

Integração Regional e Justiça Social: o caso da saúde no Mercosul

Regional Integration and Social Justice: the case of health in Mercosur

Recebimento dos originais: 01/03/2023

Aceitação para publicação: 05/04/2023

Camila Gonçalves de Mario

Doutora em Ciências Sociais

Instituição: Universidade Candido Mendes

Endereço: Rua Joana Angélica, 63, Andar P. Rio de Janeiro – RJ, CEP: 22420-030

E-mail: camilagdemario@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8385-5842>

Analice Pinto Braga

Mestra em Saúde Pública

Instituição: Fundação Oswaldo Cruz

Endereço: Av. Brasil, 4365, Pavilhão Mourisco, Andar Térreo, Sala 07, Manguinhos

Rio de Janeiro – RJ, CEP: 21040-900

E-mail: analicepbraga@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3105-4277>

Tatiana de Andrade Barbarini

Doutora em Sociologia

Instituição: Faculdade Mogiana do Estado de São Paulo

Endereço: Avenida Padre Jaime, 2600, Mogi Guaçu – SP, CEP: 13844-070

E-mail: tati.barbarini@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1827-2170>

RESUMO

Este artigo tem como objetivo refletir sobre os desafios teóricos para a avaliação dos programas do Mercosul Social voltados para a área de saúde, programas cuja proposta principal, expressa no Plano Estratégico da Ação Social do Mercosul, é “universalizar a saúde pública”. Desta forma, busca-se desenvolver duas questões prementes para o debate teórico e para a implementação de tais programas: os processos pelos quais tais programas serão implementados e a integração regional e suas configurações. Considerando tais diretrizes e os princípios orientadores do Mercosul, destacando aqueles que norteiam os programas da área de saúde, enfatiza-se neste trabalho a importância de análises substantivas das políticas públicas e sociais focadas não apenas nos procedimentos democráticos, como também em seus sentidos e nos resultados alcançados perante seu objetivo central, isto é, a promoção do desenvolvimento e da justiça social. É nesse sentido que exploraremos os processos de implementação desses programas. Propõe-se complementarmente uma análise dos novos processos de integração regional, a partir das

especificidades do caso da saúde, que tematize a noção de justiça social e problematize a relação entre democracia, desenvolvimento e justiça social.

Palavras-chave: saúde, justiça, democracia, regionalismo, Mercosul social.

ABSTRACT

This article aims to reflect on the theoretical challenges for the evaluation of Mercosur Social programs focused on the health area, programs whose main proposal, expressed in Mercosur's Strategic Plan for Social Action, is to "universalize public health". Thus, we seek to develop two pressing issues for the theoretical debate and for the implementation of such programs: the processes through which such programs will be implemented, and regional integration and its configurations. Considering these guidelines and the guiding principles of Mercosur, especially those that guide the health programs, this work emphasizes the importance of substantive analyses of public and social policies focused not only on democratic procedures, but also on their meaning and the results achieved in relation to their central objective, that is, the promotion of development and social justice. It is in this sense that we will explore the implementation processes of these programs. We propose a complementary analysis of the new processes of regional integration, based on the specificities of the case of health, to discuss the notion of social justice and problematize the relationship between democracy, development and social justice.

Keywords: health, justice, democracy, regionalism, Mercosur social.

1 INTRODUÇÃO

A proposta principal do Plano Estratégico da Ação Social do Mercosul é "universalizar a saúde pública". A saúde caracteriza-se como uma área de forte impacto na promoção da qualidade de vida da população, do desenvolvimento e da justiça social. Entretanto, trata-se de um objeto de políticas intersetoriais complexas e complexas e cuja dinâmica resulta em um impacto direto na vida dos indivíduos e que, por essa natureza de caráter intervencionista enfrenta celeumas dadas pelo arcabouço jurídico dos diferentes países envolvidos, no caso do Mercosul, como também lida com sua dimensão social e as diferentes concepções de saúde em disputa. A agenda do Mercosul Social adota como diretrizes a promoção do desenvolvimento e da inclusão social. Seu intuito é garantir o desenvolvimento humano integral e o fortalecimento dos direitos humanos e da democracia no bloco. Considerando tais diretrizes e os princípios orientadores do Mercosul, destacam-se aqueles que norteiam os programas da área de saúde.

A saúde é uma questão muito mais social do que individual e, mesmo no âmbito das políticas públicas, pressupõe um nível microsocial de interação entre indivíduos e de produção de conhecimento e experiências. Conrad e Barker (2010) propõem, assim, uma análise da saúde e da doença por meio de uma corrente sociológica à qual os autores se referem pelo termo “construcionismo social” e de três pressupostos para a construção social da doença: 1) a doença porta um significado cultural; 2) a experiência individual e coletiva da doença é socialmente construída; e 3) o saber médico e a negociação do que deve ou não ser rotulado como doença ou qualificado como biológico são socialmente construídos.

