UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

MARCOS PAULO DE LUCCA SILVEIRA

Justiça Distributiva e Saúde: uma abordagem igualitária

VERSÃO CORRIGIDA

São Paulo

2017

MARCOS PAULO DE LUCCA SILVEIRA

Justiça Distributiva e Saúde: uma abordagem igualitária

VERSÃO CORRIGIDA

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política do Departamento de Ciência Política da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciência Política.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro de Vita

São Paulo

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo

L934j Lucca Silveira, Marcos Paulo de
 Justiça distributiva e saúde: uma abordagem
 igualitária / Marcos Paulo de Lucca Silveira ;
 orientador Álvaro de Vita. - São Paulo, 2017.
 204 f.

 Tese (Doutorado)- Faculdade de Filosofia, Letras
 e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.
 Departamento de Ciência Política. Área de
 concentração: Ciência Política.

 1. justiça distributiva. 2. saúde populacional. 3.
 igualdade democrática. 4. determinantes sociais da
 saúde. 5. John Rawls. I. Vita, Álvaro de , orient.
 II. Título.

LUCCA SILVEIRA, Marcos Paulo de. **Justiça Distributiva e Saúde:** uma abordagem igualitária. Tese (Doutorado) apresentada à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciência Política.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

*Para minha família,
especialmente para minha mãe e para meu pai,
por tudo.*

*Para Angelina e Pellegrino,
meus avós que partiram,
mas continuam sempre tão presentes.*

Para Bruna.

A fome é curável

O homem entrou no hospital
e disse: “Não me sinto bem”.
Então, extraem-lhe o apêndice
e lavam-no com formol.

“Sente-se melhor?” Responde: “Não”.
Mas os médicos dão-lhe coragem
e cortam-lhe a perna esquerda,
garantindo: “Agora vai ficar bom”.

Continua a sofrer, no entanto,
e enche de gritos o hospital.
Para descobrir o que pode ser,
praticam-lhe uma cesariana.

Embora doutíssimos no ramo,
os cirurgiões fazem caretas.
Mudo, sem forças para gritar,
ele morrer, não morre não.

Esvai-se-lhe pouco a pouco o sangue,
o ar já lhe vai faltando?
Serram-lhe três costelas,
e finalmente expira.

O cirurgião-chefe contempla o cadáver.
Aí, pergunta-lhe um estudante:
“Que coisa tinha esse pobre diabo?”.
O doutor, engasgado, murmura:
“Acho que era apenas fome”.

KÄSTNER, Erich. “Hunger ist Heilbar”,
Tradução de Carlos Drummond de Andrade,
In Andrade, C. D. de. *Poesia Traduzida*, São Paulo: Cosac Naify, 2011.

RESUMO

LUCCA SILVEIRA, Marcos Paulo de. **Justiça Distributiva e Saúde: uma abordagem igualitária**. 2017. 204 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

Esta tese tem o propósito de desenvolver uma argumentação normativa sobre justiça distributiva e saúde. São duas as questões que pautam a pesquisa: o que devemos uns aos outros, enquanto cidadãos de uma sociedade democrática, na promoção e proteção da saúde de nossos concidadãos? Quais obrigações e deveres de justiça que um Estado democrático possui perante a saúde de seus cidadãos? Para respondermos essas questões, inicialmente, buscamos apresentar um entendimento objetivo e publicamente acessível de necessidades de saúde. Essas necessidades estão relacionadas ao funcionamento normal das espécies e impactam o leque de oportunidades disponíveis ao longo de nossas vidas. Dialogando com a teoria da justiça como equidade, de Rawls, e com a extensão dessa teoria proposta por Daniels, defendemos que o conjunto das instituições, dos serviços, dos bens e dos recursos necessários à manutenção, ao reestabelecimento e à provisão de equivalentes funcionais ao funcionamento normal dos cidadãos devem ser distribuído de modo a respeitar o princípio de igualdade equitativa de oportunidades. Em sequência, desenvolvemos uma argumentação sobre o debate contemporâneo dedicado à definição e à defesa do princípio fundamental que deve balizar a justa distribuição dos mais variados distribuenda. Argumentamos que embora a justiça exija uma noção de igualdade (como a de igualdade democrática que defendemos) e não um patamar de suficiência ou um princípio de prioridade, esses critérios normativos podem auxiliar na formulação e na avaliação de políticas públicas e recomendações institucionais. Questionamos os ataques direcionados às teorias igualitárias, defendendo que essas teorias não podem ser reduzidas, nem obrigatoriamente exigem, a aplicação de princípios distributivos igualitários simples. Por fim, nos dedicamos a desenvolver uma argumentação sobre justiça e saúde centrada nas questões dos determinantes sociais da saúde e do gradiente social em saúde. Defenderemos, em diálogo com a literatura empírica sobre a questão, que políticas públicas de saúde devem ser baseadas em um ideal de igualdade democrática e devem assumir como uma pauta central a eliminação de iniquidades de saúde existentes entre grupos sociais, assim como combater injustiças estruturais presentes nas sociedades contemporâneas.

Palavras-chave: Justiça distributiva; Saúde populacional; Igualdade democrática; Determinantes sociais da saúde; John Rawls.

ABSTRACT

LUCCA SILVEIRA, Marcos Paulo de. **Distributive justice and health: an egalitarian approach**. 2017. 204 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

This thesis aims to develop a normative argument about distributive justice and health. Two questions underpin the study: what do we owe each other, as citizens of a democratic society, in the promotion and protection of the health of our fellow citizens? What justice obligations and duties does a democratic State have vis-à-vis the health of its citizens? Firstly, to answer these questions, we seek to present an objective and publicly accessible understanding of health needs. These needs are related to the normal functioning of species and impact the range of opportunities available throughout our lives. Drawing on Rawls's theory of justice as fairness, and on the extension to this theory, proposed by Daniels, we argue that the set of institutions, services, goods and resources necessary for the maintenance, reestablishment, and provision of functional equivalents to normal functioning, should be distributed in a way that respects the principle of fair equality of opportunity. Secondly, we develop an argument about the contemporary debate dedicated to the definition and defense of the fundamental principle that should mark the fair allocation of the most varied distribuenda. We argue that although justice requires a notion of equality (such as that the democratic equality we defend) rather than a threshold of sufficiency or a principle of priority, these normative criteria can aid in the formulation and evaluation of public policies and institutional recommendations. We question the attacks directed at egalitarian theories, arguing that these theories can not be reduced, nor do they necessarily require, the application of simple egalitarian distributive principles. Finally, we are dedicated to developing an argument about justice and health centred on the issues of social determinants of health and the social gradient in health. We shall argue, drawing on the empirical literature on the issue, that public health policies should be based on an ideal of democratic equality and should take the elimination of existing health inequities between social groups as a central guideline, as well as combatting present structural injustices in contemporary societies.

Key words: Distributive justice; Population health; Democratic equality; Social determinants of health; John Rawls.

Agradecimentos

A redação da versão final da tese de doutorado marca o encerramento de uma etapa de pesquisa e de um longo ciclo de formação e aprendizado. Ao longo dos anos de doutorado, tive o privilégio de fortalecer e criar laços de amizade, assim como contei com o apoio de familiares e docentes nas diversas fases que envolveram a minha formação e pesquisa.

Agradeço especialmente ao Professor Álvaro de Vita. Muito obrigado pela excelente orientação de doutorado. Meu aprendizado, ao longo desses anos, foi gigantesco graças a seus ensinamentos. A seriedade, o profissionalismo e o elevado senso de justiça que o Professor Álvaro exerce em suas atividades acadêmicas são referências constantes na minha vida.

Agradeço à Universidade de São Paulo, especificamente ao Departamento de Ciência Política. Agradeço a todos os Professores e Funcionários do Departamento. A qualidade do Departamento, como um todo, e dos serviços, cuidados e atendimentos prestados pelos funcionários foram fundamentais durante esses anos. Rai, Márcia, Vasne e Léo sempre atenderam todos os meus pedidos e resolveram todos os problemas e dúvidas com qualidade e velocidade exemplares. Esta tese que apresento deve ser entendida como um resultado institucional, se ela possui alguma qualidade acadêmica, sem dúvida, é resultante da excelência da Universidade de São Paulo e, especialmente, do Departamento de Ciência Política. Nesta tese encerro um longo ciclo de aprendizado vinculado à Universidade, iniciado em 2006, ano em que ingressei no bacharelado em Ciências Sociais.

Foram muitos os Professores que me ensinaram ao longo desse período. Especificamente ao longo do Doutorado, agradeço aos Professores que lecionaram as disciplinas que realizei: Amâncio Oliveira, Fernando Limongi, Gustavo Pereira, Lorena Barberia, Rogério Arantes, Timothy Power. Também gostaria de agradecer a Professora Eunice Ostrensky. Tive o privilégio de ser monitor em disciplinas da Professora Eunice com quem muito aprendi sobre a atividade docente.

Agradeço aos Professores Cicero Araújo e Darlei Dall'Agnol pelos comentários excelentes na banca de qualificação. Agradeço ao Professor Cicero pelos

diálogos estimulantes e conversas sobre meus projetos intelectuais. Agradeço também ao Professor Darlei Dall'Agnol pelo diálogo posterior à banca de qualificação e pelo estímulo em relação ao meu período de pesquisa no exterior.

Agradeço especialmente ao Professor Caetano Ernesto Plastino com quem muito dialogo e aprendo sobre filosofia da ciência, filosofia analítica e racionalidade. Seus ensinamentos, tanto em conversas, como em disciplina e grupo de estudos, foram fundamentais para a minha formação. Professor Amâncio Oliveira também sempre me estimulou com diálogos e ideias de pesquisa. Agradeço também ao Professor Paulo Fortes (*in memoriam*) pela atenção concedida e pelos diálogos e estímulos a minha pesquisa sobre justiça social e saúde. Professor Fernando Limongi é uma grande referência intelectual para mim, em quem busco me inspirar em direção de bons resultados acadêmicos. Muito obrigado pelos diálogos e ensinamentos constantes. Agradeço também aos Professores Bernardo Ricupero e Gildo Marçal Brandão (*in memoriam*), ambos centrais ao longo do meu processo de formação e aprendizado mais amplo.

Agradeço a todos colegas de doutorado, que constituíram uma ótima turma durante a disciplina de Seminários de Tese, ministrada com genialidade pelo Professor Rogério Arantes. Considero o Professor Rogério Arantes um exemplo de profissionalismo e seriedade exemplares perante a atividade acadêmica.

Agradeço aos membros da banca de doutorado. Obrigado aos Professores Célia Kerstenetzky, Marta Arretche, Darlei Dall'Agnol e Marco Akerman pelos comentários e questionamento ricos à minha tese de doutorado.

Agradeço a Georgetown University, especialmente ao Kennedy Institute of Ethics, onde fui pesquisador visitante durante um ano (2015-2016). Agradeço especialmente aos Professores Henry Richardson e a Madison Powers pela excelente orientação. A participação nos *Seminars on Justice*, lecionados por Madison Powers, ao longo do primeiro semestre de 2016, foi muito importante para o desenvolvimento da minha pesquisa. Agradeço a todos que foram assistir a exposição dos argumentos centrais da minha tese no Kennedy Institute of Ethics (em agosto de 2016), muito obrigado pelas questões e críticas realizadas nesse dia. O aprendizado, a vivência e a experiência adquirida no excelente ambiente acadêmico da Georgetown University foram incomensuravelmente positivos. Além dos Professores, agradeço também aos Funcionários do Kennedy Institute of Ethics que contribuíram a minha pesquisa e ao

meu bem estar. Agradeço também a todos os demais professores e pesquisadores que tive a oportunidade de dialogar ao longo do ano em Washington-DC. Gostaria também de agradecer especialmente às grandes amizades que construiu por lá, as quais facilitaram a vida no exterior. Agradeço a Paula Beatriz Mian pela amizade, gigantesca solidariedade e apoio incrível. Muito obrigado pelas nossas conversas, passeios e jantares. Muito obrigado também a Fernanda Barasuol – pela amizade, pelos cafês e almoços – e a Renata Albuquerque de Moraes. Agradeço também a Corinna Porteri e Emilio Garcia pelos almoços diários com estimulantes conversas. Sem dúvida, contar com o apoio dessa rede de amigos tranquilizou e alegrou o meu viver em Washington-DC.

Ao longo do meu doutorado tive o privilégio de participar de diversos grupos de estudos com colegas. Gostaria de agradecer a Hugo Neri, Jayme Gomes Neto, João Cortese, Júlio Cesar Casarin, Lenin Bicudo Bárbara, Lilian Sendretti, Leonardo Menezes, Lucas Petroni, Paulo Pirozelli, Raissa Wihby Ventura, Renato Francisquini, San Romanelli Assumpção e Veridiana Domingos. Agradeço especialmente a João Cortese pela amizade e pelos diálogos e ensinamentos diários.

Agradeço aos amigos de longa data, desde os primeiros anos de graduação. Entre eles, Elcio Basilio, Pietro Rodrigues e Veronica Devia são amigos com quem posso sempre contar.

Agradeço a Fabricio Vasselai. Obrigado por tudo, pela amizade, pelas conversas e estímulos intelectuais. Se cheguei mais longe academicamente, foi graças a sua amizade. Agradeço a Tiago Borges e a Ana Roman pelas conversas sempre tão agradáveis.

Agradeço a todos amigos e colegas de Departamento. Muito obrigado a Andreza Davidian, Carolina Requena, Edney Dias, Fábio Lacerda, Gabriela Rosa, Graziella Testa, Isabel Meunier, João Brant, Layla Carvalho, Maira Rodrigues, Mauricio Izumi, Rafael Magalhães, Sergio Simoni Jr., Telma Hoyler. Obrigado também a tantos outros amigos e colegas de USP.

Agradeço a todos da minha família, pessoas tão centrais na minha vida. Minha mãe e meu pai, meus avós, minha irmã e irmão, meus sobrinhos e primos, além de todos os demais membros da família. Sem o constante apoio e amor de meus pais este trabalho não seria realizado. Agradeço a Bruna Gisi, minha companheira, por tudo. Pelo amor, ótima convivência, ensinamentos, carinho e apoio incondicional, além dos

diálogos diários sobre as ideias presentes nesta tese. A eles dedico esta tese. A vida na cidade de São Roque – cujo dia do Santo padroeiro (protetor contra a peste e padroeiro dos inválidos e cirurgiões) ocorreu justamente no dia de minha defesa de tese (16 de Agosto) – é um refúgio seguro que posso sempre contar.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) agradeço pela bolsa de Doutorado (#2014/12679-0) e a Bolsa de Estágio Sanduíche – BEPE (#2015/05378-7). À Capes-PROEX agradeço pelos financiamentos e bolsa no meu primeiro ano de doutorado.

SUMÁRIO

Introdução	15
Capítulo 1 – <i>Justiça e Saúde: questionamentos preliminares</i>.....	20
Capítulo 2 – <i>Igualdade Equitativa de Oportunidades e Saúde</i>	58
Capítulo 3 – <i>Igualdade, Prioridade ou Suficiência em Saúde? Dissolvendo dilemas falaciosos em justiça e saúde</i>.....	96
Capítulo 4 – <i>Igualdade Democrática, Justiça Social e Saúde</i>.....	128
Considerações finais	189
Referências	191

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1. Entendimento gráfico da tese de Boorse.....45

Figura 4.1. Representações da comparação da saúde entre grupos.....150

Figura 4.2. Distribuição do tempo de vida em diferentes países.....153

Introdução

O que devemos uns aos outros, enquanto cidadãos de uma sociedade democrática, em relação à promoção e à proteção da saúde de nossos concidadãos? Quais obrigações e deveres de justiça que um Estado democrático possui perante a saúde de seus cidadãos? Essa tese tem o propósito central de responder essas questões. Ao buscarmos realizar tal tarefa, construímos uma argumentação normativa sobre justiça distributiva e saúde populacional. Dessa forma, pretendemos contribuir para as reflexões presentes nas teorias contemporâneas da justiça, centrando atenção nas questões relacionadas à justa distribuição de uma variedade particular de bens, recursos e serviços escassos nas sociedades contemporâneas que estão associados à saúde de uma população.

Partimos, assim, de um pressuposto factual de que ao menos parte significativa de recursos importantes, associados à saúde populacional, é limitada e deve ser distribuída de forma justa. Ao contrário de teorias e idealizações em que todas as pessoas poderiam ter todas as suas preferências de saúde realizadas, pressupomos que uma certa limitação de recursos e algum grau de escassez está (e continuará) presente nas esferas e questões distributivas relacionadas à saúde populacional¹.

Como pode ser inferido das formulações que expressam os questionamentos que pautam esta pesquisa, a reflexão normativa que apresentamos considera as instituições básicas internas a uma sociedade democrática como o objeto primeiro da justiça. Ou seja, nosso enfoque de justiça é prioritariamente institucional e interno a um Estado democrático, não respondendo a um outro leque de questões, que também é extremamente importante, sobre justiça e saúde global.

Diversas razões podem ser apresentadas para justificar a opção da temática e das questões que são o objeto da pesquisa que resultou nesta tese. Há uma relevância prática de formulações teóricas sobre justiça e saúde. As circunstâncias em que as sociedades contemporâneas se encontram possuem graus variados, quase sempre elevados, de injustiças relacionadas à saúde populacional. Atender às reivindicações de

¹ Ainda, em oposição às propostas que conjecturam a redução ou extinção da escassez de recursos de saúde com o avanço da tecnologia, da medicina e da ciência, consideramos que o inverso pode ser observado: em decorrência de tais avanços, os dilemas e questões distributivas de recursos de saúde são mais importantes e usuais nas sociedades contemporaneamente e tendem a ficar ainda mais usuais e complexos em um futuro próximo.

saúde de seus cidadãos deve ser uma agenda prioritária desses Estados? Se a argumentação que será apresentada nos próximos capítulos estiver correta, podemos afirmar que as reivindicações que envolvem questões de saúde são demandas prioritárias de justiça. Entretanto, não há respostas fáceis ou prontas às questões centrais que levantamos. As principais teorias contemporâneas da justiça – entre as quais, a teoria da justiça como equidade de John Rawls – não se debruçaram cuidadosamente sobre as questões de saúde. Contudo, isso não significa que tais teorias não podem nos auxiliar na reflexão sobre as demandas político-morais específicas, relacionadas com doenças, deficiências, impedimentos ou outras situações de má saúde que afetam parte da população. Ao longo da tese, buscaremos desenvolver uma abordagem sobre questões de justiça e saúde que pretende ser igualitária, apresentando uma argumentação com intenso diálogo com a obra de John Rawls e com os desdobramentos dessa teoria apresentados, especialmente, por Norman Daniels. Ao longo da tese, debateremos com trabalhos de filósofos, teóricos e cientistas políticos, economistas, médicos sanitaristas, epidemiologistas e demais autores que se dedicam à questão da saúde populacional contemporaneamente. Contudo, cabe destacar que ao formularmos uma abordagem igualitária da justiça e saúde focada em problemas relevantes de uma perspectiva normativa, não realizamos – nem tínhamos a pretensão de realizar – um estudo sistemático ou exegético da obra de determinado autor, ou uma análise histórica dos debates que enfrentaremos ao longo de nossa reflexão, entre outras possíveis abordagens comuns entre os trabalhos de teoria política. Como afirmamos, nossa pesquisa é orientada por um problema teórico-normativo e nosso objetivo é desenvolver uma argumentação sobre a temática em busca de apresentar uma resposta às questões que motivaram a pesquisa.

Uma outra justificativa para esse trabalho diz respeito à literatura relativamente escassa que se debruça sobre questões de saúde populacional de uma perspectiva político-normativa. A produção acadêmica sobre questões de justiça e saúde, em dimensão populacional, é relativamente pequena quando comparada com outros temas de bioética e ética médica, assim como, com estudos normativos e de teoria política contemporânea dedicados a outras temáticas. Ainda mais raros são os trabalhos que buscam desenvolver um diálogo intenso entre reflexões teóricas de justiça e pesquisas empíricas sobre a questão da saúde. Tentamos, resta saber se de maneira bem sucedida, estabelecer um diálogo com diversas áreas filosóficas e científicas ao longo da tese.

Uma das nossas pretensões ao realizar esta pesquisa foi estabelecer um diálogo, que vai adquirindo maior intensidade com o avançar dos capítulos, entre teoria política e pesquisas empíricas sobre saúde populacional – especialmente sobre os determinantes sociais da saúde e o gradiente social em saúde. Caso estejamos corretos, muitas das questões teóricas sobre justiça e saúde podem ser enriquecidas se levarem em consideração os resultados e conclusões dos estudos empíricos contemporâneos. Como argumentaremos no capítulo final da tese, há, na literatura empírica sobre desigualdades de saúde, consensos e dissensos de variadas ordens que devem ser explicitados e incorporados, sempre que possível, na reflexão teórica sobre justiça e saúde.

Como estratégia para respondermos às questões fundamentais apresentadas acima, substituiremos tais perguntas por questões mais específicas que serão trabalhadas ao longo dos quatro capítulos da tese. No primeiro capítulo, busco abordar questões que são logicamente anteriores à formulação do problema central de pesquisa da presente tese. Ao levantarmos a questão de pesquisa – “quais os deveres de um estado democrático em relação à saúde de seus cidadãos?” – nos deparamos com a necessidade de apresentarmos um entendimento razoável de *saúde*, assim como precisamos de uma categoria que nos possibilite delimitar, de forma razoável e pública, os bens, recursos e serviços de saúde prioritários de um ponto de vista da justiça. Em busca dessas respostas, apresentamos uma revisão das principais conceitualizações de saúde e doença presentes na literatura especializada – especialmente de filosofia da ciência (medicina e biologia) –, sintetizando os pontos centrais das definições não-valorativas e valorativas de saúde. Conjuntamente, desenvolvemos uma reflexão normativa sobre a importância moral especial que a saúde e os bens e recursos associadas a ela podem possuir frente aos demais bens e recursos presentes nas sociedades. Por fim, defendemos um particular entendimento de “necessidades de saúde”. Essas necessidades devem ser satisfeitas a fim de que possamos manter ou restaurar um funcionamento do normal dos nossos organismos, e, providenciar, quando isso for possível, equivalentes funcionais para o nosso normal funcionamento.

No capítulo seguinte (Capítulo 2), apresentamos inicialmente o conjunto de serviços, instituições, bens e recursos associados às necessidades de saúde – ou seja, ao funcionamento normal das pessoas – que devem receber atenção especial de uma perspectiva da justiça. Em sequência, desenvolvemos nossa argumentação sobre justiça e saúde de uma perspectiva rawlsiana, apresentando a proposta de Daniels (1985; 2008)

de ampliar a noção de oportunidade, presente na teoria da justiça de Rawls, para incluir a assistência à saúde (em sentido amplo) no conjunto de instituições básicas envolvidas na providência da igualdade equitativa de oportunidade. Posteriormente a apresentação e análise da proposta de Daniels (1985; 2008), exponho algumas críticas direcionadas à perspectiva da teoria da justiça como equidade, formulada por Rawls (2008), que também afetariam a proposta de extensão teórica não trivial apresentada por Daniels (1985; 2008). Especial atenção foi concedida a crítica realizada por Nussbaum (2006) à formulação contratualista apresentada por Rawls. De acordo com a filósofa, entre os problemas de justiça não resolvidos pela teoria de Rawls, estaria a questão dos deveres frente às pessoas com deficiências ou impedimentos severos. Ao longo de nossa argumentação, apresentaremos uma defesa dos bens primários sociais como adequado *equalisandum*. Esboçamos, ainda nesse capítulo, possíveis pontos em comum entre uma teoria da justiça distributiva e saúde associada à abordagem das *capabilities* e a perspectiva teórica defensora de um igualitarismo democrático.

Já no Capítulo 3, busco analisar um debate teórico contemporâneo dedicado à definição e à defesa do princípio fundamental que deve balizar a justa distribuição dos mais variados *distribuenda*. Primeiramente, apresento os debates presentes na literatura sobre as noções de igualitarismo, prioritarismo e doutrina da suficiência buscando refletir sobre quais as contribuições que tal debate traz ao de justiça e especificamente de justiça e saúde. Apresento as conceitualizações apresentadas por Parfit (2002) para posteriormente elaborar um questionamento do corte e das próprias definições apresentadas pelo autor. Posteriormente, apresento o argumento crítico ao igualitarismo desenvolvido por H. Frankfurt e a sua defesa de uma doutrina da suficiência. Também apresento uma crítica a essa proposta teórica, desenvolvendo a argumentação de que a justiça é eminentemente relacional e não poderia ser reduzida a definição de um limiar de suficiência. Além disso, argumentarei que as posições teóricas igualitárias não podem ser reduzidas – nem mesmo exigem obrigatoriedade ou universalmente – a aplicação de princípios distributivos “igualitários simples”. Contudo, de modo distinto de parte da literatura, defendo a posição de que, embora a justiça exija uma noção de igualdade (como busco defender de igualdade democrática), e não um patamar de suficiência ou um princípio de prioridade, esses critérios normativos podem caminhar juntos na avaliação de certas políticas públicas e recomendações institucionais. E mais do que isso, em determinadas condições não ideais, uma posição igualitária em saúde pode

defender políticas focalizadas que busquem melhorar a condição de piores situados, ou mesmo defender o estabelecimento de critérios mínimos de suficiência, ou de um limiar de suficiência, como parte da agenda de políticas públicas de saúde.

No capítulo final (Capítulo 4), realizaremos uma reflexão normativa sobre os determinantes sociais da saúde. Estudos contemporâneos verificam a existência de um gradiente social na saúde da população de um dado país. Dos grupos sociais pior situados em direção àqueles em posição social privilegiada, a saúde melhora constantemente em relação à posição social. Mais alta posição econômico-social do grupo, melhor saúde – mais tempo de vida em geral e presença de deficiências graves mais tardiamente. Como devemos lidar normativamente com essa constatação? Podemos afirmar que essas constatações empíricas de desigualdades de saúde entre grupos socioeconômicos distintos configuram graves violações de justiça em uma sociedade democrática? Neste capítulo, busco enfrentar essa questão. Além disso, busco também apresentar um particular entendimento do conceito de “iniquidade em saúde”, centrando atenção na defesa de uma mensuração das desigualdades de saúde *entre grupos sociais*. Neste capítulo, realizo uma maior imersão na literatura empírica sobre saúde populacional e variáveis socioeconômicas, apresentando os achados das principais contribuições contemporâneas além de apresentar uma defesa normativa de uma posição baseada em um ideal de igualdade democrática. Por fim, considerações finais breves são apresentadas.

Capítulo 1 – *Justiça e Saúde: questionamentos preliminares*

Introdução

O tema desta tese, tal como afirmamos na *Introdução*, está centrado em questões de justiça e saúde populacional. O que devemos uns aos outros, enquanto cidadãos de uma sociedade democrática, em relação à saúde de nossos concidadãos? Quais os deveres que um estado democrático possui em relação à saúde de seus cidadãos? O objetivo geral desta tese, portanto, é formular e justificar considerações que busquem desenvolver uma reflexão normativa sobre essas questões abrangentes, que julgamos ser as demandas centrais de justiça e saúde postas ao estado e aos cidadãos de uma sociedade democrática.

Como defenderemos em variadas passagens ao longo da tese, há um intrínseco valor relacional em questões de *justiça* que pode ser incorretamente anulado quando nos limitamos a responder questões de ordem estritamente alocativa² ou, mesmo, quando iniciamos a reflexão normativa partindo de questões que não levam em consideração as complexas relações sociais, de ordens e esferas variadas³, que existem entre as pessoas de uma sociedade. Assim, diferentemente de parte significativa da literatura sobre a temática, não iniciaremos nossa reflexão com um caso específico, ou com uma escolha

² Ou seja, de acordo com a definição proposta por Rawls, questões sobre a divisão de certo conjunto de bens entre pessoas, que não é produto desses indivíduos, nem relacionado com ações e relações cooperativas entre eles (Rawls, 2008, p.107).

³ Michael Walzer, em seu livro clássico *Esferas da Justiça*, propõe, de modo pioneiro, uma reflexão sobre justiça nas distintas esferas relevantes das sociedades contemporâneas, uma das quais poderia ser associada à saúde (Walzer trabalha mais profundamente com as ideias de “segurança e bem-estar social” (Walzer, 2003, Capítulo 3) – dissertando especificamente sobre o caso da assistência médica nos Estados Unidos). Tanto sua ideia de “esferas”, como, especialmente, seu uso original da noção de “igualdade complexa” – a qual utilizarei nos capítulos 4 e 5 da tese – serviram como uma referência de fundo desta pesquisa e estão em diálogo com os desenvolvimentos argumentativos que desenvolveremos na tese. Contudo, como ficará claro com o avançar de nossa argumentação, de modo distinto de Walzer, não caminharemos em direção de uma defesa de um pluralismo de princípios primeiros de justiça (um princípio adequado *exclusivamente* para cada esfera). Se é verdade que concordamos com Walzer sobre o grave problema das “transgressões” entre esferas (Walzer, 2003, pp.11-15) – isto é, quando bens de uma esfera são convertidos em bens de outra esfera –, a justificação teórica que desenvolveremos será de ordem distinta.

trágica – uma decisão que envolva sofrimento ou “vida-e-morte”⁴ – sobre a alocação de recursos escassos, que seriam necessários à melhora ou à manutenção de um adequado nível de bem-estar ou, mesmo, à preservação da vida, ou ao alívio das dores e das condições adversas, das pessoas em situações de doença e/ou com deficiências e impedimentos severos. Dessa forma, neste trabalho, não dedicaremos parte significativa de nossa análise às relevantes questões de racionamento de recursos escassos que são associados à saúde de pessoas, em uma situação e local específico – por exemplo, em uma unidade de tratamento intensivo de um hospital⁵. Essas questões de racionamento, muito provavelmente, continuarão a existir, e terão que ser enfrentadas, nas sociedades que respeitem as demandas de justiça que desenvolveremos neste trabalho.

Nossa reflexão normativa estará centrada em questionamentos abrangentes sobre justiça e saúde que podem ser sintetizados nas duas indagações apresentadas acima. Julgamos necessário iniciar uma reflexão sobre justiça por uma questão moral ampla e relacional, tal como “o que devemos uns aos outros” – forma de questionamento moral consagrada na literatura filosófica contemporânea⁶ –, e, sequencialmente, elaborar uma

⁴ Guido Calabrezi e Philip Bobbitt (1978) cunharam o termo “escolhas trágicas” para as escolhas envolvidas em alocação de recursos escassos em que buscamos “preservar os fundamentos morais da colaboração social” (Calabrezi e Bobbitt, 1978, p.18). Como afirmam os autores: “Tragic choices come about in this way. Though scarcity can often be avoided for some goods by making them available without cost to everyone, it cannot be evaded for all goods. In the distribution of scarce goods society has to decide which methods of allotment to use, and of course each of these methods – markets, political allocations, lotteries, and so forth – may be modified, or combined with another. The distribution of some goods entails great suffering or death. When attention is riveted on such distributions they arouse emotions of compassion, outrage, and terror. It is then that conflicts are laid bare between on the one hand, those values by which society determined the beneficiaries of the distributions, and (with nature) the perimeters of scarcity, and on the other hand, those humanistic moral values which prize life and well-being.” (Calabrezi e Bobbitt, 1978, p.18)

⁵ Muitas dessas questões podem ser consideradas questões de justiça local e tanger o escopo deste trabalho. Tais princípios de justiça local – formulados para gerir uma questão de distribuição interna a uma instituição ou associação determinada e se aplicariam diretamente a essas – são restringidos por princípios primeiros de justiça (princípios que se aplicam, de acordo com a terminologia rawlsiana, a estrutura básica da sociedade), mas podem ser distintos desses últimos. Rawls destaca esse ponto, ao propor “uma sequência apropriada de tipos de objetos e supor que as partes de um contrato social deverão proceder de acordo com essa sequência, com o entendimento de que os princípios de cada acordo posterior deverão se subordinar àqueles de todos os acordos prévios ou ajustar-se a eles mediante certas regras de prioridade” (Rawls, 2011, p.310).

⁶ Essa questão é classicamente associada à importante contribuição filosófica realizada por Scanlon, em obra (Scanlon, 1998) que tem por título a questão: “What we owe to each other?”. Daniels também realiza formulação semelhante ao descrever a pergunta que considera ser a questão fundamental de uma perspectiva de justiça e saúde. Em suas palavras: “As a matter of

questão eminentemente política, decorrente da primeira, sobre os deveres que um estado democrático deve possuir perante a saúde de seus cidadãos. Princípios primeiros de justiça, como os estabelecidos por John Rawls, em *Uma teoria da justiça*, são formulados em teoria ideal e não podem ser entendidos como uma fórmula pronta a ser implementada diretamente para solucionar os variados problemas específicos de racionamento e de alocação de recursos de saúde escassos, como medicamentos de altíssimo custo ou órgãos para transplante, que ocorrem rotineiramente em leitos de hospitais existentes nas sociedades contemporâneas⁷. Porém, as formulações em teoria ideal, como a atividade dedicada ao estabelecimento e à justificação de princípios primeiros de justiça, devem ser uma tarefa prioritária, necessariamente anterior às demais etapas de uma reflexão normativa sobre a distribuição de recursos escassos associados à saúde populacional em circunstâncias não ideais⁸. Somente em estágio posterior a essas considerações normativas que estabelecem e justificam os princípios primeiros de justiça, os problemas específicos relativos à alocação de recursos escassos de saúde em circunstâncias não ideais, assim como outras questões associadas à

justice, what do we owe each other to promote and protect health in a population and to assist people when they are ill or disabled?” (Daniels, 2008, p.11). Contudo, já merece ser destacada uma diferença fundamental da questão central de pesquisa que formulamos dessas demais. Como escrevemos acima, a questão de pesquisa dessa tese é “O que devemos uns aos outros, enquanto cidadãos de uma sociedade democrática, em relação à saúde de nossos concidadãos?”. Nossa preocupação está centrada em obrigações de justiça fortemente associadas ao vínculo dos cidadãos, enquanto membros de uma mesma sociedade democrática. Como ficará evidente em nossa argumentação, exatamente por serem cidadãos de uma mesma sociedade, essas pessoas possuem obrigações de justiça a respeito da saúde de seus concidadãos muito mais exigentes que obrigações morais de outra ordem que possuímos perante outros, cidadãos de outras nações.

⁷ Sobre essa questão, compartilhamos da posição apresentada por Vita (2004). Álvaro de Vita (2004) ao realizar um comentário ao artigo de Ribeiro e Schramm (2004), destaca as possíveis complicações das proposições dos autores em decorrências do problema “de se aplicar diretamente o princípio de diferença para justificar a escolha de políticas de saúde específicas, tais como a provisão focalizada de determinados serviços médicos” (Vita, 2004, p. 1151). Tal como realizarmos anteriormente (nota de rodapé 4), Vita distingue entre *justiça local* e *justiça doméstica/global*, em suas palavras: “O que está faltando em todos esses casos é uma distinção tal como aquela proposta por Jon Elster entre “justiça global” e “justiça local”. Princípios de justiça que se aplicam a arranjos institucionais básicos (“justiça global”) podem não ser apropriados para decidir o que é certo fazer em contextos decisórios específicos (“justiça local”), por exemplo, para decidir com base em que critérios se devem distribuir órgãos para transplantes.” (Vita, 2004, p.1151).

⁸ Tais situações não ideais se caracterizariam por graus variados de injustiça, desigualdades, pobreza e, em muitos casos, escassez extrema – mais severa que a escassez moderada prevista nas circunstâncias da justiça descritas por Rawls (2008, §22) –, como também por *noncompliance*.

especificação de normas, podem ser corretamente formulados, avaliados (e possivelmente solucionados) de uma dimensão político-normativa, visto que variados aspectos e as resoluções em teoria não-ideal devem ser estabelecidos adotando por referência as construções da teoria ideal⁹.

Neste primeiro capítulo, buscaremos abordar algumas questões que são preliminares ou iniciais a uma adequada teoria normativa sobre justiça e saúde. Iniciaremos nossa reflexão buscando compreender a relevância especial que os bens e recursos de saúde possuem em uma perspectiva da justiça, assim como procuraremos apresentar um entendimento de necessidades de saúde que possa balizar nossa reflexão e permita que delimitemos os bens, recursos e assistência médica (em sentido abrangente) que devem ser distribuídos de forma justa prioritariamente em uma sociedade democrática.

I

De acordo com a posição que defendemos nesta tese, a justiça está associada ao modo como nos relacionamos com as demais pessoas, que são nossas concidadãs em uma sociedade democrática. Dessa forma, como já afirmado, nossas preocupações de justiça extravasam as barreiras que limitam o olhar à distribuição final de recursos, em dada etapa do tempo, e à avaliação dessa distribuição. Necessitamos refletir sobre a questão da igualdade de *status* das pessoas, enquanto cidadãs de uma mesma sociedade democrática, para atingirmos o âmago da justiça social e, como buscaremos demonstrar ao longo dos capítulos, não podemos nos afastar de considerações dessa dimensão mais abrangente ao avaliarmos o que importa em questões específicas de justiça e saúde. Assim, a sociedade deve ser entendida, para utilizarmos a formulação cunhada por Rawls, como “um sistema equitativo de cooperação ao longo do tempo, de uma geração às seguintes” (Rawls, 2011, p.18) e, ao refletirmos sobre questões de justiça, devemos

⁹ Adotaremos um particular entendimento – e posicionamento no crescente debate sobre teoria ideal x teoria não ideal – na tese, que julgamos ser próximo a um entendimento de uma perspectiva rawlsiana sobre a questão. Nos dois capítulos finais da tese, desenvolveremos alguns argumentos especificamente a respeito dessa temática. Além das obras de Rawls, adotamos como referência a argumentação desenvolvida por Simmons (2010) sobre a questão.

não só manter em mente a ideia de cooperação social¹⁰, mas também as ideias de autorrespeito, de respeito mútuo e de reciprocidade entre cidadãos livres e iguais. Essa última noção, como veremos com mais cuidado no capítulo seguinte, não pode ser identificada com a noção de benefício mútuo, em sentido estrito¹¹.

A questão de *como* uma sociedade democrática deve distribuir, alocar e realocar recursos escassos e produtos, que são frutos da cooperação social, entre as pessoas – membros dessa sociedade – com necessidades e reivindicações distintas e, em muitos casos, concorrentes¹² deve, ao nosso ver, ser enfrentada levando em consideração as demandas políticas e morais impostas pela igualdade democrática. Assim, continuando a utilizar a terminologia formulada por Rawls, podemos afirmar que princípios de justiça que devem balizar uma justa distribuição devem expressar uma ideia de

¹⁰ Rawls, na “Conferência 1 – Ideias Fundamentais” (§ 3), de *O Liberalismo Político*, especifica a ideia de cooperação social, destacando três de seus elementos: “a. A cooperação é distinta da mera atividade socialmente coordenada, como a atividade que é coordenada pelos comandos produzidos por uma autoridade central. A cooperação é guiada por normas e procedimentos publicamente reconhecidos, que aqueles que cooperam não só aceitam, como também consideram como reguladores efetivos da própria conduta. b. A cooperação envolve a ideia de termos equitativos, os quais são termos que cada participante pode razoavelmente aceitar, desde que todos os demais também os aceitem. Termos equitativos especificam uma ideia de reciprocidade: todos os que estão envolvidos na cooperação e que fazem sua parte, como as normas e os procedimentos exigem, devem beneficiar-se de uma forma apropriada, avaliando-se isso por um padrão adequado de comparação. (...) c. A ideia de cooperação social requer uma noção de vantagem racional ou do bem de cada participante. Essa concepção do bem especifica o que aqueles envolvidos na cooperação, sejam indivíduos, famílias, associações, ou até mesmo governos de povos diferentes, estão tentando conseguir quando o esquema de cooperação é considerado de seu próprio ponto de vista” (Rawls, 2011, pp.18-19).

