by the General Assembly, 8 September 2000. Disponível em: <<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

Recebido em 7/5/2013
e aceito em 30/7/2013