Seguindo a proposta do construcionismo social, Conrad e Barker (2010) consideram que a produção do conhecimento médico é condicionada ao contexto social em que ela se insere, gerando como resultado diferentes definições de doença e de saúde. Isso implica também em negociações acerca da delimitação das condições médicas entre especialistas e entre médicos e “leigos”, sobretudo a partir do surgimento de grupos de apoio a portadores de certas doenças e de sua difusão por meio da internet.

Entre a esfera das negociações e das experiências cotidianas e a esfera das políticas públicas, há uma relação estabelecida pelo fato de que as respostas políticas (a elaboração de políticas públicas) à uma condição de doença e de saúde são determinadas pelo modo como o problema é socialmente definido a partir das pressões de grupos de civis ou de movimentos sociais, quanto da mobilização de saberes médico-científicos dominantes em um determinado contexto social e histórico.

É nessa perspectiva que se delinea o presente texto. O caminho percorrido parte da descrição e análise dos novos processos de integração regional, centrados nas especificidades do caso da saúde, para problematizar a relação entre democracia, desenvolvimento e justiça social que os programas do Mercosul Social implicam.

2 O MERCOSUL E A PERSPECTIVA DO REGIONALISMO PÓS-LIBERAL

A integração regional dificilmente pode furtar-se a tratar somente de questões econômicas, visto que essas não foram suficientes para alavancar os blocos que se formaram nos anos 90, bem como não foram satisfatórias na promoção do

desenvolvimento da região. Pensar uma nova integração tornou-se premente, sobretudo a partir da chegada de governantes da esquerda no poder em vários países da América Latina, que trouxeram à tona algumas questões sobre desenvolvimento e cooperação. Nesse sentido, o regionalismo na América Latina passou por algumas fases, como pontuam alguns autores como Sanahuja (2007), Briceño Ruiz (2007) e Perrota (2013).

Esses autores nos mostram que, no período da Guerra Fria, os países da América Latina buscavam desenvolver políticas de integração que lhes dessem um grau de autonomia frente à dominação dos países mais desenvolvidos, principalmente os Estados Unidos, pensando em um contexto de bipolaridade no qual as questões do chamado “terceiro mundo” ficavam em segundo plano. Essa política adotada na região é chamada “velho regionalismo” (Sanahuja, 2012), momento no qual as organizações internacionais foram contaminadas pela agenda dos países desenvolvidos, sobretudo com questões relacionadas à segurança e ao equilíbrio econômico. Aos países menos desenvolvidos, restou buscar representatividade em organizações próprias ou juntar forças com os países que apresentavam semelhanças em termos de inserção internacional.

Nos anos 90, observa-se uma nova forma de regionalismo marcado pelas políticas neoliberais de abertura de mercado e preocupação com os compromissos macroeconômicos em detrimento das questões sociais, ficando conhecido como “regionalismo aberto” (Sanahuja, 2007). Entendido como uma estratégia para enfrentar a dinâmica da globalização, o novo regionalismo foi uma resposta aos desafios que apareciam no pós-Guerra Fria e apresentava-se como uma política que tinha por intuito melhorar a posição da região no cenário internacional.

A proposta principal foi elaborada pela Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) nos anos 1990. A chamada “transformação produtiva com equidade” tinha por base a liberalização comercial entre os mercados da região com a eliminação dos custos administrativos ou de transação, o que exigia, por consequência, maior integração entre os países, com supressão das barreiras alfandegárias, eliminação ou diminuição das barreiras fiscais, físicas e outras (Sanahuja, 2007, 78). A própria CEPAL alertava, contudo, que o avanço da integração para além das questões econômicas exigia a criação de um marco supranacional, envolvendo instituições que assumissem a

administração do bloco (Sanahuja, 2007, p. 78), o que inevitavelmente contribuiria para a diminuição da autonomia e da soberania de cada país individualmente nas decisões.

O Mercosul surgiu nos anos 90 dentro do contexto de propagação das políticas neoliberais com um propósito marcadamente comercial. Ainda que tenha dado alguns passos importantes no levantamento de questões sociais, não avançou fortemente na área, em função de questões que dizem respeito à vontade política e interesses econômicos.

Ademais, não há uma identidade comum e forte entre os povos da América do Sul que impulse a população a pressionar os governos por um avanço nas políticas de integração (Sanahuja, 2007) do Mercosul. As diferenças culturais entre os países se mostram ainda como obstáculo para que cada povo se reconheça como parte de algo maior.