¹¹ Como afirma Rawls, “[d]a forma como essa noção é entendida na justiça como equidade, a reciprocidade é uma relação entre os cidadãos expressa pelos princípios de justiça que regulam um mundo social no qual todos se beneficiam, quando se avalia isso em relação a um padrão de referência apropriado de igualdade que seja definido para esse mundo. (...) [E]ssas observações deixam claro que a ideia de reciprocidade não é a de benefício mútuo” (Rawls, 2011, pp.19-20).

¹² Roemer considera essa a questão central da justiça distributiva, a qual os autores, ao menos nos últimos dois milênios, estão buscando solucionar. Contudo, como o próprio autor reconhece, é com a publicação da obra de John Rawls, *Uma teoria da Justiça* (1971), que o interesse filosófico na questão ressurge. Em suas palavras: “The theory of justice – how a society or group should allocate its scarce resources or product among individuals with competing needs or claims – goes back at least two millennia. Aristotle and Plato wrote on the question, and the Talmud recommends solutions to the distribution of an estate among the deceased’s creditors. (...) There has been, as well, a renaissance, since the publication of John Rawls’s magisterial [A] *Theory of Justice* (1971), of philosophical interest in the question” (Roemer, 1996, p.1).

reciprocidade entre os cidadãos (Rawls, 2011, p.20)¹³. Porém, antes de avançarmos em direção da formulação de uma teoria da justiça e saúde, necessitamos responder algumas questões preliminares.

Primeiramente, podem nos questionar sobre a necessidade de uma reflexão normativa, tal como a que desenvolvemos. Uma teoria da justiça e saúde é necessária? Um “adepto radical” de ideologias libertariana e neoliberal poderia argumentar que não é necessário o estabelecimento de princípios de justiça que balizem a distribuição de bens e recursos de saúde, nem mesmo a definição de um pacote de bens e recursos de saúde garantidos aos cidadãos, visto que variados serviços, pacotes, seguros e/ou planos de saúde (com leques distintos de recursos e bens associados à saúde vendidos a preços distintos) poderiam ser ofertados em um livre mercado, os quais poderiam ser comprados de acordo com as preferências individuais¹⁴. Como sabemos, trabalhos em teoria econômica demonstram que, genericamente, um mercado competitivo ideal, de livres oferta e demanda, tende a equilíbrios alocativos eficientes. Não poderíamos, então, distribuir os bens e recursos de saúde a partir de um mercado competitivo isento de regulamentações especiais?

A argumentação que será desenvolvida ao longo desta tese negará a plausibilidade de uma posição moral libertariana, a qual considera que um estado justo é aquele que se “limita a dar, quando isso é possível, uma expressão institucional adequada a um conjunto de interdições ou de restrições deontológicas” (Vita, 2007, p.44)¹⁵. Essa posição moral libertariana, a qual é muitas vezes ocultada em discursos

¹³ É importante ainda destacar que, de acordo com Rawls, “a reciprocidade é uma relação entre cidadãos em uma *sociedade bem-ordenada* (§ 6), que se expressa pela concepção política e pública de justiça dessa sociedade” (Rawls, 2011, p.20, *grifos meus*).

¹⁴ Nomeio de “adepto radical” o defensor dessa posição, pois há certo consenso na literatura que mesmo os adeptos de posições libertarianas reconhecem que a distribuição de bens e recursos de saúde diferem das distribuições de outros bens e podem merecer algum tipo de atenção especial, mesmo que rigidamente delimitada. Além disso, como descreveremos brevemente abaixo, a literatura econômica contemporânea (pós-1960) possui contribuições importantes questionando a eficiência – sempre propagada pelos adeptos dessa posição – das alocações que um mercado competitivo (não oligopólico ou monopólico) de assistência médica, isento de regulações ou interferências externas, seria capaz de proporcionar.

¹⁵ Como nota Vita, há uma proximidade entre o que podemos nomear de “moralidade de senso comum” e a posição moral libertariana, basta lembrarmos que ambas compartilham uma forma de relatividade ao agente (Vita, 2007, p.44 (especialmente nota 24)). Tal proximidade potencializa a capacidade dos defensores de uma posição libertariana apresentarem seus discursos como isentos, imparciais ou mesmo como não dotados de normatividade.

que se assumem como isentos e imparciais¹⁶, é a base normativa da defesa de que alocações de bens e recursos escassos variados – entre os quais, os bens e recursos associados à saúde populacional – devem ser realizadas pelo mercado, sem regulamentações ou controles especiais. Em forte oposição às consequências desse posicionamento moral frente às demandas associadas à assistência médica e de saúde, defenderemos que há uma forte relação entre justiça e saúde populacional, a qual exige que os estados democráticos ofereçam de modo universal bens, recursos e assistência à saúde (abrangente e de boa qualidade) a todos seus cidadãos. Como argumentaremos neste e no capítulo seguinte, seguindo a tese originalmente apresentada por Daniels (1985, 2008), a saúde é um bem especial, que impacta diretamente o leque de oportunidades disponível a cada cidadão e, conseqüentemente, os recursos e bens que afetam a saúde devem ser distribuídos respeitando um princípio de igualdade equitativa de oportunidades. E, mais do que isso, argumentaremos que os estados democráticos devem realizar ações e formular políticas públicas visando à redução das desigualdades injustas de saúde existentes entre diferentes grupos sociais e, assim, combater o gradiente social em saúde – isto é, quanto mais alto o *status* socioeconômico, mais tempo de vida e melhor saúde (Capítulo 4).

Contudo, gostaríamos de frisar um outro ponto antes de avançarmos em nossa reflexão. A literatura, do campo teórico da economia, demonstrou que mercados de assistência médica não podem ser corretamente enquadrados em mercados competitivos e, mais do que isso, não geram resultados alocativos eficientes. Como argumentou Arrow – em artigo publicado em 1963, na *American Economic Review*, que pode ser considerado o artigo fundador do campo da “economia da saúde” – a assistência médica difere de outros bens, recursos e tópicos estudados em economia (Arrow, 1963). Diversos fatores explicam, no caso da assistência médica, a ausência de competição de

¹⁶ Esses discursos recebem espaço e divulgação amplos nos veículos de mídia contemporânea brasileira. É frequente a presença de economistas em jornais e meios televisivos opinando sobre questões econômicas e de saúde pública. O problema encontra-se no fato de muitos desses entrevistados buscarem expor seus posicionamentos como neutros, como se houvesse uma necessária identidade entre o conhecimento econômico e a isenção de valores. Há, pelo contrário, pressuposições normativas que balizam tais discursos e, mais genericamente, a teoria econômica. Por exemplo, por que a eficiência e o crescimento econômico são valores centrais para a análise econômica? Não poderíamos adotar outro valor como um critério fundamental – como, por exemplo, a igualdade? Conceitos basilares utilizados pela teoria econômica “padrão” são normativamente controversos, como o entendimento da racionalidade como a maximização do auto-interesse “egoísta”. Sobre a questão da racionalidade como maximização auto-interesse, ver Ruger, 2015, pp.4-6. Sen (1999) pode ser considerado um trabalho seminal sobre a questão.

preços, a qual é prevista pelo modelo de mercados competitivos. Nem toda pessoa, por exemplo, pode fornecer profissionalmente cuidados médicos e assistência à saúde, existindo uma certificação especial vinculada à profissão. Há também incertezas inerentes à incidência de doenças e à eficácia dos tratamentos, como também há um grande desequilíbrio informacional (de conhecimentos associados à saúde) entre, por um lado, os médicos, provedores e seguradoras de serviços de saúde e, por outro lado, os pacientes¹⁷. Mais do que isso, a oferta de recursos de saúde em um mercado isento de regulamentação ou controle especial pode ocasionar o que a literatura especializada nomeou de “riscos morais”, isto é, riscos que estão associados ao fato de pacientes e médicos terem incentivos para solicitar exames e tratamentos extras quando as seguradoras/planos de saúde pagam pelo serviço. Como sintetiza Ruger (2015), ao se referir às ideias de Arrow, “a assistência médica não se adequa no modelo de oferta e demanda, que é fundacional na economia por seu valor descritivo e sua eficiência na alocação de recursos” (Ruger, 2015, p.1, *tradução minha*)¹⁸.

Em comentário mais recente, Arrow (2014) sustenta, novamente, a posição de que princípios econômicos, isoladamente, não solucionam os problemas associados à distribuição de recursos de saúde. Há, de acordo com o economista, um interesse público na saúde populacional, necessitando ser desenvolvida uma cultura do *accountability* para o campo médico (Arrow, 2014, p.63). Posição semelhante também é enunciada por Stiglitz (2014), autor que também enfatiza a ineficiência dos mercados em sistemas de saúde. Em suas palavras:

Começarei tratando da questão mais fundamental pela qual estamos todos interessados: o *design* de um sistema de assistência à saúde, incluindo um sistema de seguros que aumentaria nosso bem-estar.

¹⁷ Stiglitz (2014) desenvolve esse ponto, ao afirmar: “One of the reasons that [health] markets are not efficient has to do with the very general theorem that Bruce Greenwald and I proved a number of years ago, namely that whenever there are information asymmetries, whether of the adverse selection or moral hazard kind, or incomplete risk markets, then the economy is not efficient. (Virtually all markets are characterized by information asymmetries, but such information imperfections are particularly important in the health care market.) It is not constrained Pareto efficient, taking into account the cost of information and the cost of setting up markets. There are always interventions that could make some individuals better off without making others worse off.” (Stiglitz, 2014, pp.65-66)

¹⁸ No original: “medical care does not fit with the competitive model of supply and demand, which is foundational in economics for its descriptive value and its efficiency in allocating resources” (Ruger, 2015, p.1).

Quando pensamos sobre isso, um dos problemas centrais na análise é que na maioria das áreas da economia, começamos com a suposição que os mercados são eficientes, mas essa é uma área na qual devemos começar com a suposição de que os mercados não são eficientes. Isso realmente altera a análise de maneira crucial (Stiglitz, 2014, p.65, *tradução minha*)¹⁹.

Assim, Stiglitz também ressalta que uma reflexão sobre (e formulação de) um sistema de assistência à saúde não deve supor que mercados isentos de regulamentação especial ou controle externo são eficientes. Em outra passagem do mesmo texto, o autor, de modo ainda mais enfático, condena essa visão de “livre mercado” de recursos de saúde – comumente propagada por setores políticos representativos em variados países, como no Brasil e nos Estados Unidos da América²⁰ –, como intelectualmente infundadas, ao menos de uma perspectiva econômica:

As doutrinas que você ouve em um lado do espectro político – que se apenas deixarmos para os mercados tudo ficaria bem – não são intelectualmente fundadas, pelo menos na esfera da economia de saúde. Há uma necessidade de Estado (administração pública) e é por isso que a questão de como delineamos um conjunto adequado de instituições é absolutamente central (Stiglitz, 2014, p.66, *tradução minha*)²¹.

Portanto, com base numa reflexão interna à teoria econômica, parece ser razoável negarmos a possibilidade de uma distribuição dos bens e recursos de saúde a

¹⁹ No original: “Let me begin by addressing the most fundamental issue in which we are all interested: the design of a health care system, including an insurance system that would increase our welfare. When we think about this, one of the central problems in the analysis is that in most areas of economics, we begin with the presumption that markets are efficient, but this is an area where we should begin with the presumption that markets are not efficient. That really changes the analysis in crucial ways” (Stiglitz, 2014, p.65).

²⁰ Uma das principais promessas de campanha do atual presidente dos Estados Unidos da América, Donald Trump, foi a extinção do “Patient Protection and Affordable Care Act” (chamado popularmente de “Obamacare”) – que foi projetado para aumentar a qualidade e a acessibilidade do seguro de saúde no país, visando reduzir o número de norte-americanos não assegurados. Já no Brasil, o atual Ministro da Saúde, Ricardo Barros, constantemente realiza críticas, baseadas normalmente em critérios de eficiência e custos, ao formato universal do Sistema Único de Saúde (SUS), defendendo, até mesmo, a implementação de planos privados de saúde com cobertura inferior à cobertura mínima obrigatória determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

²¹ No original: “The doctrines that you hear on one side of the political spectrum—that if we just left it to the markets everything would be right—have no intellectual foundation, at least in the sphere of health economics. There is a need for government, and that is why the issue of how we design an appropriate set of institutions is absolutely key” (Stiglitz, 2014, p.66).

partir de um mercado isento de regulamentações específicas e interferências externas. Contudo, um importante esclarecimento final sobre essa temática merece ser realizado para evitar possíveis enganos. Mesmo que bens e recursos de saúde pudessem ser distribuídos de forma eficiente em mercados, o problema de pesquisa que nos colocamos continuaria a existir. Ou seja, o problema de pesquisa aqui apresentado não pode ser entendido como derivado de uma “particularidade de origem econômica”: o livre mercado de tais bens não resultar numa alocação eficaz. As questões de justiça e saúde que pautam esta pesquisa são de maior “profundidade moral”²² e não são solucionadas, nem mesmo adequadamente abordadas, pelos estudos econômicos usuais. Pelo contrário, são muitas vezes assumidas implicitamente nesses trabalhos como questões pressupostas e já resolvidas de modo consensual.

Em outras palavras, podemos dizer que as questões de justiça são de maior relevância e densidade moral que questões como “eficácia econômica”, o que não nos impede de também levar em consideração questões de ordem econômica – como diferentes graus de eficiência de possíveis distribuições que respeitem os princípios da justiça – quando refletimos sobre justiça e saúde populacional. Porém, argumentos de “ordem econômica”, como os apresentados, nunca se sobrepõem a argumentos de justiça²³.

II

Quais bens e recursos são relevantes de um ponto de vista da justiça? Jon Elster (1992) enumera três tipos de bens que as teorias contemporâneas da justiça atribuem importância. Segundo o autor:

Em primeiro lugar, há os bens que podem ser alocados, como dinheiro, bens materiais e serviços. Segundo, há os bens que não podem ser alocados, mas cujas distribuições podem ser afetadas pela alocação de outros bens. As distribuições de autorrespeito, bem-estar,

²² Daniels ressalta esse ponto argumentativo (Daniels, 1985, pp.19-20).

²³ O que não significa que não devemos levar em consideração, por exemplo, a *escassez* de bens e recursos relevantes ao refletir sobre justiça distributiva. Basta lembrarmos que, de acordo com a teoria de Rawls, a condição de escassez moderada, entendida de modo que abranja uma ampla gama de situações, é uma das circunstâncias de justiça – ou seja, as condições normais nas quais a cooperação é tanto possível quanto necessária – que devem ser levadas em consideração em nossas reflexões sobre justiça (Rawls, 2008, p.153-154).

conhecimento ou saúde dependem em grande medida da alocação de dinheiro, bens e serviços. Em terceiro lugar, existem as capacidades mentais e físicas cujas distribuições não podem ser afetadas por alocação, porque elas são geneticamente determinadas ou são sujeitas a acidentes irreversíveis (tal como a perda de um membro). (Elster, 1992, p. 186, *tradução minha*)²⁴

Por mais controversa e parcial que seja essa enumeração²⁵, ela nos possibilita observar a centralidade que a saúde possui de um ponto de vista da justiça, ao menos se levarmos em consideração as teorias contemporâneas. Se adotamos uma noção ampliada do entendimento de saúde, observamos a presença de conceitos associados à saúde (como, por exemplo, doenças, impedimentos e deficiências, fatores causais ambientais, sociais e genéticos) nesses três tipos de bens que Elster (1992) considera relevantes para as teorias contemporâneas da justiça²⁶. Porém, necessitamos dedicar atenção *especial* à saúde de uma perspectiva da justiça?

Intuitivamente, parte significativa da população responderia positivamente a essa pergunta. Tendemos a ser mais avessos a desigualdade quando estamos pensando sobre (e comparando) situações e questões associadas à saúde e aos recursos de saúde

²⁴ No original: “First, there are goods which can be allocated, like money, material goods, and services. Second, there are goods that cannot be allocated, but whose distribution can be affected by the allocation of other goods. The distribution of self-respect, welfare, knowledge, or health depends largely on the allocation of money, goods, and services. Third, there are mental and physical capacities whose distribution cannot be affected by allocation, because they are determined genetically or are subject to irreversible accidents (such as the loss of a limb).” (Elster, 1992, p.186)

²⁵ Sem dúvida, essa tipificação está longe de ser consensual. Por exemplo, um bom número de doenças que normalmente são enquadradas, no entendimento comum, como monogênicas (ou seja, causadas exclusivamente por um fator genético determinado) são, na realidade, doenças multifatoriais, em que os fatores ambientais são também fatores associados a causa da doença. Ainda, é importante destacar que Elster assume um entendimento distinto de alocação do que usamos aqui. Nosso entendimento, como já afirmado, segue a distinção apresentada por Rawls. Enquanto Rawls (2008) realiza uma distinção entre alocação e justiça procedimental, Elster faz a distinção, a nosso ver menos clara, entre *processo* e *estado*: “In pursuing this issue, we may first note that the term “distribution” is ambiguous, in that it can devote a *process* of distributing or redistributing goods among individuals as well a *state* which is described by specifying the quantities of goods possessed by individuals. Using “allocation” for the first sense and “distribution” for the second, we may distinguish between three kinds of goods” (Elster, 1992, p.186).

²⁶ Vita (2007) também enumera, seguindo Elster (1992), esses três tipos de bens como relevantes para uma teoria da justiça distributiva, mas ressalta corretamente que “a teoria de Rawls tem implicações claras [somente] para os dois primeiros tipos de bens” (Vita, 2007, p.234). Com as extensões propostas por Daniels à teoria de Rawls para que a mesma possa dar conta das questões associadas à saúde, o terceiro tipo de bens passa também a sofrer implicações dessa perspectiva teórica.

do que quando estamos refletindo sobre outras questões e situações associadas aos demais bens socialmente relevantes, como, por exemplo, dinheiro²⁷. Tendemos mesmo, como disserta Dworkin (2002, p.205), a aceitar intuitivamente um ideal de “isolamento” (*insulation*) da saúde, que além de (i) considerar a saúde como o bem principal, mais importante da vida, perante o qual todos os demais bens se tornam de menor importância, também assume que (ii) os recursos de saúde devem ser distribuídos de modo igualitário e, finalmente, (iii) julga ser intolerável que pessoas morram embora suas vidas pudessem ser salvas, em decorrência de os recursos necessários não estarem disponíveis por razões de ordem econômica (Dworkin, 2002, pp.205-206)²⁸.

Além disso, não seria equivocado afirmar que, se defendemos que maximizar o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas é uma atividade de grande valor moral e, mais do que isso, é um objetivo que deve ser priorizado pelos estados democráticos, devemos centrar especial atenção na esfera da saúde populacional. Existem várias relações entre a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas de uma sociedade. A saúde é uma importante causa do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas, além de compartilhar elementos constitutivos com a própria noção de bem-estar²⁹.

Contudo, parece questionável um posicionamento moral que defenda que *todas* as ações, decisões e circunstâncias que possivelmente impactam o bem-estar das pessoas são igualmente relevantes e merecem igual consideração de uma perspectiva moral. Restar saber, entretanto, como distinguir entre o que é de maior e de menor urgência ou importância. Para tanto, pode-se adotar, por exemplo, um critério subjetivo de avaliação, que invoca a própria avaliação de um indivíduo de quão bem ou mal ele ficaria com ou sem o benefício reivindicado para determinar a importância de sua reivindicação.

Porém, como pontua uma clássica crítica dirigida originariamente a um tipo de utilitarismo – que utiliza avaliações subjetivas para mensurar os graus de felicidade das pessoas entre mundos possíveis – não parece razoável concedermos igual consideração a preferências e gostos caros e extravagantes de parte da população e a preferências e

²⁷ Esse argumento é retomado de modo pontual no Capítulo 3 da tese. Sobre essa questão, Anand (2005, p.30) desenvolve uma posição similar a que estou apresentando aqui.

²⁸ Dworkin (2002) associa tal ideal às formulações de Descartes. Uma citação literal da posição de Descartes pode ser encontrada na página inicial do Capítulo 4 da tese.

²⁹ Uma argumentação mais detalhada dessas relações entre saúde, qualidade de vida e bem-estar pode ser encontrada em Hausman, 2009.

gostos extremamente modestos manifestados por outra parte da população, possivelmente frutos do contexto de extremada carência de recursos em que essa última parte da população vive³⁰. Apresenta-se, assim, um problema de adotarmos um critério subjetivo para acessar o bem-estar: um princípio de igual satisfação máxima, por exemplo, daria o mesmo tipo de consideração especial a uma pessoa que, por causa de seus interesses especiais, refinados e/ou caros, não poderia atingir um “nível normal de satisfação” sem gastos muito altos (Scanlon, 1975, p.659). Essa ponderação é especialmente relevante quando refletimos sobre obrigações morais e estatais prioritárias, como as reivindicações de justiça.

Dessa forma, um critério subjetivo de comparação parece ser insensitivo às diferenças que existem entre as reivindicações. E são justamente essas diferenças que nos possibilitam estabelecer uma hierarquização das reivindicações e demandas, propiciando um ranqueamento de prioridades. Por exemplo, eu tenho dois amigos igualmente queridos e importantes que me solicitam um empréstimo de dinheiro. O primeiro amigo deseja esse empréstimo para realizar uma compra semanal no supermercado e o segundo amigo pretende usar o dinheiro emprestado para comprar um ingresso de um jogo de futebol. Esse meu segundo amigo, que é apaixonado por futebol, me disse (e eu tenho certeza de que ele me falou a verdade): “– Só ficarei satisfeito se assistir esse jogo de futebol no estádio!”. Já meu outro amigo foi despedido de modo imprevisto e sem motivação razoável de seu emprego e, devido à crise econômica, ainda não conseguiu um novo emprego. Sua compra de mercado também lhe parece importante, visto que abastecerá seu lar, mas ao me solicitar ajuda, bastante envergonhado, optou por não manifestar o quanto deseja esse dinheiro emprestado. Após refletir e verificar que eu só tenho condições de ajudar um amigo, opto por ajudar o primeiro, que usará o dinheiro para compras no mercado. O que me possibilitou tomar essa decisão?

Quando comparamos duas reivindicações ou interesses conflitantes com o objetivo de dar base a um juízo moral, o que nós comparamos não é o quão

³⁰ Estou sugerindo que essas preferências modestas podem ser, nesse caso hipotético, ao menos parcialmente compreendidas e consideradas como “preferências adaptativas”, tal como formulou Elster (1983; Parte III). Essa questão também é desenvolvida cuidadosamente por Sen (entre outros, Sen 1990; Sen, 2002), assim como por Nussbaum (Nussbaum, 2000), autores adeptos da abordagem das capacidades. Sobre essa questão das preferências adaptativas e a abordagem das capacidades, ver Teschl e Comim, 2005.

intensamente as pessoas em questão sentem sobre esses interesses (por exemplo, sobre o quanto eles aceitariam sacrificar para conquistá-los), mas, ao invés disso, nós inquirimos as *razões* pelas quais estes benefícios são desejáveis (Scanlon, 1975, p.660). Essas *razões* podem ser diversas, entre as quais, podemos listar, as preocupações associadas ao conforto material e a segurança e as preocupações com a nossa saúde (Scanlon, 1975, p.661). Ao optar por ajudar o meu primeiro amigo e não o outro, eu não levo em consideração a intensidade que a satisfação de seu pedido lhe traria, mas sim essas *razões* associadas ao pedido de ajuda. No contexto específico do exemplo apresentado, julguei que é prioritário auxiliar aquele que irá comprar alimentos e produtos de higiene no mercado do que ajudar aquele que gastaria meu auxílio em diversão. Genericamente, ter recursos necessários a higiene e alimentação adequadas é mais importante que possuir recursos para diversão. Contudo, isso não equivale a dizer que, sempre, em qualquer contexto ou para qualquer reivindicação, compras de alimentos e de higiene serão sempre mais urgentes que gastos com diversão. Para decidir, levei também em consideração outras razões, como a provável injustiça estrutural que vitimou meu primeiro amigo ao ser despedido sem justa causa de um emprego e não conseguir se recolocar no mercado devido à crise econômica³¹.

Nós possuímos várias “preocupações gerais” – entre as quais “ter uma boa alimentação” e “ter momentos de diversão” – em nossas vidas, que determinam o modo pelo qual enxergamos o mundo e tomamos decisões. Ao realizarmos juízos e decisões morais, vinculamos uma escala de níveis/ graus – que podem ser preenchidos em um determinado momento – a cada uma dessas preocupações centrais. Ao estabelecer urgências relativas entre reivindicações, demandas e pedidos de ajuda distintos, nós estabelecemos “uma relação entre vários incrementos e decrementos ao longo de uma ou mais dessas escalas” (Scanlon, 1975, p.660)³².

Sinteticamente, o que é importante notar é a existência de um critério objetivo que possibilita nossa avaliação moral. Esse critério utiliza uma medida de importância independente da avaliação do próprio indivíduo, isto é, independente da intensidade da preferência desse indivíduo pelo benefício (Daniels, 1985, p.24). Em contextos de

³¹ A ideia de injustiça estrutural (Young, 2011) será cuidadosamente trabalhada no Capítulo 4 da tese.

³² No original: “(...) a relation between various increments or decrements along one or more of these scales” (Scanlon, 1975, p.660).

justiça distributiva e em outros contextos morais, nós apelamos a vários critérios objetivos – incluindo várias necessidades não satisfeitas – ao avaliar a importância, urgência e/ou força de uma reivindicação (Daniels, 2008, p.33). Inquirirmos pelas *razões* pelas quais determinada decisão é preferida – ao invés de considerarmos o grau de satisfação subjetivo de preferências dos indivíduos como o ponto de partida natural de qualquer julgamento moral ou, mesmo, das escolhas políticas, tal como faz o “*welfarismo* subjetivo” utilitarista – é especialmente importante em contextos de justiça e do ponto de vista das decisões de políticas públicas. São justamente tais razões que os aspectos e dimensões de bem-estar, que diferem de meras preferências individuais de escopo privado, e impõem deveres aos outros³³. Como afirma Daniels, “o que conta é o *tipo* de critério objetivo que nós invocamos” (Daniels, 2008, p.33)³⁴. Utilizamos, dessa forma, uma escala (ou várias) para avaliarmos e pesarmos reivindicações. Essas escalas são pautadas, como falamos, por *razões* e não incluem ou refletem a totalidade de preferências que as pessoas possam ter, mas sim são seletivas dando maior peso para algumas reivindicações do que para outras (e para alguns déficits específicos de bem-estar). A satisfação de certas preferências que são delimitadas em *categorias específicas* “pesam” mais na nossa(s) escala(s). Assim a nossa hipótese é de que quando refletimos sobre saúde, aquelas reivindicações associadas às *necessidades de saúde* tem um peso maior e, conseqüentemente, são prioritárias de uma perspectiva de justiça.

Porém, para uma escala funcionar como uma estrutura para avaliarmos reivindicações que fazemos uns aos outros, precisamos (i) ser capaz de acessar

³³Vita (2007, Cap.4) discute essa questão, apresentando um argumento favorável às concepções de bem-estar filiadas ao que Parfit (1991) denominou de “teoria da lista objetiva” (Vita, 2007, pp.160-164). Como afirma o autor: “a teoria da lista objetiva permite uma explanação mais plausível do fundamento das comparações de interesse individual que frequentemente realizamos. Normalmente consideramos que preservar a liberdade de expressão é um bem mais importante do que satisfazer às preferências (mesmo que intensas) de algumas pessoas que detestam ver cenas de sexo ou de nudez na televisão; que garantir a cada um oportunidades suficientes de desenvolver suas capacidades básicas é prioritário à satisfação das preferências de alguns por formas especialmente custosas de educação ou treinamento; e que é mais importante garantir a nutrição adequada a pessoas que estão passando fome do que garantir a outras os meios para satisfazerem a determinada preferência derivada de suas crenças religiosas (a construção de um templo, por exemplo). Em todos esses casos, recorreremos implicitamente a uma métrica não subjetiva de avaliação de interesses individuais, de acordo com a qual alguns desses interesses serão vistos como preferências privadas (isto é, que não fazem exigências à sociedade), enquanto outros serão reconhecidos como *direitos* (isto é, como aspecto do bem-estar individual que impõem deveres a outros)” (Vita, 2007, p.164).

³⁴ No original: “What counts is the *kind* of objective criteria we invoke” (Daniels, 2008, p.33).

objetivamente o déficit que existe em tais *razões* ou *categorias específicas*. E, mais do que isso, (ii) os membros da sociedade em questão precisam consentir sobre a importância, relevância e urgência dessas razões e categorias (Daniels, 2008, p.34). Resta, portanto, saber se podemos caracterizar um conjunto de necessidades – e, para a nossa perspectiva, especificamente de necessidades de saúde – como contendo essas duas características necessárias.

Em acordo com Daniels (1985; 2008), julgamos que as necessidades requeridas ao funcionamento normal das espécies possuem essas características³⁵. Tais necessidades são objetivamente imputáveis, desde que tenhamos clareza sobre o que define o funcionamento normal das espécies, assim como podemos pressupor a existência de um acordo público, mesmo que mínimo, sobre a importância de necessidades básicas associadas às condições vitais e a um viver “minimamente” humano. O que explica esse acordo generalizado sobre a importância dessas necessidades é:

(...) o fato de que prejuízos ao funcionamento normal reduzem a variedade de oportunidades exercíveis a partir das quais os indivíduos podem construir seus ‘planos de vida’ ou ‘concepções do bem’. Essa variedade de oportunidades exercíveis é reduzida porque algumas de nossas *capabilities* são reduzidas quando o funcionamento normal é prejudicado (Daniels, 2008, p.35 – *tradução minha*).³⁶

Impedimentos e deficiências que limitam nosso funcionamento normal nos impedem de perseguir planos razoáveis de vida, que nos propiciariam usualmente satisfação e felicidade. Devemos evitar tais restrições, fornecendo aquilo que for preciso para que satisfaçamos nossas necessidades associadas ao funcionamento normal. É possível dizer que essas necessidades requeridas ao funcionamento normal são fundacionais da nossa própria concepção moral básica, basta lembrarmos que as pessoas são livres justamente por possuírem a capacidade de ter uma concepção de bem, como também a capacidade de ter um senso de justiça e as faculdades da razão (Rawls, 2011,

³⁵ Ainda de acordo com Daniels (2008, p.34), a ideia de necessidades associadas ao funcionamento normal tem origem nos trabalhos desenvolvidos por Braybrook sobre necessidades (Braybrook, 1968, 1987).

³⁶ No original: “(...) the fact that impairments of normal functioning reduce the range of exercisable opportunities from which individuals may construct their ‘plans of life’ or ‘conceptions of the good.’ This range of exercisable opportunities is reduced because some of our capabilities are reduced when normal functioning is impaired” (Daniels, 2008, p.35).

p.22)³⁷. Há ainda um outro ponto importante associado à satisfação das necessidades de funcionamento normal. Em nossas vidas, temos um interesse especial em preservar as oportunidades de revisar nossas concepções de bem ao longo do tempo, o que também justifica nossos interesses e atenção especial em atender as necessidades que são requeridas ao nosso funcionamento normal (Daniels, 2008, pp.35-36)³⁸.

Em suma, há um acordo abrangente sobre a importância de atender às necessidades requeridas ao nosso funcionamento normal porque nós temos um interesse fundamental em manter, ao longo de nossas vidas, um leque normal de oportunidades (Daniels, 2008, p.36). Precisamos, contudo, apresentar um adequado entendimento de saúde que se enquadre nessa perspectiva geral das necessidades para, dessa forma, termos um entendimento mais claro das *necessidades de saúde*. Visando realizar essa tarefa, na próxima seção revisaremos os entendimentos de saúde presentes na literatura filosófica contemporânea.

III

A apresentação de um entendimento razoável e compartilhado de saúde é uma tarefa de difícil realização. Não há uma resposta consensual na literatura a respeito de um entendimento adequado da saúde. A compreensão apresentada, por exemplo, na Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças” (OMS, 1948), é rotineiramente criticada. Apesar dessa definição se manter inalterada pela OMS por aproximadamente setenta anos, são poucos os autores que não a apresentam, em suas obras, como um caso de conceitualização excessivamente

³⁷ Destaca-se ainda que a ideia de os indivíduos possuírem um plano racional de vida está associada a ideia central da teoria da justiça formula por Rawls do “bem como racionalidade”. Como afirma Rawls: “A primeira ideia – a do bem como racionalidade – é em alguma variante, considerada ponto pacífico por quase todas as concepções políticas de justiça. A ideia supõe que os membros de uma sociedade democrática têm, pelo menos de forma intuitiva, um plano racional de vida à luz do qual planejam seus esforços mais importantes e distribuem seus diferentes recursos (incluindo aqueles do corpo e da mente, tempo e energia) para tentar realizar suas concepções de bem ao longo de toda a vida, quando não da maneira mais racional, pelo menos de forma sensata (ou satisfatória)” (Rawls, 2011, p.208).

³⁸ A possibilidade de revisarmos as nossas concepções de bem ao longo de nossas vidas é desenvolvida por Buchanan (1975). Esse artigo de Buchanan é usado como referência, por Daniels (2008), para refletir sobre a temática.

abrangente e equivocada³⁹. A grande amplitude conceitual presente em tal definição tenderia a dificultar uma utilização precisa da categoria. Nesse particular entendimento de saúde – presente na Constituição da OMS –, as fronteiras de, ao mínimo, dois conceitos filosóficos distintos (saúde e bem-estar) são propositalmente borradas ou mesmo apagadas. Como afirmamos antes, os conceitos de bem-estar e de saúde, apesar de compartilharem elementos e se relacionarem de forma direta, são necessariamente distintos e, ao extingui-los tais diferenças, podemos gerar equívocos das mais variadas ordens. Basta recordarmos a argumentação anteriormente apresentada, que diferenciou *razões* (como as *necessidades*) de um critério subjetivo de bem-estar para avaliarmos reivindicações morais e hierarquizar prioridades de pedidos de ajuda, para evidenciarmos os potenciais riscos que a compreensão da OMS pode acarretar ao fundir os conceitos de bem-estar e saúde⁴⁰. Como expressa Daniels (2008, p.37), algum grau de estreiteza conceitual e uma delimitação límpida do conceito são necessários ao entendimento de saúde para que assim possamos avaliar, com clareza, nossas reivindicações morais sobre a questão⁴¹. Contudo, como delimitar a compreensão de saúde populacional?

³⁹ Callahan (1973) apresenta uma revisão da história ao redor da adoção do conceito pela OMS, como também apresenta uma análise crítica cuidadosa e pioneira da questão. Como descreve o autor: “the World Health Organization came into existence between 1946 and 1948 as one of the first major activities of the United Nations. As an outcome of earlier work, an Interim Commission to establish the WHO sponsored an International Health Conference in New York in June and July of 1946. At that Conference, representatives of 61 nations signed the Constitution of the WHO, the very first clause of which presented the now famous definition of ‘health.’ The animating spirit behind the formation of the WHO was the belief that the improvement of world health would make an important contribution to world peace; health and peace were seen as inseparable” (Callahan, 1973, p.79). Após refletir sobre o conceito apresentado pela OMS, pontuando críticas e possíveis defesas, Callahan conclui que “one can be healthy without being in a state of ‘complete physical, mental, and social well-being’” (Callahan, 1973, p.87), em distinção ao que propõe a definição apresentada pela OMS.

⁴⁰ Em artigo recente, Piet van Spijk afirma que “the WHO’s definition is incorrect. Its most obvious flaw lies in the fact even though financial resources may be abundant, human beings in general and medical institutions in particular will inevitably fail to achieve the task of attaining a state of ‘complete physical, mental and social well-being.’ Such goal is beyond all human means” (van Spijk, 2015, p.248). Boorse (1975), por sua vez, também afirma que “this [WHO] definition is far too wide” (Boorse, 1975, p.60).

⁴¹ Especificamente sobre a definição de saúde adotada pela OMS, Norman Daniels dirige críticas similares a que apresentamos. Em *Just Health Care*, Daniels afirma: “In contrast, some – as in the definition codified by World Health Organization – view health as an idealized level of well-being. But health is not happiness, and confusing the two over-medicalizes social philosophy” (Daniels, 1985, p.29). Já em outro artigo, Daniels enfatiza seu posicionamento sobre a questão, afirmando que “the WHO definition seems to conflate notions of health with

Há uma vasta literatura sobre filosofia da medicina e da biologia dedicada a apresentar definições de saúde⁴². Podemos dividir essa literatura em três abordagens principais: perspectivas naturalistas ou não valorativas, perspectivas valorativas e perspectivas híbridas⁴³. As teorias que podem ser enquadradas no primeiro conjunto buscam apresentar definições de saúde baseadas em *teorias científicas*. Desse modo, as definições de saúde apresentadas por essas teorias naturalistas são baseadas em noções como “biologicamente natural” e/ou “estatisticamente normal para uma espécie”. Já as abordagens valorativas defendem que o nosso uso de “saúde” e “doença” refletem juízos e julgamentos de valor. De acordo com essas abordagens, os estados e as condições que julgamos saudáveis seriam aqueles que nós desejamos, enquanto os estados e condições de doença seriam aqueles que buscamos evitar. Por fim, as teorias híbridas combinariam aspectos presentes nas teorias naturalistas, como também elementos das perspectivas valorativas. Dessa forma, o uso do termo “doença”, segundo essa última perspectiva, se restringiria a casos que se caracterizam por (i) estados não desejáveis (elemento valorativo) com (ii) uma etiologia biológica determinada (elemento não valorativo). Assim, podemos considerar que, enquanto em uma teoria naturalista a existência de uma doença é estabelecida exclusivamente por uma causa biológica corretamente definida e verificada, em uma teoria valorativa, diferentemente,

those of general well-being, satisfaction, or happiness, overmedicalizing the domain of social philosophy” (Daniels, 1996, p.186).

⁴² A literatura filosófica que desenvolve reflexões ao redor dos conceitos de saúde e doença é extremamente vasta. Optamos por desenvolver uma reflexão limitada à literatura centrada em *definir* saúde e doença. Engelhardt e Wildes (1995), ao buscarem organizar a produção contemporânea filosófica contemporânea ao redor dessa questão, dividem a literatura em seis grandes temáticas: “Philosophical concerns regarding concepts of health and disease can be organized under six questions: 1. Are disease entities to be discovered or are they and their classifications instrumental constructs that are created to achieve certain ends? 2. How do explanatory models shape the boundaries between health and disease and determine the meaning of disease? 3. What values shape concepts of health and disease, and to what extent are these culturally determined? 4. Is the definition of mental disease and health different from that of somatic (or physical) disease and health? 5. Do concepts of animal disease function in the same way as concepts of human disease? 6. How can concepts of health and disease be used for overt political and social ends?” (Engelhardt e Wildes, 1995, p.1076)

⁴³ Ao realizar essa distinção de três correntes, opto por seguir primordialmente a diferenciação realizada por Ereshefsky (2009). Estou nomeando aqui de “perspectivas valorativas” as perspectivas teóricas que são usualmente classificadas, na literatura, como “perspectivas normativas”. Para evitar uma possível confusão com o uso de “normativo” – que, neste trabalho, seria associado à própria definição do campo teórico em que essa pesquisa se insere (teoria política normativa) – que realizo ao longo da tese, opto por adotar o rótulo de “perspectivas valorativas” para essas abordagens da saúde.

o desejo de evitar um determinado estado/situação é o suficiente para caracterizar esse estado/situação como doença/não saudável. Em contrapartida, a presença *conjunta* de (i) e (ii) é necessária para definirmos adequadamente um estado em que uma pessoa se encontra como “doença” de acordo com as teorias híbridas.