O regionalismo pós-liberal busca superar a agenda dos anos 90, que estava fortemente centrada na abertura comercial, e resgatar questões importantes principalmente do âmbito social. Ou seja, a ênfase na aplicação das políticas neoliberais acabou resultando em um incentivo para se buscar mais autonomia com a chegada dos governos “progressistas” (Sanahuja, 2012). Esse novo regionalismo - o regionalismo pós-liberal - traz a questão política muito fortemente em seu bojo, assumindo que as novas demandas têm também seu fundo econômico, mas não conseguem avançar se não houver comprometimento político.

Sanahuja (2012, p.32) coloca que as principais características desse regionalismo são a primazia da agenda política e menos atenção à agenda econômica e comercial, com retorno da agenda de desenvolvimento; maior papel dos atores estatais; a busca de maior autonomia frente ao mercado e, na política externa, frente aos Estados Unidos; a ênfase na agenda positiva da integração, centrada na criação de instituições e políticas comuns e em uma cooperação mais intensa em âmbitos não comerciais; a crescente preocupação com a falta de infraestrutura regional; e a busca por fórmulas para promover maior participação dos atores não-estatais, entre outras.

O Mercosul, em seu momento pós-liberal, buscou investir no social, com a criação de instâncias como: FOCEM (Fundo para a Convergência Estrutural do Mercosul) em 2004, do Instituto Social do Mercosul em 2007, do Parlamento do Mercosul



em 2006 e das Reuniões Especializadas (Sobre agricultura familiar, ciência e tecnologia, comunicação social, turismo, para citar algumas) (Ferreira, 2015) e outras iniciativas.

Na área da saúde, é possível observar um avanço em termos de diálogos e assinaturas de acordos, mostrando a disposição dos países em aprofundar as ações conjuntas nesse setor. Porém, muitos trabalhos ainda estão emperrados no âmbito da discussão e negociação e há pouca construção efetiva de políticas conjuntas, sobretudo em termos de ações voltadas à redução das inequidades em saúde entre os países do bloco. Os obstáculos ao processo estão na dificuldade em compatibilizar sistemas de saúde tão diferentes, com diferenças no financiamento, nas normas jurídicas, na gama de prestação de serviços oferecidos pelo Estado, assim como na oferta dos prestadores de serviços (Queiroz, 2007, p. 167), entre outros.

O que nos fica claro nesse processo de construção do Mercosul é que “a tentativa de controlar a criação de elementos supranacionais resulta em níveis de integração econômica também limitados” (Mariano, 2007, p. 74). Ou seja, poupando o avanço da integração para as áreas de cunho mais político e social, as políticas econômicas acabam por serem igualmente prejudicadas. Mas é importante pensar que as teorias da integração, em sua maioria, analisam ou tomam como base o caso europeu. Precisamos de teorias que partam sua análise da nossa situação, compreendendo melhor as questões particulares da região que inviabilizam o avanço no processo de integração. Podemos pensar, portanto, como nos sugere o “novo regionalismo”, que a integração política não necessariamente passa por uma prévia integração econômica, no sentido de que não há uma direção única de uma área para outra (Perrota, 2013, p.229), já que ambas podem ser desenvolvidas concomitantemente ou em momentos separados.

Utilizando-se também da teoria construtivista das Relações Internacionais, podemos entender que as interações entre os Estados facilitam a criação de uma identidade coletiva entre eles e abrem caminho para a cooperação. A teoria construtivista entende que as identidades e os interesses são em grande parte construídos pelas estruturas sociais e estão sempre em processo de mudança durante as interações. Essas estruturas estão sendo constantemente reproduzidas ou transformadas pela prática e não são condições estáticas de pano de fundo para a formação de identidade coletiva (Wendt,

1994). Em outras palavras, ainda que os Estados ajam muitas vezes de forma egoísta ou que o cenário internacional não goze de uma instituição acima das nações que as impulsione a cooperar, essa situação é passível de mudança com base nas ideias que os Estados possuem da mesma e o que pretendem fazer dela – a prática (Wendt, 1992). Wendt (1994, p. 389) considera, desse modo, que o crescimento da interdependência é um dos primeiros processos sistêmicos que pode encorajar a formação de uma identidade coletiva. Isto é, a concepção de que as instituições auxiliam na cooperação entre os Estados por abrir caminho para o compartilhamento e mudança de valores e identidades permite-nos analisar o Mercosul como um importante arranjo institucional que já abriu algumas vias necessárias para o aprofundamento da cooperação entre os países da América do Sul. Este é um importante meio para discussão e harmonização de interesses.