Em práticas e contextos clínicos pode ser verificado um uso intercambiável das noções de *saúde* e de *normalidade* (Boorse, 1975, p.50). Poderíamos então apresentar uma proposta de definição da saúde, mesmo que provisória, como uma concepção puramente estatística – de normalidade baseada em média –, sendo os estados “não saudáveis” aqueles que são desviantes da média estatística de uma população determinada. Contudo, essa concepção possui duas limitações imediatas. Primeiramente, muitos desvios da média estatística da população não são usualmente caracterizados ou entendidos como doenças, basta lembrarmos das cores menos comuns dos olhos de uma população, ou das cores e tipos de cabelos ou, ainda, das capacidades físicas não usuais que algumas pessoas possuem, como uma grande força física. Ao caracterizarmos essas situações como não saudáveis nos distanciáramos, por completo, do uso corrente do conceito. Em segundo lugar, alguns estados que consideramos ser doenças ou julgamos como “não saudáveis” afetam todos ou quase todos os membros da população ou de um determinado subgrupo etário da população. Problemas dentários e inflamações localizadas de garganta, por exemplo, podem ser exemplos consensuais desses estados que afetam uma ampla parte da população em algum momento da vida e que consideramos doenças ou “não saudáveis”. Dessa forma, a normalidade *estatística* não seria necessária, nem suficiente, para a noção de normalidade *clínica*, ou seja, para a noção de saúde (Boorse, 1975, p.50)⁴⁴.

Em consequência, vários filósofos e médicos dedicados à questão de um adequado entendimento do conceito de saúde supõem que as normas da saúde – ou seja, as regras que pautam o entendimento de saúde – são determinadas por atos de avaliação e juízos de valor. Alguns desses autores defendem que os entendimentos de saúde, como um *todo*, são constituídos por juízos de valor, sendo impossível definir saúde em termos não valorativos. Outros autores argumentam que as normas em que nos baseamos para definir ou compreender a saúde são *parcialmente* determinadas por atos

⁴⁴ Como veremos abaixo, a formulação bioestatística de saúde, que leva em consideração a “normalidade” estatística em sua definição, ao se basear conjuntamente nas noções de classe de referência e de funções normais/capacidades funcionais, escaparia dessas críticas.

e juízos valorativos. Nesses casos, teríamos uma posição “valorativa fraca”, que propõe que julgamentos de valor são acompanhados de outros juízos em avaliações de saúde⁴⁵. Essas duas posições reconhecem que “denominar uma condição de não saudável é, ao menos em parte, condená-la, desde que é impossível definir saúde em termos não avaliativos” (Boorse, 1975, p.50, *tradução minha*)⁴⁶.

Dessa forma, os entendimentos de saúde expressariam *normas sociais* (Engelhardt, 1974), havendo um crivo social – de um grupo majoritário ou uma classe social dominante – na noção de saudável e doente. Se é verdade que as teorias vinculadas a concepções isentas de valores – ou seja, as teorias naturalistas – são as que conquistaram maior expressão na produção filosófica e médica das últimas décadas, as concepções valorativas – que associam o uso da noção de *saúde* a normas sociais e juízos de valores – trazem importantes alertas às teorias que, como a que buscamos apresentar nesta tese, procuram desenvolver reflexões sobre justiça e saúde. Diversos casos são emblemáticos para evidenciarmos como o entendimento de doença e saúde e os usos desses conceitos podem expressar juízos sociais e, mais do que isso, podem funcionar como importantes elementos de justificação e legitimação, de uma perspectiva estatal, da opressão e da manutenção de circunstâncias com graus variados de injustiça⁴⁷.

Alguns casos históricos podem exemplificar esses riscos. Podemos observar a defesa do argumento, ao longo do século XIX, de que a “draptomania” era a doença que causava a fuga dos escravos⁴⁸. Também não são incomuns os entendimentos da masturbação como uma doença ao longo da história, até anos recentes (Engelhardt, 1974). A homossexualidade, até os anos 1970, era compreendida como uma doença mental. Como expressa Marmor sobre essa questão, “nomear homossexualidade o resultado de um desenvolvimento sexual perturbado realmente não diz nada além de que

⁴⁵ Ou seja, de acordo com a tipologia apresentada acima, podemos nomear essas posições “valorativas fracas” também de teorias híbridas. Desenvolveremos a frente essa perspectiva, especialmente as ideias de Wakefield (1992).

⁴⁶ No original: “To call a condition unhealthy is at least in part to condemn it; hence it is impossible to define health in nonevaluative terms” (Boorse, 1975, p.50).

⁴⁷ Há uma importante número de filósofos de origem francesa, entre os quais destacam-se os nomes de Canguilhem e Foucault que se dedicaram ao estudo de questões ao redor da saúde a partir de abordagens que levaram em consideração os valores sociais e o potencial efeito “normalizador” (em sentido negativo do termo) de noções de saúde e de noções que definem o que é normal e o que é patológico.

⁴⁸ Essa tese – de que uma doença mental era a causa da fuga de escravos – foi defendida, em 1851, pelo médico americano Samuel A. Cartwright.

você desaprova o resultado desse desenvolvimento” (Marmor, 1973, p.1208, *tradução minha*)⁴⁹. E, mais do que isso, uma possível prova, segundo os adeptos de visões valorativas, de que a homossexualidade era diagnosticada como doença somente tendo por base normas sociais e juízos valorativos – e não tendo por base razões biológicas, médicas ou científicas – é que a classificação da homossexualidade como uma doença deixou de ocorrer devido às importantes reivindicações, demandas organizadas e *lobbying* dos movimentos sociais e não devido a uma nova “descoberta médica e/ou científica” a respeito da questão⁵⁰.

Assim, devemos ficar sempre em alerta aos riscos de as teorias da saúde e, em especial, as teorias normativas dedicadas às questões de justiça e saúde legitimarem, equivocadamente, políticas públicas de saúde extremamente paternalistas ou, ainda pior, opressoras, como as práticas de marginalização e de exclusão político-social de um grupo específico de indivíduos da sociedade⁵¹. Recordemos os assustadores manicômios, sanatórios e locais de isolamento, aos quais eram destinados os “doentes” – como as pessoas diagnosticadas com distúrbios psiquiátricos, ou com hanseníase e tuberculose⁵² – que marcaram nossa história, como importantes exemplos de situações em que o entendimento e uso da categoria *doença* foram utilizados na justificação e legitimação de ações de isolamento social, que implicavam uma experiência social da doença extremamente negativa, quase sempre marcada por estigmas sociais, exclusão plena e condições de opressão.

⁴⁹ No original: “to call homosexuality the result of disturbed sexual development really says nothing other than that you disapprove of the outcome of that development”(Marmor, 1973, p.1208)

⁵⁰ Como afirma Murphy sobre a questão: “Activists argued that homosexuality was diagnosed for offensive moral reasons and not for medical ones and the classification of homosexuality as a disease was changed as a result of lobbying on moral grounds rather than on the basis of any new discovery” (Murphy, 2015).

⁵¹ Esse risco se torna mais evidente em políticas públicas relacionadas com comportamentos psicológicos e sexuais, como também comportamentos e estados psiquiátricos, assim como quando envolvem políticas públicas destinadas a auxiliar na redução do consumo e dependência de drogas psicotrópicas. Outro caso que merece atenção especial diz respeito ao adequado cuidado com a população de idade avançada.

⁵² Os trabalhos de sociologia propiciam muitas informações e *insights* valiosos para uma perspectiva política normativa sobre essas questões. Entre outros, destacam-se dois trabalhos que podem ser considerados seminais e referências fundamentais à questão, um internacional (uma abordagem sociológica dos manicômios) - *Asylums: Essays on the Condition of the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* (Goffman, 1961) – e outro nacional (sobre a experiência social ao redor da tuberculose) – *Vozes de Campos do Jordão* (Nogueira, 2009).

Contudo, de um ponto de vista teórico, as concepções valorativas se defrontam com problemas de difícil solução. Não verificamos uma *identidade* plena entre condições de saúde e desejabilidade, e condições de doenças e não desejabilidade, tal como propõem essas perspectivas. Nem todas as condições indesejadas ou rupturas e distanciamentos das normas sociais são entendidos como doenças⁵³. Além disso, outra questão de difícil resposta para os autores que defendem posições valorativas é que “parece claro que se pode falar de doenças em plantas e animais sem julgar indesejáveis as condições em questão” (Boorse, 1975, p.53, *tradução minha*)⁵⁴. A compreensão dos usos desses conceitos em plantas e animais a partir de perspectivas valorativas – em especial para aquelas abordagens que concedem ampla centralidade às normas sociais – não parece ser tarefa simples.

Em um artigo da série de publicações da década de 1970 em que desenvolve um conceito teórico de saúde associado a uma teoria bioestatística, Christopher Boorse propõe que uma diferenciação entre usos teóricos e usos práticos dos conceitos de “saúde” e “doença” pode facilitar nosso entendimento e nos auxiliar em uma correta delimitação dos conceitos associados à saúde. Médicos e outros profissionais da saúde estão engajados em juízos práticos sobre como certas pessoas, com certos sintomas, devem ser tratadas. Optar por fornecer cuidados paliativos a um paciente com câncer diagnosticado em estágio avançado certamente envolve um julgamento prático sobre as circunstâncias. Tal julgamento propicia o fundamento à conclusão de que cuidados paliativos gerariam, neste caso analisado, melhores resultados que cirurgias ou outros tratamentos invasivos. Contudo, o que Boorse busca destacar é que há, detrás dessa tomada de decisão, uma estrutura conceitual em que se baseia a prática médica, um corpo conceitual que classifica e descreve os funcionamentos adequados de um corpo e dos órgãos, assim como classifica alguns desvios desse funcionamento normal como doenças, como também orienta a ação e a prescrição dos variados tratamentos

⁵³ Assumindo uma posição mais polêmica, Boorse (1975) vai além ao afirmar que nem toda doença seria indesejada. Nas palavras do filósofo: “It is obvious that a disease may be on balance desirable, as with the flat feet of a draftee or the mild infection produced by inoculation. It might be suggested in response that diseases must at any rate be *prima facie* undesirable. The trouble with this suggestion is that it is obscure. Consider the case of a disease that has infertility as its sole important effect. In what sense is infertility *prima facie* undesirable?” (Boorse, 1975, p.53)

⁵⁴ No original: “It seems clear that one may speak of diseases in plants and animals without judging the conditions in question undesirable” (Boorse, 1975, p.53).

disponíveis (Boorse, 1975, pp.55-56). Esse corpo teórico estaria em amplo diálogo e conexão com a biologia e outras ciências naturais e seria isento de valores (Boorse, 1975, p.56).

Dessa forma, deveríamos compreender os conceitos de doença e saúde de modo distinto da conceitualização apresentada pelas teorias valorativas. Boorse distingue entre outros dois conceitos para evitar uma generalização equivocada de componentes valorativos nos usos de conceitos associados à saúde. A seus olhos, somente uma subclasse específica de doenças (*diseases*), as indisposições (*illnesses*)⁵⁵, teria certas características valorativas (Boorse, 1975, p.56). Essas características valorativas desse subgrupo de doenças impactariam parte das instituições das práticas médicas, assim como fariam com que tais indisposições recebessem atenção especial de parte das instituições sociais. Porém, somente um subconjunto bem determinado de doenças se enquadraria corretamente nessa subclasse. Como define:

“(1) Uma indisposição precisa ser, primeiramente, uma doença razoavelmente *séria* com efeitos incapacitantes que a tornam indesejável. (...) (2) Em segundo lugar, chamar uma doença de indisposição é ver seu portador como alguém que merece tratamento especial e *accountability* moral diminuído” (Boorse, 1975, p.56, *tradução minha*)⁵⁶.

Justamente por isso, a noção de “indisposição” não se aplicaria a animais e plantas, visto que não fazemos juízos normativos e nem mesmo acionamos as instituições sociais em tais casos.

Por outro lado, podemos, de acordo com Boorse, apresentar um conceito teórico⁵⁷ de doença não dotado de valores, que se aplicaria indiferentemente aos organismos de todas as espécies. Esse conceito de doença seria desenvolvido em uma teoria bioestatística que pode ser sintetizada em quatro proposições centrais. São elas:

⁵⁵ Opto pela tradução de *illness* como “indisposição” para enfatizar a característica central que a difere de *disease*, no uso comum, dos termos em língua inglesa. Enquanto o entendimento dessa última noção (*disease*) está comumente associado a um entendimento próximo de “patologia”, o conceito de *illness* é comumente associado à experiência pessoal, subjetiva, dos sintomas de uma doença.

⁵⁶No original: “(1) An illness must be, first, a reasonably *serious* disease with incapacitating effects that make it undesirable. (...) (2) Secondly, to call a disease an illness is to view its owner as deserving special treatment and diminished moral accountability” (Boorse, 1975, p.56).

⁵⁷ Em diferenciação ao conceito de doença da prática médica, que pode ser dotado de maior complexidade e de outros elementos constitutivos (como os julgamentos práticos).

- (1) A *classe de referência* é uma classe natural de organismos com *design* funcional uniforme; especificamente, um grupo etário de um dos sexos de uma espécie.
- (2) Uma *função normal* de uma parte ou processo entre membros da classe de referência é uma contribuição estatisticamente típica dessa função para a reprodução e sobrevivência individual deles.
- (3) Uma *doença* é um tipo de estado interno que é ou um dano à capacidade funcional normal, i.e. uma redução de uma ou mais capacidades funcionais abaixo da eficiência típica, ou uma limitação da capacidade funcional causada por agentes ambientais.
- (4) Saúde é a ausência de doença. (Boorse, 1997, pp.7-8, *tradução minha*)⁵⁸.

Como podemos observar, há na teoria bioestatística formulada por Boorse uma clara e sintética definição da saúde – “saúde é a ausência de doença”⁵⁹ –, que pode ser considerada a definição não valorativa de maior expressão na literatura contemporânea. Outra forma de compreendermos os principais elementos dessa teoria é a partir da imagem a seguir.

⁵⁸ No original: “(1) The *reference class* is a natural class of organisms of uniform functional design; specifically, an age group of a sex of a species; (2) A *normal function* of a part or process within members of the reference class is a statistically typical contribution by it to their individual survival and reproduction; (3) A *disease* is a type of internal state which is either an impairment of normal functional ability, i.e. a reduction of one or more functional abilities below typical efficiency, or a limitation on functional ability caused by the environmental agents; (4) Health is the absence of disease” (Boorse, 1997, pp.7-8).

⁵⁹ Em sua obra posterior (Boorse, 1997), Boorse introduz a noção de “patologia”, a qual seria intuitivamente mais abrangente que doença e englobaria todos os desvios da organização funcional normal de um membro típico da espécie. Dessa forma, poderíamos apresentar uma nova síntese: “saúde é a ausência de patologia”.

Imagem 1.1: Entendimento gráfico da tese de Boorse:

Fonte: Boorse, 1997, p.8.

O conceito crucial dessa concepção de saúde é a noção de *capacidade funcional*, que seria estabelecida de acordo com uma determinada classe natural de referência (a qual levaria em consideração, especialmente, a idade e o sexo). Tais capacidades funcionais estão vinculadas às suas contribuições causais aos objetivos típicos da espécie, como reprodução e sobrevivência⁶⁰. Assim, um órgão ou uma parte específica do corpo desempenha uma função com algum grau de eficiência. Verifica-se a posição em que se encontra tal grau de eficiência na distribuição dessa classe de referência. Se esse grau encontra-se abaixo do normal (estatisticamente estabelecido), nos deparamos com um estado que pode ser caracterizado como doentio ou patológico. Outro modo de compreendermos essa teoria da saúde apresentada por Boorse seria:

“*A* é completamente saudável se, e somente se, todos os órgãos de *A* funcionarem normalmente, i.e. se eles, dado um ambiente estatisticamente normal, fornecerem ao menos sua contribuição estatisticamente normal à sobrevivência de *A* ou à sobrevivência da espécie à qual *A* pertence” (Nordenfelt, 2007, p.7, tradução minha)⁶¹.

⁶⁰ Como explica Nordenfelt, de acordo com a teoria de Boorse: “An organ exercises its function, for instance the heart is pumping in the appropriate way, when it makes its species-typical contribution to the individual’s survival and reproduction. For Boorse, survival and reproduction are the crucial biological goals. The notion of biological function is tied to these goals.” (Nordenfelt, 2007, p.6)

⁶¹ *A* is completely healthy if, and only if, all organs of *A* function normally, i.e. if they, given a statistically normal environment, make at least their statistically normal contribution to the survival of *A* or to the survival of the species to which *A* belongs.” (Nordenfelt, 2007, p.7)

Entretanto, cabe destacar que, por mais que essa teoria seja a contribuição contemporânea de maior impacto sobre a temática, há diversas críticas dirigidas a essa abordagem – muitas das quais sem solução ou réplica adequadas até o momento⁶². Um ponto comum e central das críticas à abordagem desenvolvida por Boorse seria a de que sua tentativa de formular definições de “saúde” e “doença” que sejam exclusivamente informadas pelas ciências biológicas carece de fundamento biológico se verificamos cuidadosamente as teorias científicas contemporâneas⁶³.

Por fim, encontramos na literatura as teorias híbridas, que buscam superar tanto os problemas das perspectivas valorativas quanto os problemas da abordagem naturalista ao utilizar elementos das duas abordagens. De acordo com as concepções híbridas, entre as quais a abordagem de Wakefield (1992) pode ser considerada a mais proeminente, devemos compreender as doenças como⁶⁴:

Uma condição é um distúrbio se e somente se (a) a condição causar algum prejuízo ou privação de benefício à pessoa tal como julgado pelos padrões da cultura da pessoa (o critério de valor), e (b) a condição resultar na incapacidade de algum mecanismo interno de realizar sua função natural, considerando que a função natural é um efeito que é parte da explicação evolucionista da existência e estrutura

⁶² Em oposição a esse teoria bioestatística de saúde, encontramos na literatura a teoria holística de saúde, a qual pode ser sintetizada na proposição: “*A* is completely healthy if, and only if, *A* has the ability, given standard circumstances, to reach all his or her vital goals” (Nordenfelt, 2007, p.7).

⁶³ Como afirma Ereshefsky, segundo Boorse a normalidade teórica e estatística supostamente se alinham: traços e características estatisticamente normais são também teoricamente normais ou naturais (Ereshefsky, 2009, p.222). Contudo, como afirma o autor: “Let us start with the requirement of theoretical normality. Does biology tell us what are the natural traits for a species, population, or reference class? Boorse often talks of ‘species design’. Biological taxonomy is the discipline that sorts organism into species. Does it tell us what are the natural traits for the members of a species? As many argue, biological taxonomy does not identify any such traits (...). In biological taxonomy, species and other taxa are considered first and foremost genealogical entities. Membership in a species turns on having the proper genealogical connections to other members of that species, not qualitative similarity. The problem here for the naturalist is not mere variation. Naturalism can accommodate variation, so long as there is an underlying nature among the members of a species. However, the Darwinian view of species is that species are evolving lineages such that there is no specific qualitative design or nature an organism must have to be a member of a species. If the members of a species share any sort of common nature it is a historical one (...). Historical connectedness is a far cry from the sort of intrinsic natures Boorse requires” (Ereshefsky, 2009, p.222).

⁶⁴ Wakefield (1992) utiliza a terminologia “distúrbio” e não “doença”, centrando a atenção, em seu trabalho, aos distúrbios mentais.

do mecanismo (o critério explanatório) (Wakefield, 1992, p.384, *tradução minha*)⁶⁵.

Essa abordagem também recebe críticas em decorrência dos casos em que um estado é desvalorizado, mesmo não se verificando nenhuma uma disfunção biológica, e devido a essa perspectiva requerer uma abordagem evolucionista da função biológica. No entender de Wakefield, um órgão possui a capacidade de executar uma função naturalmente selecionada (Wakefield, 1992, p.225). Contudo como relata Ereshefsky (2009), a biologia evolucionista contemporânea não nos descreve o que seria um estado natural de um indivíduo e, mais do que isso, também não legitima a proposição sustentada tanto por Wakefield, como por Boorse, de que a aptidão biológica é o principal objetivo dos organismos (Ereshefsky, 2009, p.225).

Felizmente, não precisamos responder ou mesmo nos posicionar de forma definitiva sobre essas diversas questões que permanecem em aberto na literatura contemporânea que se dedica às questões de definir doença e saúde. Nossa análise dessa literatura tem por objetivo auxiliar nossa caminhada em direção de especificarmos um adequado entendimento de *necessidades de saúde* que seja capaz de balizar nossas avaliações das reivindicações morais e de justiça que fazemos uns aos outros. Como apresentamos na seção anterior, as *necessidades* requeridas ao nosso funcionamento normal podem operar como uma categoria especial, uma *razão*, que baliza adequadamente nossas avaliações morais e de justiça. Contudo, necessitávamos de uma maior especificação e desenvolvimento do conceito de saúde para compreendermos se a categoria *necessidades de saúde* poderia ser objetivamente atribuível e acessada publicamente, além de verificarmos a presença de um consentimento sobre a importância, relevância e urgência dessas necessidades de saúde⁶⁶.

A revisão aqui apresentada nos possibilita inferir que podemos caracterizar as *necessidades de saúde* como objetivamente atribuíveis. Caso julgemos que a teoria

⁶⁵ No original: “A condition is a disorder if and only if (a) the condition causes some harm or deprivation of benefit to the person as judged by standards of the person’s culture (the value criterion), and (b) the condition results in the inability of some internal mechanism to perform its natural function, wherein natural function is an effect that is part of the evolutionary explanation of the existence and structure of the mechanism (the explanatory criterion)” (Wakefield, 1992, p.384).

⁶⁶ Como desenvolvemos na seção anterior deste capítulo, essas duas características são necessárias a um adequado funcionamento de uma estrutura objetiva de avaliação das reivindicações morais.

apresentada por Boorse é plausível, podemos afirmar que as necessidades de saúde são objetivamente atribuíveis pelos métodos científicos das ciências biomédicas que caracterizam as doenças e patologias, como também pelos métodos de epidemiologia social que informam sobre o que necessitamos para funcionarmos normalmente e sobre mudanças em nosso meio ambiente. Pois, se entendemos que a saúde é ausência de doença (ou patologia), sendo a doença (ou patologia) um desvio do funcionamento normal de um órgão ou parte específicos, podemos compreender as necessidades de saúde como aquelas que visam garantir e manter o funcionamento normal ao longo de nossa vida, assim como restaurar, auxiliar ou de alguma forma recompensar, quando possível, os *déficits* funcionais⁶⁷. Dessa forma, essa perspectiva propicia um entendimento de *necessidades de saúde* isento de juízos de valor, visto que seria prioritariamente determinado por fatos biológicos, da natureza. Essa perspectiva é atraente de um ponto de vista teórico normativo (e, especificamente, de justiça). Como afirma Daniels:

Isso [a teoria de Boorse] torna a atribuição de saúde e os desvios com relação a ela tão objetivos e livres de valor quanto as próprias ciências biomédicas. Uma reivindicação aos outros baseada em necessidades de saúde é, portanto, uma reivindicação objetiva. É claro, nossa resposta a essas necessidades e a essas reivindicações, na medicina clínica ou na saúde pública, não é em nada isenta de valor. Julgar sua importância relativa na decisão do que devemos uns aos outros é uma tarefa normativa que pode ser esclarecida ressaltando-se a importância moral especial de que o atendimento das necessidades de saúde se reveste. O que me atrai na teoria de Boorse é onde ela localiza os julgamentos normativos sobre a saúde, e não que ela os evita completamente (Daniels, 2008, p.38, *tradução minha*)⁶⁸.

⁶⁷ No último parágrafo desta seção do capítulo, apresento uma definição final, mais precisa, de necessidades de saúde.

⁶⁸ No original: “This [Boorse’s account] makes ascribing health or departures from it as objective and value-free as the biomedical sciences themselves. A claim on others based on health needs is thus an objective claim. Of course, our response to those needs and those claims, in clinical medicine or public health, is not at all value-free. Judging their relative importance in deciding what we owe to each other is a normative task that can be illuminated by seeing what is of special moral importance about meeting health needs. What attracts me about Boorse account is where it locates normative judgments about health, not that it avoids them altogether” (Daniels, 2008, p.38).

Podemos compreender as *necessidades de saúde* como objetivamente atribuíveis e com relevância moral compartilhada pelas pessoas baseando-se também em outras teorias da saúde que não sejam plenamente não valorativas. É verdade que uma posição construtivista radical – ou seja, a de teorias que aderem à perspectiva valorativa “forte” e, assim, consideram que a noção de doença *obrigatoriamente* é socialmente construída e expressa desvios *negativos* de normas (também socialmente construídas) – parece ser incompatível não só com nossa busca de um conceito de necessidades de saúde objetivamente atribuível e com importância consentida pelos cidadãos, mas também com qualquer ordem de política pública democrática de saúde⁶⁹. Todavia, posições híbridas e valorativas “fracas” – como de Wakefield (1992) – podem ser a base de um entendimento de necessidades de saúde que cumpram com as exigências que buscamos. Para os propósitos de um entendimento de necessidades de saúde como razões objetivas, que façam parte de uma formulação de justiça e saúde, o que precisamos é que uma linha demarcatória entre doenças e ausências de doenças esteja estabelecida de modo quase sempre incontroverso e verificável publicamente com a utilização de métodos aceitáveis. Como Daniels afirma sobre essa questão⁷⁰:

Meus propósitos são satisfeitos quando a linha entre o normal e o anormal ou patológico é, para a maioria dos casos, incontroversa e verificável por métodos publicamente aceitáveis, como os das ciências biomédicas. Não importa se o que conta como uma categoria de doença é relativo a certas características de papéis sociais em uma

⁶⁹ No limite, até a própria concepção de teoria política à qual este trabalho se vincula seria deslegitimada por uma posição construtivista forte. Opto por não me estender em uma crítica minuciosa a essa posição. Daniels (2008, pp.41-42) busca explicitar a implausibilidade de uma visão valorativa extrema ao lembrar que na prática cotidiana as pessoas buscam por auxílios médicos para condições que possuem e julgam indesejadas, tendo clareza que tais condições não são doenças. Por exemplo, pessoas que buscam um cirurgião plástico para fazer uma mudança estética do nariz, remodelar seios ou nádegas não consideram suas condições indesejadas como doenças. Muitos desvios de anatomia nasal das concepções ideais de beleza – diferentemente dos desvios nasais que prejudicam o funcionamento normal – não constituem doenças. Como ressalta Daniels, “this distinction is well known to plastic surgeons” (Daniels, 2008, p.41).

⁷⁰ Daniels, em seu livro clássico *Just Health Care* (1985), ao formular sua teoria da justiça e saúde, adere a concepção naturalista, biomédica, de saúde, assumindo uma concepção teórica abrangente de saúde, segundo a qual a saúde seria não só ausência de doença, mas também de lesões e deficiências. Já em sua obra mais recente, *Just Health* (2008), o autor continua a utilizar uma noção de saúde próxima do entendimento de Boorse – nesta segunda obra, de saúde “como ausência de patologia” – mas adiciona maiores nuances em seu entendimento, assim como busca explicitar que seu argumento é independente de uma adesão à concepção naturalista estrita de Boorse.

dada sociedade, e portanto a certos julgamentos normativos, contanto que a noção básica de funcionamento normal seja mantido intacta⁷¹ (Daniels, 2008, p.42)⁷².

Mais do que isso, tais posições valorativas fracas ou híbridas contribuem às formulações de justiça e saúde. As considerações sobre valores associadas a algumas doenças devem ser levadas em consideração nos processos deliberativos e de tomada de decisão num estado democrático justo. Para que esses processos possam ser equitativos e consigam pesar adequadamente, as prioridades e urgências das demandas diversas, considerações a respeito dos valores e das consequências de ordem valorativa que uma doença possa ter devem ser apreciadas, visto que essas doenças podem gerar maiores dano, sofrimento e restrição às oportunidades daqueles que as portam.

Resta, finalmente, responder de modo direto a questão: como compreender, de modo preciso, as *necessidades de saúde* que devem balizar a nossa reflexão sobre justa distribuição e saúde? Sinteticamente, um modo preciso de compreendermos tais *necessidades de saúde* é as considerarmos como aquelas que devem ser satisfeitas a fim de que possamos manter ou restaurar um funcionamento normal, e, quando isso for necessário e possível, providenciar equivalentes funcionais para o nosso funcionamento normal, de acordo com a classe adequada de referência (Daniels, 2008, p.42). Caso a argumentação que apresentamos nesta seção seja razoável, esse entendimento de *necessidades de saúde* evidencia a importância e a urgência dessa categoria de um ponto de vista moral e, especificamente, de justiça. Mais do que isso, o *déficit* que exista em tais *necessidades de saúde* pode ser acessado de modo objetivo por uma metodologia pública e, conseqüentemente, pode nos auxiliar em nossas reflexões sobre justiça e saúde balizando nossos objetivos e fornecendo um foco à distribuição.

IV

⁷¹ No original: “My purposes are satisfied when the line between the normal and the abnormal or pathological is, for most cases, uncontroversial and ascertainable by publicly acceptable methods, such as those the biomedical sciences. It will not matter if what counts as a disease category is relative to some features of social roles in a given society, and thus to some normative judgments, provided that the basic notion of normal functioning is left intact” (Daniels, 2008, p.42).

⁷² Daniels faz uma consideração semelhante, em *Just Health*, afirmando que: “It is enough for my purposes that the line between disease and the absence of disease is, for the general run of cases, *uncontroversial* and *ascertainable through publicly acceptable methods*, such as those of the biomedical sciences” (Daniels, 1985, p.30).

Ao longo das seções anteriores, desenvolvemos uma argumentação sobre o valor especial da saúde de uma perspectiva da justiça, destacando a importância de atender às necessidades requeridas ao funcionamento normal, pois os cidadãos de uma sociedade democrática têm o interesse fundamental em manter, ao longo de suas vidas, um leque normal de oportunidades⁷³. Além do mais, definimos a noção de *necessidades de saúde*, mostrando não só a relevância e urgência dessas necessidades específicas, mas também apresentamos um entendimento dessas necessidades que atende às demandas de objetividade e publicidade. Essas *necessidades de saúde* propiciam uma delimitação dos bens e recursos a serem prioritariamente distribuídos de modo justo em uma sociedade democrática. Os serviços, assistências, bens e recursos associados ao atendimento do leque das necessidades de saúde devem ser fornecidos prioritária e equitativamente por um estado democrático.

Entretanto, esse longo percurso argumentativo é mesmo necessário para uma reflexão sobre justiça e saúde e, mais do que isso, para delimitarmos o leque de bens e recursos associados à saúde a serem distribuídos enquanto demandas de justiça? Dois outros caminhos argumentativos, que poderiam ser considerados mais atrativos devido à aparente menor complexidade, podem ser encontrados na literatura. Uma primeira alternativa seria a construção de uma teoria que vincule as obrigações de fornecimento de assistência à saúde à garantia de direitos básicos aos cidadãos. Assim, poderíamos defender a existência de um direito fundamental à saúde.

Importantes avanços nas condições extremamente precárias de saúde que ainda existem em locais e países menos favorecidos têm ocorrido graças às reivindicações desse direito fundamental e graças às ações realizadas por entidades da sociedade civil, estatais e organizações mundiais⁷⁴. Contudo, por mais eficientes e importantes que sejam construções desse tipo para a ação política, elas não solucionam, de forma imediata, os problemas teóricos que buscamos enfrentar. Ao defendermos a existência de um direito fundamental à saúde, estamos *pressupondo* a importância especial que a saúde possui, que legitimaria nossa reivindicação por um direito básico que a garantisse. Pois, somente recursos e bens “especiais”, a que as pessoas têm um direito de ter acesso,

⁷³ Continuaremos a desenvolver essa temática, mais cuidadosamente, no próximo capítulo.

⁷⁴ Uma discussão básica e cuidadosa sobre o direito humano à saúde é realizada por Wolff (2012).

podem ser objeto de direitos básicos.⁷⁵ Além disso, uma perspectiva teórica baseada em direitos não soluciona, de modo imediato, a questão da delimitação do leque de bens e recursos que merecem fornecimento garantido e prioritário de um ponto de vista da justiça. O estágio de delimitação razoável do leque de bens e recursos associados à saúde, que seriam dotados de valor especial de uma perspectiva da justiça, continua a ser uma etapa necessária e ainda não solucionada pela perspectiva que defende um direito básico à saúde.

Há uma dualidade na ideia de “direito à saúde” quando pensamos no conteúdo particular desse direito. Podemos aplicar a noção de direito à *saúde*. Ou seja, temos direito à saúde: ou ao maior nível possível de saúde, ou a um nível mínimo decente de saúde. Esse entendimento é encontrado no Artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado pela XXI Sessão da Assembleia-Geral da Nações Unidas, em 19 de dezembro de 1966 – que entrou em vigor, para o Brasil (após aprovação em Congresso e depósito de carta de adesão), em 24 de abril de 1992 –, que se inicia com “Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental”⁷⁶. A literatura filosófica sobre a temática tem ressaltado que essa posição sofre com problemas de solução difícil. Como alerta Buchanan, “a principal dificuldade é que

⁷⁵ A noção de direitos básicos foi desenvolvida primeiramente por Shue (1996). Nesse trabalho muito influente, Shue não propõe um direito à saúde como um direito humano básico. Contudo, esse direito a patamares mínimos de saúde é um componente central do direito à subsistência proposto por Shue. Como afirma o autor ao caracterizar tal direito: “the basic idea is to have available for consumption what is needed for a decent chance at a reasonably healthy and active life of more or less normal length, barring tragic interventions. This central idea is clear enough to work with, even though disputes can occur over exactly where to draw its outer boundaries. A right to subsistence would not mean, at one extreme, that every baby born with a need for open-heart surgery has a right to have it, but it also would not count as adequate food a diet that produces a life expectancy of 35 years of fever-laden, parasite-ridden listlessness” (Shue, 1996, p.23).

⁷⁶ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Já o artigo 25(1) da Declaração Universal dos Direitos Humanos também afirma um direito a um nível de vida suficiente que assegure saúde. Literalmente: “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.” A Declaração encontra-se disponível em: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf.

assegurar algum nível significativo de saúde para todos simplesmente não está ao alcance do controle social” (Buchanan, 2009, p.18, *tradução minha*)⁷⁷.

Podemos, contudo, solucionar esse problema valendo-nos de outro entendimento de “direito à saúde”. Ao invés de apresentarmos um entendimento literal de direito à *saúde*, podemos compreender a expressão como uma metonímia. Assim, ao nos manifestarmos a favor de um direito à saúde, estamos reivindicando um direito à assistência à saúde, em sentido abrangente, assim como um direito à justa distribuição dos demais fatores associados à saúde populacional, como os determinantes sociais da saúde. Como afirma Daniels (1979), uma interpretação geral seria:

Alguém que reivindique o direito à saúde, portanto, deve ser compreendido como reivindicando que certos indivíduos ou grupos (ou a sociedade como um todo) são obrigados a realizar certas ações que promovam ou mantenham a boa saúde do portador desse direito e são obrigados a abster-se de ações que interfiram nela (Daniels, 1979, pp.175-176, *tradução minha*)⁷⁸.

Porém, como também argumenta Daniels (1979, p.177), além de ao reivindicarmos um direito fundamental à saúde não estarmos delimitando, de modo automático, o escopo do objeto de nossa reivindicação, também não estamos justificando nossa reivindicação⁷⁹. Essa reivindicação normativa a um direito não está justificada, de modo *a priori*, como parte dos atores políticos e defensores teóricos dessa posição supõem. Como importante parte da literatura contemporânea dedicada às questões de um direito humano à saúde/de um direito a um limiar decente de assistência à saúde tem mostrado, não é simples a resposta – se é que é possível apresentarmos um resposta geral e universalizável, possivelmente necessária, às divergências de interpretação de um direito humano à saúde – à questão sobre a definição de um adequado pacote de recursos, serviços e assistência à saúde que deveriam estar

⁷⁷ No original: “The main difficulty is that assuring any significant level of health for all is simply not within the domain of social control” (Buchanan, 2009, p.18)

⁷⁸ No original: “Someone who claims a right to health, therefore, should be understood to be claiming that certain individuals or groups (or society as a whole) are obliged to perform certain actions which promote or maintain his good health and are obliged to refrain from actions which interfere with it” (Daniels, 1979, pp.175-176).

⁷⁹ Como disserta o filósofo, “one problem with this somewhat pragmatic appeal to rights is that it does not carry us past our disagreements and uncertainties about the scope and limits of such right claims” (Daniels, 1985, p.5).

garantidos por tal direito⁸⁰. Assim, parece razoável sustentar que, para especificarmos minimamente o conteúdo de um “direito à saúde”, precisamos de uma teoria normativa, que formule princípios de justiça, ou de algum outro mecanismo ou instrumento teórico que possam ser aplicados às questões de saúde. Ou seja, uma reflexão como a que buscamos desenvolver aqui também é uma etapa necessária às teorias que defendem um direito fundamental à saúde⁸¹. Pois, somente com base em uma reflexão teórica abrangente sobre saúde e justiça é possível apresentarmos uma delimitação razoável, mesmo que provisória e em constante reconsideração, de um pacote de bens e recursos (entre outros fatores que podem impactar na saúde, como os determinantes sociais da saúde), como também de uma adequada fundamentação de uma justificação razoável a essas demandas de justiça e saúde.

Uma segunda alternativa seria a apresentação de uma teoria baseada em um argumento de “porções justas ou mínimas de renda”. São diversas as formas específicas que esse argumento pode assumir, mas centralmente afirma-se que um estado deve garantir – usualmente pela redistribuição direta (monetária) – uma porção “justa”, “suficiente” ou “mínima” de renda a seus concidadãos. Posições baseadas em tal argumento são frequentemente enunciadas por alguns adeptos de teorias igualitárias, por parte minoritária dos políticos de esquerda e têm sido até mesmo popularizadas como uma espécie de saber douto em eventos acadêmicos de humanidades, ao menos no Brasil⁸². Não pretendemos entrar no mérito da validade da justificação moral dessas posições teóricas, nem do impacto prático das políticas derivadas dessas posições em circunstâncias com graus variados de injustiça. O que queremos ressaltar é que essa perspectiva não nos desonera de uma reflexão sobre justiça e saúde e, especificamente, de uma reflexão sobre necessidades de saúde. Não podemos reduzir o problema de um justo fornecimento de assistência à saúde à questão da justa distribuição de renda (ou renda mínima), pois, ao defendermos um quinhão de renda como justo, pressupomos uma renda adequada para o atendimento das necessidades de saúde ou pressupomos que a pessoa que receberá tal renda já tem garantido um justo acesso à assistência de saúde

⁸⁰ Há um grande e crescente literatura sobre essa temática. Uma importante contribuição pode ser encontrada em Buchanan, 2009.

⁸¹ De acordo com o entendimento de necessidades de saúde que apresentamos anteriormente, pode existir uma variação dessas necessidades em distintas sociedades, visto que as capacidades funcionais “normais” variam de acordo com a população e o ambiente.

⁸² Entre outras obras que defendem essa posição, destacam-se os trabalhos pioneiros de Van Parijs (1997) e Suplicy (2013).

isento de cobrança. Dessa forma, a questão sobre o que seria um adequado fornecimento de cuidados de saúde de uma perspectiva da justiça permanece. Ressalte-se ainda que não podemos reduzir toda a complexidade de esferas, bens e recursos que merecem especial atenção de uma perspectiva de justiça – entre os quais, os bens e recursos associados à saúde populacional – à (re)distribuição monetária como essa posição teórica, quando radicalizada, parece sugerir⁸³. Essa alternativa, portanto, não propicia respostas razoáveis às questões que motivaram a reflexão deste capítulo.

Por fim, gostaríamos de realizar uma última consideração antes de progredirmos na formulação de uma teoria da justiça e saúde centrada na noção de igualdade equitativa de oportunidades. Neste capítulo, buscamos refletir sobre um entendimento razoável de *saúde* e de *necessidades de saúde* que balizem nossa reflexão normativa. Alguns leitores podem manter uma postura cética perante as definições e entendimentos apresentados de saúde e de necessidades de saúde. Contudo, é necessário lembrar que nos deparamos com um dilema: mesmo que não possuamos uma definição ou um entendimento plausível de saúde (ou que nos recusemos a defini-la) e de outros conceitos que balizem e sejam o alicerce da reflexão sobre distribuição e saúde, rotineiramente escolhas e decisões distributivas e alocativas sobre recursos, bens, políticas públicas e serviços associados à saúde são tomadas e impactam as oportunidades e a vida (ou morte) de milhares de indivíduos. A adoção de juízos “pragmáticos” e julgamentos *ad hoc* para tomadas de decisão – sem a prévia consideração normativa dos conceitos e categorias basilares – não só pressupõe a existência de orientações para ação e de definições gerais, como não explicita quais são essas definições e orientações.

⁸³ Obviamente que uma importantíssima dimensão das injustiças presentes nas circunstâncias contemporâneas está relacionada à colossal distribuição desigual de renda e riqueza. Entretanto, a (re)distribuição de recursos econômicos em espécie não é a única que importa. Como argumentaremos, a desigualdade econômica faz mal para nossa saúde (entre outros, ver Wilkinson e Pickett, 2009), porém defendermos que aquilo que importa é somente a distribuição de *renda* e *riqueza* seria um desconhecimento de – ou um retrocesso perante – uma literatura que se empenhou em dirigir importantes questionamentos ao uso da *renda* como única variável para mensuração de desigualdade (entre outros, Amartya Sen, 1992). No caso específico brasileiro, a garantia constitucional de um direito universal à saúde e a existência do Sistema Único de Saúde faz com que boa parte da população e mesmo da comunidade acadêmica descarte a urgência de uma reflexão sobre justiça e saúde. Contudo, como delimitar o leque de bens e recursos a serem prioritariamente fornecidos pelo sistema estatal? A reflexão que apresentamos sobre necessidades de saúde busca ser uma proposta de resposta a essa questão.

De uma perspectiva política fundamentada em um ideal liberal-igualitário de uma sociedade democrática, deixar que decisões sobre justiça distributiva e saúde ocorram sem uma cuidadosa reflexão normativa e justificação pública, com uma explicitação dos fundamentos conceituais e categoriais, é extremamente temerário. Como já sugerimos anteriormente, quando refletimos sobre justiça e saúde e, mais especificamente, sobre a implementação de políticas públicas de saúde, devemos levar em consideração os riscos de um estado agir enquanto agente opressor e/ou “normalizador”, adotando como critério legítimo de suas ações uma determinada definição (explícita ou não) de saúde. É sempre importante levarmos em consideração os riscos de abuso do poder público que podem ocorrer em todos os regimes políticos. Agentes e instituições estatais podem cometer excessos em todos os níveis de governo, especialmente sobre a parte da população mais pobre e mais fraca⁸⁴. Justamente por isso, precisamos de uma delimitação clara, objetiva e pública dos conceitos que balizam as políticas públicas de saúde de um estado democrático. Estamos defendendo que uma noção de *necessidades de saúde*, se compreendida tal como apresentamos, é capaz de ser bem delimitada e restrita, além de ser objetivamente atribuível por métodos públicos que geram resultados consensuais na grande maioria das vezes⁸⁵.

No entanto, uma ressalva em sentido contrário também é necessária. Precisamos sempre manter em mente uma outra ordem de riscos, associada à adoção de entendimentos extremamente minimalistas de saúde, de seus componentes e dos fatores de risco e causais associados. Tais entendimentos restritivos podem estar vinculados, por exemplo, à omissão estatal em questões de saúde pública, à negação de tratamentos e auxílios prioritários a pessoas com deficiências ou doentes, como também podem justificar a ausência de ação estatal e formulação de políticas públicas destinadas a

⁸⁴ Essa preocupação é – e deve ser – uma preocupação central das teorias políticas liberais. Judith Shklar apresenta essa preocupação com os abusos do poder público (tal como apresentamos neste parágrafo) como uma ideia central de uma corrente do liberalismo, que ela denominou de “liberalismo do medo” (Shklar, 1989, p.28).

⁸⁵ Sem dúvida, existem casos não consensuais. As linhas que separam políticas públicas que incentivam determinados comportamentos saudáveis, políticas públicas paternalistas e políticas públicas que restringem ou violam a liberdade individual são, especialmente em considerações de saúde, difíceis de serem estabelecidas. Porém a resolução desses casos problemáticos não deve ser demandada no atual estágio da argumentação que apresentamos. Como desenvolveremos, as políticas públicas de saúde, em um estado democrático, devem passar idealmente por um teste de um ponto de vista em segunda pessoa, no qual as vozes dos beneficiários e daqueles que sofrem algum impacto de uma política pública determinada devem ser especialmente levadas em consideração.

combater as desigualdades injustas de saúde existentes entre grupos populacionais, favorecendo a manutenção de circunstâncias com graus elevados de injustiça. A nosso ver, a caracterização de necessidades de saúde que apresentamos – como aquelas que devem ser satisfeitas a fim de manter, restaurar, ou providenciar equivalentes funcionais (quando isso é possível) para o nosso funcionamento normal, de acordo com a classe adequada de referência –, apesar de bem delimitada, gera um amplo e diverso conjunto de bens, recursos e serviços que devem ser fornecidos para que todos tenham oportunidades equitativas garantidas. No próximo capítulo, partiremos da apresentação desse leque de serviços, bens e recursos de saúde que devem ter seu fornecimento garantido por um estado democrático para assim avançarmos em direção ao desenvolvimento de uma teoria da justiça e saúde.

Capítulo 2 – Igualdade Equitativa de Oportunidades e Saúde

Introdução

Finalizamos o capítulo anterior argumentando que a categoria *necessidades de saúde* nos fornece uma primeira delimitação dos bens, recursos e serviços de saúde que devem receber atenção prioritária de uma perspectiva da justiça. Tais necessidades, como mostramos, estão relacionadas ao funcionamento normal das espécies e, conseqüentemente, impactam o leque de oportunidades disponíveis ao longo de nossas vidas.

Mesmo que adotemos uma concepção estrita de saúde – como a concepção bioestatística formulada por Boorse (1997) –, o conjunto de serviços, instituições, bens e recursos necessários à manutenção, ao reestabelecimento e à provisão de equivalentes funcionais ao funcionamento normal dos cidadãos é extenso. Em seus trabalhos mais recentes⁸⁶, Daniels, ao buscar especificar o conjunto prioritário de necessidades de saúde, considera que há seis grupos de fatores que merecem receber atenção especial:

1. Nutrição adequada;
2. Condições de vida e de trabalho higiênicas, seguras e sem poluição;
3. Prática de exercícios, descanso e atributos importantes do estilo de vida, tais como evitar o abuso de substâncias e praticar sexo seguro;
4. Serviços (e dispositivos) médicos pessoais preventivos, curativos, de reabilitação e compensatórios;
5. Serviços pessoais e sociais de apoio não-médicos;
6. Uma distribuição apropriada de outros determinantes sociais de saúde (Daniels, 2008, pp.42-43, *tradução minha*)⁸⁷.

⁸⁶ Na obra publicada em 1985, *Just Health Care*, Daniels apresenta um escopo mais reduzido de necessidades, limitadas a quatro conjuntos: “1. Adequate nutrition, shelter (;) 2. Sanitary, safe, unpolluted living and working conditions (;) 3. Exercise, rest, and some others features of life-style (;) 4. Non-medical personal and social support services” (Daniels, 1985, p.32). Optamos por desenvolver nossa argumentação seguindo a segunda versão (Daniels, 2008), mais extensa, do leque de necessidades de saúde, pois, como argumentaremos, concordamos com a urgência de todas essas necessidades listadas nos seis conjuntos.

⁸⁷ No original: “1. Adequate nutrition; 2. Sanitary, safe, unpolluted living and working conditions; 3. Exercise, rest, and such important lifestyle features as avoiding substance abuse and practicing safe sex; 4. Preventive, curative, rehabilitative, and compensatory personal

Essa lista deve ser entendida como uma baliza provisória que nos auxilia a formular nossas preocupações normativas, não devendo ser considerada uma delimitação bem definida e absoluta das necessidades de saúde e de todos os demais fatores que importam, quando fazemos considerações de uma perspectiva de justiça e saúde populacional. Todas as necessidades associadas aos itens especificados são centrais à nossa busca por manter, restaurar ou possibilitar o funcionamento normal de nossos organismos ao longo do período completo de nossas vidas⁸⁸.

Uma nutrição adequada deve compreender uma alimentação que seja suficientemente calórica aos indivíduos, como também adequadamente balanceada e apropriada às rotinas diárias e particularidades⁸⁹. As condições de trabalho e vida seguras, higiênicas e livres dos variados tipos de poluição são requisitos fundamentais para uma boa saúde da população. Essas condições, que são centrais para uma vida saudável, incluem a existência de água limpa e potável, de ar limpo (livre de poluição), e de meio ambiente, condições urbanas e rurais seguras e livres de contaminações. Moradias suficientemente confortáveis e bem construídas que propiciem um patamar mínimo de conforto e segurança, de acordo com as particularidades locais (como características do clima e do meio ambiente), são necessárias ao nosso funcionamento

medical services (and devices); 5. Non medical personal and social support services; 6. An appropriative distribution of other social determinants of health” (Daniels, 2008, pp.42-43).

⁸⁸ É importante apresentar aqui uma ressalva. As necessidades de saúde variam ao longo dos fases etárias da vida humana. Uma teoria da justiça e saúde deve, obrigatoriamente, levar em consideração essa especificidade. De acordo com a perspectiva normativa que defendemos ao longo da tese, o leque normal de oportunidades e as necessidades de saúde devem ser garantidas aos cidadãos de uma sociedade democrática, em acordo com o estágio de vida em que cada um se encontra. Julgamos que uma abordagem teórica adequada sobre justiça e saúde deve levar em consideração todos os estágios de vida dos indivíduos. Desse modo, escapamos do “falso” problema da competição de recursos entre grupos etários em um dado momento do tempo e também evitamos um viés contra os grupos populacionais idosos. Como disserta Daniels: “we should allocate resources prudently to protect health and thus opportunity at each stage of our lives. The basic idea is that, since we all age, we should take as a model for what is fair between age groups what it is prudent for us to do for ourselves at each stage of life” (Daniels, 2008, pp.161-162).

⁸⁹ Daniels faz uma consideração mais exigente ao definir seu entendimento de “nutrição adequada”. A seu ver, uma nutrição adequada deve estabelecida levando-se em consideração as evidências científicas do período. Em suas palavras: “By adequate nutrition, I mean not only a sufficiently high caloric content, but also a balanced diet that conforms to recommendations based on good scientific evidence” (Daniels, 2008, p.43).

normal⁹⁰. Já as condições de trabalho devem ser não exploratórias, nem mesmo degradantes, vexatórias ou insalubres⁹¹. Outras medidas, como um aparato legal, fiscalização e outras ações que propiciem que as atividades cotidianas sejam razoavelmente seguras – como, por exemplo, o deslocamento geográfico por algum meio de transporte⁹² – integram também esse segundo conjunto de necessidades de saúde.

A promoção de estilos saudáveis de vida, por sua vez, requer o fornecimento de educação adequada, assim como a implementação de políticas públicas e de legislação de incentivo a práticas saudáveis. Medidas jurídicas, como leis de combate à violência contra a mulher – no Brasil, a Lei Maria da Penha (Lei 11.340, de 7 de Agosto de 2006) – ou contra outras formas cotidianas de violência são variáveis que impactam o cerne da qualidade e do tempo de vida da população. Destacam-se também as leis associadas à tributação do consumo de alguns produtos e outras determinações legais que visam controlar a presença de componentes nocivos à saúde em produtos comercializados⁹³. Já a quarta categoria de necessidades – serviços médicos pessoais preventivos, curativos, de reabilitação e compensatórios – engloba todos os serviços, atendimentos e cuidados popularmente associados à noção de assistência médica e de saúde. Serviços e

⁹⁰ Segundo dados apresentados por Pogge (2013), em torno de 18 milhões de mortes todos os anos estão relacionadas a causas como diarreia, tuberculose, más condições maternas e infecções respiratórias – que poderiam ser facilmente prevenidas com o acesso a água limpa e potável, saneamento básico, nutrição adequada, condições minimamente adequadas de moradia, reidratação, vacinação e fornecimento de medicamentos disponíveis a baixo custo. Ou seja, desde o fim da Guerra Fria até os dias atuais, mais de 400 milhões de pessoas morreram por causas relacionadas ao não suprimento de necessidades básicas de saúde. Para se ter uma extensão dessa tragédia, esse valor absoluto equivale ao dobro de mortes oriundas de violência governamental – guerras, campos de concentração, *gulags*, genocídios – em todo o século XX (Pogge, 2013, p.89).

⁹¹ Condições de trabalho com elevado nível de estresse e com baixa capacidade de tomada de decisão estão fortemente correlacionadas com baixas qualidades de saúde. Trabalhos epidemiológicos demonstram que essas condições estão associadas às más situações de saúde de subgrupos populacionais nas sociedades contemporâneas. Uma síntese sobre essa questão encontra-se disponível em Marmot (2015, Cap. 6).

⁹² Ressalta-se que um número expressivo de mortes e restrições ao funcionamento normal de indivíduos da população brasileira contemporânea está associado aos acidentes de trânsito (transporte terrestre).

⁹³ Um exemplo sobre essa questão é o debate intenso que atualmente ocorre, em diversos países, sobre a comercialização de refrigerantes com doses elevadas de açúcar em suas fórmulas. O consumo excessivo desses refrigerantes está associado ao aumento dos índices de obesidade e de diabetes, entre outras doenças, especialmente em crianças, jovens e no subgrupo populacional de menores rendimentos.

atendimentos médicos, hospitalares e de assistência à saúde individual são os componentes centrais associados a essas necessidades de saúde.

O leque de trabalhos, cuidados e serviços não médicos prestados àqueles em situação de doença, com deficiências ou impedimentos constituem o quinto conjunto. Tais serviços e cuidados são extremamente importantes àqueles que necessitam, mas, na maior parte das vezes, não recebem o reconhecimento social merecido (e os profissionais que os exercem não recebem, normalmente, uma remuneração adequada). Todo o aparato institucional e pessoal que auxilia, cuida e maximiza o bem-estar – como também garante a inclusão social – das pessoas em situação de doença ou com deficiências e impedimentos é parte do escopo das necessidades de saúde. Por fim, o sexto conjunto está associado aos determinantes sociais da saúde e ao gradiente social da saúde⁹⁴.

Dessa forma, as necessidades de saúde listadas nesses seis conjuntos estão associadas ao funcionamento normal das pessoas em uma sociedade. Os serviços, instituições, bens e recursos agrupados nessa lista de necessidades de saúde impactam tanto na saúde populacional, como em sua distribuição. Como já afirmamos, essas necessidades devem ser satisfeitas a fim de que possamos manter ou restaurar um funcionamento normal, e providenciar, quando isso for possível, equivalentes funcionais para o nosso funcionamento normal.

Esse funcionamento normal é de importância moral especial, pois, como sugerimos ao longo do capítulo anterior, a garantia de um funcionamento normal está relacionada à manutenção de um leque normal de oportunidades. Contudo, por que devemos buscar proteger a gama de oportunidades disponíveis às pessoas de uma sociedade, de um ponto de vista da justiça? Ou, formulando a questão de modo mais preciso, “deveríamos nós, como uma questão de justiça social, proteger a parte equitativa de cada pessoa do leque normal de oportunidades?” (Daniels, 2008, p.48, *tradução minha*)⁹⁵.

⁹⁴ As questões associadas aos determinantes sociais da saúde e ao gradiente social da saúde populacional receberão tratamento especial no capítulo final (Capítulo 4) da tese, em que desenvolvemos uma argumentação normativa pormenorizada sobre essa temática.

⁹⁵ No original: “should we, as a matter of social justice, protect people’s fair shares of the normal opportunity range?” (Daniels, 2008, p.48).

São essas as questões que procuraremos responder ao longo da próxima seção do capítulo. Para isso, apresentaremos uma exposição de alguns argumentos da teoria da justiça como equidade formulada por Rawls, assim como do desdobramento não trivial dessa teoria realizado por Daniels (1985; 2008).

Porém, antes de avançarmos, uma última consideração preliminar se faz necessária. Um breve esclarecimento sobre o que estamos nomeando de “leque normal de oportunidades” pode ser demandado pelos leitores. Esse leque normal de oportunidades deve ser compreendido como o intervalo caracterizado pelas variedades de planos que pessoas razoáveis provavelmente desenvolverão para suas vidas. Dessa forma, esse intervalo é “socialmente relativo”, variando de acordo com as características centrais da sociedade, como as condições materiais e econômicas, e as dimensões culturais valorizadas (Daniels, 2008, pp. 43-44). Além disso, é necessário diferenciarmos “o leque normal de oportunidades” das “oportunidades efetivas” dos indivíduos em uma dada sociedade. Diferenças individuais não devem ser consideradas quando definimos a noção mais abstrata de um leque normal de oportunidades, a qual é central em nossas reflexões sobre justiça e saúde⁹⁶. Após esse breve esclarecimento, podemos buscar responder às posições que questionam se a proteção desse intervalo normal de oportunidades das pessoas de uma dada sociedade deve ser uma tarefa de justiça.

I

Rawls, ao formular sua teoria da justiça como equidade, considera que o *equalisandum* a ser distribuído de forma justa, pela estrutura institucional de uma sociedade liberal-democrática – ou pela estrutura básica da sociedade, de acordo com a terminologia utilizada pelo autor –, são os bens primários sociais. Desse modo, devemos

⁹⁶ Daniels (2008) faz essa distinção expondo as vantagens de assumirmos um leque normal de oportunidades que abstrai as particularidades individuais para uma perspectiva de justiça e saúde. Em suas palavras: “Measuring the impact of disease on opportunity by reference to individuals’ shares of normal range, rather than by reference to its impairment of their effective ranges, abstracts from special effects that derive from individuals’ conceptions of good from their plans of life (...). This way of proceeding seems plausible in light of judgments we are inclined to make about access to medical services. For example, we do not want to be in the business, I believe, of deciding who gets what medical services on the basis of occupation or other results of prior individual choices of a similar sort” (Daniels, 2008, p.46).

comparar os quinhões distributivos dos cidadãos de uma sociedade com base em um índice que agregue a pluralidade de bens primários sociais (Vita, 1999, p.481). Esses bens constituem uma lista básica de cinco categorias centrais:

- a. direitos e liberdades fundamentais, também especificados por uma lista;
- b. liberdade de movimento e livre escolha de ocupação, contra um pano de fundo de oportunidades diversificadas;
- c. capacidades e prerrogativas de cargos e posições de responsabilidade nas instituições políticas e econômicas da estrutura básica;
- d. renda e riqueza;
- e. e, por fim, as bases sociais do autorrespeito (Rawls, 2011, p. 213)

Os bens agrupados em (a) e (b) devem ser propiciados igualmente a todos os cidadãos, enquanto os bens (c) e (d) podem ser distribuídos de forma desigual se, e somente se, essas desigualdades forem estabelecidas para elevar, ao nível máximo possível, o quinhão distributivo das pessoas que se encontram na posição menos favorável da sociedade (Rawls, 2008, pp.111-112)⁹⁷. Já as bases sociais do autorrespeito só existem quando as instituições da sociedade “fornecem um apoio substancial à capacidade de cada um de seus membros desenvolver um sentido de respeito por si próprios” (Vita, 1999, p.482). Assim, como disserta Vita ao explicar a teoria de Rawls, “esse suporte só é plenamente proporcionado quando as exigências dos dois princípios de justiça são simultaneamente satisfeitas pelos arranjos institucionais básicos” (Vita, 1999, p.482)⁹⁸. Esses dois princípios acordados pelas partes na posição original são:

- a. Cada pessoa tem um direito igual a um sistema plenamente adequado de direitos e liberdades iguais, sistema esse que deve ser compatível com um sistema similar para todos. E, neste sistema, as liberdades políticas, e somente essas liberdades, devem ter seu valor equitativo garantido.
- b. As desigualdades sociais e econômicas devem satisfazer duas exigências: em primeiro lugar, devem estar vinculadas a posições e cargos abertos a todos em condições de igualdade equitativa de oportunidades; em segundo lugar, devem se estabelecer para o

⁹⁷ Ao apresentarmos o nosso entendimento sobre a questão dos bens primários, adotamos como referência, além das obras de Rawls, a argumentação apresentada por Vita (1999).

⁹⁸ Retornaremos a esse ponto adiante, ainda nesta seção.

maior benefício possível dos membros menos privilegiados da sociedade (Rawls, 2011, p.6).

Dessa forma, as instituições de uma sociedade, para serem consideradas justas, devem respeitar, em sequência léxica, esses dois princípios de justiça⁹⁹. Contudo, podemos indagar quais razões motivam Rawls a adotar os bens primários sociais como o *equalisandum* a ser distribuído de modo justo.

Essas razões que pautam a opção por bens primários são diversas, variando ao longo das obras de Rawls. Em primeiro lugar, é importante ressaltarmos que Rawls concorda com a importância dos argumentos que apresentamos no capítulo anterior sobre a opção por uma métrica objetiva e parcial de comparação interpessoal. Rawls considera que mensurações baseadas em satisfação ou bem-estar subjetivos – tal como as empregadas usualmente pelos teóricos utilitaristas –, quando utilizadas para comparações interpessoais, transformam as pessoas em meros *containers* de satisfação, minando a integridade delas¹⁰⁰. Rawls apresenta um segundo argumento a favor de uma métrica para comparações interpessoais e de justiça que não seja baseada em avaliações da satisfação subjetiva. Segundo o filósofo, as posições *welfaristas* não conseguem resolver plausivelmente a questão da espoliação social (*social hijacking*) causada por aqueles que cultivam gostos caros. Recordemos o problema já apresentado

⁹⁹ Como explica Vita (2007): “Rawls dispõe os princípios de justiça propostos por sua teoria em uma ordenação ‘léxica’ (ou serial). O primeiro princípio – que prescreve um esquema de liberdades iguais para todos – tem prioridade sobre a primeira parte do segundo princípio – que prescreve a igualdade equitativa de oportunidades para todos; este último, por sua vez, tem prioridade sobre o princípio da diferença – segundo o qual as desigualdades socioeconômicas só são justificáveis se forem estabelecidas para o máximo benefício possível daqueles que se encontram na extremidade inferior da escala social. Essa disposição serial pode ser interpretada da seguinte forma. Ao comparar diferentes arranjos institucionais da ótica da justiça, devemos primeiro selecionar aqueles em que as liberdades civis e políticas encontram-se adequadamente protegidas (prioridade do primeiro princípio) e em que as instituições e políticas de promoção da igualdade socioeconômica não exigem, por exemplo a conscrição do trabalho (prioridade da primeira parte do segundo princípio); em seguida, selecionamos o arranjo institucional no qual a distribuição de bens primários é igualitária (ou mais igualitária) de acordo com o critério estabelecido pelo princípio de diferença” (Vita, 2007, p.206).

¹⁰⁰ Assim, de acordo com Rawls, a adoção de uma escala de satisfação subjetiva é incompatível com a visão da natureza das pessoas que sustenta muitas das nossas práticas morais. Como disserta Daniels sobre essa posição de Rawls: “the satisfaction scale is incompatible with a view of the nature of persons that in turn underlies much of our moral practice. If we abandon this feature of our moral practice, with its truncated scale of well-being, in favor of a more complete one, we would have to give up much else, including our concern for the integrity of persons and our ability to offer prudential and moral advice. The implausibility of such radical changes counts as evidence for Rawls’s view” (Daniels, 2008, p.48n).

anteriormente¹⁰¹, que pode ser sintetizado na questão: se as pessoas com gostos extravagantes e caros são infelizes se comparadas às pessoas com gostos modestos em uma situação de divisão igual de recursos, devemos aumentar o quinhão distributivo a ser propiciado a essas pessoas com gostos caros e extravagantes? De acordo com Rawls, devemos julgar as pessoas como em pior ou melhor situação, de um ponto de vista da justiça, estritamente com base em um índice de bens primários sociais. A sociedade seria responsável, segundo o filósofo, por distribuir esses bens primários em conformidade com os termos equitativos de cooperação social, ou seja, respeitando os dois princípios de justiça acima listados. Em contrapartida, os indivíduos, segundo Rawls, são responsáveis pelas concepções de bem e de boa vida que possuem e defendem (dentro dos limites configurados pelos termos equitativos), o que faz com que a suposta menor satisfação subjetiva daqueles com gostos extravagantes em uma situação de distribuição igual de recursos não gere reivindicações relevantes de um ponto de vista da justiça (Rawls, 1982; Daniels, 2008, p.49n).

Porém, se agora podemos compreender a recusa de Rawls por métricas “subjetivistas” para comparações de justiça, ainda não está plenamente justificada a opção pelos bens primários sociais, visto que poderiam ser outros os recursos adotados como referência para avaliarmos uma distribuição¹⁰². Em *Uma teoria da justiça*, a opção pelos bens primários sociais decorre dos fatos básicos da natureza humana, além de estar relacionada com o entendimento de racionalidade apresentado por Rawls (2008)¹⁰³. Como explica o próprio Rawls, em passagem classicamente citada por estudiosos da teoria do autor, os bens primários “são coisas que se presume que um indivíduo racional deseje, não importando o que mais ele deseje” (Rawls, 2008, p.110). Desse modo, independentemente das minúcias e especificidades dos planos racionais de um indivíduo, podemos presumir que os bens primários sociais são coisas que ele preferiria ter mais a ter menos. Se é verdade que Rawls apresenta uma teoria do que é o

¹⁰¹ Apresentamos uma reflexão sobre essa questão, sem trabalhar com a argumentação desenvolvida especificamente por Rawls (1982), no Capítulo 1.

¹⁰² É importante destacar que Rawls também recusa a plausibilidade de concepções inteiramente objetivas para avaliação e comparação de bem-estar, pois tais concepções perfeccionistas são incompatíveis com o pluralismo moral que é um dos componentes centrais das “circunstâncias de justiça” enunciadas por Rawls (Rawls, 2008, pp.153-158; Vita, 1999, p.472).

¹⁰³ Como esclarece Vita (1999), são bens primários *sociais* “no sentido de que ou são distribuídos diretamente por instituições sociais básicas, ou sua distribuição, como nos casos de renda e riqueza, é regulada por essas instituições” (Vita, 1999, p.481).

bem para uma pessoa para explicar e legitimar sua opção por bens primários¹⁰⁴, é importante destacar que a justificação primeira pela escolha desses bens primários não está baseada em uma concepção abrangente do bem ou em qualquer pressuposição ou teoria metafísica mais densa. Já nos trabalhos tardios de Rawls, a justificação da escolha por bens primários também apela a um entendimento particular da ideia de pessoas como cidadãos razoáveis, racionais, livres e iguais, a qual seria parte de uma cultura política democrática compartilhada (Daniels, 2008, p.50). Esses cidadãos possuiriam as duas faculdades morais: a capacidade de ter uma concepção de justiça e de ter uma concepção de bem, que pode mudar ao longo do tempo (Rawls, 2011, p.572)¹⁰⁵. Como disserta Rawls, em *Justiça como equidade: uma reformulação*:

(...) a descrição dos bens primários não se apoia apenas em fatos psicológicos, sociais ou históricos. Embora a lista de bens primários se apoie em parte nos fatos e exigências gerais da vida social, só o faz junto com uma concepção política da pessoa como livre e igual, dotada de faculdades morais, e capaz de ser um membro plenamente cooperativo da sociedade. Essa concepção normativa é necessária para definir a lista apropriada de bens primários (Rawls, 2003, p.82).

A característica fundamental dos bens primários é que eles possuem uma importância central nos planos de vida das pessoas razoáveis, não importa quais sejam. Como podemos observar acima, Rawls concede atenção às oportunidades que os cidadãos devem possuir ao formular a lista desses bens primários sociais. Dessa forma, podemos sugerir que, se adotarmos uma perspectiva normativa em sincronia com a teoria da justiça como equidade formulada por Rawls, ou apenas compartilharmos da

¹⁰⁴ Como explica Rawls, buscando sintetizá-la, “essa é uma teoria conhecida, que remonta a Aristóteles, e algo semelhante é adotado por filósofos tão diferentes em outros aspectos quanto Kant e Sidgwick. (...) A ideia principal é que o bem de uma pessoa é definido por aquilo que para ela representa o plano de vida mais racional a longo prazo, dadas circunstâncias razoavelmente favoráveis. Uma pessoa é feliz quando ela é mais ou menos bem-sucedida na realização desse plano. De forma breve, o bem é a satisfação do desejo racional. Devemos supor, então, que cada indivíduo tem um plano racional de vida traçado de acordo com a situação em que se encontra. Esse plano é elaborado de modo a permitir a satisfação harmoniosa de seus interesses. Programa as atividades de maneira a permitir a realização dos diversos desejos sem interferência. Chega-se a ele rejeitando-se outros planos que têm menos probabilidade de êxito ou não permitem uma realização tão abrangente de objetivos. Dadas as alternativas disponíveis, um plano racional é aquele que não se pode aperfeiçoar; não há nenhum outro plano que, levando-se tudo em conta, seja preferível” (Rawls, 2008, p.111).

¹⁰⁵ Na próxima seção do texto, apresentaremos as críticas de Nussbaum dirigidas a essa concepção de pessoa defendida por Rawls.

plausibilidade dos argumentos apresentados nas últimas páginas, podemos responder positivamente à questão enunciada no final da seção anterior sobre a motivação de protegermos, como uma tarefa prioritária de justiça, a gama de oportunidades disponíveis às pessoas de uma sociedade. Ou seja, podemos afirmar que *devemos*, enquanto uma demanda de justiça, proteger as oportunidades disponíveis às pessoas de uma sociedade. Mais do que isso, podemos validar a conexão entre as demandas associadas às necessidades de saúde – definidas de forma objetiva e pública – e a justiça. Essa conexão se estabeleceria pela exigência de justiça de propiciarmos um leque normal de oportunidades a todos os cidadãos, necessário para que todos possam perseguir os planos de vida que julguem valiosos. Suprimos as necessidades de saúde relacionadas ao funcionamento normal das espécies é uma condição para a manutenção do leque normal de oportunidades dos indivíduos ao longo de suas vidas.

Porém, nem as necessidades de saúde, nem os recursos, bens, instituições e serviços que listamos como fundamentais para a saúde populacional integram a lista de bens primários enunciada por Rawls. Não seria essa ausência um possível equívoco de Rawls, que poderia ser corrigido ao adicionarmos as necessidades de saúde e/ou os serviços, recursos e bens associados a elas como mais um item da lista de bens primários sociais a ser distribuída de modo justo?

Rawls, ao escrever *Uma teoria da justiça*, não aborda com atenção as questões centrais de justiça e saúde que são o objeto desta tese. Isso se deve ao fato de que o objetivo central da teoria de Rawls é o de oferecer uma interpretação do que a justiça exige das pessoas cujas constituições física e mental recaem num leque normal de variação (Vita, 1999, p.488). Não haveria, assim, uma reflexão específica sobre justiça distributiva e saúde na obra de Rawls, pois, em decorrência das pressuposições assumidas por essa teoria, não há ninguém doente, ao menos no momento de escolha dos princípios primeiros de justiça¹⁰⁶. Rawls, ao formular sua teoria, assume como uma suposição teórica que as pessoas são normais (em sentido estatístico), ativas e podem ser membros plenamente cooperativos da sociedade ao longo de todo o período de suas

¹⁰⁶ Como afirma Daniels, “such idealization allows Rawls to construct a theory of justice for the simpler, idealized case, and then to worry about extensions of the theory to contexts in which conditions are more realistic and people are not all normal. In effect, *there is no distributive theory for health care because no one is sick!*” (Daniels, 1985, p. 43).

vidas (Rawls, 1999, p.332)¹⁰⁷. Em consequência, as questões sobre justiça e saúde que são de nosso interesse – como as questões associadas às doenças, às deficiências, aos impedimentos e aos cuidados médicos que alguns cidadãos necessitam na vida real – não são levadas em consideração no estágio de formulação dos princípios básicos de justiça.

Essa opção teórica adotada por Rawls, de assumir em sua teoria algumas suposições e idealizações que alguns críticos consideram excessivamente fortes ou mesmo não razoáveis – como a de assumir que todos os cidadãos são membros plenamente cooperativos da sociedade¹⁰⁸ –, está associada à crença manifestada pelo autor de que os demais problemas de justiça, que não podem ser corretamente abordados de forma imediata por sua teoria, poderiam ser tratados mais facilmente ao levarmos em consideração os resultados e os aprendizados das formulações para esse primeiro caso, ao qual Rawls se dedica¹⁰⁹.

Porém, se é verdade que o próprio Rawls reconhece que essa lista de bens primários sociais poderia ser, se necessário, ampliada (Rawls, 2011, p. 213), por que não a ampliamos de modo a contemplar nossas preocupações de justiça e saúde? A nosso ver, afrouxarmos a pressuposição de boa saúde de todos os cidadãos assumida por Rawls e expandirmos a lista de bens primários sociais apresentada pelo filósofo pode acarretar alguns problemas teóricos.

A inclusão da assistência médica – ou da assistência à saúde, em sentido mais abrangente –, e/ou dos demais serviços, instituições e recursos associados às necessidades de saúde deve ser vista com cautela por duas razões principais (Daniels, 2008, pp.56-57)¹¹⁰. Primeiramente, corremos o risco de abrir um precedente para a formulação de uma longa lista de bens – adicionaríamos, sempre que julgássemos importante, um novo item à lista. Essa lista extensa corre o risco de se tornar cada vez menos consensual e mais distante de uma concepção compartilhada na cultura política

¹⁰⁷ Uma crítica de Nussbaum (2006) dirigida a essa suposição presente na literatura, será analisada na próxima seção do capítulo.

¹⁰⁸ Outra suposição idealizada que Rawls assume diz respeito ao objeto primeiro da justiça para qual os princípios de justiça se aplicam. De acordo com Rawls, esse objeto deve ser compreendido como “um sistema fechado, isolado das outras sociedades” (Rawls, 2008, p.9).

¹⁰⁹ Como afirma Rawls, “é natural conjecturar que, assim que tivermos uma teoria sólida para esse caso, à sua luz os problemas restantes da justiça serão mais maleáveis” (Rawls, 2008, pp. 9-10).

¹¹⁰ Sobre essa proposta, conferir o capítulo pioneiro sobre a questão, escrito por Ronald Green (1976).

democrática sobre as necessidades das pessoas, entendidas como cidadãos livres e iguais. Como afirma Daniels (2008), “ao adicionar itens, especialmente os específicos, nós temos grande chance de perder nossa concepção política compartilhada sobre as necessidades dos cidadãos” (Daniels, 2008, p.56, *tradução minha*)¹¹¹.

Além disso, adicionarmos novos itens à lista de bens primários sociais torna mais difícil o estabelecimento de um índice (*index*) que possibilite as comparações de justiça. A adição de itens tornaria mais difícil fugir de problemas complexos de comparação interpessoal enfrentados pelas mensurações mais amplas de satisfação ou bem-estar, que Rawls originalmente buscou evitar. A adição específica dos cuidados de saúde à lista de bens primários pode mesmo provocar um *trade off* entre itens da lista – entre, por exemplo, cuidados de saúde versus a renda e a riqueza – ocasionando complexas comparações de bem-estar¹¹². A simplificação adotada por Rawls (2008) para o problema de calcular os pesos dos componentes da lista de bens primários parece não funcionar quando refletimos sobre saúde. Porém, não parece haver uma solução simples a esse problema¹¹³. Uma solução supostamente simples, como a de concedermos prioridade absoluta aos bens, recursos e serviços associados aos cuidados de saúde, parece ser descabida¹¹⁴.

Um outro desenvolvimento argumentativo da teoria da justiça como equidade de Rawls parece menos problemático e mais enriquecedor para uma reflexão sobre questões de justiça relacionadas à saúde populacional. Esse desenvolvimento da teoria

¹¹¹ No original: “by adding items, especially specific ones, we are likely to lose our share political conception of the needs of citizens” (Daniels, 2008, p.56).

¹¹² Como ressalta Daniels, ao dissertar sobre a questão, os complexos problemas derivados de uma adição da assistência à saúde à lista de bens primários foram originalmente diagnosticados por Arrow (1973): “Arrow (1973, p.254) argued that adding health care to the index, and allowing its trade-off against income and wealth, would force Rawls into comparisons of well-being (or utility) he had hoped his index would avoid. Whether or not Arrow is right in this instance, he points to a more general problem that a more complex index must face.” (Daniels, 2008, pp. 56-57)

¹¹³ Rawls (2008) assume que os quinhões de renda e de riqueza se correlacionam bem com o valor total do índice de bens primários. Como explica Daniels (2008), “this simplification makes it easier to consider the effects of the difference principle. As a result, Rawls does not discuss in detail how to weight acknowledged primary good, such as powers and prerogatives of position (including worker control over the workplace), against income. Nor does he tell us what to do when he simplifying assumption does not hold” (Daniels, 2008, p. 57n).

¹¹⁴ Uma posição inversa também parece ser absurda. Concedermos prioridade absoluta a posição socioeconômica perante critérios internos às necessidades de saúde não parece ser razoável. Correríamos o risco, lembrado por Arrow (1973), de termos que optar, em uma situação de urgência, por tratar as pessoas pobres com resfriados leves, ao invés de tratarmos as pessoas ricas com enfermidades graves.

da justiça como equidade se dá, como estamos buscando argumentar, com o alargamento da noção de oportunidade e de sua justificação por um princípio que assegura a igualdade equitativa de oportunidades, tal como Daniels propõe (Daniels, 1985; 2008). Nesta proposta, os bens primários sociais permaneceriam os mesmos da lista anteriormente apresentada, dotados de propriedades gerais, mais abstratas. O argumento apresentado por Daniels (1985), pode ser compreendido em três etapas (Daniels, 2008, p.29):

(1) Assistência à saúde → promove saúde (entendida como *normal functioning*)
[1.1]

Saúde → contribui para proteger Oportunidades [1.2]

∴ Assistência à saúde → protege Oportunidades. [1.3]

(2) Se a justiça requer que a sociedade proteja a(s) oportunidade(s) dos cidadãos, então a justiça concede (ou deve conceder) importância especial ao fornecimento de assistência à saúde. [2.1]

Tal proteção das oportunidades encontraria apoio na teoria da justiça como equidade (formulada por Rawls) e em seu robusto princípio que assegura igualdade equitativa de oportunidades. [2.2]

(3) Dado 2.2, ao menos uma teoria da justiça proeminente concederia especial importância à assistência de saúde. [3.1]

Dessa forma, Daniels propõe uma extensão particular da teoria de Rawls associando questões de saúde populacional com questões de justiça. [3.2]

Já em *Just Health* (2008), Daniels desenvolve novamente esse argumento, mas com algumas mudanças fundamentais. As questões de saúde deixam de ser centradas na assistência à saúde, abrangendo também outros serviços e bens e a distribuição dos determinantes sociais da saúde. Além disso, Daniels também procura mostrar como sua teoria também é legitimada por outras abordagens da justiça, além da desenvolvida por John Rawls (Daniels, 2008, pp.64-77).