3 POLÍTICAS E JUSTIÇA SOCIAL: A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Discutir projetos e sistemas de saúde implica em discutir também a concepção de saúde que os orienta, servindo de base para sua formulação e para as ações que serão empreendidas. Saúde não é uma concepção livre de controvérsias e está longe de ser consensual, pois é acima de tudo uma construção social, cujo entendimento varia ao longo do tempo e de cultura para cultura. Isto é, não se trata apenas de pensar a cura de doenças, mas também o que define doença e os estigmas que cada doença carrega.

Durante grande parte do século XX os sistemas de saúde europeus, americanos e também o brasileiro trabalharam com uma noção de saúde que hoje entendemos por estreita, voltada à cura de doenças já manifestadas e à restauração da força do trabalhador. Daí o atrelamento entre o acesso a serviços de saúde e o registro empregatício. Isso assegurava ao trabalhador atendimento médico quando fosse necessário. O objetivo desse sistema era garantir a salubridade do local de trabalho, de moradia e dos espaços de circulação, com vistas a afirmar a continuidade da circulação de mercadorias e a produção nos espaços fabris.

Em um cenário mais amplo, essa noção estreita de saúde passou a ser questionada pari passu ao debate em torno das noções de cidadania, de pessoa dela fundante e dos direitos humanos, esse mais preocupado com o que permitiu as violações praticadas

contra a dignidade humana na primeira metade do século XX. Foi nesse contexto que o homem passou a ser entendido como portador do direito à vida e como um fim em si mesmo, uma concepção fundamental do pensamento de Kant, ponto de inflexão que marca a constituição da ética moderna e peça fundamental das futuras políticas de saúde, centradas na liberdade e na autonomia do ser. É no Artigo 25 da Declaração dos Direitos Humanos que a saúde aparece atrelada ao direito a um determinado “padrão de vida”¹.

A chave saúde e bem-estar predominará no debate sobre saúde e sobre a distribuição dos bens e recursos necessários para a sua manutenção ao longo da vida das pessoas, bem como se constituirá em uma questão para as políticas públicas, para a justiça social e distributiva e para o desenvolvimento. Na América Latina, esse debate ganhou força nas lutas contra os governos ditatoriais e a favor da democracia.

No campo da saúde, o Brasil é um país de grande expressão e que cumpriu importante papel nesse debate desde meados dos anos 1960, tanto no âmbito acadêmico, como em organizações e foros nacionais e internacionais². Segundo Sacardo (2009), que analisa as concepções de sistema de saúde que influenciaram a definição do problema nos países membros do Mercosul, o atual sistema brasileiro tem influência do modelo “universalista”³, derivado do Relatório Beveridge e datado do fim da Segunda Guerra Mundial e da profunda crise econômica e social vivenciada pela Grã-Bretanha. Tal sistema pautava-se na ideia segundo a qual todos os membros de uma sociedade têm direito legal ao acesso aos benefícios da seguridade social, cabendo ao Estado a garantia

¹ Diz o texto do artigo: Todo ser humano tem direito a um padrão de vida que lhe assegure, para si mesmo e para sua família, saúde e bem-estar, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços indispensáveis, bem como o direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle

² Também tinha importante expressão política no espaço público nacional o movimento sanitarista. Este foi um importante ator da reforma do sistema de saúde e da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) que, em consonância com os demais movimentos sociais da época, formulou suas demandas pelo direito à saúde em diálogo com a noção arendtiana de “direito a ter direitos” orientadora da luta dos movimentos sociais nos anos 1970 e 80.

³ Há outros dois modelos: o seguro social bismarkiano e o privado. O primeiro foi criado na Prússia do final do século XIX e se caracteriza pelo pagamento de um terço das contribuições pelos empregadores e os dois terços restantes, pelos empregados, que tinham, em troca, benefícios bem definidos. Esse modelo é hoje aplicado na Argentina e no Uruguai. O segundo segue a lógica de mercado, sendo financiado pelo pagamento, pelos usuários (individual ou coletivamente), de valores calculados com base no risco e no tipo de serviço contratado (Sacardo, 2009, p. 61). Nesse caso, a saúde e os serviços tornam-se uma mercadoria a ser comprada de maneira inequitativa.

de acesso universal, sobretudo em casos de doenças, desemprego e velhice, e o financiamento do sistema por meio de recursos públicos provenientes de impostos.

O SUS é pioneiro enquanto proposta normativa e traz em si uma definição de saúde e de sistema de saúde reconhecida pelos organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas, a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde. Definição abrangente que pensa a saúde integralmente, como um direito universal e a partir de noções como qualidade de vida e bem-estar. No texto constitucional e na Lei Orgânica da Saúde encontra-se que:

Art. 196. A saúde é dever de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL. Constituição, 1988)

Art. 2º. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º. O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990)

A concepção adotada pelo Estado brasileiro é fruto de amplo consenso. Há divergências principalmente no que se refere a pensar a saúde como bem-estar por se tratar de uma definição demasiadamente subjetiva e que dificulta pensar uma cesta de bens e serviços em saúde necessários para a garantia de bem-estar de toda uma população.