Um breve retorno ao entendimento de Rawls sobre a igualdade equitativa de oportunidades nos auxiliará na compreensão da proposta de Daniels. Essa noção é apresentada com maior clareza quando Rawls desenvolve as interpretações possíveis

dos dois princípios de justiça (Rawls, 2008, pp.79-90)¹¹⁵. Sinteticamente, podemos propor que, enquanto a igualdade *formal* de oportunidades garante que as carreiras estejam abertas aos talentos – ou seja, que “os cargos estejam abertos aos que estão capacitados e dispostos a lutar por eles” (Rawls, 2008, p.80) –, o princípio de igualdade *equitativa* de oportunidades exige que as posições, as carreiras e os cargos estejam acessíveis não apenas no sentido formal, mas também que todos tenham oportunidades equitativas de alcançá-los (Rawls, 2008, p.87). Contudo, como o próprio filósofo reconhece (Rawls, 2008, p.88), à primeira vista, não está claro o que tal princípio expressa por completo. Todavia, como afirma Rawls:

(...) pode-se dizer que aqueles que têm capacidades e habilidades similares devem ter oportunidades similares de vida. Mais especificamente, presumindo-se que haja uma distribuição de dotes naturais, os que estão no mesmo nível de talento e capacidade, e têm a mesma disposição de usá-los, devem ter as mesmas perspectivas de êxito, seja qual for seu lugar inicial no sistema social. Em todos os setores da sociedade deve haver perspectivas mais ou menos iguais de cultura e de realizações para todos os que têm motivações e talentos semelhantes. As expectativas dos que têm as mesmas capacidades e aspirações não devem sofrer influência da classe social a que pertencem. (Rawls, 2008, p.88)

De acordo com a noção de igualdade formal de oportunidades devemos avaliar os candidatos a um cargo ou um emprego por seus talentos e habilidades, não levando em consideração outras informações, características ou traços, como classe social, relações familiares, gênero, casta, religião ou orientação sexual. É essa ideia que dá alicerce a importantes leis antidiscriminatórias implementadas em boa parte dos países democráticos ocidentais. Contudo, evitar e mesmo proibir legalmente a expressão de

¹¹⁵ Para não alongarmos excessivamente essa argumentação, optamos por não detalhar as quatro interpretações possíveis dos princípios apresentadas por Rawls (2008). Contudo, apresento abaixo a tabela formulada por Rawls para sintetizar essas interpretações (Rawls, 2008, p.79):

				<i>“Benefício de todos”</i>	
<i>“Acessíveis a todos”</i>				Princípio de eficiência	Princípio de diferença
Igualdade na forma de carreiras acessíveis aos talentos				Sistema de liberdade natural	Aristocracia natural
Igualdade na forma de oportunidades equitativas				Igualdade liberal	Igualdade democrática

preconceitos e atos discriminatórios não soluciona o problema das iniquidades de oportunidades. Para ficarmos em exemplos trabalhados por Rawls, lembremos do impacto que a família e a educação formal acarreta no desenvolvimento de talentos, habilidades e expectativas. Justamente por isso, um princípio de igualdade equitativa de oportunidades tem que envolver políticas públicas, instituições e medidas mais fortes para mitigar – e, mesmo assim, sempre de modo imperfeito¹¹⁶ – os efeitos arbitrários da loteria social no desenvolvimento de talentos e habilidades.

Desse modo, uma tarefa central de uma perspectiva da justiça é a de atenuar as influências de contingências sociais sobre parcelas distributivas. Para isso, é necessário um arcabouço institucional que evite o acúmulo excessivo de propriedades e riqueza, como também propicie oportunidades iguais de educação a todos os cidadãos da sociedade. Cabe ao sistema educacional uma tarefa muito importante da perspectiva de justiça, pois tal sistema deve se destinar a demolir as barreiras entre as classes, visto que as oportunidades de adquirir cultura e qualificações não devem depender da classe social de origem (Rawls, 2008, p.88).

Entretanto, Rawls considera que a justiça não deve se limitar a essa tarefa de propiciar e manter a igualdade equitativa de oportunidades. Um entendimento da justiça distributiva limitado ao fornecimento de condições adequadas à igualdade equitativa de oportunidades e a um critério de eficiência alocativa – entendimento defendido pelos

¹¹⁶ Por mais que as instituições públicas sejam eficientes, o princípio de oportunidades equitativas só pode ser realizado, nas sociedades contemporâneas, de modo imperfeito, devido, entre outros fatores, ao papel crucial da estrutura familiar. Refletindo especificamente sobre o caso da educação podemos observar isso. Um estado deve, enquanto tarefa prioritária de justiça, não só assegurar o acesso às instituições escolares a todos, como também reduzir em escala significativa os gigantes desníveis de qualidades da escolarização que existem em grande parte dos países contemporaneamente, como no Brasil. Contudo, mesmo que essa tarefa fosse realizada, não conseguiríamos ainda garantir uma igualdade equitativa de oportunidades educacionais, visto que são diversos os fatores que impactam nas oportunidades educacionais, os quais vão além das condições sociais e familiares, mas também envolvem dezenas de fatores ambientais. Como argumenta Vita (2007), nessas circunstâncias o liberalismo igualitário estaria diante de uma dificuldade de conciliar as duas motivações para agir fundacionais a essa perspectiva. Em suas palavras: “As instituições e as políticas que têm por objetivo igualizar os pontos de partida são exigidas pela consideração igual e imparcial que devemos ter pela vida de cada pessoa. Mas, ainda que os beneficiários das vantagens de classe e de *background* cultural se disponham a apoiar instituições dessa natureza – a provisão de serviços públicos de educação e saúde de boa qualidade, por exemplo –, eles também se empenharão em beneficiar seus filhos de forma diferenciada” (Vita, 2007, pp.244-245). Contudo, como argumentaremos, a teoria da justiça como equidade não busca implementar uma espécie de “meritocracia perfeita”, mas enfrentaria essa questão defendendo que a igualdade democrática deve ser o ideal fundamental a ser sempre perseguido por uma sociedade.

adeptos de uma interpretação liberal dos princípios de justiça, que Rawls nomeia de “igualdade liberal” – intuitivamente parece deficiente. Como disserta Rawls, tal combinação “mesmo que funcione à perfeição na eliminação da influência das contingências sociais, ainda assim permite que a distribuição da riqueza e da renda seja determinada pela distribuição natural de talentos” (Rawls, 2008, p.89). Dessa forma, se entendermos que os quinhões distributivos estão distribuídos de forma justa de acordo com a concepção liberal – ou seja, se respeitarem, estritamente, um princípio de igualdade equitativa de oportunidades somado a um critério de eficiência –, as parcelas distributivas de cada cidadão serão decididas pelo resultado da loteria natural. Contudo, de um ponto de vista moral, esse resultado é arbitrário. Os resultados da loteria natural são tão arbitrários quanto os resultados da loteria social, que o princípio de liberdade equitativa de oportunidades busca anular. Como expressa Rawls, “não há mais motivo para permitir que a distribuição de renda e riqueza seja determinada pela distribuição de dotes naturais do que pelo acaso social e histórico” (Rawls, 2008, p.89).

Assim, Rawls (2008) propõe que o princípio da igualdade equitativa de oportunidades deva ser combinado com o princípio da diferença, combinação que é nomeada de “igualdade democrática”¹¹⁷. A ideia intuitiva dessa “interpretação democrática” é a de que a ordem social só deve propiciar perspectivas atraentes aos que estão em melhor situação se essas forem vantajosas também aos em pior situação. Dessa forma, encontramos uma interpretação adequada aos princípios de justiça que trata a todos igualmente como pessoas morais. Essa interpretação não pode medir a parcela de cada pessoa nos benefícios e nos encargos da cooperação social segundo sua fortuna social ou sua sorte na loteria natural (Rawls, 2008, pp.89-90).

Enquanto a igualdade equitativa de oportunidades corrige parcialmente a arbitrariedade moral das contingências sociais, o princípio da diferença busca mitigar os efeitos arbitrários de uma combinação de loterias social e natural de talentos e habilidades socialmente valorizadas. Esse uso conjunto da igualdade equitativa de oportunidades e do princípio da diferença gera uma forte tendência à igualdade (Rawls, 2008, pp.120-130). Mais do que isso, gera uma concepção de justiça estável e

¹¹⁷ O ideal de igualdade democrática nos parece ser a noção central da vertente de teorias igualitárias da justiça que é originária da teoria de Rawls. Ao longo deste e dos próximos capítulos essa ideia de igualdade democrática ganhará mais centralidade em nossa argumentação.

providencia as bases sociais adequadas do autorrespeito: a adoção da igualdade equitativa de oportunidades e do princípio da diferença estabelecem uma base pública para ver os outros como dignos de respeito. Esse reconhecimento público suporta o autorrespeito (Daniels, 2008, p.56).

Por fim, uma última mas importante consideração sobre a ideia de igualdade equitativa de oportunidades em Rawls (2008). Na teoria da justiça como equidade, a igualdade equitativa de oportunidades está associada ao entendimento da justiça distributiva como justiça procedimental pura. De modo distinto de outros autores, Rawls aplica a ideia de justiça procedimental pura às parcelas distributivas. Ou seja, uma distribuição desses quinhões só pode ser considerada justa em decorrência do procedimento que levou a tal distribuição. Dessa forma, na justiça procedimental pura não há um critério independente para verificarmos se o resultado de um procedimento é correto ou justo. Seja qual for o resultado de um procedimento justo (ou correto), esse resultado será justo (ou correto). Justamente por essa característica é ainda mais “necessário se estabelecer e administrar um sistema justo de instituições” (Rawls, 2008, p.105), de acordo com a teoria da justiça formulada por Rawls¹¹⁸. O princípio de igualdade equitativa de oportunidade é central nessa tarefa. Tal princípio tem por função garantir que o sistema de cooperação seja um sistema de justiça procedimental pura (Rawls, 2008, p.105)¹¹⁹.

Portanto, poderíamos ampliar a noção de oportunidades para incluir as instituições e serviços que listamos anteriormente como necessários à manutenção, ao reestabelecimento e à provisão de equivalentes funcionais ao funcionamento normal – isto é, necessários à saúde – dos cidadãos? Esse parece ser um modo frutífero de conectar as preocupações de saúde com a perspectiva da justiça¹²⁰. As instituições

¹¹⁸ Como afirma o filósofo, “é só contra o pano de fundo de uma estrutura básica justa, que conta com uma constituição política justa e uma organização justa das instituições sociais e econômicas, que podemos afirmar que existe o necessário procedimento justo” (Rawls, 2008, p.105).

¹¹⁹ Há uma vantagem fundamental da justiça procedimental pura perante as demais concepções de justiça. Ao adotarmos a justiça procedimental pura não é mais necessário levar em conta a infinidade de circunstâncias nem posições relativas das pessoas, evitando-se o problema de definir princípios que deem conta das enormes complexidades que surgiriam se tivéssemos que levar essas informações em consideração (Rawls, 2008, p.106). Como argumentaremos no Capítulo 3, parte importante das críticas dirigidas a posições igualitárias não levam em consideração essa importante dimensão da teoria da justiça formulada por Rawls.

¹²⁰ Como já enfatizamos, esse argumentação é originalmente desenvolvida por Daniels (1985; 2008).

vinculadas aos serviços, execução de políticas públicas, cuidados médicos, assistência à saúde, distribuição e fornecimento de bens e recursos associadas às necessidades de saúde, que apresentamos anteriormente, devem ser parte das instituições de fundo que visam garantir a igualdade equitativa de oportunidades exigidas pelos princípios de justiça formulados por Rawls.

Assim como necessitamos de instituições de ensino para assegurarmos a igualdade equitativa de oportunidades entre os cidadãos de uma sociedade, também necessitamos de instituições que forneçam os serviços e cuidados de saúde. Dessa forma, não necessitamos estender a lista de bens primários sociais e enfrentar todos os problemas teóricos decorrentes dessa extensão. Como Daniels afirma:

Assistência à saúde não é um bem social primário, mas também não o são a comida, a vestimenta, o abrigo, ou outras necessidades básicas. Nós assumimos que as necessidades básicas serão adequadamente sustentadas com a porção justa de renda e riqueza. A importância especial e a distribuição desigual de necessidades de cuidado de saúde, assim como as necessidades educacionais, são reconhecidas ao conectarmos as necessidades às instituições que proveem a igualdade equitativa de oportunidade. Mas a oportunidade, e não cuidado de saúde ou educação, permanece o bem social primário. (Daniels, 2008, p.57, tradução)¹²¹

Incluirmos as instituições de assistência à saúde, em sentido abrangente, entre aquelas instituições necessárias para a manutenção da justiça de fundo que devem proteger a igualdade equitativa de oportunidades parece ser compatível com as intuições que pautam as preocupações de justiça da teoria de Rawls. Se a preocupação centralmente manifesta por Rawls, em *Uma teoria da justiça*, que o motivou a formular o princípio de igualdade equitativa de oportunidades, é aquela vinculada às oportunidades de perseguir planos de carreira, empregos e cargos, aos quais estariam atrelados vários benefícios, parece ser razoável também estendermos a noção de

¹²¹ No original: Health care is not a primary social good, but neither are food, clothing, shelter, or other basic needs. We assume that the later will be adequately supported by fair shares of income and wealth. The special importance and unequal distribution of health-care needs, like educational needs, are acknowledged by connecting the needs to institutions that provide for fair equality of opportunity. But opportunity, not health care or education, remains the primary social good. (Daniels, 2008, p.57).

igualdade equitativa de oportunidades para, dentro do possível, combatermos as desvantagens que alguns sofrem em decorrência de má saúde, doenças, deficiências ou impedimentos. Não parece ser descabido propormos que, de acordo com a teoria da justiça como equidade, proteger a gama de oportunidades disponíveis às pessoas de uma sociedade, em sentido mais abrangente – como definimos no final da *Introdução* deste capítulo –, deve ser considerado um objetivo fundamental a ser almejado por uma sociedade justa. Resta saber, entretanto, se essa extensão da teoria rawlsiana não gera consequências imprevistas ou mesmo não seria incompatível com a teoria da justiça como equidade, tal como proposta originalmente por Rawls.

Como mostramos anteriormente, de acordo com teoria de Rawls, uma tarefa prioritária da justiça é combater e se possível anular os efeitos da loteria social sobre a vida e o leque de oportunidades disponível aos cidadãos. Somente assim asseguraríamos a igualdade *equitativa* de oportunidades. Para isso, eliminarmos barreiras formais e legais, assim como implementarmos leis antidiscriminatórias, não seria o bastante. Precisamos ir além dessa importante etapa. Necessitamos de ações e medidas “positivas”, que melhorem e garantam as oportunidades dos grupos de cidadãos em pior situação, em desvantagem, em decorrência de arbitrariedades sociais. Uma medida “positiva” necessária, como argumentamos, é o estabelecimento de instituições que assegurem o fornecimento de educação de qualidade a todos os cidadãos.

Entretanto, não só a loteria social é arbitrária como também a loteria natural. Nascermos com habilidades, capacidades físicas e talentos valorizados socialmente é tão arbitrário quanto as contingências sociais. A igualdade democrática, que deve ser o ideal da justiça a almejarmos, exige o reconhecimento de que a posse de um talento superior – socialmente valorizado – não constitui um fundamento moral legítimo a partir do qual se tenha o direito ou a razão de se reivindicar ou mesmo exigir uma parcela maior dos frutos e benefícios da cooperação social (Vita, 2007, p.249).

Consequencialmente, temos razões suficientes para afirmar que a teoria de Rawls nos autoriza afirmar que temos que combater as desvantagens oriundas ou associadas à má saúde como um dever de justiça. A qualidade da saúde dos grupos populacionais é resultante de uma complexa interação de fatores que integram as duas loterias (social e natural) que geram resultados arbitrários¹²². Como afirma Daniels:

¹²² Essa questão será analisada cuidadosamente no Capítulo 4 da tese.

Nós devemos suprir as necessidades de saúde, incluindo necessidades de cuidados de saúde. Condições sociais – incluindo classe, gênero, raça, e desigualdades étnicas na obtenção de bens variados – contribuem significativamente para a distribuição de doenças e deficiências. Muitas doenças e deficiências não são simplesmente produto da loteria natural, mas são influenciadas também pela loteria social (Daniels, 2008, p.58, *tradução minha*)¹²³.

Deveria, assim, o princípio de igualdade equitativa de oportunidades ser aplicado às necessidades de saúde. A provisão de serviços e o atendimento das necessidades de saúde, como argumentamos, têm por objetivo a promoção do funcionamento normal dos indivíduos¹²⁴. Essa extensão do argumento originalmente proposto por Rawls parece estar plenamente em acordo com as ideias que pautam a teoria da justiça como equidade e, mais importante do que isso, tal extensão ilumina nossa forma de raciocinar sobre as questões de justiça e saúde que são o núcleo do interesse desta tese.

Contudo, resta saber se abordar as questões de justiça e saúde por uma perspectiva associada ao entendimento de justiça desenvolvido em um concepção de *justiça como equidade* não traz limitações significativas e consequências negativas a essa reflexão. Tal questão é pertinente e necessita ser enfrentada, pois diversas visões críticas ao desenvolvimento de uma reflexão sobre justiça e saúde que assuma por base as reflexões mais amplas formuladas por aqueles teóricos que se vinculam a um determinado igualitarismo, de origem rawlsiana, podem ser encontradas na literatura contemporânea. A crítica principal desenvolvida por esses trabalhos propõe que a abordagem contratualista, presente na obra de Rawls, impossibilitaria uma compreensão

¹²³ No original: We must meet health needs, including health-care needs. Social conditions – including class, gender, race, and ethnic inequalities in obtaining various goods – contribute significantly to the distribution of disease and disability. Much disease and disability is not simply a product of the natural lottery but is influenced by the social lottery as well (Daniels, 2008, p.58).

¹²⁴ O princípio de igualdade equitativa de oportunidades aplicado às necessidades de saúde não significa que devemos buscar anular ou equalizar qualquer diferença de saúde entre os indivíduos da população. Na verdade, “it aims only to keep people functioning normally and thus to assure them the range of opportunities they would have in the absence of disease or disability” (Daniels, 2008, p.58). Como argumentaremos no capítulo final da tese, parte das preocupações de justiça devem estar centradas em desigualdades injustas (iniquidades) de saúde entre grupos populacionais.

adequada, assim como uma reflexão e possível solução, dos problemas de justiça de saúde urgentes, tal como a questão dos deveres frente às pessoas com deficiência(s) ou impedimento(s) severo(s). A formulação mais bem acabada desse questionamento é realizada por Martha Nussbaum (2006), em sua consagrada crítica à teoria de Rawls. Muitas das críticas recentes à perspectiva da justiça e saúde formulada por Daniels (1985; 2008) são uma reformulação, com alguma atualização específica para abordar outros problemas de justiça e saúde, dessa crítica geral de Nussbaum¹²⁵. Na próxima seção, iniciaremos a apresentação das críticas centradas em questões de justiça e saúde que Nussbaum dirige à teoria da justiça como equidade de Rawls.

II

Martha Nussbaum, na obra *Fronteiras da Justiça* (2006), apresenta críticas à teoria da justiça formulada por John Rawls. Especificamente para os propósitos argumentativos desta tese, podemos agrupar essas críticas em dois conjuntos. Um primeiro leque de críticas seria dirigido aos pilares e bases teórico-conceituais da teoria da justiça de Rawls, ao colocar em questão a legitimidade das partes contratantes na posição original – e, conseqüentemente, a própria situação inicial de escolha idealizada dos princípios de justiça da teoria rawlsiana¹²⁶ – e de conceitos fundamentais de uma perspectiva rawlsiana, como cooperação e reciprocidade. Um segundo leque de críticas está centrada no questionamento da adoção de um único índice de bens primários sociais como métrica adequada da justa distribuição (Nussbaum, 2006, pp.113-116). Em oposição a essa proposta formulada por Rawls, Nussbaum e outros importantes autores – entre os quais, destaca-se o nome de Amartya Sen – defendem que uma métrica baseada em *capabilities* proporcionaria uma adequada solução ao problema da justa distribuição, ao satisfazer de modo mais justo, levando em consideração as particulares individuais, as necessidades das pessoas severamente debilitadas ou com deficiências e impedimentos, entre outros piores situados em saúde. Nesta seção abordaremos o

¹²⁵ Ver, por exemplo, a crítica dirigida à tese de Daniels realizada por Jecker (2013).

¹²⁶ Aproprio a terminologia “idealized initial choice situation” de Henry Richardson (2006). Como afirma Richardson: “One of Rawls’s original insights about the idea of a social contract is that the idealized initial choice situation (ICS) can serve as a basis for comparing alternative principles of justice. The OP [Original Position] is his favored interpretation of the ICS” (Richardson, 2006, p.422).

primeiro leque de críticas, enquanto as críticas associadas ao adequado *equalisandum* (bens primários ou *capabilities*) serão a temática da seção seguinte deste capítulo.

Aos olhos de Nussbaum, as abordagens teóricas contratualistas possuem problemas fundamentais que precisam ser enfrentados por aqueles que buscam refletir, nos dias atuais, sobre justiça distributiva e especificamente sobre justiça e saúde. Entre esses problemas não resolvidos pela perspectiva teórica contratualista desenvolvida por Rawls, Nussbaum elenca um problema que é central às reflexões sobre justiça e saúde: a questão dos deveres frente às pessoas com deficiência(s) e/ou impedimento(s)¹²⁷. Segundo a autora, a formulação de justiça apresentada por Rawls, assim como outras abordagens contratualistas da justiça, possui limitações que seriam resultado do próprio constructo teórico contratualista. Essas limitações impossibilitariam um enfrentamento adequado da questão dos deveres frente às pessoas com deficiências ou impedimentos. Dessa forma, tanto a teoria da justiça como equidade formulada por Rawls, como também desdobramentos teóricos dessa perspectiva – como a teoria da justiça e saúde formulada por Daniels, que propõe a extensão teórica da noção de oportunidades e de igualdade equitativa de oportunidades e, conseqüentemente, as reflexões e considerações sobre justiça e saúde que formulamos neste capítulo – se deparariam com limitações intrínsecas e insuperáveis. De acordo com o diagnóstico de Nussbaum, essas limitações estariam associadas a elementos teóricos basilares da teoria da justiça formulada por Rawls, como a própria concepção das partes contratantes, e acarretariam equívocos teóricos graves que impossibilitam uma adequada reflexão sobre justiça e saúde e, especialmente, sobre considerações e reivindicações de justiça associadas às pessoas com deficiência(s) ou impedimento(s) severo(s).

Como disserta Nussbaum, ao retornarmos às obras escritas pelos principais autores vinculados à tradição contratualista podemos observar reiteradamente a apresentação dos agentes contratantes como homens aproximadamente iguais e capazes

¹²⁷ Segundo Nussbaum, além do (1) problema de justiça das pessoas com deficiência(s) e/ou impedimento(s), outras duas questões não seriam respondidas adequadamente pelas teorias contratualistas, em especial pela de Rawls: (2) o problema do “papel da nacionalidade ou do lugar de nascimento como influentes nas chances de vida básicas das pessoas” (Nussbaum, 2013, p.23) que derivaria na questão da justiça entre povos e justiça global, e, por fim, (3) o problema do pertencimento à espécie, ou seja, questões de justiça em relação a outras espécies animais não humanas. De modo particular, a autora defende “a necessidade de estender nossas teorias da justiça para fora do campo do humano, para que as questões de justiça possam também ser endereçadas aos animais não humanos” (Nussbaum, 2013, p.27).

de exercer atividades econômicas produtivas (Nussbaum, 2013, p.18). Assim, seriam excluídos da situação inicial de contrato tanto as mulheres, como as crianças e idosos. De modo ainda mais marcante, as pessoas com deficiências ou impedimentos físicos ou mentais severos ou incomuns seriam sempre excluídos do conjunto daqueles que constituem as partes contratantes dos princípios políticos primeiros (Nussbaum, 2013, p.19). Ainda de acordo com a autora, poucos avanços em relação a essas exclusões podem ser encontrados na obras dos autores contemporâneos vinculados a tal perspectiva teórica contratualista, em especial no que diz respeito à representação e à igual consideração das pessoas com deficiência na situação inicial de escolha de princípios primeiros de justiça. Como Nussbaum destaca, a exclusão de grande parte dessas pessoas com deficiências e impedimentos parece ser injustificável e injusta¹²⁸. Como disserta:

Para muitas pessoas com deficiências e impedimentos, mas totalmente capazes de participar da escolha política, sua exclusão da situação [de escolha] básica de imediato pareceria ser um defeito, do ponto de vista da justiça. Elas não estão sendo tratadas como completamente iguais aos outros cidadãos; suas vozes não estão sendo ouvidas quando os princípios básicos são escolhidos. Tais problemas parecem ainda mais graves quando reconhecemos que são sociais muitos dos fatores que algumas vezes excluem da participação na escolha política as pessoas com deficiência, e estão longe de ser inevitáveis. Assim, não há, por princípio, razão pela qual essas pessoas não poderiam ser incluídas em uma situação de escolha que não deve pressupor nenhuma estrutura particular de instituições sociais (Nussbaum, 2013, p.20).

Essa exclusão adquire, de acordo com o diagnóstico crítico de Nussbaum, maior gravidade ao evidenciarmos que há uma identificação, nas teorias contratualistas,

¹²⁸ Nussbaum faz uma ressalva perante a inclusão de pessoas com deficiências mentais graves como integrantes das partes contratantes na situação inicial de escolha de princípios primeiros de justiça. Em suas palavras: “Pessoas com deficiências mentais graves, entretanto, não poderiam ser incluídas diretamente no grupo dos que escolhem os princípios políticos, a despeito de quão generosamente entendamos seus potenciais para tal contribuição. Para elas, a falha de sua não inclusão entre aqueles que escolhem não pareceria uma injustiça, desde que houvesse uma maneira de seus interesses serem levados em consideração.” (Nussbaum, 2013, p.20)

entre aqueles que são as partes contratantes – ou seja, aqueles que definem quais serão os princípios básicos da sociedade – e aqueles a que se destinam tais princípios. Desse modo, supõe-se nessas teorias uma identidade entre as partes no momento e local do contrato e os cidadãos da sociedade que seriam os sujeitos primários da justiça. É verdade que, reconhece Nussbaum, a teoria da justiça formulada por Rawls possuiria maiores nuances. Porém, segundo Nussbaum, por mais que Rawls realize uma diferenciação entre as partes na posição original e os cidadãos da sociedade a que se destinam os princípios acordados, essa distinção não gera diferença e efeitos significativos. Em seu entender, visto que “as partes escolhem princípios como se eles fossem feitos para uma sociedade na qual elas mesmas viverão, antecipando seus hipotéticos planos de vida” (Nussbaum, 2013, p.21), deixarmos para realizar considerações sobre os deveres com pessoas com deficiência para estágio posterior, mesmo que arranjos práticos para as necessidades de seres humanos como “parte” na situação inicial de escolha possam ser formulado, não é justo. Assim, o que Nussbaum busca expressar é que a adoção desse arcabouço conceitual contratualista faz com que as pessoas com deficiência não sejam livres, visto que não possuem a liberdade de formular e reformular os próprios princípios primeiros de justiça à luz de suas particularidades e conhecimentos específicos (Nussbaum, 2013, p.22).

Destarte, Nussbaum considera que elaborarmos primeiramente princípios de justiça para um “mundo idealizado” em que todos “os cidadãos são membros plenamente cooperativos de uma sociedade ao longo de toda a vida” (Rawls, 1999, p.332, *tradução minha*)¹²⁹ para, só em estágio posterior, levarmos em consideração o problema de justiça associado ao adequado tratamento de pessoas com deficiências físicas e mentais é um grave erro¹³⁰. Como destaca Richardson (2006, p.421), seriam quatro as razões apresentadas por Nussbaum para se opor ao adiamento de uma reflexão

¹²⁹ No original: “all citizens are fully cooperating members of society over the course of a complete life” (Rawls, 1999, p.332).

¹³⁰ Nussbaum afirma: “Mesmo que os seus interesses possam ser levados em consideração derivativamente, ou em um estágio posterior, naturalmente nos espantamos ao pensar na real necessidade desse adiamento, e nos questionamos se isso não tende, na verdade, a afetar a igualdade de tratamento entre esses cidadãos – mesmo que tal ação não constitua, em si mesma, uma forma desigual. Rawls, como veremos, reconhece, nesse ponto, uma lacuna em sua teoria, e se preocupa com ele. Argumentarei que o tratamento de Rawls para o problema da deficiência é inadequado e difícil de ser retificado” (Nussbaum, 2013, p.23).

sobre as pessoas com deficiências e impedimentos a um estágio posterior ao estabelecimento de princípios primeiros de justiça:

1. *A universalidade da dependência e da deficiência*: cada um de nós começa a vida como uma criança dependente desprovida das capacidades (*capabilities*) de um membro inteiramente cooperador da sociedade, quase todos nós ficamos severamente doentes em algum momento, e muitos de nós nos tornaremos enfermos/deficientes e dependentes novamente na velhice (Nussbaum, 2006, pp.87-88).
2. *A universalidade do cuidado*: De modo correspondente, o trabalho de cuidado dos pais (geralmente das mães), médicos e enfermeiras, e pelo filho ou pelo Estado é um traço essencial da vida humana (Nussbaum, 2006, pp.218-220; Kittay, 1999)
3. *O contínuo da deficiência*: Cada um de nós tem capacidades (*capabilities*) que são defeituosas de uma ou de outra maneira. Existe um contínuo (ainda que não claramente ordenado) nesse aspecto (Nussbaum, 2006, pp. 99, 125-126).
4. *O imperativo moral de evitar estabelecer uma dicotomia entre as pessoas com deficiência e as pessoas não-deficientes*: Considerando a terrível história do tratamento social daqueles com deficiências severas, seria errado abordar a questão com uma mentalidade “nós” e “eles” (Nussbaum, 2006, pp.192-194) (Richardson, 2006, p.421, *Tradução minha*).¹³¹

Desse modo, Nussbaum chama a atenção para quão equivocado é, por diversas razões, não realizarmos considerações de justiça sobre/com pessoas com deficiências em estágio teórico inicial. Optar por postergar essa reflexão dos deveres de justiça perante as pessoas com deficiências ou impedimentos severos seria um grave erro de difícil – ou mesmo impossível – retificação¹³². Mais do que isso, segundo Nussbaum,

¹³¹ No original: “1. *The pervasiveness of dependence and disability*: Each of us enters life as a dependent infant lacking the capabilities of a fully cooperating member of society, almost all of us get seriously ill at some point, and many of us will be infirm and dependent again in old age (Nussbaum, 2006, pp.87-88); 2. *The universality of care*: Correspondingly, care-giving work by parents (most often mothers), doctors and nurses, and by one’s children or the state is an essential feature of human life (Nussbaum, 2006, pp.218-220; Kittay, 1999); 3. *The continuum of disability*: Each of us has capabilities that are defective in one way or another. There is a continuum (although not a clearly ordered one) in this regard (Nussbaum, 2006, pp. 99, 125-126); 4. *The moral imperative to avoid drawing a dichotomy between the disabled and the non-disabled*: Given the appalling history of social treatment of those with serious disabilities, it would be wrong to approach these issues with an “us” and “them” mentality (Nussbaum, 2006, pp.192-194)” (Richardson, 2006, p.421).

¹³² Ou seja, Nussbaum se opõe à posição de Rawls de tratar das questões de saúde em estágio posterior à definição dos princípios primeiros de justiça. Como desenvolveremos em sequência,

não só o constructo contratualista presente na teoria de Rawls não responderia plausivelmente à questão das pessoas com deficiência, mas também outros elementos dessa teoria, alguns de “origem kantiana” e outros de “origem humeniana”, também seriam inadequados para reflexão sobre essa importante questão de justiça e saúde.

Do horizonte contratualista, devido à estreita concepção de cooperação social (e vantagem mútua), inexistentes seriam os benefícios oriundos de um pacto com pessoas com deficiências mentais severas, por exemplo. Já da perspectiva kantiana presente na teoria de Rawls, a própria concepção de pessoa dotada de capacidades e faculdades morais como base para a igualdade e justiça impediria, segundo Nussbaum, um adequado enfrentamento da questão da deficiência, visto que pessoas com graves restrições cognitivas estariam externas ao conceito de pessoa moral e não teriam seus direitos e necessidades adequadamente representados no contrato formulado por Rawls. Ainda, de acordo com a filósofa, a teoria de Rawls possuiria outro componente problemático de “herança humeniana” manifesto nas “circunstâncias da justiça” assumidas por essa perspectiva (Rawls, 2008, pp.153-157). Recordemos que Rawls assume como uma das condições de fundo, nas quais a cooperação humana é tanto possível quanto necessária, que os indivíduos que coexistem ao mesmo tempo em território geográfico definido sejam “*grosso modo*, semelhantes em suas capacidades físicas e mentais; ou, pelo menos, suas capacidades [sejam] comparáveis no sentido de que nenhum deles pode dominar os demais” (Rawls, 2008, p.154). Em suma, segundo Nussbaum, as necessidades das pessoas com deficiência severa não seriam, nem poderiam ser, questões de justiça na teoria de Rawls, mas, na melhor das hipóteses, seriam tratadas como deveres de caridade.

Porém, se é verdade que Rawls não discute pormenorizadamente a questão das pessoas com deficiência severa¹³³, parece ser precipitada a conclusão de que a perspectiva teórica da justiça formulada por Rawls obrigatoriamente rejeitaria a

Rawls acredita que o melhor momento para enfrentarmos as difíceis questões relacionadas às pessoas com deficiências severas é o estágio legislativo de sua teoria, quando a ocorrência e demais informações necessárias sobre essas deficiências e outros infortúnios de saúde podem ser conhecidas, assim como os tipos de tratamento e seus custos podem ser determinados e equilibrados com outras exigências ao gasto público (Rawls, 2011, p.217).

¹³³ Na única passagem explícita em *Uma Teoria da Justiça* sobre a questão da deficiência mental severa – “os mais ou menos permanentemente privados de personalidade moral” –, Rawls afirma que esse tipo de problema especial não pode ser abordado, mas não atingiria fundamentalmente a teoria da igualdade (Rawls, 2008, p.629).

existência de deveres de justiça em relação às pessoas com deficiências ou impedimentos¹³⁴. Não parece ser inequívoca a resposta sobre a necessidade estrita de uma demanda de contribuições recíprocas entre *todas* as pessoas na formulação de Rawls¹³⁵. Se é verdade que Rawls realmente afirma que termos equitativos de cooperação articulam um ideal de reciprocidade, não podemos concluir dessa consideração que só aqueles que cooperam possam ser beneficiados pelo contrato. Como ressalta Richardson, não há impedimentos em buscarmos formulações que articulem um modo de reciprocidade que seja *geralmente* aplicado na sociedade, mas não *universalmente* a todas pessoas de uma perspectiva contratualista (Richardson 2006, p.427). Mais do que isso, ao recordarmos que a teoria da justiça de Rawls tem por objeto primeiro a estrutura básica da sociedade, ao invés de cada indivíduo ou cada transação individual, também podemos observar como a adoção de uma noção de reciprocidade entre as pessoas não pode ser entendida como um rígido impeditivo de considerações de justiça em relação às pessoas com deficiências¹³⁶.

A leitura de Nussbaum aproxima – a nosso ver, de modo equivocado – a formulação teórica de Rawls a posições contratualistas contemporâneas de influência hobbesiana, como a apresentada por Gauthier (1987). Há uma insistência por parte de Nussbaum em entender que o contrato formulado por Rawls visaria unicamente a vantagem racional das partes. Contudo, na teoria de Rawls, as partes na posição original estariam não só considerando o que resultaria numa vantagem racional. As partes também considerariam que a decisão procedente de tal posição deve levar em conta que os princípios oriundos serão razoáveis para pessoas livres e iguais, moralmente motivadas, as quais aceitariam e endossariam tais princípios uniformemente como membros razoáveis de uma sociedade bem-ordenada (Freeman, 2006, p.418).

¹³⁴ Freeman (2006, p.412) apresenta um desenvolvimento teórico nessa direção argumentativa.

¹³⁵ A nosso ver, Freeman (2006) concede maior peso e centralidade à noção de reciprocidade na teoria de Rawls do que concede Richardson (2006).

¹³⁶ Ainda, caso adotemos uma compreensão de reciprocidade e cooperação mais frouxa que a afirmada por Rawls não geraríamos grandes mudanças no ponto de vista da justiça rawlsiana. Como afirma Richardson: “Because Rawls’s is a theory directed at the basic structure of society rather than at each individual or at each transaction, this loosened structural interpretation of social cooperation, which forebears from demanding universal participation, marks no great departure from his (Rawls’s) view.” (Richardson, 2006, p.427)

É importante lembrar que, de acordo com Rawls, uma situação inicial de escolha idealizada serviria como base para a comparação de princípios de justiça. Nessa posição original:

Rawls dota as partes de uma teoria “fraca” de bem, na qual os ‘bens primários’ (...) são organizados com referência à ‘interesses de ordem superior’ ao enquadrar e perseguir livremente uma concepção de bem e ao desenvolver e agir a partir de um senso de justiça. Como as partes são definidas como se importando com direitos e liberdades, e como elas também são definidas como organizando o que buscam com base em interesses de ordem superior ao enquadrar livremente uma concepção de bem, elas têm razão para dar prioridade à liberdade. Isso, por sua vez, as leva a favorecer os dois princípios de Rawls no lugar do utilitarismo, dado que o primeiro princípio dá prioridade às liberdades básicas (Richardson, 2006, p.422, *tradução minha*)¹³⁷.

Nussbaum apresenta um entendimento dessa posição original que pode levar a equívocos interpretativos da teoria da justiça apresentada por Rawls. Na leitura de Nussbaum, a posição original ganha extrema centralidade e adquire uma espécie de função de identidade plena com toda a teoria de Rawls (ver, entre outras passagens, Nussbaum, 2013, pp.20-23). Por um lado, poderíamos defender que a argumentação normativa central da teoria da justiça formulada por Rawls possui certa independência da situação inicial idealizada de escolha – ou seja, do artifício da posição original –, sendo dependente de argumentos de aceitabilidade razoável por pessoas moralmente motivadas (Scanlon, 1982)¹³⁸.

Por outro lado, mesmo se aceitássemos certa plausibilidade da leitura de Nussbaum, parte significativa de suas críticas continuaria a ser enganosa ou, até mesmo, equivocada. A autora argumenta, por exemplo, que Rawls não atribui benevolência (em

¹³⁷ No original: “Rawls endows the parties with a “thin” theory of good, in which the “primary goods” [...] are organized by reference to the “highest-order interests” in freely framing and pursuing a conception of the good and in developing and acting from a sense of justice. Because the parties are defined as caring about rights and liberties, and because they are also defined as organizing their pursuits on the basis of a highest-order interest in freely framing a conception of the good, they have reason to give priority to liberty. This, in turn, leads them to favor Rawls’s two principles over utilitarianism, as the First Principle gives priority to the basic liberties” (Richardson, 2006, p.422).

¹³⁸ Uma argumentação que apresenta os equívocos de uma interpretação simplificada da teoria da justiça, formulada por Rawls, que a reduz à escolha de princípios de justiça por partes mutuamente desinteressadas na posição original pode ser encontrada em Barry (Barry, 1989; 1995).

relação às pessoas com deficiências) às partes na posição original, pois isso anularia o pressuposto de mútua vantagem. Como esclarece Freeman (2006, p.413), a razão de a benevolência não ser atribuída às partes é de ordem completamente distinta. Seria muito difícil especificar e definir afeições benevolentes e, mais do que isso, a benevolência seria uma motivação moral, uma noção de segunda-ordem¹³⁹. Ainda, por mais que julguemos plausíveis as pontuações apresentadas pela autora sobre os problemas decorrentes da centralidade das noções de cooperação e reciprocidade em uma teoria da justiça, caso esta teoria vise, como defende Nussbaum, levar em consideração (desde seu primeiro estágio) as pessoas com deficiência, acreditamos que – em acordo com a argumentação desenvolvida por Richardson (2006) – “os argumentos de Rawls que fazem uso do dispositivo da PO [Posição Original] não dependem essencialmente de nenhuma premissa de reciprocidade” (Richardson, 2006, p.427, tradução minha¹⁴⁰)¹⁴¹. Ou seja, ao contrário do que parece supor a crítica de Nussbaum, os argumentos de Rawls não dependem de nenhuma premissa de reciprocidade, como entendida por uma concepção hobbesiana de justiça como benefício mútuo, e, consequencialmente, o papel da cooperação mútua e da reciprocidade na posição original não é tão fundamental.