O terceiro eixo do Plano Estratégico de Ação Social do Mercosul para a saúde no bloco, intitulado “Universalizar a Saúde Pública”, adota a seguinte diretriz:

Diretriz 7: Assegurar o acesso os serviços públicos de saúde integrais, de qualidade e humanizados, como um direito básico. São objetivos prioritários dessa diretriz:

1. Desenvolver estratégias coordenadas para universalização do acesso aos serviços públicos de saúde integrais, de qualidade e humanizados.
2. Promover e harmonizar políticas específicas para saúde indígena.
3. Aprofundar políticas de saúde pública para as mulheres e atenção à primeira infância.
4. Articular as políticas e promover acordos regionais que garantam acesso à saúde pública na faixa de fronteira.
5. Promover a revisão dos instrumentos normativos que garantam o acesso livre e responsável de homens e mulheres aos serviços apropriados, aconselhamento científico e educação sobre saúde sexual e reprodutiva.
6. Fortalecer a articulação inter-setorial e o trabalho conjunto nas instâncias institucionais do Mercosul, nos aspectos vinculados aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

É relevante observar que o primeiro objetivo remete a uma noção de saúde abrangente e articula um direito à saúde tal como o que está presente na legislação brasileira, universal, com serviços integrais, de qualidade e humanizados. Todas essas categorias são de difícil implementação em termos de políticas públicas não só por demandarem um consenso normativo no que se refere a sua definição e aos valores a que remetem, como também por exigirem uma complexa estrutura para a sua implementação.

Diretriz 8

Ampliar a capacidade nacional e regional em matéria de pesquisa e desenvolvimento no campo da saúde. Objetivo prioritário: implantar rede de pesquisa em Saúde Pública e Determinantes Sociais da Saúde.

Na diretriz 8, surge outra questão complexa, relacionada com a equidade e justiça em saúde. A noção de determinantes sociais da saúde remete a um entendimento da saúde como fruto de outras desigualdades sociais que estão para além do âmbito dos serviços desse gênero. A ideia central é a de que a falta de condições adequadas de saúde e determinadas doenças são causadas por desigualdades na distribuição de outros bens e recursos, considerando que tais desigualdades poderiam ser evitadas por uma distribuição mais equitativa destes bens e recursos. As desigualdades em saúde daí provenientes são, portanto, injustas.

Assim, é possível nos movermos das desigualdades socioeconômicas para as desigualdades em saúde, o que significa que esta é também uma questão de justiça

distributiva. O movimento oposto é igualmente possível, pois problemas de saúde como doenças crônicas, deficiências e até mesmo condições esporádicas e de média gravidade impactam no funcionamento normal do organismo dos indivíduos e, portanto, nas suas oportunidades ou, se preferirmos, nas suas capacidades de desenvolverem seus planos e expectativas ao longo de suas vidas. Desigualdades em saúde impactam negativamente sobre a plenitude da vida das pessoas, tanto no plano dos desejos e expectativas individuais como em sua participação como membro ativo em sociedade e desigualdades socioeconômicas causam desigualdades em saúde.

Olhar a saúde pelo viés das políticas públicas e da justiça social revela que ela envolve desde a responsabilidade da gestão do cuidado pelo próprio paciente até questões sociais estruturais, como a distribuição de renda e a consequente possibilidade de acesso a bens e serviços.

Portanto, a questão que se coloca é: como agregar na análise da justiça social âmbitos sociais tão diversos que constituem o conceito de saúde e de bem-estar e que orientam a elaboração de políticas públicas?

4 A JUSTIÇA INTERNACIONAL: ELEMENTOS PARA REFLETIR SOBRE O MERCOSUL

A realização da justiça social é uma das metas do Mercosul e vem sendo identificada como uma preocupação característica do novo modelo de integração que debatemos aqui.

Quando pensamos na concepção de desenvolvimento como liberdade proposta por Sen (2000), fica claro que é preciso ir além do que nos propõe a noção distributivista de justiça: é para a insuficiência dessa perspectiva que aponta seu argumento de fundo, ou para o fato de que uma distribuição equitativa de bens, renda e recursos não seria suficiente para alcançarmos resultados justos. Sen busca como alternativa pensar em termos de funcionamentos e capacidades, uma visão mais prática e focada no indivíduo sobre o que seria o desenvolvimento social.

No que se refere especificamente ao debate da justiça social, principalmente no âmbito internacional, as reflexões de Sen pouco nos ajudam a avançar. Apesar de querer

fugir do viés distributivista, seu argumento leva a elaboração de uma lista de capacidades a serem “distribuídas”, garantidas às pessoas para que essas possam realizar seus funcionamentos.