De modo distinto de Rawls, Nussbaum constrói uma argumentação defendendo que temos deveres de justiça perante aqueles com deficiências ou impedimentos mesmo que tais pessoas sejam incapazes de fazerem parte de uma cooperação social, baseando-se em uma ideia aristotélica de dignidade humana (Richardson, 2006, p.428). Contudo, é importante destacar que a filósofa não deseja rejeitar como um todo as teorias contratualistas da justiça e, particularmente, a teoria de Rawls – e em especial suas conclusões e princípios gerais –, mas “continuar trabalhando em teorias alternativas que talvez possam aumentar nosso entendimento da justiça e que nos permita ampliar aquelas mesmas teorias” (Nussbaum, 2013, p.31). Como já reiteramos, o que Nussbaum questiona é a ausência de um posicionamento de Rawls em relação às pessoas com deficiência ainda na posição original, no estágio de justificação de princípios fundamentais de justiça. Como podemos observar na passagem:

¹³⁹ O fato de as partes serem mutuamente desinteressadas também gera críticas, de Nussbaum, das mais variadas ordens.

¹⁴⁰ No original: “Rawls’s arguments making use of the device of the OP [Original Position] do not essentially depend on any reciprocity premise” (Richardson, 2006, p.427).

¹⁴¹ Como informamos anteriormente, essa é uma questão controversa, longe de ter uma resposta consensual entre aqueles que se dedicam a analisar a obra de Rawls e desenvolver sua perspectiva teórica.

[M]as o que parece desanimador sobre a sua abordagem da dignidade humana e inclusão social é que ele [Rawls] recusa a comprometer o Estado em apoiar plenamente as pessoas com impedimentos físicos e mentais a partir dos próprios princípios políticos básicos, adiando essa questão até a hora em que os princípios já tenham sido fixados. (Nussbaum, 2013, p.249)

É essa a objeção central, como estamos buscando demonstrar, realizada por Nussbaum à teoria de Rawls. Porém, se Nussbaum está correta ao destacar que Rawls só irá se preocupar – e ainda de modo pontual – com a questão das pessoas com deficiências e impedimentos severos em estágio posterior à definição dos princípios primeiros de justiça, ao contrário do que filósofa tende a indicar, Rawls não adia a questão das pessoas com deficiência por julgá-la menos importante ou porque seria simplesmente uma demanda de caridade¹⁴². Contudo, deve-se reconhecer a pertinência dessa questão de Nussbaum. Um Estado deve ter preocupações centrais de justiça com pessoas com deficiências ou doentes? A inexistência de um princípio da reparação em relação às pessoas com deficiências, enquanto justiça de base, não significa negar direitos e liberdades fundamentais a essas pessoas com deficiências, impedimentos ou graves problemas de saúde. Rawls, ao formular sua teoria da justiça, propõe uma divisão de trabalho entre quatro estágios consecutivos de justiça, afirmando que as decisões sobre normas de justiça que visam à reparação de deficiências graves devem ocorrer no estágio legislativo. Pois, de modo distinto do que ocorre na posição original e

¹⁴² Freeman, responde esse questionamento de Nussbaum afirmando que: “It is rather because of the special role he assigns to political principles of justice in settling structural issues of “background justice”. The “primary subject of justice” is the design of “basic social institutions” (...). These basic social institutions are necessary for a complex society to function, adapt to changing circumstances, reproduce itself, and endure from one generation to the next. In this regard, remedial institutions and agencies for the disabled, like other important social institutions, such as religion—however profound their influence on people’s lives—are not basic institutions. It is within the framework of basic social institutions that these and other important social institutions pursue their goals and that more specific problems of justice arise, including justice to the disabled. Claims of the disabled are important problems of justice. But not all “basic political principles,” as Nussbaum understands them, are basic principles of background justice. Principles of redress for the disabled may be “basic” in the sense that they are of great moral importance. But principles of redress are not principles of background justice for the basic structure of society, and the institutions needed to realize principles of redress are not basic social institutions in the aforementioned sense. Nor are they, on Rawls’s account, principles of distributive justice” (Freeman, 2006: 413-414).

na etapa constituinte, no estágio legislativo, além de as motivações morais de justiça estarem presentes, o espesso véu da ignorância seria retirado e, portanto, um maior número de informações relevantes a respeito dos tipos e extensões de deficiências, assim como das necessidades das pessoas com deficiência e dos gastos públicos estaria disponível para uma adequada tomada de decisão¹⁴³. Informações sobre a prevalência de várias doenças e sua severidade, sobre a frequência de acidentes e suas causas, sobre variações interindividuais, entre outras relevantes, estariam disponíveis na etapa legislativa e justamente por isso as políticas de proteção da saúde pública e de assistência médica podem ser discutidas nessa etapa (Rawls, 2003, p.245; Rawls, 2008, pp.239-247).

Porém, mesmo que essa opção de Rawls de postergar a questão das pessoas com deficiências para um estágio posterior à definição dos princípios primeiros gere dissensos difíceis de serem solucionados, duas ressalvas finais sobre essa questão merecem ser realizadas. Grande parte das deficiências e doenças que estão no núcleo das preocupações de Nussbaum – e de outros autores vinculados a abordagem das *capabilities*, entre os quais, Sen – são resultantes das desigualdades socioeconômicas e iniquidades distributivas, assim como das péssimas condições de vida em que parte significativa da população mundial se encontra nos dias atuais. Essas pessoas não possuem as condições básicas para suprirem as necessidades fundamentais para uma vida minimamente saudável – entre as quais, o acesso à água potável, à alimentação adequada e às condições minimamente razoáveis de moradia e vestimenta. Os dois princípios de justiça formulados por Rawls, que possuem como objeto primeiro a estrutura básica da sociedade, são capazes de responder normativamente à questão posta por essas deficiências e impedimentos, visto que eles são socialmente gerados. Essas péssimas condições sociais, extremamente preocupantes de um ponto de vista da justiça, que causam uma parte significativa das doenças e deficiências severas, inexistiriam se as instituições básicas da sociedade respeitassem os dois princípios de justiça e a justiça de base fosse garantida. Dessa forma, as questões que seriam enfrentadas no estágio legislativo, pela teoria da justiça formulada por Rawls, seria um subcategoria diminuta

¹⁴³ Richardson (2006) realiza o exercício teórico de apresentar princípios de justiça que seriam acordados na posição original – ou seja, em uma abordagem contratualista – levando-se em consideração a questão das pessoas com deficiências severas, tal como levantadas por Nussbaum.

de deficiências e incapacitações que são produto dos infortúnios genéticos ou de acidentes e/ou outros acontecimentos infelizes¹⁴⁴.

Em segundo lugar, boa parte das colocações e críticas realizadas por Nussbaum, que apresentamos até o momento, parecem ser plausivelmente anuladas pela extensão da teoria da justiça como equidade realizada por Daniels (1985; 2008). Uma extensão da ideia de oportunidade apresentada por Rawls, assim como de seu princípio da igualdade equitativa de oportunidades, parece responder às importantes colocações apresentadas por Nussbaum sobre as reivindicações de justiça das pessoas com deficiências e impedimentos severos. Como afirmarmos anteriormente, uma demanda central de justiça é proteger as oportunidades disponíveis às pessoas de uma sociedade. Se consideramos normativamente correta a proposta desenvolvida por Daniels, podemos afirmar que, no caso específico do auxílio as pessoas com deficiências e impedimentos severos, essa demanda de justiça se materializa no dever de fornecer os diversos tipos de atendimentos, cuidados, assistências, serviços de saúde, condições de moradia e deslocamento adequadas, suprimentos e alimentação especial, assim como legislação específica e garantias de inclusão social a essas pessoas, entre outras possíveis reivindicações. Entretanto, as críticas que Nussbaum dirige à teoria de Rawls não se limitam às críticas que até aqui apresentamos, pois elas também estão concentradas na opção de Rawls pelos bens primários como adequado *equalisandum*. Iniciaremos a próxima seção avaliando essa questão.

III

O segundo conjunto de críticas que Nussbaum dirige à teoria da justiça como equidade diz respeito à escolha do *equalisandum*. A seu ver, o enfoque das *capabilities* forneceria uma perspectiva de métrica adequada para solucionar o problema de justiça relacionado à satisfação das necessidades das pessoas severamente debilitadas, com deficiências e impedimentos, entre outras pessoas em pior situação de saúde. Como argumentamos na seção I deste Capítulo, segundo Rawls, a estrutura básica seria o

¹⁴⁴ Essa argumentação é realizada com minúcia por Pogge (2010a). No artigo, o filósofo busca responder as críticas, escritas por autores vinculados a abordagem da *capabilities*, dirigidas as teorias “recursistas”. Retomaremos pontualmente o argumento apresentado de Pogge (2010a) na próxima seção.

objeto primeiro da justiça, devendo os princípios de justiça distribuir de forma justa os bens primários sociais. A crítica de Nussbaum (2006), assim como a crítica realizada anteriormente por Sen (1980), enfatiza a suposta iniquidade derivada da distribuição igual de recursos – e, no caso específico de Rawls, da adoção de um mesmo índice de bens primários sociais – para todas as pessoas, sem qualquer consideração das particularidades e diferenças dos indivíduos. Esse conjunto de críticas propõe que rejeitemos o uso de um índice de bens primários como adequada métrica para tomada de decisões de justiça, sobre a qualidade de vida e em comparações interpessoais de bem-estar (Nussbaum, 2006, pp.113-116). Aos olhos de Nussbaum, e outros adeptos da abordagem das *capabilities*, um critério público de justiça social deve levar em consideração as taxas em que indivíduos com constituições física e mental diversas podem converter recursos em funcionamentos valiosos (Pogge, 2010a, p.17)¹⁴⁵.

Justamente por avaliarem que as taxas individuais de conversão de bens e recursos em funcionamentos devem ser levadas em consideração ao formularmos os critérios de justiça, tais autores afirmam que a teoria de Rawls – especialmente se levarmos em consideração os casos das pessoas com deficiências, impedimentos ou doenças¹⁴⁶ – não propiciaria uma formulação de justiça distributiva adequada. Tanto a teoria de Rawls, como as demais formulações “recursistas” da justiça, quando aplicadas a uma situação real, não resultariam numa distribuição ou situação justas, haja vista as iniquidades que permaneceriam a existir, resultantes do uso de recursos como adequada métrica de justiça. Uma distribuição igualitária de bens primários sociais ignoraria os diferentes percentis de conversão de recursos em qualidade de vida dos indivíduos. Uma mesma parcela de bens primários resultaria em diferentes “coisas que realmente importam”, isto é, coisas que uma pessoa pode *ser* ou *fazer*, de acordo com as capacidades individuais de conversão de recursos (Daniels, 2010, p.132). Pessoas com

¹⁴⁵ Segundo Sen, o “espaço” de avaliação apropriado para muitas finalidades, com as associadas às reivindicações de justiça, é o constituído pelas *capabilities*, ou seja, “pelas liberdades substantivas de escolher uma vida que se tem razão para valorizar” (Sen, 2000, p.94). Essas *capabilities* podem ser entendidas como as combinações alternativas de funcionamentos (*functionings*) – ou seja, as várias coisas que alguém pode considerar valioso fazer ou ser – cuja realização é factível a uma pessoa. Assim, enquanto as *functionings* são estados e atividades valiosos, a *capability* é um tipo de liberdade substantiva de realizar combinações alternativas desses *functionings* (Sen, 2000, p.95).

¹⁴⁶ Como sintetiza Freeman: “Nussbaum contends this is grossly unfair to the physically disabled, who need greater resources to achieve a comparable level of functioning with the nondisabled.” (Freeman, 2006, p. 412)

deficiências podem requerer níveis elevados de um recurso determinado para atingirem uma mesma qualidade de vida dos demais cidadãos sem deficiências ou impedimentos (Nussbaum, 2006, pp. 164-165) e, portanto, a distribuição de bens primários sociais, tal como proposta por Rawls, resultaria em situações de injustiça.

Nussbaum dirige outra crítica à adoção de uma lista de bens primários sociais como adequado *equalisandum*. Segundo a autora, a simplificação adotada por Rawls para supostamente encontrar as razões objetivas que permitiriam um acordo público razoável seria inadequada. A renda e riqueza não seriam um indicador apropriado ou uma medida razoável de quão bem as pessoas estão. Por exemplo, uma pessoa que precisa de cuidados para si ou para seus dependentes poderia ter mais renda ou riqueza que trabalhadores não qualificados, mas, ainda assim, estar em uma situação pior que tais trabalhadores, caso esteja em uma situação de ausência de cuidados (Nussbaum, 2006, pp.114-115)¹⁴⁷.

Não buscaremos apresentar uma réplica cuidadosa a essas críticas sobre a escolha do *equalisandum* e, especificamente, sobre a inflexibilidade dos bens primários. Elas constituem o subconjunto central das críticas que podem ser encontradas na crescente literatura sobre *capabilities* e já foram cuidadosamente examinadas em outros trabalhos¹⁴⁸. Contudo, em oposição a boa parte dos teóricos contemporâneos que se dedicam às questões de justiça e saúde, acreditamos que há pontos importantes em comum entre as abordagens das *capabilities* e a perspectiva rawlsiana¹⁴⁹. Além disso, acreditamos que ganhos analíticos podem ser obtidos, ao menos quando estamos

¹⁴⁷ Sem dúvidas, Nussbaum levanta uma questão importante para as teorias da justiça que se dedicam às questões de saúde ao enfatizar o importante papel do cuidado (e dos cuidadores). Grande parte dos cuidadores de pessoas com doenças ou idade avançada é constituída por mulheres, ou com algum vínculo familiar com a pessoa que necessita de cuidado – que alterou por completo as pretensões, objetivos e planos de vida para assumir tal tarefa –, ou profissionais que, como já destacamos anteriormente, são normalmente subvalorizadas no mercado de trabalho.

¹⁴⁸ Acreditamos que a importante tarefa de revisitar e responder cuidadosamente às críticas dirigidas às teorias “recursistas” da justiça elaboradas pelos autores vinculados à abordagem das *capabilities* foi realizado, com plenitude, por Pogge (2010a). Vita (1999) dedica-se também em examinar cuidadosamente a crítica de Sen a Rawls, apresentando uma proposta de conciliação parcial das duas métricas de justiça.

¹⁴⁹ Entre esses autores, destacam-se os nomes de Venkatapuram (2011) e Ruger (2010a). Os dois autores buscam apresentar uma teoria da justiça e saúde de uma perspectiva associada às *capabilities* e realizam um esforço tremendo de diferenciação de suas abordagens de uma perspectiva da justiça e saúde mais próxima da perspectiva rawlsiana, tal como a apresentada por Daniels (2008). Uma exceção, que busca destacar os pontos de convergências entre as duas perspectivas pode ser encontrada em Daniels (2010).

concentrados em uma reflexão sobre justiça e saúde, com a utilização de mensurações de justiça que busquem incorporar tanto os recursos – em especial, a lista de bens primários formulada por Rawls – como também alguns elementos teóricos oriundos das abordagens associadas ao *capability approach*¹⁵⁰. Contudo, antes de prosseguirmos na exposição da possível convergência entre essas perspectivas igualitárias, gostaríamos de pontuar alguns argumentos em resposta às críticas direcionadas à suposta inflexibilidade dos bens primários.

Em primeiro lugar, é necessário destacar que Rawls, em sua obra tardia, endossa os desenvolvimentos argumentativos sobre justiça e saúde realizados por Daniels. Em *Justiça como equidade*, Rawls afirma:

Essa assistência [médica] inscreve-se entre os meios gerais necessários para assegurar a igualdade equitativa de oportunidades e nossa capacidade de tirar vantagem dos direitos e liberdades básicos, e portanto de sermos membros normais e plenamente cooperativos da sociedade a vida toda. (Rawls, 2003, p.247)

Desse modo, Rawls considera que um nível básico de assistência médica para todos constitui um dos dispositivos institucionais importantes de uma sociedade democrática (Rawls, 2003, p.250)¹⁵¹. Assim, parece que alguns argumentos centrais das críticas direcionadas à teoria de Rawls têm sua importância diminuída, pois o funcionamento dessas instituições de saúde visam, justamente, garantir, dentro do possível, que todas as pessoas possam ser membros cooperativos da sociedade ao longo de suas vidas. Ou seja, as pessoas com deficiências ou outros impedimentos e doenças devem receber os mais variados tipos de cuidados de saúde e de assistência médica – entre outros cuidados, legislação e garantias especiais, como listamos anteriormente – para que assim possam, até onde isso for possível, se reestabelecerem como membros ativos e cooperativos da sociedade¹⁵². Dessa forma, parece ser equivocado afirmarmos que a teoria de Rawls, ao menos em seus trabalhos tardios, não leva adequadamente em consideração as pessoas com deficiência.

¹⁵⁰ No capítulo seguinte buscaremos desenvolver um pouco mais essa questão.

¹⁵¹ Esse seria um dos dispositivos institucionais que deveriam existir numa “democracia de cidadãos-proprietários”, para utilizarmos a terminologia empregada por Rawls (2003).

¹⁵² Esse ponto também é considerado por Vita (1999, p.490).

Em segundo lugar, devemos considerar a crítica de Nussbaum dirigida ao uso da renda e da riqueza em comparações de justiça, na teoria de Rawls, menos potente do que, em primeiro momento, ela parece ser. Especificamente sobre essa crítica direcionada à simplificação presente na teoria de Rawls que diz respeito à utilização da renda e da riqueza em comparações interpessoais, cabe destacar que esses bens primários (renda e riqueza), na teoria da justiça como equidade, “não devem ser identificados apenas à renda pessoal e à fortuna privada, pois temos controle, ou controle parcial, da renda e riqueza, não só como indivíduos mas também como membros de associações e grupos” (Rawls, 2003, p.244). Ou seja, Rawls busca destacar que nós, como cidadãos, somos beneficiários de vários serviços e bens fornecidos pelo Estado, como a assistência médica, a segurança, e o outros bens públicos diversos, sendo que todos esses itens podem ser incluídos, mesmo que indiretamente (como fizemos anteriormente com as necessidades de saúde), no índice de bens primários (Rawls, 2003, pp.244-245). Podemos afirmar, portanto, que, ao contrário do que as críticas acima apresentadas sugerem, existe certa flexibilidade na teoria de Rawls que possibilita algum grau de ajuste às diferenças existentes entre os cidadãos em decorrência de necessidades de saúde distintas¹⁵³.

Após essas réplicas pontuais às críticas que consideram os bens primários excessivamente inflexíveis, gostaríamos de apresentar um pequeno esboço de uma possível convergência entre as duas perspectivas igualitárias, da justiça como equidade e das *capabilities*, quando consideradas de um ponto de vista da justiça e saúde. Acreditamos que ao propor essa convergência estamos de acordo com o espírito das formulações de Rawls. Basta lembrarmos que Rawls afirma que:

a exposição dos bens primários não abstrai, mas, pelo contrário leva em consideração as capacidades [*capabilities*] básicas: particularmente as capacidades [*capabilities*] dos cidadãos como pessoas livres e iguais em virtude de suas duas faculdades morais (Rawls, 2003, p.239)

Recordemos que, na *Introdução* deste Capítulo, definimos um leque normal de oportunidades como o intervalo caracterizado pelas variedades de planos que pessoas

¹⁵³ As considerações que apresentamos aqui de forma abreviada podem ser encontradas em Rawls (2003, pp. 243-250).

razoáveis provavelmente desenvolverão para suas vidas. Mas o que faz com que alguns planos de vida sejam razoáveis para eu escolher enquanto outros não? Daniels (2010) responde essa questão afirmando que para um plano de vida ser razoável para mim, eu devo ter boas perspectivas de alcançá-lo uma vez que eu o escolher, dado os os funcionamentos realmente disponíveis para mim (Daniels, 2010, pp.134-135). Em consequência, desvios do funcionamento normal do meu organismo (ou seja, condições de doença) limitam os planos que eu posso razoavelmente perseguir e manter-me em boa saúde protege o leque de planos de vida que é razoável eu almejar. Justamente por isso, proteger minha saúde gera uma limitada¹⁵⁴, mas significativa, contribuição para a proteção de meu leque de oportunidade que é razoável perseguir. Ou seja, “um plano de vida que é razoável que eu persiga, é uma oportunidade que eu posso efetivamente exercer; é uma das minhas *capabilities*” (Daniels, 2010, p.135, *tradução minha*)¹⁵⁵. Desse modo, podemos propor que o espaço de oportunidades exercíveis não pode ser facilmente distinguível do espaço das *capabilities* – isto é, das combinações alternativas de estados e atividades valiosas às pessoas (Sen, 1992, p.49) – e vice-versa. Ou seja, poderíamos ter um semelhança de espaço de avaliação quando centramos as comparações de justiça em oportunidades exercíveis ou em *capabilities*. Ambas noções parecem ser de difícil mensuração empírica, em decorrência de um aspecto não factual, visto que não podem ser entendidas como recursos (no caso da oportunidades exercíveis), nem *functionings* realizadas (no caso das *capabilities*)¹⁵⁶. Justamente por isso, o uso de mensurações que busquem medir tanto os recursos disponíveis aos cidadãos como também os graus de funcionamentos realizados pelas pessoas pode ser uma proposta interessante para avaliações e trabalhos empíricos de justiça e saúde, pois esse uso conjunto pode propiciar informações importantes de um ponto de vista normativo da justiça que são de difícil disponibilidade empírica.

Entretanto, mais do que desenvolver essa comparação de elevada abstração, parece ser importante destacar que as recomendações institucionais e de políticas públicas de saúde que as duas perspectivas igualitárias tendem a apresentar podem ser

¹⁵⁴ A proteção e manutenção de uma boa saúde gera uma contribuição limitada pois outros fatores impactam no meu potencial de realizar meus planos de vida, como meus talentos e habilidades, por exemplo.

¹⁵⁵ No original: “a plan of life that it is reasonable for me to pursue is an opportunity I can effectively exercise; it is one of my capabilities” (Daniels, 2010, p.135)

¹⁵⁶ O argumento que buscamos sintetizar nesse parágrafo pode ser encontrado, de modo bem desenvolvido, em Daniels (2010, p.137).

consideradas, em grande escala, semelhantes¹⁵⁷. Devemos projetar instituições que providenciem proteção à saúde coletiva, que disponibilizem de modo equitativo os cuidados médicos às pessoas doentes, como também os cuidados de saúde e a assistência médica às pessoas com deficiências ou impedimentos. O adequado provimento de um conjunto de serviços, instituições, bens e recursos necessários à saúde da população, assim como para o adequado cuidado das pessoas com deficiências, impedimentos ou outras condições adversas de saúde, é uma tarefa prioritária de justiça. Mais do que isso, devemos formular políticas públicas que busquem combater as iniquidades de saúde resultantes da distribuição injusta dos determinantes sociais da saúde, assim como alterar a distribuição desses determinantes. Como as desigualdades de saúde são multideterminadas, existe uma necessidade de políticas públicas que atuem sobre variados aspectos e esferas das sociedades.

Garantirmos aos cidadãos um leque de *oportunidades exercíveis* e/ou *capacidades* que assegurem a realização da igualdade democrática pode ser considerado um ponto em comum entre as duas perspectivas igualitárias com as quais dialogamos nesse Capítulo, ao menos de um ponto de vista de justiça e saúde. No próximo capítulo, deslocaremos nossa atenção para o debate contemporâneo sobre o correto princípio primeiro que deve balizar uma justa distribuição de bens e recursos de saúde.

¹⁵⁷ Se nossa interpretação for correta, podemos afirmar que há mais convergências que divergências entre essas perspectivas de justiça distributiva, quando corretamente construídas. Mais do que isso, as recomendações de ação política e mudança institucional que resultam dessas duas abordagens parecem ser, em grande parte, similares. Contudo, três ressalvas merecer ser realizadas: (1) a convergência entre as duas abordagens parece ser mais evidente em alguns trabalhos do *capability approach* que em outros. Alguns trabalhos que buscam radicalizar o critério de *distribuição igual de capabilities* tende a se afastar da proposta teórica que apresentamos neste capítulo. Nossa proposta possui maior proximidade com as abordagens que defendem que a justiça deve assegurar um conjunto suficiente (delimitado) de *capabilities*. (2) Na nossa proposta teórica, há um claro enfoque institucional da justiça, em consonância com a teoria de Rawls. Devemos desenhar e garantir a existência de instituições que assegurem a igualdade equitativa de oportunidades, de uma dimensão associada à saúde populacional. Entretanto nos trabalhos de Sen – e mesmo de Nussbaum – parece existir um foco nas variações das condições individuais e uma atenção especial à distribuição de *capabilities* nos indivíduos que desloca o enfoque primeiro da justiça, em alguns momentos, às pessoas. Por fim, (3) Sen, em seus mais trabalhos recentes (2011), tende a se afastar por completo da teoria da justiça como equidade, passando a conceder quase que plena centralidade a um processo de deliberação democrático em avaliações de justiça.

Capítulo 3 – *Igualdade, Prioridade ou Suficiência em Saúde? Dissolvendo dilemas falaciosos em justiça e saúde*

Introdução

Um debate central das reflexões sobre justiça é dedicado à definição e à defesa do princípio fundamental que deve balizar a justa distribuição dos mais variados *distribuenda*. Há, contemporaneamente, um dissenso entre os teóricos que defendem posições igualitárias e aqueles que defendem visões prioritárias ou doutrinas da suficiência. Essas posições normativas foram apresentadas, inicialmente, em reflexões filosóficas contemporâneas abrangentes sobre justiça e distribuição e, com o passar dos anos, estão cada vez mais impactando as reflexões teóricas de justiça centradas em temáticas e objetos específicos, como as teorias sobre justiça de saúde¹⁵⁸.

Um questionamento fundamental presente nesses debates é o de se a igualdade realmente importa. Uma extensa bibliografia tem se dedicado a essa questão nas últimas décadas, apresentando, revisando ou criticando uma defesa do valor moral da igualdade. Em uma posição, teríamos os defensores do valor intrínseco da igualdade, agrupados sob o rótulo de “igualitarismos”. Em outra posição, teríamos os defensores de “doutrinas da suficiência”, assim como os defensores de um “humanitarismo estendido”¹⁵⁹ ou “prioritarismo”, os quais são comumente apresentados pela literatura – e quase sempre se identificam¹⁶⁰ – como opositores de um valor intrínseco da igualdade. Desse modo, três posições morais são apresentadas não só como distintas mas também como antagônicas nos debates filosóficos das últimas décadas: igualitarismo, prioritarismo e suficientismo.

No presente capítulo, buscarei reconstituir parcialmente o debate sobre o princípio primeiro que deveria nortear uma distribuição justa. Porém, de modo distinto da maior parte da produção contemporânea, meu objetivo central não é rejeitar uma ou duas das três opções fundamentais, demonstrando sua implausibilidade, incoerência ou não razoabilidade, para posteriormente demonstrar a superioridade de um princípio

¹⁵⁸ Entre outros, Savulescu, 2001; Alvarez, 2007; Eyal, 2011; Ter Muud 2011.

¹⁵⁹ Esse conceito é utilizado por Temkin (1993). No presente capítulo optarei por usar principalmente a terminologia “visão prioritarista”, introduzida por Parfit (2002), ou “prioritarismo” para agrupar as teorias dos defensores dessa posição moral.

¹⁶⁰ As nuances dessas definições serão desenvolvidas com mais detalhe ao longo do capítulo.

normativo associado a uma posição teórica determinada. Buscarei, pelo contrário, seguindo e estendendo a sugestão enunciada por Hausman (2015), argumentar que ao realizarmos um correto entendimento da noção de igualdade – especificamente de igualdade democrática – não caímos, necessariamente, em *trade-offs obrigatórios* entre os princípios normativos acima citados (igualdade, suficiência e prioridade).

Especialmente em situações de escassez severa, ou com um nível extremado de desigualdades, ou com desvios graves de justiça nas instituições sociais ou nas condutas dos indivíduos¹⁶¹, assumirmos que *trade-offs* entre esses princípios de justiça *obrigatoriamente* se transformam em *trade-offs* entre diferentes políticas públicas (ou mesmo, entre outras ações institucionais ou individuais associadas ao combate das injustiças existentes) além de ser equivocado, pode levar a dilemas falaciosos de uma perspectiva prática. Assim, defenderei que uma posição normativa associada à noção de igualdade complexa, tal como a defesa da igualdade democrática, não exclui, obrigatoriamente, a defesa e a formulação de políticas públicas que buscam priorizar determinados grupos sociais em pior situação (mesmo que tais políticas não resultem em redução de desigualdade relativa) ou, ainda, a implementação de políticas que possibilitem a oferta de limiares de suficiência de bens, recursos ou *capabilities* em situações reais de escassez severa ou com graus significativos de não obediência (*noncompliance*). Se é verdade que argumentamos que uma doutrina da suficiência estrita não é capaz de responder às questões centrais de justiça distributiva, visto que essas questões são eminentemente relacionais¹⁶², não decorre dessa argumentação que uma posição normativa igualitária não possa defender políticas públicas baseadas em limiares mínimos em/para situações reais de escassez de recursos, como, por exemplo, limiares mínimos de qualidade de vida.

Desse modo, sustentarei que uma posição igualitária pode, e mesmo deve, defender normativamente, em circunstâncias com graus variados de injustiça, a implementação de políticas públicas que possam ser entendidas como também baseadas em princípios prioritários e/ou de suficiência. Ou seja, diferentes perspectivas teóricas, quando corretamente compreendidas, justificariam, na grande maioria dos casos, o nosso comprometimento em adotar cursos de ação e buscar mudanças institucionais

¹⁶¹ Ou seja, situações que estão no âmbito da “teoria não ideal”, de acordo com a nomenclatura proposta por Rawls (2008).

¹⁶² Argumentaremos com cuidado sobre essa questão no capítulo 4 da tese.

significativas que modifiquem as circunstâncias em que vivemos¹⁶³. Centrando atenção especialmente em algumas questões de justiça e saúde, defenderemos que o antagonismo construído por uma particular construção teórica presente no debate contemporâneo entre propostas igualitárias, prioritárias e, até mesmo, posições suficientistas pode, no limite, ser dissolvido quando deslocamos nossa atenção de formulações teóricas ideais em direção a ações práticas em situações reais.

I

A distinção clássica entre igualitarismo e prioritarismo foi apresentada por Derek Parfit, em *Equality or Priority?*. Como alerta o filósofo, pouco esclarecedor seria afirmarmos que igualitários são aqueles que acreditam na igualdade. Pois adotando essa definição, quase todos nós seríamos igualitários, visto que acreditamos em – e defendemos – algum tipo de igualdade, seja ela política, legal ou mesmo aquela que afirma que todos devem ter seus interesses levados em consideração com peso igual¹⁶⁴. Em contrapartida, Parfit é claro ao afirmar que seu interesse está concentrado em uma determinada concepção de igualdade e, consequentemente, de igualitarismo: “Estou preocupado com as pessoas estarem *igualmente bem*. Para contar como Igualitários, no sentido que proponho, esse é o tipo de igualdade no qual devemos acreditar” (Parfit, 2002, p. 84 – *tradução minha*)¹⁶⁵.

Todavia, segundo o autor, seriam dois os modos pelos quais podemos acreditar nessa noção específica de igualdade. Podemos acreditar que a desigualdade é ruim em si mesma, defendendo assim uma posição associada ao igualitarismo teleológico. Podemos, de outro modo, almejar pela igualdade devido a alguma outra razão ou princípio moral. Parfit nomeia esse segundo modo de defesa da igualdade de

¹⁶³ Thomas Pogge, em trabalhos recentes sobre pobreza global (entre outros, Pogge, 2010b), desenvolve uma argumentação nessa direção, em defesa de um tipo específico de ecumenismo. Tal como em nossa proposta, esse ecumenismo não se baseia numa rejeição da “teoria ideal” mas em um argumento distinto, que propõe que “teorias ideais” diferentes oferecem uma base de justificação dos mesmos cursos de ação e reformas globais (ver Sangiovanni, 2009).

¹⁶⁴ Retomaremos essa questão na parte III deste capítulo.

¹⁶⁵ No original: “I am concerned with people’s being *equally well off*. To count as Egalitarians, in my sense, this is the kind of equality in which we must believe” (Parfit, 2002, p. 84).

igualitarismo deontológico¹⁶⁶. Entre os igualitários agrupados nessa última rotulação, encontram-se todos aqueles que, por diferentes argumentos e justificações, entendem que a justiça é um valor em si, e a desigualdade é, quase sempre, injusta¹⁶⁷.

Estariam, assim, as diversas visões vinculadas à denominação igualitária destinadas a favorecer aqueles em pior situação em uma distribuição, visando a reduzir, dessa forma, a desigualdade. Entretanto, ainda de acordo com o filósofo, igualitários não são os únicos a defender uma especial consideração àqueles que estão em pior situação.

Pode-se defender uma visão distinta, para a qual “beneficiar pessoas importa mais quanto em pior situação essas pessoas estiverem” (Parfit, 2002, p.101 – *tradução minha*)¹⁶⁸. Ou seja, de acordo com essa visão, a importância moral de cada benefício depende não só de quão grande esse benefício seria – tal como defende um utilitarista – mas também do quão bem está a pessoa que recebe esse benefício (Parfit, 2002, p.101). Assim, conclui-se, de acordo com essa posição moral, que benefícios àqueles que estão em pior situação devem ser priorizados¹⁶⁹. Tal visão prioritária se distinguiria do igualitarismo, dado que, de modo contrastante com as posturas igualitárias, essa posição moral seria estritamente não-comparativa.

Contudo, além dessas duas posições, distinguidas por Parfit, há um terceiro leque de teorias que podem se enquadrar em uma classificação diferente das anteriormente citadas: as teorias suficientistas. Se, por um lado, essas teorias não se importam com a igualdade ou com outro ideal comparativo, por outro lado, elas também não defendem a prioridade irrestrita daqueles que estão em pior situação. Segundo esse

¹⁶⁶ Parfit ainda distingue entre igualitários *puros* – aqueles que estão preocupados *apenas* com a igualdade – e igualitários *pluralistas*, os quais apelam a mais de um princípio ou valor (Parfit, 2002, p.85). Poderia, também, segundo o autor, a igualdade possuir um valor *intrínseco* ou um valor *instrumental*. Contudo, Parfit exclui defensores potenciais do valor instrumental da igualdade – ou seja, aqueles que compreendem a igualdade como um *meio* para obtenção de outro fim e se preocupam com a desigualdade devido à seus efeitos – da classificação igualitária.

¹⁶⁷ Derek Parfit destaca que para os igualitários deontológicos, se nada pode ser feito, não pode haver injustiça (Parfit, 2002, p.90).

¹⁶⁸ No original: “Benefiting people matters more the worse off these people are”. (Parfit, 2002, p.101)

¹⁶⁹ Roger Crisp apresenta uma versão prioritária com mais qualificações (*The Number-Weighted Priority*), que pode ser sintetizada em: A visão prioritária é aquela que considera que beneficiar pessoas importa mais (1) quanto pior situadas essas pessoas estão; (2) quanto maior o número de pessoas beneficiadas, (3) quanto maior os benefícios em questão. Mas o número de beneficiários importa menos quanto melhor eles estiverem situados. (Crisp, 2006, p.156)

leque de teorias, ajudar indivíduos em pior situação importa apenas se esses indivíduos se encontram em uma posição abaixo de um limiar crítico. Assim, moralmente o que importa, de acordo com tal doutrina da suficiência, é se todos têm o bastante para viverem acima de um limiar crítico. Dessa forma, apoiadores dessa doutrina defendem duas teses distintas, mas inter-relacionadas. Uma tese positiva – a qual afirma a importância das pessoas viverem sem privações, acima de certo limiar crítico – e uma tese negativa, que “nega a relevância de certos apelos distributivos adicionais” (Casal, 2007, p. 298, *tradução minha*)¹⁷⁰, acima do limiar anteriormente determinado¹⁷¹.

Entretanto, uma questão que merece ser levantada diz respeito a quais seriam as contribuições à reflexão sobre justiça e distribuição que essas distinções claras propiciam. Acreditamos que muitas vezes é difícil irmos além das próprias definições das diferentes visões (tal como definidas ou apresentadas no debate) e, mais do que isso, parece ser especialmente difícil enquadrarmos as teorias filosóficas existentes nessas rotulações, assim como as variadas argumentações que realizamos em nossa vida diária sobre questões de justiça e dilemas morais, sem grandes perdas ou caricaturização.

Um igualitário pode defender que devemos beneficiar aqueles que estão em pior situação, ou ainda, que devemos priorizar radicalmente o auxílio àqueles abaixo de um limiar crítico – por exemplo abaixo de uma linha de pobreza extrema –, e assim reduzirmos a desigualdade. Contudo, Parfit não caminha em direção de associar uma visão prioritária a algumas posições igualitárias¹⁷². O filósofo enfatiza que os defensores da visão prioritária, tal como a entende, não dão prioridade àqueles em pior situação porque essa escolha reduzirá a desigualdade, mas sim *por outras razões* (Parfit, 2002, p.103). Em seu entender, de acordo com a visão prioritária “o que é ruim não é essas pessoas estarem em pior situação do que *outras*. O problema é elas estarem em pior situação do que *elas* poderiam estar” (Parfit, 2002, p.104 – *tradução minha*)¹⁷³. Em outras palavras, de acordo com essa visão, não é ruim em si mesmo ou injusto que

¹⁷⁰ No original: “(the negative thesis) denies the relevance of certain additional distributive requirements” (Casal, 2007, p.298)

¹⁷¹ Essa distinção entre duas teses – uma negativa e outra positiva - foi realizada por Casal (2007).

¹⁷² Pelo contrário, Parfit critica Nagel (1977) – autor que julga que priorizar as pessoas em pior situação seria justo de uma perspectiva igualitária –, afirmando que o filósofo realiza uma confusão entre razões igualitárias e razões prioritárias.

¹⁷³ No original: “what is bad is not that these people are worse off than *others*. It is rather that they are worse off than *they* might have been” (Parfit, 2002, p.104).

algumas pessoas estejam em pior situação que outras. Na verdade, o que é ruim é que algumas pessoas estejam em pior situação do que poderiam estar¹⁷⁴.

Dessa forma, Parfit distingue as teorias igualitárias das teorias prioritárias. Enquanto igualitários estão preocupados com “relatividades” (questões relacionais), prioritários estão preocupados com o nível *absoluto* das pessoas em pior situação. Essa mesma preocupação com o nível *absoluto* das pessoas em pior situação está presente nas teorias suficientistas, contudo nessas teorias há um limite da relevância moral dessas pessoas em pior situação frente às reivindicações daqueles que estão em posições melhores. Ou seja, as reivindicações de pessoas em pior situação acima de um determinado limiar crítico não merecem a mesma urgência e relevância das reivindicações de pessoas em pior situação abaixo de um limiar crítico, segundo os teóricos defensores de doutrinas da suficiência.

Contudo, como ressaltou Casal, em artigo referência sobre a temática, “suficiência, igualdade e prioridade não são princípios mutuamente excludentes, mas podem ao invés ser combinados em visões híbridas” (Casal, 2007, p. 229 – *tradução minha*)¹⁷⁵. Seriam essas visões híbridas comumente presentes na vida diária, pautando decisões, auxiliando na solução de dilemas políticos e morais corriqueiros. Porém, essas visões híbridas são pouco desenvolvidas nos trabalhos teóricos contemporâneos.