Em seu último livro, “The Idea of Justice”, Sen aponta que é necessário desenvolvermos uma teoria da justiça cujo fundamento central seja a ação social, seja a vida das pessoas, e não as instituições. Sem abandonar a perspectiva das capacidades afirma: “a justiça é em última análise conectada com a maneira como a vida das pessoas se desenvolve, e não apenas com a natureza das instituições que as circundam.”(2009, p.X) Para ele a abordagem da justiça não deve sobrevalorizar o papel das instituições, mas sim “a vida que as pessoas são capazes de viver”. Aqui voltamos à noção de capacidades e ao dilema que não nos ajuda a avançar.

Porém, é frutífera a ideia de que é preciso pensar mais na ação social, e menos no papel das instituições. A prática tem nos mostrado que entre a institucionalização de princípios e valores e a sua realização há uma distância que ainda não fomos capazes de transpor. Por mais que as instituições sejam fruto de ideias e valores que em um dado momento estiveram em disputa da esfera pública, elas também estão sujeitas à indeterminação e a um constante escrutínio dos atores com elas envolvidos, direta ou indiretamente. Atores que representam valores morais e projetos políticos em disputa e que fazem e refazem a instituição através de sua prática política. Essa prática coloca em xeque os princípios e objetivos institucionais, e também sua identidade. O processo não é simples, nem em linha reta, já que o fato de a instituição assumir a justiça social como um de seus objetivos e adotar procedimentos justos não significa que essa se realizará.

Nesse sentido, uma perspectiva de análise construtivista das relações internacionais nos é útil, pois nos propicia pensar as ideias e valores que estão em jogo e como os diferentes atores envolvidos no processo concorrem e colaboram para a construção da identidade institucional e do papel desempenhado e a ser assumido por cada um. Assim, fugimos de construir uma correlação direta entre normas e fatos.

Assumindo que a existência do Mercosul enquanto instituição e seus princípios é apenas um dos passos na direção da realização da cooperação e de uma integração que leve à justiça social, voltamos à justiça, questão central deste artigo. Consideramos que é

possível e necessário pensar a justiça primeiro porque regimes e instituições internacionais têm efeitos distributivos que contribuem de forma significativa para os níveis de desigualdade e pobreza entre os Estados. Segundo a justiça está na gramática do Mercosul.

Buscamos, portanto, na teoria crítica saídas ao dilema que nos é colocado por Amartya Sen, e mais precisamente na abordagem proposta por Iris Marion Young (2011) e retomada por Rainer Forst (2012). Este toma a reflexão de Young como ponto de partida e elabora uma perspectiva que se dispõe a pensar a partir de contextos de justiça. Para ele, o direito à justificação seria o bem fundamental da justiça social.

Young, (2011) afirma que a teoria crítica tem como base ser histórica e socialmente contextualizada e objetiva projetar possibilidades normativas não realizadas, mas presentes em uma dada realidade social. A autora chama a atenção para o fato de que nos concentrarmos na distribuição de bens e na organização de instituições justas nos faz perder importantes elementos definidores da injustiça e obscurece fatores fundamentais da estrutura institucional.

Para ela, a concepção de distribuição deve se limitar aos bens materiais, enquanto outros importantes aspectos da justiça incluem os processos decisórios, a divisão social do trabalho e a cultura. E opressão e dominação são os termos que conceituam a injustiça. O centro da crítica formulada por Young é que o viés distributivista falha em perceber que as identidades e capacidades individuais são em muitos aspectos produtos dos processos e relações sociais. Dedicar-se pouco espaço para a percepção de que as restrições às ações individuais se dão em função da relação que estabelecemos uns com os outros. O que não significa abandonarmos a análise e as considerações sobre as instituições.

É recorrendo a Giddens que Young esclarece sua posição: é preciso uma teoria social que leve o processo a sério para entender a relação entre estrutura e ação. Indivíduos não são meros receptores de bens, mas atores portadores de sentidos e propósitos, que agem com, contra e em relação aos outros. Nós agimos a partir do conhecimento institucional, das regras e a partir de uma consequência estrutural da multiplicidade de ações. As estruturas são criadas e reproduzidas na confluência de nossas

ações. A teoria social precisa conceituar a ação como produtora e reprodutora de estruturas, o que apenas existe na ação; por outro lado, a ação social tem as estruturas e relações como pano de fundo, meio e propósitos.