Cabe nos perguntarmos, entretanto, se *o que realmente importa* quando refletimos sobre justiça distributiva é captado por essas definições teóricas (de

¹⁷⁴ Um leitor crítico poderia argumentar que sempre nos encontramos numa condição sub-ótima, de uma perspectiva econômica, e que, portanto, a definição da visão prioritarista apresentada por Parfit (2002) seria imprecisa ou, mesmo, um truísmo. Contudo, julgamos que esse entendimento não é acertado se compreendemos adequadamente a teoria de Parfit (2002) e o debate sobre a temática. Um outro modo de apresentarmos uma distinção entre igualitarismo e prioritarismo pode ser encontrado em Broome (2015) e Fleurbaey (2015). Segundo esses autores, igualitários são aqueles que “are directly concerned with how each person’s well-being stands in comparison to other people’s. They value equality directly” (Broome, 2015, p.221). Em contrapartida, como sugere Fleurbaey (2015), “the prioritarians believe that a distribution of well-being should be valued on the basis of each person’s well-being, separately, independently of its relationship to other’s people. It is the absolute level of a person’s well-being that matters to prioritarians, and not how her well-being compares with other people’s” (Broome, 2015, pp.220-221). Ainda, Broome propõe que enquanto as visões igualitárias respeitam a condição Pigou-Dalton (Fleurbaey, 2015) e o princípio de bem pessoal (ou seja, que “if one distribution gives some person more well-being than another distribution does, and if it gives no person less well-being than the other does, then it better than the other” (Broome, 2015, p.220)), as visões prioritárias também assumem, em oposição às visões igualitárias, que a ordenação das distribuições é *aditivamente separável* (Broome, 2015, p.221).

¹⁷⁵ No original: “sufficiency, equality, and priority are not mutually exclusive principles but might instead be combined in hybrid views” (Casal, 2007, p. 229).

igualitarismo, prioritarismo e suficientismo), tal como apresentadas pela literatura contemporânea aqui revisada. A minha resposta a essa questão será negativa: o que importa em reflexões de justiça distributiva – especificamente, argumentarei sobre justiça e saúde – não pode ser corretamente captado pelas definições e conceitos presentes nesse debate teórico e, mais do que isso, tais distinções criam falsos *trade-offs* e dilemas distributivos. Porém, antes de buscarmos responder mais diretamente a essa questão, retornarei ao que considero ser o principal desenvolvimento teórico explicitamente crítico às posições igualitárias contemporaneamente.

II

Harry Frankfurt apresenta, em dois artigos – “Equality as a moral ideal” e “Equality and Respect”¹⁷⁶, recentemente agrupados com mudanças pontuais no livro *On inequality* (2015) –, a argumentação crítica central às posições igualitárias e em defesa da doutrina da suficiência.

A seu ver, o igualitarismo *econômico*¹⁷⁷ – ou seja, “a doutrina de que é desejável que todos tenham a mesma quantidade de renda e riqueza” (Frankfurt, 1988, p.134 – *tradução minha*)¹⁷⁸ – é uma doutrina equivocada. Como já antecipamos, Frankfurt defende que “no que diz respeito à distribuição de bens econômicos, o que é importante do ponto de vista da moralidade não é que todos deveriam ter *o mesmo*, mas que cada um deveria ter *o suficiente*” (Frankfurt, 1988, p.134 – *tradução minha*)¹⁷⁹. Assim, posições igualitárias econômicas ao exagerarem na suposta importância da igualdade

¹⁷⁶ “Equality as a Moral Ideal”, *Ethics*, vol. 98, n.1, 1987. “Equality and Respect”, *Social Research*, 64, 1997.

¹⁷⁷ Dois aspectos aqui merecem ser destacados. Primeiro, merece ser destacado que Frankfurt recusa a importância moral da *igualdade econômica* e consequentemente da concepção de *igualitarismo econômico* e não, ao menos *prima facie*, de qualquer igualitarismo. Em segundo lugar, o autor reconhece que por mais que a igualdade econômica, em seu entender, não possua valor moral, os impactos de ampla desigualdade econômica, tal como a existente na maior parte dos países contemporaneamente, são indesejáveis e muitos deles podem ser moralmente condenáveis. Contudo, como veremos a seguir, Frankfurt parece não limitar suas críticas a essa concepção igualitária estritamente econômica.

¹⁷⁸ No original: “the doctrine that it is desirable for everyone to have the same amounts of income and of wealth” (Frankfurt, 1988, p.134)

¹⁷⁹ No original: “with respect to the distribution of economic assets, what is important from the point of view of morality is not that everyone should have *the same* but that each should have *enough*.” (Frankfurt, 1988, p.134).

econômica praticariam um equívoco que gera danos objetivos: essa posição seria alienante, contribuindo para a desorientação moral e a superficialidade dos debates morais do nosso tempo (Frankfurt, 1988, pp.136-137). Mas por que tantos teóricos consideram a igualdade econômica importante?

Frankfurt propõe que a defesa da igualdade econômica ou estaria baseada em outros princípios – sendo um *valor derivativo*, em virtude de conexões contingentes com outros valores ou questões relevantes¹⁸⁰ – ou estaria baseada no princípio da redução da utilidade marginal. Nesse segundo caso, a “igualdade é desejável porque uma distribuição igualitária de bens econômicos maximiza sua utilidade agregada” (Frankfurt, 1988, p.138 – *tradução minha*)¹⁸¹. Porém, como o filósofo explicita, a maximização de utilidade agregada pode não ocorrer em uma distribuição igualitária, visto que, entre outros aspectos, a utilidade marginal do dinheiro não diminui invariavelmente¹⁸² e a função de utilidade do dinheiro não é sempre a mesma para todos os indivíduos – duas pressuposições da conclusão favorável à distribuição econômica igualitária. E, mais do que isso, há situações em que uma distribuição igualitária até mesmo minimiza a utilidade agregada.

Para demonstrar esse último argumento, Frankfurt solicita que imaginemos que há uma certa quantidade de um dado recurso (por exemplo, um medicamento), a qual possibilita que alguns mas não todos os membros da população tenham suas doenças curadas e sobrevivam. Pressuponhamos, então: temos 10 pessoas doentes, 40 doses do medicamento necessário e cada pessoa necessita de no mínimo 5 doses desse medicamento para sobreviver¹⁸³.

¹⁸⁰ Nesse caso, o qual podemos associar à nomenclatura de *Igualitarismo Deontológico*, apresentada por Parfit (2002), Frankfurt considera que não há uma atribuição inequívoca ao valor moral inerente da igualdade.

¹⁸¹ No original: “equality is desirable because an egalitarian distribution of economic assets maximizes their aggregative utility” (Frankfurt, 1988, p.138).

¹⁸² Ou seja, a proposição “para qualquer dólar/real n , $U(n) < U(n - 1)$, para todos os indivíduos” não é verdadeira. Portanto, a utilidade provida por um *nésimo* real não é, necessariamente, menor que a do *nésimo* – 1 real, para toda e qualquer pessoa – tal como assumido pela pressuposição da utilidade marginal decrescente do dinheiro. Um erro na notação/digitação presente na obra de Frankfurt, 2015, p.96, nota 6 ($>$, enquanto o correto seria $<$) pode dificultar pontualmente a compreensão da obra.

¹⁸³ Ao se depararem com esse exemplo, o qual é apresentado tal como enunciado por Frankfurt (1988, p.144), alguns leitores podem reivindicar que, ao considerar *quantidades limitadas de medicamento*, tal exemplo se afasta do objeto central da crítica de Frankfurt – ou seja, o igualitarismo econômico. Contudo, por um princípio de caridade perante a proposta do autor, podemos considerar que a opção é resultado de uma simplificação sem perda argumentativa

Parece razoável crer que ninguém recusaria que uma distribuição “igualitária” – de 4 doses para cada doente – ocasiona o pior cenário possível, em que todos morrem. Dado isso, Frankfurt conclui que “sob condições de escassez, então, uma distribuição igualitária pode ser moralmente inaceitável” (Frankfurt, 1988, p.144, *tradução minha*)¹⁸⁴, visto que ao alocarmos esses recursos temos que levar em consideração limiares críticos relevantes, tais como as doses mínimas para o medicamento ter efeito positivo esperado. Portanto, Frankfurt propõe que uma adequada resposta distributiva em situações de escassez deve maximizar a incidência da suficiência, distribuindo os recursos disponíveis de modo que o maior número de pessoas possa ter o bastante (Frankfurt, 1988, p.144).

Frankfurt ainda explicita seu argumento para evitar equívocos. Ao enfrentarmos questões distributivas, devemos adotar uma correta compreensão de suficiência (e não de igualdade), não podendo, portanto, nos associar a reivindicações comparativas como “se alguns tem menos que o bastante de x , ninguém pode ter mais que ninguém de x ”, ou, mesmo, como “se alguém tem menos que o bastante de x , ninguém pode ter mais que o bastante de x ”. Mesmo essa segunda afirmação não pode ser considerada razoável de acordo com Frankfurt, visto que “recursos adicionais não beneficiam necessariamente aqueles que tem menos que o bastante” (Frankfurt, 1988, p.146, *grifos meus, tradução minha*)¹⁸⁵.

Podemos, portanto, sintetizar parte da crítica de Frankfurt ao igualitarismo econômico no elemento comparativo intrínseco ao mesmo. Tal igualitarismo supõe que é importante se um pessoa tem menos que outra, independentemente de quanto cada um deles tem (Frankfurt, 1988, p.149). A relação entre aqueles que estão em pior situação

significativa, visto que o exemplo poderia ser reescrito, sem qualquer mudança na argumentação decorrente, da seguinte forma: “Existem 10 pessoas doentes que precisam comprar medicamentos e não possuem dinheiro (todas as outras trocas econômicas realizadas por essas pessoas são simples, como escambo ou doação). O único dinheiro disponível são 40 reais. A compra, ou fabricação em tempo necessário, de cada dose do medicamento custa 1 real e cada pessoa necessita de ao mínimo 5 doses para sobreviver”.

¹⁸⁴ No original: “Under conditions of scarcity, then, an egalitarian distribution may be morally unacceptable” (Frankfurt, 1988, p.144).

¹⁸⁵ No original: “(...) additional resources do not necessarily benefit those who have less than enough” (Frankfurt, 1988, p.146).

econômica e a urgência moral das demandas desses é contingente¹⁸⁶. Aqueles que estão em pior situação, mas acima de um limiar crítico – ou seja, possuem o bastante para viver uma boa vida (Frankfurt, 1999, p.146) – não devem ter suas reivindicações supridas com maior urgência ou prioridade. Restaria saber como mensurar e definir um ou mais limiares críticos de suficiência, atividade que deveria ser central nas reflexões filosóficas contemporâneas, mas foi deixada à sombra devido ao crescimento de posições igualitárias, de acordo com Frankfurt.

III

Após recusar o valor moral intrínseco da igualdade, Frankfurt propõe que o que realmente importa moralmente é tratar as pessoas com respeito. Mas qual é a diferença entre tratar as pessoas com respeito e tratar as pessoas igualmente? A seus olhos, tratar alguém com respeito não equivale a dar o mesmo tratamento ou dar/receber o mesmo que os outros, visto que o respeito é algo mais pessoal¹⁸⁷.

Desse modo, faltar com respeito a alguém é uma questão de ignorar a relevância de algum aspecto de sua natureza ou de sua situação, o que não está necessariamente associado a um parâmetro comparativo (tal como *tratamento igual*). É justamente por isso que, para Frankfurt, as demandas por igualdade têm um significado muito distinto das demandas por respeito e, no limite, uma preocupação de ser igual aos outros tende a alienar as pessoas de si mesmas (Frankfurt, 1999, p.153)¹⁸⁸.

¹⁸⁶ “There is no necessary connection between being at the bottom of society and being poor in the sense in which poverty is a serious and morally objectionable barrier to a good life” (Frankfurt, 1999, p.147)

¹⁸⁷ Nas palavras do filósofo: “Treating a person with respect means, in the sense that is pertinent here, dealing with him exclusively on the basis of those aspects of his particular character or circumstances that are actually relevant to the issue at the hand. [...] [T]hose who wish to treat people with respect aim at outcomes that are matched specifically to the particularities of the individual.” (Frankfurt, 1999, p.150)

¹⁸⁸ Essa consideração realizada por Frankfurt (1999) nos autoriza a evidenciarmos que o objeto de preocupação das formulações do autor é distinto do objeto das teorias e abordagens igualitárias da justiça distributiva, tal como a que buscamos desenvolver nesta tese. A questão central do igualitarismo está associada a como as *instituições e políticas públicas* mais importantes da sociedade devem tratar as pessoas. Em contrapartida, como bem nota Goodin (1987), “Frankfurt’s criticisms are directed predominantly against equality as a *personal* ideal. It would be wrong for individuals to lead their lives constantly examining how well-off they were, compared to others. To do so would miss what is really important in their lives. But equality is also – and more typically – offered as a *social* or *political* ideal. It may well be true that there is

Resta saber, contudo, se Frankfurt acerta o alvo – ou, ainda, elucidar uma questão logicamente anterior: qual seria seu alvo? – com suas fortes críticas à igualdade. A nosso ver, suas críticas podem ser potentes e eficazes quando direcionadas a defensores de visões distributivas igualitárias simples. Se assumimos que um princípio distributivo é igualitário se, e somente se, afirmar que *se temos x elementos de a – bem ou recurso escasso relevante – que devem ser distribuídos para um conjunto α de n pessoas, a justa distribuição é somente aquela que apresenta como resultado x/n para cada integrante do conjunto α* ¹⁸⁹, a crítica de Frankfurt é potente.

Contudo, são raras as teorias contemporâneas de justiça distributiva que defendem um princípio distributivo de igualdade simples, como o sintetizado acima. As teorias que defendem uma noção de igualdade complexa, isto é, que as pessoas não podem estar sempre em pior situação em todas as esferas que importam de sua vida – ou ainda, que a posição que uma pessoa está em uma determinada esfera não esteja correlacionada, de modo significativo, com a posição em que ela também está nas demais esferas relevantes do viver¹⁹⁰ –, não são adequadamente compreendidas, nem criticadas, pelas formulações teóricas de Frankfurt¹⁹¹.

Aqui, entretanto, é interessante retornarmos a um ponto apresentado por Parfit no artigo (Parfit, 2002) citado acima. Como anteriormente afirmado, segundo o autor,

only a rough-and-ready, contingent, empirical correlation between economic equality and the things that really matter, morally, about people's lives. Still, rough-and-ready correlations may be more than enough to justify policymakers in adopting one policy instrument rather than another. That sort of empirical relationship may, indeed, be all that they ever have to go on for macropolicy purposes. Furthermore, even if equality is at most a means to other ends, it may well be peculiarly appropriate for public policymakers to maximize means.” (Goodin, 1987, p.48).

¹⁸⁹ Quando x/n é menor que 1, a divisão justa seria não distribuir os recursos a essas pessoas. Quando x/n é maior que 1, mas não resulta em um número natural, apresenta-se o problema do que se fazer com os restos da divisão. Uma solução decorrente seria afirmar que os elementos restantes não podem ser distribuídos, a membros do conjunto α .

¹⁹⁰ A noção de igualdade complexa, distinta de uma noção de igualdade simples, foi apresentada, de modo claro, por Walzer (1983) e desenvolvida por, entre outros, Miller (1995). Essa posição normativa não pode ter seu argumento normativo reduzido a um princípio distributivo de igualdade simples (x/n) – tal como o associado a noção de igualdade simples.

¹⁹¹ É verdade que Frankfurt enfatiza que suas críticas são direcionadas a um determinado igualitarismo econômico. A questão então seria: qual teoria contemporânea da justiça defenderia uma posição tal como a apresentada por Frankfurt como “igualitária econômica”? Como deixarei mais claro a frente, se o alvo de Frankfurt era a teoria de Rawls, suas simplificações são equivocadas. No mais, o autor oscila em sua argumentação sobre o seu objeto de análise (“igualitarismo econômico”). Especificamente em seu artigo de 1997, *Equality and Respect*, Frankfurt parece estender o leque de teorias igualitárias que busca criticar.

pouco esclarecedor é associarmos uma definição de teorias igualitárias com a presença ou a crença de alguma ordem na igualdade. Nesse quesito, o filósofo britânico tem uma importante contribuição para nossas reflexões normativas.

Ao analisarmos a literatura, podemos constatar que um conceito mínimo de igualdade está presente na ampla maioria das teorias políticas contemporâneas. Essa ideia básica de igualdade, de igual consideração, definida genericamente pelo lema de “tratar todas as pessoas como iguais”, pode mesmo ser considerada um critério básico de plausibilidade das teorias políticas contemporâneas por alguns teóricos contemporâneos¹⁹². Uma noção mínima de igualdade humana fundamental – de tratamento perante o outro como igual – que vale, ao menos idealmente, a todos (e cada um dos) seres humanos está presente não só na literatura contemporânea, como também nas instituições e culturas políticas das sociedades democráticas contemporâneas.

Contudo, comete-se um erro ao se associar a adesão a tal conceito mínimo de igualdade à vinculação com algum tipo de igualitarismo. A aceitação de uma noção de igualdade humana fundamental, expressa genericamente em tratar todas as pessoas como iguais, não pode ser considerada uma cláusula suficiente para considerarmos uma teoria como igualitária. Ao realizarmos tal identificação cometemos um equívoco que nos impossibilita de compreender os elementos constitutivos particulares de teorias igualitárias frente às demais teorias distributivas (não-igualitárias). Esse equívoco está normalmente associado a outros erros que são, em muitos casos, realizados conjuntamente, os quais podem ser expressos nos movimentos argumentativos seguintes. O primeiro deles (i) é deduzirmos dessa noção mínima de igualdade uma diversidade de implicações distributivas diretas, tal como estudantes de matemática realizam em seus exercícios de aprendizado de geometria euclidiana, realizando demonstrações a partir de axiomas e postulados e de suas definições não questionáveis. Não podemos assumir que de um conceito mínimo de igualdade – de um “axioma da igualdade fundamental” –, expresso em uma noção ao mesmo tempo vaga e mínima, tal como a de tratar todos como iguais, decorra *exclusiva e obrigatoriamente*, como uma consequência lógica – sem necessária construção argumentativa detalhada –, a equalização de um determinado

¹⁹² A noção de um “platô” da igualdade nas teorias políticas contemporâneas está presente em Dworkin (1977), como também é desenvolvida posteriormente por Kymlicka (2001). Eu gostaria apenas de ressaltar aqui a adesão a uma noção da igualdade (em sentido mínimo) em tais teorias, sem necessariamente validar a tese mais forte da necessidade do valor da igualdade como um critério de plausibilidade de *todas* teorias políticas contemporâneas.

equalisandum, ou a defesa de uma posição de justiça igualitária perante um objeto de justiça específico, ou mesmo algum forte *dever* moral igualitário¹⁹³. O segundo movimento argumentativo equivocado, muitas vezes realizado conjuntamente com os demais, é (ii) afirmar a existência de um bem ou recurso *único* a ser equalizado, como se essa fosse uma característica constitutiva de teorias igualitárias. Como afirma Hausman, não há um único bem ou recurso que os teorias igualitárias buscam equalizar (Hausman, 2009, p.239) e é, entre outros motivos, por isso que uma crítica tal como a formulada por Frankfurt não gera efeitos em grande parte das teorias igualitárias contemporâneas¹⁹⁴. Recordemos que na teoria da justiça como equidade, formulada por Rawls, há uma complexa lista de bens primários – como desenvolvemos no Capítulo 2 – que não pode ser reduzida a uma noção simples e unidimensional, sem densidade teórica, de “um único bem a ser equalizado” (como dinheiro), como a crítica realizada por Frankfurt pressupõe que as teorias igualitárias assumem.

Dessa forma, o que necessitamos reconhecer é que não há concordância sobre quais as decorrências distributivas de uma noção mínima de igualdade, como de uma noção de igualdade humana fundamental. Variadas vertentes do utilitarismo que

¹⁹³ No §77 de *Uma teoria da justiça*, Rawls dedica-se a examinar o fundamento da igualdade, as características dos seres humanos em razão das quais devem ser tratados segundo os princípios da justiça (Rawls, 2008, p.622). Segundo Rawls podemos distinguir três níveis nos quais os conceitos de igualdade se aplica: (1) o da administração de instituições como sistemas públicos de normas (no qual a igualdade é essencialmente justiça como regularidade); (2) o da aplicação à estrutura substantiva das instituições (o significado da igualdade, nesse caso, é especificado pelos princípios de justiça que exigem que sejam atribuídos iguais direitos fundamentais a todos); (3) a quais tipos de seres se devem as garantias da justiça (aqui, segundo Rawls, a resposta natural parece ser que são precisamente as pessoas morais – ou seja, a capacidade para pessoa moral seria entendida como uma condição (em sentido não rigoroso) suficiente para tais garantias) (Rawls, 2008, pp.622-625). Na sequência da argumentação, o filósofo propõe uma reconciliação entre duas concepções de igualdade: “a igualdade invocada em conexão com a distribuição de certos bens, alguns dos quais é quase certo que proporcionem um *status* ou prestígio maior aos mais favorecidos, e a igualdade que se aplica ao respeito que se deve às pessoas, seja qual for sua posição social” (Rawls, 2008, p.630). Em sua teoria, a igualdade de primeiro tipo é definida pelo segundo princípio de justiça e a igualdade de segundo tipo, que é fundamental, é definida pelo primeiro princípio de justiça – o qual possui prioridade, evitando assim equilíbrios *ad hoc* dessas concepções de igualdade – e por deveres naturais como o respeito mútuo (Rawls, 2008, p.631). É justamente uma argumentação dessa ordem de desenvolvimento e construção que está muitas vezes ausente em parte das formulações teóricas contemporâneas.

¹⁹⁴ O desconhecimento ou uma leitura simplista e empobrecedora do debate sobre o adequado *equalisandum* pode também ter contribuído a esse entendimento extremamente empobrecido de que uma teoria igualitária teria, e deveria ter, um único bem (claramente definido) a ser distribuído – como, por exemplo, dinheiro.

também têm como ponto de partida um “platô de igualdade”, especificado por uma concepção de igualdade humana fundamental, só a muito custo poderiam ser consideradas uma variante de igualitarismo¹⁹⁵. Ainda, basta lembrarmos que mesmo entre as teorias contemporâneas que são consideradas igualitárias – de modo consensual pela literatura contemporânea – não há um acordo pleno sobre o que seria uma justa distribuição, até quando focamos somente na distribuição relativa à esfera estritamente econômica de renda.

Algumas dessas teorias advogam, por exemplo, que as escolhas individuais poderiam justificar diferenças salariais significativas, se as desigualdades derivadas de circunstâncias não escolhidas fossem supridas ou, de algum modo, recompensadas¹⁹⁶. Como dissertamos anteriormente (Capítulo 2), outra posição clássica, formulada por John Rawls, defende que as desigualdades sociais e econômicas de uma sociedade democrática devem satisfazer a duas exigências: essas desigualdades, além de estarem vinculadas a posições e cargos abertos a todos em condições de igualdade equitativa de oportunidades, devem também se estabelecerem para o maior benefício possível dos membros menos privilegiados da sociedade. Essa posição formulada por Rawls, ao contrário do entendimento presente em parte significativa da literatura econômica e mesmo filosófica, é extremamente restritiva perante as desigualdades que poderiam existir em uma sociedade justa. Se é verdade que Rawls julga que seria irracional a escolha pelas partes na posição original de distribuições “estritamente igualitárias” de todos os bens primários, tal como ocorre com as liberdades básicas iguais e as oportunidades, visto que de tal insistência na igualdade absoluta decorreria a piora de suas perspectivas de vidas (Daniels, 2008, p.92), também é verdade que não se pode entender o princípio da diferença como um mero princípio “*trickle-down*” (de desigualdades econômicas). Assim, uma correta interpretação da teoria da justiça de Rawls não pode ser reduzida, nem mesmo justificar diretamente, a aplicação independente de um critério *maximin* exclusivo – ou seja, de uma (re)distribuição de um dado bem ou recurso visando maximizar o “bem estar” das pessoas em pior situação –

¹⁹⁵ Para isso, uma combinação de princípio de utilidade com a suposição *ad hoc* da utilidade marginal decrescente de determinado bem, como a renda, seria requerida.

¹⁹⁶ Podemos considerar genericamente que ao menos algumas das teorias rotuladas por Anderson (1999) de “igualitarismo de fortuna” aceitariam tal proposição.

em alocações de recursos em situações reais¹⁹⁷. Tampouco o princípio da diferença pode ser interpretado como um princípio que permitiria qualquer grau de desigualdade desde que houvesse alguns benefícios à aqueles em pior situação (Daniels, 2008, p.93)¹⁹⁸.

Porém, coloca-se a difícil questão: se, como estamos afirmando, não é a aceitação de uma noção de igualdade humana fundamental que faz com que uma teoria seja considerada um teoria igualitária (ou igualitarismo), nem mesmo a defesa da existência de um recurso único e consensual a ser equalizado¹⁹⁹, ou de um consenso sobre o que seria uma distribuição perfeitamente justa, o que nos possibilita agrupar um leque de teorias sob a rotulação de “igualitarismo”?

Ao olharmos para a literatura igualitária contemporânea é possível identificarmos preocupações normativas comuns: teorias igualitárias possuem preocupação com variados tipos e ordens de desigualdades. Mas quais desigualdades são o objeto das teorias igualitárias? Uma resposta simples seria a de que todo e qualquer tipo de desigualdade entre pessoas seria ruim em si mesma e deveria ser eliminada²⁰⁰. Contudo, julgamos que essa resposta é inadequada tanto de um ponto de vista normativo²⁰¹, mas também para os nossos propósitos de delimitação do leque de teorias igualitárias. Ao aceitarmos essa resposta como correta, assumiríamos que as principais teorias igualitárias contemporâneas – como, por exemplo, a de John Rawls e

¹⁹⁷ Como já argumentamos no capítulo 2, a estrutura básica da sociedade para ser justa, de acordo com Rawls (2008), deve respeitar seus dois princípios de justiça, respeitando-os em sequência lexical.

¹⁹⁸ Uma esclarecedora contribuição sobre quais desigualdades seria permitidas na teoria ideal de Rawls pode ser encontrada em Daniels, 2008, pp. 92-95. Como explica Daniels, “[t]he argument for the difference principle appears to suggest that relative inequality is less important than absolute well being, a suggestion that is in tension with other aspects of Rawls’s view. The tension is illustrated by Rawls’s insistence that inequalities allowed by the difference principle should not undermine the value of political liberty or the requirements of fair equality of opportunity. The priority given these other principles over the difference principle thus limits the inference that Rawls has no concern about relative inequality. Specifically, [...], these principles work together to constrain inequality and to preserve the social bases of self-respect for all” (Daniels, 2008, p.93).

¹⁹⁹ Ou a equalização de todo e qualquer bem e recurso existente de modo homogêneo.

²⁰⁰ Essa resposta pode ser derivada da definição de Parfit de igualitário enquanto aquele que está preocupado com “people’s being *equally well off*” (Parfit, 2002, p.84), sem demais distinções.

²⁰¹ Além da evidente superficialidade da resposta, a qual faz com que a mesma seja completamente contraintuitiva (são pouquíssimos, se é que existem, aqueles que realmente defendem a divisão igual de *todos* os bens de uma sociedade), soma-se ainda um problema derivado dessa resposta genérica: em caso de disputa entre recursos, escassez, ou ainda incompatibilidade entre dois ou mais bens, como faríamos uma distribuição justa?

de Ronald Dworkin – não seriam englobadas pela formulação que estaríamos apresentando de “igualitarismo”, o que, além do evidente estranhamento, delimitaria extremamente o alcance analítico da etapa atual do nosso argumento, ou seja, a compreensão dos pontos em comum das teorias igualitárias. Como descrevi acima, teorias associadas ao “igualitarismo de fortuna” e ao “igualitarismo democrático (rawlsiano)” permitem, mesmo idealmente, a existência de algumas desigualdades específicas.

Outra resposta à questão de quais desigualdades importam para as teorias igualitárias foi formulada por Hausman e Waldren (2011). Segundo os autores, o igualitarismo é melhor compreendido como uma família de seis posições normativas que constituem as preocupações básicas das teorias igualitárias²⁰². Estariam no centro dessas preocupações igualitárias, as desigualdades que:

1. **Causam ou constituem iniquidade.** *Desigualdades de oportunidades ou na distribuição de benefícios e encargos podem ser não equitativas.*
2. **Solapam a imparcialidade.** *Desigualdades de riqueza e de poder político podem solapar a integridade e a imparcialidade das instituições e práticas sociais.*
3. **Solapam o autorrespeito.** *Desigualdades de posses valorizadas e de status social podem solapar o autorrespeito.*
4. **Falham em demonstrar igual respeito.** *Desigualdades de oportunidades, de poder político e de status social podem caracterizar um conjunto de relações sociais que falham em demonstrar igual respeito.*
5. **Destroem a solidariedade.** *Desigualdades de recursos cruciais, de status social e de posses valorizadas podem criar barreiras para a amizade, comunidade e amor.*
6. **Subjugam.** *Desigualdades de poder político, recursos cruciais e oportunidades básicas, podem subjugar algumas pessoas a outras. (Hausman, 2009, pp.238-139 – tradução minha)²⁰³.*

²⁰² A posição de Hausman e Waldren (2011) é uma combinação dos desenvolvimentos realizados por Scanlon (1993) e Miller (1982) sobre a temática.

²⁰³ No original: “1. **Causing or constituting unfairness.** *Inequalities in opportunities or in the distribution of benefits and burdens may be unfair*; 2. **Undermining impartiality.** *Inequalities in wealth and political power may undermine the integrity and impartiality of social institutions*

Teorias igualitárias podem ser corretamente compreendidas, portanto, como teorias que se posicionam normativamente em defesa da redução e/ou extinção de desigualdades associadas à iniquidades e injustiças que podem minar a imparcialidade, o autorrespeito, as relações sociais baseadas em igual respeito, a solidariedade, criando barreiras a laços de amizade, comunidade e amor ou, ainda, subjugar algumas pessoas perante a outras. As desigualdades sociais, políticas e econômicas quando atingem uma dimensão elevada, como as presentes em boa parte dos países contemporâneos, causam impactos incomensuráveis na vida da população.

Muitos dos que estão em pior situação econômica contemporaneamente sofrem não só com a pobreza, mas também são constantemente vistos com suspeita, medo e até mesmo com desprezo por aqueles que estão em melhor posição social. Assim, vivem subjugados, dominados por aqueles que se encontram nos quartis mais elevados da escala social. O leque amplo de relações sociais pode mesmo ser abalado pelas desigualdades. Quando os laços básicos fundamentais de solidariedade social são rompidos, instaura-se na sociedade abismos de empatia (*“empathy gulfs”*) (Shapiro, 2003, pp.133-139). Quanto mais extremada a desigualdade de renda, maior as distâncias psíquica e física entre aqueles que estão na parte superior da distribuição econômica e a grande maioria da população, que tem quase nada. Esses abismos ganham materialidade física em separações espaciais e geográficas nas cidades e conglomerados urbanos, como também em outras formas de segregação física e cultural. Nessas circunstâncias, qualquer disposição por parte dos mais ricos e poderosos em tolerar alguma política pública, tributos ou legislação redistributivos tender a inexistir²⁰⁴.

and practices; 3. Undermining self-respect. Inequalities in valued possessions and social status may undermine self-respect; 4. Failing to show equal respect. Inequalities in opportunities, political power and social status may characterize a set of social relations that fail to show equal respect; 5. Destroying solidarity. Inequalities in crucial resources, in status and in socially valued possessions may created barriers to friendship, community and love; 6. Subjugation. Inequalities in political power, crucial resources or basic opportunities, may subjugate some people to others” (Hausman, 2009, pp.238-139).

²⁰⁴ Como disserta Shapiro (2003) sobre essa questão: “If the gap between you and the poor you see around you is so massive that no calamity you can imagine befalling you will put into their circumstances, then any prudential reasons you might have for improving their lot disappear.” (Shapiro, 2003, p.133)

Dessa forma, o que parece ser necessário frisar é que níveis elevados de desigualdade são muito preocupantes e devem ser combatidos por diversas razões²⁰⁵. São poucos os que abertamente se opõem às motivações de ordem humanitária que pautam a agenda de alívio a pobreza extrema, a privação material plena, que caracterizam a situação de vida de muitas pessoas no mundo. Por mais que a redução da pobreza extrema presente no mundo não exija a redução da desigualdade, há uma íntima relação íntima entre essa razões e o combate a desigualdade (Beitz, 2001, pp.99-103). Porém, a motivação de combatermos a desigualdade vai além das razões humanitárias ou associadas a privação de meios materiais de vida.

Podemos nos opor às desigualdades sociais por razões associadas à humilhação e à negação de níveis mínimos de agência daqueles que estão em pior situação. Algumas diferenças sociais se convertem invariavelmente em distinções de superioridade e inferioridade (Beitz, 2001, p.104). Em alguns casos, tais diferenciações são garantidas em leis, costumes e tradições, como é o caso das castas. Mas em muitas outras situações, distinções informais de classe e status, especialmente quando são profundas e persistentes, geram uma clara diferenciação. Como disserta Beitz (2001, p.104), essas desigualdades devem ser combatidas pois geram humilhação. Essa seria a situação dos indianos sem casta ou dos cidadãos de países ocidentais seculares que vivem, permanentemente, sob um “status de rejeição”. Dessa forma, podemos compreender a humilhação como o ato de “ver os seres humanos como se estivessem em um estado permanente do que pode ser chamado de intocabilidade, impureza, degradação ou poluição, de modo que é religiosamente ou moralmente necessário manter-se longe deles”²⁰⁶ (Margalit, 1997, p.151, *tradução minha*)²⁰⁷.

Ainda, podemos questionar as desigualdades em decorrência delas limitarem o escopo das liberdades básicas, ou seja, limitarem as capacidades de uma pessoa determinar o próprio curso da vida – questão que, como buscamos desenvolver no

²⁰⁵ Desenvolveremos em sequência algumas razões de defendermos a igualdade, e combatermos a desigualdade, apresentadas por Beitz (2001). Essas seriam o que Beitz nomeia de “razões derivadas” (derivative reasons). Tais razões “treat a social inequality as a bad thing because of its consequences for values which are distinct from equality itself” (Beitz, 2001, p.97).

²⁰⁶ No original: “(...) seeing humans as if they were in a permanent state of what may variously be called untouchability, defilement, impurity or pollution, so that is religiously or morally necessary to keep away from them” (Margalit, 1997, p.151).

²⁰⁷ Beitz (2001) utiliza-se da situação dos “sem casta” como um caso exemplar de humilhação, apresentando a passagem do artigo de Margalit (1997) que citamos.

capítulo anterior, é uma temática central de justiça. De modo ainda mais injusto, essas mesmas desigualdades capacitam um pequeno grupo de privilegiados a exercer um controle inaceitável sobre a vida dos outros. Mais do que isso, as desigualdades podem minar qualquer condição de fundo necessária para que muitos processos decisórios corriqueiros das sociedades contemporâneas sejam equitativos.

Assim, o que precisamos destacar é que, se compreendermos que as teorias igualitárias se baseiam, ao menos parcialmente, em algumas dessas razões que listamos ou que o entendimento proposto por Hausman (2009) é uma boa formulação para definirmos o conjunto de igualitarismos, as teorias igualitárias não são corretamente compreendidas pelas definições apresentadas por Parfit e Frankfurt, nem mesmo sofrem com as críticas realizadas por Frankfurt. Uma noção de igualdade democrática, que visa a garantir, “a todos cidadãos que cumprem as leis, o acesso efetivo às condições sociais de sua liberdade em todos os momentos” (Anderson, 1999, p.289 – *tradução minha*)²⁰⁸ não pode ser compreendida, nem mesmo adequadamente enquadrada no *slogan* reducionista “o que importa é se as pessoas estão em pior situação do que as outras”. A dimensão relacional, intrínseca ao igualitarismo – visto que as relações de poder e dominação sempre importarão centralmente à justiça –, só pode ser corretamente compreendida quando a associamos com as preocupações normativas enunciadas acima.

A crítica realizada por Frankfurt de que uma posição igualitária pode gerar os piores resultados (*outcomes*) possíveis só pode ser compreendida se entendermos que teóricos igualitários defendem exclusivamente uma “posição alocativa” de *igualdade simples* enquanto princípio distributivo primeiro. Ou seja, teorias que propõem ou assumem uma distinção entre justiça alocativa e justiça distributiva não podem ser um correto alvo das críticas de Frankfurt. Tal distinção entre distribuição e alocação, justiça procedimental e justiça alocativa, é apresentada por John Rawls, em *Uma teoria da justiça*, e seguida por autores centrais da literatura que se debruçam sobre a temática. Segundo Rawls, a justiça alocativa, em contraste com a justiça procedimental – concepção associada à compreensão adequada do problema principal da justiça, de acordo com o filósofo –, “se aplica quando se deve dividir certo conjunto de bens entre determinados indivíduos com necessidades e desejos conhecidos. O conjunto a ser alocado não é produto desses indivíduos, nem eles estão envolvidos em relações

²⁰⁸ No original: “all law-abiding citizens effective access to the social conditions of their freedom at all times” (Anderson, 1999, p.289).

cooperativas” (Rawls, 2008, p.107). Nesse caso, que se assemelha ao exemplo central da argumentação de Frankfurt²⁰⁹, “a justiça torna-se uma espécie de eficiência” (Rawls, 2008, p.107), visto que se pressupõe a existência de bens independentes que tendem a ser repartidos segundo os desejos e as necessidades das pessoas, ou para elevar ao máximo o saldo líquido de satisfação (Rawls, 2008, p.107). De modo completamente distinto, Rawls compreende à demanda central da justiça, a qual é centrada em relações de cooperação e associada à questão de quem os indivíduos são²¹⁰. Assim, se aderirmos a uma perspectiva rawlsiana, podemos propor que uma distribuição justa se consolida não quando os resultados finais dessa distribuição resultam numa *divisão igualitária* x/n , mas sim, quando a distribuição respeita um ideal de igualdade democrática, ou seja, quando ela é um resultado de um processo no qual os indivíduos se envolveram livremente em atividades econômicas, sociais e políticas num contexto em que os requisitos da justiça de base são respeitados²¹¹.

IV

²⁰⁹ Outra argumentação semelhante a de Frankfurt pode ser encontrada em Sen, no caso das “Três crianças e uma flauta: um exemplo” (Sen, 2011, pp.43-45). Nessa ilustração apresentada por Sen (2011) temos de decidir qual dentre três crianças, com reivindicações e preferências distintas (defendidas por princípios de justiça independentes distintos), deve ficar com a flauta pela qual estão brigando. Se olharmos especificamente para a ilustração, a proposta apresentada por Sen (2011) pode ser considerada de justiça alocativa, pois neste caso a questão central que o autor busca responder – ou mostrar a impossibilidade de resposta única – é a de “quem deveria ficar com a flauta”. Temos um bem existente (uma flauta) e três indivíduos (as crianças) reivindicando o interesse em possuírem esse bem a partir de princípios independentes de justiça (como saber tocar, ser o mais pobre, ou ter feito a flauta). Poderíamos, portanto, associar essa questão apresentada na ilustração de Sen às formulações de *justiça alocativa*, as quais buscam responder a questão sobre o que pessoas deveriam receber de acordo com um independente parâmetro de justiça. De modo distinto de uma concepção rawlsiana de *justiça procedimental* que está centrada na questão de quem os indivíduos são, concepções de justiça alocativa partem do pressuposto da existência de bens escassos que devem ser distribuídos, de modo justo – considerando-se parâmetros independentes de justiça –, às pessoas, sem, no limite, colocarem em questão pautas centrais de justiça distributiva, tais como as instituições em geral da sociedade, as estruturas de produção e distribuição, e a organização social.

²¹⁰ Ou seja, concepções de justiça alocativa partem do pressuposto da existência de bens escassos que devem ser distribuídos, de modo justo às pessoas – considerando-se parâmetros independentes de justiça (como a necessidade) –, sem, no limite, colocarem em questão pautas centrais de justiça distributiva, tais como as instituições em geral da sociedade, as estruturas de produção e distribuição, e a organização social.

²¹¹ Sobre a questão, ver especificamente Rawls, 2011, Conferência VII.