Neste cenário o que está em jogo é o poder e o modo como ele influencia a ação dos atores e dos grupos. Por isso, como mencionamos anteriormente, a injustiça refere-se a duas formas de restrição à ação: a opressão e a dominação. Opressão entendida como formas de desvantagens que as pessoas sofrem não porque haja um poder tirânico as coagindo, mas sim porque há práticas bem-intencionadas das sociedades liberais contemporâneas. Trata-se de uma opressão estrutural e sistêmica que restringe a atuação de determinados grupos e indivíduos nos processos tidos como normais do nosso dia-a-dia. Por isso, instituir novas regras ou leis não é suficiente, pois são opressões arraigadas e reproduzidas pelas instituições econômicas, políticas e culturais e pelas ações das pessoas que nem sempre se percebem como agentes da opressão.

Young, na verdade, torna a questão da justiça ainda mais complexa. Apesar de nos deixar poucas pistas para pensar o cenário internacional, ressalta que a necessidade de entender a justiça para além da chave distributiva é ainda mais forte no contexto internacional, pois sem uma análise das relações institucionais que estruturam o poder decisório por trás da distribuição, não tocamos em importantes questões da justiça internacional.

Rainer Forst (2012) chama a atenção para os mesmos elementos que Young. Seu ponto de partida é a noção de contextos da justiça. Para ele, para pensar a justiça transnacional (termo que ele adota) é preciso considerar: (1) os diferentes contextos de justiça internos a cada Estado e os diferentes graus de institucionalização e cooperação social; (2) que a globalização atingiu um ponto no qual é impossível não falar em um “contexto de justiça Global”.

Para Forst o que temos no plano global é um contexto de cooperação coercitivo e de dependência, ao invés de interdependência. Dessa forma, o contexto internacional precisa ser visto como um complexo sistema de poder e dominação com uma variedade de atores poderosos, que vão desde instituições internacionais a corporações transnacionais, elites locais, entre outros.

Há nesse cenário uma situação de múltipla dominação: há grupos que são dominados pelos seus governantes e elites locais, enquanto dominados e dominadores são – até certo ponto – dominados por atores globais. Para pensar a justiça no contexto global, é preciso começar pela múltipla dominação e pelo entendimento de que os diferentes contextos da justiça estão conectados pelo tipo de injustiça que produzem.

Para Forst, a primeira questão da justiça é o poder, assim, para mudar a situação de injustiça na prática, é preciso mudar o sistema de poder. Na esteira da Young, ele afirma que a justiça demanda uma mudança estrutural, nas instituições de produção de bens materiais, de distribuição e de processo decisório.

Quando simplesmente se redistribuem os receptores da distribuição de bens, permanecem como mero receptores, cidadãos de segunda ordem, que continuam não contando na estrutura decisória sobre a distribuição das vantagens em sociedade. Ao tratá-los como receptores de políticas redistributivas, institucionalmente falando, para Forst, deixamos a estrutura de poder dominante intacta.

É fundamental que a estrutura básica da sociedade seja plenamente justificada, e por isso o direito à justificação de demandas é o bem fundamental da justiça. O sistema internacional tal como está hoje precisa de justificação e precisa lutar para que se estabeleçam relações nas quais a justificação tenha lugar.

Ele considera que mesmo que o processo de justificação das estruturas de poder e distribuição de bens e riqueza possa não fazer frente às injustiças históricas e presentes, ele nos permite alcançar as raízes da injustiça social e estruturar os meios institucionais através dos quais é possível alterá-la. Ou seja, para Forst, instituições justas forçariam o “melhor argumento” no que se refere à justificação dessa distribuição. Nessa chave, aqueles que se beneficiam da ordem global atual seriam forçados a explicar porque ela deve ser assim, e os que sofrem com a exploração econômica e com o desempoderamento teriam o direito a veto.

O ponto de partida normativo é o entendimento da dignidade dos indivíduos como atores, agentes que não devem ser submetidos às estruturas de poder que não podem influenciar.

No contexto global a questão é mais complicada que no contexto nacional. Para Forst, não há justiça global sem justiça interna às fronteiras dos estados e vice e versa. Eis a complexa conexão que torna tão difícil a realização da justiça.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscamos nesse artigo trazer elementos que nos permitam realizar uma análise do Mercosul social pelo viés da justiça social e demonstrar a importância de adotar tal perspectiva. O bloco está sendo caracterizado por um “novo processo de integração” preocupado com a promoção do desenvolvimento e da justiça social. Sugerimos que ambas as concepções precisam ser analisadas tomando como parâmetro as teorias normativas de justiça, bem como consideramos que é urgente avançarmos no debate da justiça internacional.

A saúde é caso exemplar, bem fundamental para sociedades justas, já que é causa e resultante de desigualdades e injustiças sociais. Como demonstramos, trata-se também de uma concepção complexa, e de uma política pública que, para sua implementação, precisa lidar com as diferentes concepções sociais de saúde sustentadas pelos atores que fazem parte do regime de integração. Portanto, é preciso que se forje entre os atores envolvidos uma concepção de saúde comum, que passe pelo processo de construção da identidade de cada Estado e do bloco.

Por essa razão, sugerimos que a análise dos processos que estão sendo identificados pela literatura atual como “regionalismo pós-liberal” se realize pela perspectiva construtivista, no esforço de compreender o processo pelo qual as políticas do Mercosul social estão sendo constituídas e implementadas, pois, no que se refere a concepções que remetem a valores morais e éticos, e que são social e culturalmente elaboradas, como as de saúde e de justiça, as demais teorias das relações internacionais demonstram-se insuficientes, por basearem, de um modo geral, sua argumentação em um jogo racional, de poder ou interesses, cujos atores são tomados de forma atomística.

Estamos diante de um processo de cooperação que transcende os limites analíticos das teorias mais tradicionais no campo – como as (neo)realistas e as (neo)liberais. Consideramos também que é possível, sem prejuízos ou distorções teóricas, somar à



perspectiva construtivista a análise da teoria crítica, da justiça e das relações internacionais, já que as questões que envolvem os processos de dominação, opressão e justificação estão na base da identidade dos Estados e da atuação destes no bloco; ademais, não é possível pensar as desigualdades sociais sem pensar a estrutura básica das sociedades e os processos de distribuição de renda, bens, recursos sociais e as relações intersubjetivas que as mantêm e justificam.

Em suma, o que está em pauta é como pensar esse processo de integração regional e indagar sobre as condições de cooperação no âmbito social, esse mais complexo do que as relações estritamente de mercado, pois aqui os diferentes interesses são permeados por questões políticas, sociais e culturais que requerem uma análise normativa de seus sentidos e uma análise institucional que tenha como foco central o ator, e não a instituição e suas normas e procedimentos.

REFERÊNCIAS

BRICEÑO RUIZ, José. (2007). La integración regional en América Latina y el Caribe: Procesos históricos y realidades comparadas. Mérida: Universidad de los Andes.

CONRAD, Peter; BARKER, Kristin K. (2011). A construção social da doença: insights-chave e implicações para políticas de saúde. In: Idéias – Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, v. 3, p. 183-219, jul./dez.

FERREIRA, Guilherme A. G. (2015). O regionalismo pós-liberal e o resgate da agenda do desenvolvimento. In: III Semana de Ciência Política, 2015, São Carlos. Anais... São Carlos: Universidade Federal de São Carlos. Disponível em:<<http://www.semecip.ufscar.br/wpcontent/uploads/2014/12/Guilherme-Augusto-Guimar%C3%A3es-Ferreira.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

FORST, Rainer. (2012). The Right to justification. Elements of a constructivist theory of justice. New York: Columbia University Press.

. Justification and Critique. (2014) Towards a Critical Theory of Politics. Cambridge, UK: Polity Press.

MARIANO, Marcelo P. (2007). A Política Externa Brasileira, o Itamaraty e o Mercosul. 215f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara.

PERROTA, Daniela. (2013) La integración regional como objeto de estudio. De las teorías tradicionales a los enfoques actuales. In: LLENDERROZAS, E. (coord.), Relaciones Internacionales: Teorías y debates. Buenos Aires: Eudeba.

QUEIROZ, Luisa G. (2007). Integração Econômica Regional e Políticas de Saúde: União Européia e Mercosul. 365f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SACARDO, Daniele P. (2009). As peculiaridades dos sistemas de saúde dos países membros do Mercosul: perspectivas para a integração regional. 2009. 236f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SANAHUJA, José Antonio. (2007). Regionalismo e integración en América Latina: balance y perspectivas. Pensamiento Iberoamericano, nº 0. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2872515>>. Acesso em: 24 ago. 2015

. (1992). Regionalismo post-liberal y multilateralismo em sudamérica: el caso de UNASUR. Anuário de la integración regional de América Latina y el grand Caribe, nº 09,

2012, p. 19-72. ISSN - 1317-0953. Disponível em: WENDT, Alexander. Anarchy is what states make of it: the social construction of power politics. *International Organization*, v.42, n.2.

. (1994). Collective Identity Formation and the International State. *The American Political Science Review.*, v.88, n.2, p.384-396, jun. Disponível em:<<http://www.jstor.org/discover/10.2307/2944711?uid=2&uid=4&sid=21104408698213>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

SEN, Amartya. (2000). *Desenvolvimento como liberdade*. Tradução Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

. (2009). *The Idea of Justice*. Massachusetts: Belknap Press – Harvard University Press Cambridge.

YONG, Iris M. (2011). *Justice and the Politics of Difference*. New Jersey: Princeton University Press.