Contudo, uma outra questão também presente na argumentação desenvolvida por Frankfurt merece atenção especial. Qual papel as comparações entre diferentes pessoas deve assumir em teorias distributivas? Julgamos que uma resposta plausível a essa questão é de elevada complexidade. Se a ironia da epígrafe apresentada por Frankfurt em “Igualdade e Respeito” – “*Primeiro homem*: ‘como estão seus filhos?’, *segundo homem*: ‘comparado ao que?’”²¹² – nos parece completamente inteligível é porque ela diz respeito a, ao menos, algum elemento de nossos valores cotidianos que moldam o modo pelo qual enxergamos nosso viver no mundo. Como afirmamos, Frankfurt propõe que as comparações teriam, ao máximo, funções heurísticas.

Nesse questão, julgo que Frankfurt tem um importante elemento de contribuição ao debate ao propor que o que importa centralmente é termos o bastante para vivermos uma boa vida. O estabelecimento de limiares bem estabelecidos (não sincronicamente flutuantes e/ou comparativos) podem auxiliar não só a reflexão teórica, como também a formulação de políticas públicas. Porém, equivocado seria negarmos qualquer elemento relacional até mesmo em patamares de suficiência.

Para determinarmos, por exemplo, se uma quantia A de dinheiro é adequada para uma boa alimentação diária precisamos de informações das quantias gastas pelo demais membros da sociedade relevantes. Se 90% dos indivíduos saudáveis de uma sociedade gastam Z diariamente para se alimentarem e Z é 50 vezes maior que A , muito possivelmente A não será uma quantia suficiente de dinheiro para uma alimentação diária saudável. Porém se constatarmos que 30% da população saudável gasta, em média, $0,8 * A$ para se alimentar; 50% da população gasta, em média, A para se alimentar e os demais 20% gastam, em média, $1,2 * A$, possivelmente a quantia A pode ser um limiar razoável. Esse exercício simplificado, aplicado para se estabelecer limiar crítico de uma alimentação diária, nos permite notar como é necessário termos informações de ordem comparativa e relacional para o estabelecimento de limiares críticos. Como ressalta Pogge (2010) de modo ainda mais abrangente:

o valor e a adequação moral dos direitos que uma pessoa desfruta e da educação, da assistência médica e dos empregos disponíveis a ela dependem, em parte, de como eles se comparam aos direitos e

²¹² No original: *First man*: “How are your children?”, *Second man*: “Compared to what?”

oportunidades educacionais, médicas e de emprego desfrutados por aqueles ao seu redor (Pogge, 2010, p.21, *tradução minha*)²¹³.

Na teoria formulada por Rawls (2008), os aspectos relacionais e comparativos que devem ser levados em consideração por uma teoria da justiça são expressados na demanda por liberdades básicas iguais e na defesa de igualdade equitativa de oportunidades a cargos e posições de poder, como também da definição de bens “intrinsecamente relacionais/posicionais” que devem ser distribuídos de acordo com os princípios de justiça, como as bases sociais do autorrespeito (Pogge, 2010, p.21-22).

Todavia, situações de grave escassez – tal como situações de pobreza extrema ou epidemia – podem não necessitar de exercícios comparativos para serem avaliadas ou confirmadas. Não precisamos saber a quantidade calórica média ingerida ou o salário médio recebido pelos cidadãos europeus para concluirmos que parte significativa das populações da África Subsaariana ainda vivem em condição de extrema pobreza e vivem em situação de escassez. O mesmo exercício vale para questões de saúde. Não precisamos saber o quão saudável está a população francesa para notarmos a urgência de combatermos a epidemia do vírus Ebola, por exemplo.

Porém uma dimensão relacional interna às sociedades deve, quase sempre, ser levadas em consideração quando refletimos sobre saúde populacional. Como desenvolveremos no próximo capítulo, existem complexas relações entre variáveis econômicas e qualidade da saúde dos grupos populacionais que só podem ser compreendidas quando levamos em conta a dimensão relacional. Recordemos, por exemplo, das relações entre pobreza e saúde populacional. Se é verdade que a pobreza extrema gera má saúde e mortes de forma direta – em decorrência da nutrição inadequada, péssimas condições de moradia, entre outros fatores – a pobreza relacional também gera danos à saúde de grupos populacionais e, mais do que isso, estigmatiza os grupos sociais em pior situação afetando a qualidade de suas saúdes (Barry, 2005, pp.80-81)²¹⁴. Portanto, parece ser inegável que teorias da justiça e saúde devem levar

²¹³ No original: “The value and the moral adequacy of the rights a person enjoys and of the education, medical care, and employment available to her all depend in part on how they compare to the rights and educational, medical, and employment opportunities enjoyed by those around her” (Pogge, 2010, p.21).

²¹⁴ Como afirma Barry (2005) sobre o poder da estigmatização na saúde das pessoas: “The power of stigmatization as an independent factor in ill-health is demonstrated by the lower expectation of life among American blacks at all income levels. *Relative poverty*, however, has

em consideração em suas formulações tanto uma dimensão relacional como uma dimensão absoluta. Como afirmamos, a última pode ser especialmente importante para mensurações, ações políticas, formulações de políticas públicas e definição de objetivos prioritários em situações de escassez severa de recursos ou com graus elevados de injustiça.

V

Retornemos agora à distinção proposta por Parfit entre igualitários e prioritários. A distinção entre políticas públicas endossadas por esses dois grupos de teóricos não é simples, nem mesmo óbvia de ser descrita. Fleurbaey (2015) propõe que não devemos compreender os prioritários como um grupo distinto dos igualitários. Pelo contrário, de acordo com Fleurbaey (2015), prioritários podem ser entendidos como um subconjunto de igualitários, que diferem dos demais na justificação e razões de suas posições e sobre a correta mensuração da desigualdade. Ou seja, do ponto de vista da formulação e avaliação de uma política pública, o dissenso entre prioritários e igualitários ocorreria na mensuração da desigualdade: enquanto os primeiros valorizariam e afirmam que o correto modo de mensurar a desigualdade é se concentrar no maior benefício daqueles que estão numa posição significativamente pior situada, os segundos defendem que o melhor modo de mensurar a desigualdade não se dá focando naqueles que estão em situação extremamente pior (*very worst off*), mas sim levando em consideração o impacto em geral na distribuição e nas posições das pessoas²¹⁵.

Alguns teóricos igualitários contemporâneos podem reagir com estranhamento à essa consideração, julgando-a não intuitiva ou mesmo equivocada. Contudo, tal estranhamento tende a se reduzir após uma reflexão sobre as escolhas recentes que boa parte desses teóricos igualitários contemporâneos adotou em seus discursos e pesquisas recentes.

psychosocial effects that help to account for the continuous gradient of longevity from the bottom to the top because of the relation between income and status in materialistic societies.” (Barry, 2005, p.81)

²¹⁵ Broome (2015) mantém sua posição teórica de diferenciar os adeptos de uma visão prioritária dos igualitários. Em situações envolvendo probabilidades e incertezas, segundo o autor, as posições prioritárias resultariam em escolhas diferentes das tomadas pelas posições igualitárias. Porém, ao contrário dessas últimas, as posições prioritárias não seriam justificáveis (Broome, 2015).

Os resultados empíricos apresentados por Thomas Piketty, sintetizados em sua obra *O Capital no século XXI* (2014), são regularmente parte das argumentações desenvolvidas por filósofos e cientistas políticos sobre o grave problema contemporâneo da desigualdade econômica. Utilizando-se de um particular enfoque sobre a desigualdade econômica, Piketty mostra que a gigantesca parcela da renda e da riqueza sob posse dos 1% mais ricos da sociedade se manteve estável ou se elevou ao longo do tempo, exceto em particulares momentos históricos. Essa abordagem do fenômeno da desigualdade econômica iluminou um importante aspecto muitas vezes negligenciado pelas pesquisas: os rendimentos – em crescimento ou, ao menos, estáveis ao longo do tempo – dos extremamente ricos²¹⁶.

Além dos explícitos méritos que esses trabalhos possuem de extrapolar as usuais barreiras do debate econômico sobre desigualdade²¹⁷ – atingindo um público mais amplo e colocando em pauta um debate público sobre a questão –, assim como de evidenciar que sociedades, como a brasileira, com perfis socioeconômicos tão desiguais estão muito distante de propiciar um efetivo acesso às condições sociais de liberdade a todos seus cidadãos²¹⁸, os trabalhos de Piketty e seus colaboradores (e trabalhos inspirados por esse modelo analítico) possibilitam-nos observar como a opção por métricas de desigualdade concentradas em um ponto específico das distribuições econômicas não são raras, nem muito mesmo opostas a posições normativas igualitárias. Pois, se julgamos que os resultados empíricos anunciados por Piketty são mais que exemplos retóricos ou algum outro tipo de instrumento puramente retórico nas argumentações recentemente desenvolvidas por filósofos e teóricos políticos preocupados com a questão da igualdade – muitos dos quais claramente posicionados

²¹⁶ Contemporaneamente, há um debate no país sobre a questão da redução da desigualdade nas últimas décadas. Uma posição favorável à redução da desigualdade em suas múltiplas dimensões no Brasil pode ser encontrada em Arretche (org.) (2015). Uma posição um pouco mais crítica à velocidade e inclinação da redução da desigualdade na última década é apresentada por Medeiros, et. al. (2015), que defendem a presença de uma subestimação da desigualdade no país em grande parte resultante da utilização de dados oriundos dos registros domiciliares no país.

²¹⁷ É interessante de se notar também que o lançamento da obra de Frankfurt, *On Inequality*, foi também motivada, de acordo com o autor, pelo crescimento do debate sobre desigualdade econômica em grande parte decorrente do sucesso da obra de Piketty (Frankfurt, 2015, Prefácio)

²¹⁸ Assim como de suprir as demandas de igual respeito aos cidadãos. Num país com tamanha desigualdade econômica, os integrantes de grupos socioeconômicos pior situados estão condenados a viver em uma condição de sub-cidadania.

num espectro normativo igualitário²¹⁹ –, a utilização desses resultados evidencia que teóricos igualitários contemporâneos aceitam que a mensuração da desigualdade pode ser baseada, ou estar concentrada, em um ponto específico das distribuições econômicas existentes (no caso de Piketty, esse ponto estaria fixado nos super-ricos). É justamente essa aceitação uma das principais barreiras de distinção entre uma posição igualitária e uma visão prioritarista²²⁰.

Assumirmos uma clara distinção entre igualitarismo e prioritarismo – a qual, como estamos buscando mostrar, é muito mais tênue do que como normalmente apresentada nos debates filosóficos contemporâneos –, assim como, entre essas duas posições e o suficientismo, pode ocasionar falsos *trade-offs* normativos quando nos debruçamos sobre a formulação de políticas públicas. Ao avaliarmos cuidadosamente políticas de saúde, em situações reais, pressupormos a existência de claras rupturas normativas entre os ideais de prioridade, igualdade e suficiência pode impossibilitar uma adequada reflexão normativa. Esses três modos de raciocinar (*reasoning*) podem caminhar juntos e não podem ser descartados para as finalidades da avaliação de questões empíricas de justiça e saúde. A utilização conjunta desses três ordens de razões não pode ser *a priori* abandonada ou considerada incompatível. A defesa da existência *a priori* de *trade-offs* entre igualdade, prioridade e suficiência é semelhante à posição, presente em boa parte da literatura econômica, que defende a existência de um *trade-off* necessário entre duas características de uma distribuição de renda, usualmente

²¹⁹ Por exemplo, Álvaro de Vita, em fala proferida no seminário “Desigualdades: pensando o conceito” – realizado no dia 11 de Outubro de 2016, na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas – utilizou os dados apresentados por Piketty em seu desenvolvimento argumentativo. O sucesso e impacto de Piketty na filosofia (e nas teorias igualitárias) pode ser observado quando realizamos uma pesquisa no site PhilPapers (www.philpapers.org). Ao realizarmos a busca “Piketty”, encontramos 22 artigos, livros ou *working-papers* catalogados na base de dados – sendo 2 de autoria do próprio – todos publicados a partir de 2014.

²²⁰ Enquanto Piketty (2014) concentra sua análise nos rendimentos dos super-ricos, as propostas associadas aos defensores de uma visão prioritária defendem que o enfoque sobre a desigualdade de uma distribuição deveria estar concentrado nos pior situados. Sem dúvida, há ao menos uma diferença fundamental aqui: enquanto a visão prioritária é formulada de uma perspectiva filosófico-normativa, pode-se afirmar que um modelo analítico econômico, tal como o de Piketty, não é. Contudo, não restam dúvidas que uma análise econômica da desigualdade que enfoque em um setor específico da distribuição também carrega escolhas normativas – por exemplo, por que devemos julgar razoável focar nossa atenção na renda dos 1% mais ricos? – que determinam (conscientemente ou não) as análises e as leituras dos dados empíricos.

nomeadas de “eficiência” e “equidade”²²¹. Também tenderíamos a realizar uma avaliação similar sobre uma distribuição de saúde populacional e, em decorrência, seríamos obrigados a nos confrontar com um *trade-off* normativo: podemos sacrificar o valor total ou médio de saúde de uma população em nome da equidade? Ou, pelo contrário, podemos sacrificar a equidade em saúde em nome de uma melhor saúde média ou total de uma população?²²²

É verdade que assumiríamos uma postura equivocada se não reconhecêssemos que a formulação e implementação de políticas públicas de saúde não podem se confrontar com tais dilemas. Como sabemos, políticas públicas como as campanhas antitabagismo, que buscavam a melhoria da saúde populacional em geral, resultaram em um aumento das desigualdades de saúde entre grupos populacionais – elevando assim, o gradiente social da saúde populacional –, visto que o consumo de cigarros se reduziu menos nos grupos socioeconômicos em pior situação (Daniels, 2013). Contudo, também é verdade que esse *trade-off* pode não ocorrer em situações reais, nas quais políticas que podem resultar em *outcomes* mais igualitários e com melhor saúde populacional média (ou absoluta). Porém, o que merece ser enfatizado aqui é que a pressuposição de *trade-offs* de princípios não contribuem à análise, nem à elaboração de políticas públicas. Mesmo que tais dilemas se apresentem em situações reais, a pressuposição ou ainda a abordagem da questão tal como presente no debate filosófico aqui analisado pouco contribuirá para uma solução democrática razoável de tais situações problemáticas.

No mundo contemporâneo, temos diversos recursos e bens escassos, de elevado custo, que são importantes para a saúde populacional em geral, ou para a saúde de um determinado grupo específico da população. Além disso, sabemos que a maior parte das pessoas e dos estados possui recursos financeiros limitados, os quais devem ser gastos não só com saúde, mas também com outros bens e recursos importantes associados a educação, moradia, lazer, entre outros. O debate sobre os princípios primeiros – igualdade, prioridade ou suficiência – tal como formulado ao longo desse capítulo,

²²¹ Ou seja, ao observarmos uma distribuição de renda, adicionamos um valor positivo a uma distribuição de renda com valor médio ou total alto; enquanto, em oposição, adicionamos um valor negativo à desigualdade de renda ao redor da média.

²²² Segundo Anand (2005, p.16), somos mais avessos à desigualdade em saúde que a desigualdades em renda. Atkinson (1970) desenvolveu um índice de desigualdade (conhecido na literatura por “Atkinson index of inequality”) que sintetiza em termos proporcionais a soma de sacrifício da “eficiência” por “equidade” que estaríamos dispostos a realizar. Para um desenvolvimento mais completo da questão ver Anand, 2005.

contribui pouco para enfrentarmos os dilemas tão presentes nas situações contemporâneas com escassez se julgarmos que podemos realizar inferências imediatas dos princípios primeiros para uma aplicação em circunstâncias reais com graus variados de injustiça. Um modo excessivamente rígido de aplicação dessas razões e princípios às circunstâncias de injustiça parece ser inadequado²²³. Acreditamos que nenhum igualitário contestaria seriamente um Estado que propõe não distribuir todos os seus recursos escassos de modo igualitário simples (x/n para cada membro do grupo α)²²⁴. Além do mais, não parece razoável afirmarmos que porque um estado distribui um medicamento priorizando aqueles que necessitam do mesmo para sobrevivência, ou ainda, distribui um outro recurso médico de acordo com um limiar de suficiência, esse estado obrigatoriamente não seria igualitário²²⁵.

Estados democráticos, seus ministérios, agências, secretarias e membros têm que tomar decisões corriqueiramente sobre recursos escassos. Imaginemos, por exemplo, a existência de dois medicamentos diferentes que combatem determinada doença com ações distintas, preços muito diferentes, e possíveis efeitos colaterais distintos. O debate, tal como configurado contemporaneamente entre suficiência, prioridade e igualdade tem pouco a contribuir sobre uma alocação dessa ordem sobre recursos associados à saúde²²⁶. Caso um estado opte por distribuir o medicamento de menor custo a maior parte dos seus cidadãos doentes – pois necessita investir o restante dos recursos em outros medicamentos²²⁷ –, e compre o outro medicamento mais caro somente para um pequeno grupo de pacientes que sofreu com os fortes efeitos colaterais causados pelo primeiro remédio, esse estado estaria agindo de modo injusto ou ainda não igualitário?

²²³ Mais do que isso, a pressuposição de *trade-offs* pode mesmo gerar resultados piores. Por exemplo, as escolhas por políticas de austeridade derivadas das posições teóricas de economistas contemporâneos e adotadas por estados, as quais assumem um trade-off inevitável entre gasto público e crise econômica, ocasionam diversos danos à saúde populacional (Stuckler; Basu, 2014).

²²⁴ Essa distribuição, sim, seria fortemente questionada.

²²⁵ Essa afirmação seria uma decorrência dos posicionamentos argumentativos tal como desenvolvidos no debate anteriormente apresentado.

²²⁶ No capítulo seguinte, desenvolveremos essa questão, dissertando sobre o alcance dos princípios primeiros de justiça, assim como apresentamos uma argumentação pontual sobre as condições que são necessárias ao procedimento de deliberação sobre recursos escassos e racionamento para ele ser equitativo.

²²⁷ Ou mesmo em outras esferas, como, por exemplo, na contratação de docentes para escolas infantis em situação precária.

Para respondemos essa questão temos que saber *como* e *por quem* essa decisão foi tomada e, mais do que isso, como o processo de deliberação levou em consideração tanto o conhecimento científico como as demandas dos grupos sociais representativos da sociedade, em especial daqueles grupos afetados por essa política pública. Desse modo, para respondermos plausivelmente essa questão devemos nos distanciar do modo pelo qual o debate entre suficiência, prioridade ou igualdade é colocado contemporaneamente na literatura. Pois, julgo ser necessário superarmos a existência *a priori* de um *trade-off* entre princípios igualitários, prioritários e de suficiência.

Ao observarmos situações enfrentadas pelo departamentos de saúde pública e epidemiologia de um estado, podemos evidenciar que a adesão a políticas prioritárias e baseadas em um limiar de suficiência podem ser a decisão justa a ser tomada por um estado democrático. A adoção de uma lista de *capabilities* – tal como desenvolvida por Nussbaum (2003, pp.41-42) – ou de limiares de suficiência associados às *capabilities* centrais necessárias a igualdade democrática (Anderson, 2010a) parecem ser estratégias legítimas e frutíferas a serem adotadas por estados democráticos que buscam reduzir as injustiças.

Em um caso de um avanço de uma doença contagiosa um estado pode optar – e frequentemente escolhe essa opção – por vacinar prioritariamente um determinado grupo de pessoas em locais com maior risco de contágio, ou ainda em determinada faixa de idade de risco. Podemos também optar por vacinar essa população até um determinado limiar de epidemia, o qual nos informa se essa doença se tornará uma epidemia ou, por outro lado, tenderá a infectar cada vez menos pessoas ao longo do tempo²²⁸. Todas essas decisões podem ser tomadas por estados democráticos e não podem ser consideradas *a priori* não igualitárias ou injustas. Não há, assim, um *trade off obrigatório* entre adoção de medidas e ações prioritárias ou ainda a adoção de padrões de suficiência e uma posição igualitária em saúde, assim como em outras esferas da sociedade cotidiana.

VI

²²⁸ A demonstração formal da existência de um limiar de epidemia (*epidemic threshold*) de uma perspectiva econômica e formalizada é encontrada em Tassier (2013, pp.19-20). Esse limiar demarca o número de casos limite em relação ao qual uma doença contagiosa se torna uma epidemia (ou, por outro lado, os números de casos se mantem controlados).

O que realmente importa quando refletimos sobre justiça distributiva? A meu ver, para buscarmos responder essa questão seriamente necessitamos nos afastar do modo como importante parte do debate entre prioritarismo, suficientismo e igualitarismo vem sendo desenvolvido. Como apresentamos anteriormente, são diversas as razões que nos motivam na busca de uma sociedade mais igualitária²²⁹. As rígidas definições de igualitarismo, prioritarismo e doutrina da suficiência pouco ajudam na reflexão ou podem, até mesmo, prejudicar o desenvolvimento da reflexão teórica especialmente quando buscamos abandonar o campo da “taxonomia moral” em direção de recomendações normativas²³⁰. Contudo, algumas ponderações presentes e derivadas desse debate contribuem para o desenvolvimento uma razoável reflexão sobre justiça distributiva.

Quando refletimos sobre justiça distributiva em geral, ou especificamente sobre justiça e saúde populacional, parece-nos que a dimensão relacional é uma dimensão que deve ser central nas nossas reflexões. Questões de justiça estão diretamente relacionadas a questões de *poder e dominação*. Como demonstra Marmot (2015), uma das variáveis centrais que impactam a saúde de uma pessoa é o grau de empoderamento dessa pessoas nas esferas relevantes de sua vida (na esfera da família e do trabalho, por exemplo). Como sabemos, políticas que reduzem a dominação, preconceito e as desigualdades de gênero resultam em melhor saúde às mulheres.

²²⁹ Scanlon (2002) listou cinco razões que justificam a eliminação, ou redução significativa, das desigualdades presentes nas sociedades contemporâneas. Algumas dessas razões, como já sugerimos ao desenvolver essa questão a partir da análise de Beitz (2001) não são fundamentalmente igualitárias. As cinco razões listadas por Scanlon são: “(1) relieve suffering or severe deprivation; (2) prevent stigmatizing differences in status; (3) avoid unacceptable forms of power or domination; (4) preserve the equality of starting places which is required by procedural fairness; (5) procedural fairness sometimes supports a case for equality of outcomes.” (Scanlon, 2002, p.46). Segundo o autor, “at least two of these reasons, (1) and (3), are based on powerful moral ideas that are not fundamentally egalitarian. The ideas behind (2), on the other hand, are more clearly egalitarian, but while they are certainly important they do not seem to have as much moral force as the humanitarian ideals expressed in (1). Reason (4) is only weakly egalitarian, since the ideal of procedural fairness which supports it is compatible with great inequalities of some kinds as long as these do not undermine the fairness of the continuing process. This leaves (5) and (2) as the clearest expressions of egalitarianism” (Scanlon, 2002, pp.46-47)

²³⁰ O que não significa que essas classificações não sejam importantes. Sem dúvida, elas facilitam nossa reflexão sobre importantes questões que ficariam obscuras se tais definições não estivessem presentes na literatura.

Ao abandonarmos essa dimensão relacional, aspectos centrais da justiça que devem orientar uma distribuição de bens e recursos escassos são perdidos. Contudo, a adoção de uma postura igualitária não resulta na recusa de políticas públicas que priorizem determinado seguimento populacional pior situado. Uma política pública que desloque aqueles que estão em situações extremamente ruins para uma posição melhor, mesmo que não modifique a situação dos demais membros da sociedade, ou ainda, mesmo que beneficie conjuntamente um dado grupo específico em outro setor da distribuição²³¹ (alterando a anterior distribuição econômica) pode ser defendida de um ponto de vista igualitário.

O combate da correlação viciosa que condena alguns grupos populacionais a viver em uma complexa condição de sub-cidadania, deixando-os em piores situações em várias ou todas as esferas relevantes da vida, parece ser um ponto central do que realmente importa para uma sociedade democrática, de uma perspectiva igualitária. As terríveis circunstâncias atuais em que aqueles que estão em pior situação nas sociedades contemporâneas vivem devem ser radicalmente alteradas. A pobreza extrema e a miséria, a ausência de saúde básica, as condições de degradação, de dominação e de servidão dos que estão em pior situação devem ser combatidos²³². Porém é necessário irmos além para respondermos a questão apresentada acima. Em nosso entendimento, em uma sociedade democrática temos o dever de prezar por uma noção de igualdade moral, em sentido exigente, das pessoas.²³³ Ou seja, todas as pessoas tem o mesmo valor intrínseco e merecem o mesmo respeito. Como expressa Hausman de forma extremamente clara:

Cada pessoa deveria poder se levantar da cama de manhã, se olhar no espelho, e dizer para si mesma, ‘eu posso não ser a melhor jogadora de basquete, cozinheira ou dançarina. Eu posso não ter a mesma disposição feliz que meus vizinhos têm. Minhas experiências,

²³¹ O que ocorreria, por exemplo, se concedêssemos uma auxílio econômico em espécie (\$\$) para um grupo populacional específico em pior situação de uma determinada localidade e esses passassem a comprar mais alimentos e produtos em mercados populares da região, beneficiando assim seus proprietários (os quais estariam em uma melhor posição econômica).

²³² Esse é o ponto constantemente afirmado pelos defensores da doutrina da suficiência, ao argumentarem que o que importa é a eliminação dessas condições abaixo de um limiar crítico.

²³³ Considero que a argumentação desenvolvida por Rawls (2008) sobre essa questão – a qual desenvolvi brevemente neste capítulo– deve o entendimento adotado da noção de igualdade entre as pessoas de uma sociedade democrática.

interesses, habilidades e paixões não são os mesmos que os dos outros. Mas (desde que eu não tenha perdido a reivindicação de autorrespeito e por consideração dos outros pelas minhas ações) eu tenho o mesmo valor que todos os outros, e é assim que os outros me tratam e como eles devem me tratar. Eu não tenho superiores, e a minha sociedade não reconhece ninguém como melhor do que eu. As instituições na minha sociedade não favorecem ninguém em detrimento de mim e não me favorecem em detrimento de nenhum outro. Caso a presença um do outro seja considerada agradável, eu poderia ser amigo de qualquer um. Ninguém está acima ou abaixo de mim (Hausman, 2015, p.233 – *tradução minha*)²³⁴.

Uma sociedade democrática deve constantemente estar em um movimento de conquista e manutenção desse ideal, devendo adotar políticas públicas universais em saúde – que garantam a igualdade equitativa de oportunidades –, como também políticas públicas focalizadas (objetivando combater injustiças ou situações precárias específicas e prioritárias), assim como estabelecer distintos padrões de suficiência, para guiar suas ações e políticas públicas. A combinação de diversas estratégias, racionalidades e políticas públicas, algumas buscando atingir um objetivo bem definido, impactando sobre a situação em que se encontra um grupo populacional específico (em pior situação) da população com políticas públicas de escopo universal não pode ser considerada *a priori* equivocada em decorrência da escolha de princípios primeiros de justiça. Se, como afirmei, um estado democrático deve se preocupar particularmente com desigualdades penetrantes, que superam as barreiras de esferas específicas da vida social, ou correlações viciosas entre piores situações de distintas esferas, um Estado pode estabelecer distintos limiares para diferentes esferas relevantes do viver, acima do qual todos cidadãos devem estar. Os princípios primeiros de justiça, quando aplicados a condições não ideais, são úteis tanto para identificar injustiças específicas como também para nos informar a respeito do quão distante a situação em que vivemos está de uma sociedade justa (Freeman, 2012, p.186). Mais do que isso, eles podem funcionar como

²³⁴ No original: “Each person should be able to get up in the morning, look in the mirror, and say to himself or herself, ‘I may not be the best basketball player, cook, or dancer. I may not have as happy a disposition as some of my neighbours have. My experiences, interests, abilities and passions are not the same as others. But (provided I have not forfeited a claim to self-respect and to the regard of others by my actions) I have the same worth as everyone else, and that is how others treat me and how they must treat me. I have no betters, and my society recognizes none as better than me. The institutions in my society favour none over me and favour me over none other. Should we happen to find one another’s company agreeable, I could be friend with anyone. No one is above me or below me.’” (Hausman, 2015, p.233)

uma baliza para guiar nossas reformas das condições injustas em que vivemos assim como da legislação e das instituições existentes (Freeman, 2012, p186). Se nossa argumentação estiver correta, os três princípios que aqui foram apresentados e as razões ao redor deles, corretamente compreendidos, podem auxiliar nossa caminhada em direção a uma sociedade justa e podem ser especialmente importantes em situações de escassez severa.

Limiares mínimos de educação, saúde, moradia, saneamento básico – a partir do qual a pior situação de uma pessoa impacte menos (ou não impacte) nas demais esferas – podem ser estabelecidos para guiarem a distribuição de bens e recursos de uma sociedade democrática em uma situação escassez severa. Contudo, não podemos manter esses limiares estáticos ao longo do tempo, nem mesmo julgar que as questões de justiça se esgotam por completo quando todos os cidadãos de uma sociedade democrática vivem acima desses limiares críticos nas esferas sociais que importam.

Embora, como defendi anteriormente, a justiça requer igualdade democrática, estando intrinsecamente associada a questões relacionais de poder e não-dominação, os princípios normativos de suficiência e de prioridade podem caminhar conjuntamente na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas de estados democráticos. Critérios normativos distintos – como um princípio de prioridade e um patamar de suficiência – podem auxiliar na formulação e na avaliação de políticas públicas e recomendações institucionais de uma perspectiva normativa igualitária. Assim, a dissolução de falsos dilemas entre posições igualitárias, prioritárias e suficientistas é uma etapa importante em direção de uma adequada reflexão normativa, e até mesmo orientação, das práticas distributivas que são (ou devem ser) realizadas por um estado democrático.

Capítulo 4 – *Igualdade Democrática, Justiça Social e Saúde*

Introdução

Viver uma vida saudável é um desejo de cada um de nós. Uma vida saudável é dotada de valor em si e de valor instrumental. É preciso possuir um limiar mínimo de saúde para realizarmos as atividades que julgamos valiosas e, assim, buscarmos atingir e conquistar os diversos fins e bens que almejamos em vida. Ao longo de grande parte da história humana encontramos a saúde sendo considerada um bem de especial valor²³⁵. Autores contemporâneos remetem às ideias de Descartes a formulação mais precisa desse ideal da saúde como um bem superior aos demais bens. O filósofo do século XVII apresentou, com clareza, o argumento de que a conservação da saúde seria não só o bem primeiro que deveríamos almejar, mas também o fundamento de todos os outros bens da vida²³⁶.

Entretanto, podemos divergir sobre o que é exatamente ter saúde e uma vida saudável. Enquanto muitos anseiam acordar diariamente sem dor, cansaço exaustivo, doença ou deficiência grave para assim conseguir cumprir uma rotina extenuante de trabalhos mentais e físicos, outros julgam que uma importante parte da vida saudável é justamente conseguir viver longe dessas rotinas extenuantes.

Podemos discordar – e possivelmente discordamos – sobre uma definição rigorosa de saúde e quiçá conseguimos definir individualmente o que entendemos, de modo preciso ou absoluto, por saúde e vida saudável. Muito do que sabemos sobre saúde e doença nos parece ser óbvio o bastante para não necessitarmos demonstrar sua justificação, seus argumentos antecedentes, ou mesmo a métrica adotada para mensuração. Em nossos diálogos, na nossa vida diária, assumimos que o outro – com

²³⁵ A valorização da saúde como um bem superior já está presente na Grécia Antiga, nas obras, por exemplo, de Hipócrates e Demócrito, como cita Anand, 2005, p.17.

²³⁶ Uma citação literal e mais completa do argumento de Descartes é: “n’est pas seulement à désirer pour l’invention d’une infinité d’artifices, qui feraient qu’on jouirait sans aucune peine des fruits de la terre et de toutes les commodités qui s’y trouvent, mais principalement aussi pour la conservation de la santé, laquelle est sans doute le premier bien, et le fondement de tous les autres biens de cette vie.” (Descartes, 1902, p. 62)

quem dialogamos – possui um entendimento compartilhado e comum das categorias “saúdável” e “doente” que usamos²³⁷.

Contudo, não definirmos de modo preciso tal conceito não nos impede de praticarmos atos individuais diários em nome da nossa saúde pessoal²³⁸. Evitamos beber e fumar em excesso, por exemplo. Muitos de nós buscam praticar atividades físicas (caminhar, correr, fazer musculação, pilates ou ioga) diária ou regularmente. Ao menos idealmente, sempre que possível, buscamos nos alimentar bem. Evitamos comer alimentos com gordura saturada em excesso e optamos, por exemplo, preferencialmente por alimentos orgânicos. Sinteticamente, aceitamos em nossa vida diária que ações individuais adequadas podem nos propiciar mais tempo e qualidade de vida (com boa saúde), para que assim possamos buscar e atingir nossas realizações pessoais ou coletivas.

Apesar disso, importantes dimensões da saúde populacional de uma sociedade ficam latentes se a observamos a partir dessa óptica associada a atividades e escolhas individuais²³⁹. É necessário sempre lembrar que esse “eu” que pratica, por exemplo, as variadas atividades acima descritas é uma pessoa socialmente situada em uma determinada posição econômica e social, com um determinado *status* socioeconômico, de uma dada sociedade. Independente da nossa escolha, integramos um sistema de cooperação social. A nossa saúde é uma variável extremamente complexa, podendo ser

²³⁷ Cabe destacar que essa característica não é exclusiva aos conceitos de saúde e de doença. A mesma característica se aplica, por exemplo, à noção de pobreza. Como afirma Sen: “Much about poverty is obvious enough. One does not need elaborate criteria, cunning measurement, or probing analysis, to recognize raw poverty and to understand its antecedents. It would be natural to be impatient with long-winded academic studies on ‘poor naked wretches’ with ‘houseless heads and unfed sides’ and loop’d and windowed raggedness’, to use King Lear’s graphic description. And furthermore it may also be the case, as Lear told the blind Gloucester, that ‘a man may see how this world goes with no eyes’. There is indeed much that is transparent about poverty and misery.” (Sen, 1981, p. vii)

²³⁸ Apresentei um modo de definirmos as necessidades de saúde que devem ser consideradas prioritárias no Capítulo 1 da tese. Aqui cabe apenas enfatizar que, em uma perspectiva individual, não definir o que é a “saúde perfeita” pode não impedir a realização de escolhas e avaliações de saúde. Pode ser plausível um argumento do tipo: “We may not know what perfect health consists of but we can imagine that the form of such knowledge would be general principles. Yet even in the absence of such principles, we can tell that having the plague is being in worse health than having a sore throat.” (Kamm, 2011, p.85)

²³⁹ No presente capítulo enfocarei a argumentação nas questões das iniquidades de saúde populacional, dos determinantes sociais da saúde e do gradiente social em saúde de grupos populacionais, importantes dimensões da saúde populacional que ficam latentes em análises centradas nas escolhas individuais.

impactada por – ou, ao menos, estar correlacionada com – centenas de outras variáveis sociais, políticas e econômicas²⁴⁰.

Possivelmente quase todos os que me leem se identificam com as práticas e recomendações que descrevi acima. Muito provavelmente porque pertencemos a grupos socioeconômicos próximos, ou mesmo a um grupo semelhante. Com certeza, se estamos em condições de optar por uma dieta alimentar saudável (quase sempre mais cara – basta lembrarmos da gritante diferença de preço entre alimentos orgânicos e não-orgânicos nas principais redes de supermercados para confirmarmos o alto custo que uma alimentação mais saudável possui, ao menos, nas grandes cidades) e praticar atividades físicas (enquanto *hobby*), não constituímos o grupo de pessoas que vivem abaixo da linha de pobreza extrema. Não sou, por exemplo, um dos 10 milhões de brasileiros que, ainda nos dias de hoje, vivem em condição de plena escassez, abaixo da linha de pobreza extrema, muitos dos quais acordam sem saber se conseguirão se alimentar ao longo do dia²⁴¹.

Contudo, não é somente a saúde dessas pessoas em condições de pobreza extrema que é afetada pelas características particulares da sociedade em que vivemos. Cada sociedade, com suas características particulares e distribuições de bens das esferas política, econômica e social, impacta na saúde de sua população.

No presente capítulo, buscaremos desenvolver uma argumentação sobre justiça e saúde centrada nas questões dos determinantes sociais da saúde e do gradiente social em saúde. Buscaremos refletir sobre como os achados contemporâneos sobre determinantes

²⁴⁰ Voltando a realizar uma comparação com as questões sobre pobreza, algo semelhante também pode ser observado. Na verdade, quase nada sobre pobreza é muito simples ou mesmo transparente: “Even the identification of the poor and the diagnosis of poverty may be far from obvious when we move away from extreme and raw poverty. Different approaches can be used (e.g. biological inadequacy, relative deprivation), and there are technical issues to be resolved within each approach. Furthermore, to construct an overall picture of poverty, it is necessary to go well beyond identifying the poor. To provide an aggregative profile based on the characteristics of those who are identified as poor, problems of aggregation have to be squarely faced. Finally – and most importantly – the *causation* of poverty raises questions that are not easily answered”. (Sen, 1981, p. vii)

²⁴¹ Esse seria um número aproximado de brasileiros em condição de pobreza extrema, se utilizarmos os dados fornecidos pelo World Bank e assumirmos que a taxa se manteve a mesma no recente período de crise econômica e política. Mesmo com os grandes avanços atingidos especialmente nos últimos 15 anos, 4,9% da população brasileira ainda se encontra abaixo da linha de pobreza extrema (taxa de \$1.90 (dólar) por dia). Dados disponíveis em <http://data.worldbank.org/topic/poverty> (acessado 19 de abril de 2016). Sobre a projeção do tamanho da população brasileira os dados estão disponíveis em <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/> (acessado 19 de abril de 2016).

sociais da saúde devem ser considerados de uma dimensão normativa. Podemos afirmar que as constatações empíricas de desigualdades de saúde entre grupos sociais distintos e de uma associação entre variáveis sociais e resultados de saúde populacional configuram graves violações de justiça em uma sociedade democrática? No presente capítulo, buscamos dar alguns passos em direção de uma resposta a essa difícil questão que as sociedades democráticas contemporâneas têm que lidar.

I

Parece ser difícil negar que há, contemporaneamente, muitas pessoas em situações precárias de saúde que merecem ser remediadas no Brasil, assim como na grande maioria dos países. Teóricos e analistas baseados em abordagens, perspectivas e enfoques empíricos distintos aceitam essa conclusão genérica. Cabe saber, contudo, se as ações destinadas a favorecer tais pessoas são deveres de justiça – e, portanto, deveres primordiais aos agentes, em especial aos estados democráticos – ou atos de benevolência dos variados atores morais. Nesse ponto, a convergência das posições teóricas diferentes se desfaz²⁴².

As ações benevolentes, como argumentou Hume, possuem “o mais alto mérito que a *natureza humana* é capaz de atingir” (Hume, 2013, p.27), parecendo até “uma tarefa supérflua provar que as afecções benevolentes ou afáveis são dignas de estima e que, onde quer que se manifestem, granjeiam a aprovação e a boa vontade dos seres humanos” (Hume, 2013, p.27). Contudo, tais ações benevolentes diferem das ações e reivindicações de justiça, as últimas desempenhando um papel especial em argumentos políticos e morais. Ao apelarmos à justiça, reivindicamos primazia sobre outros valores. Injustiça é algo que queremos e devemos, primordialmente, evitar. Se, por um lado, devemos estimar aqueles agentes – pessoas, grupos, atores coletivos, e estados – que praticam ações benevolentes, por outro lado, devemos exigir a busca e a manutenção da

²⁴² Os trabalhos que se dedicam a questão de saúde possuem uma convergência mínima no que diz respeito a remediar situações precárias. Desde as formulações de Arrow (1963), que deram início a um extenso campo de pesquisas sobre economia e saúde, reconhece-se que as características específicas desse mercado autorizam alguma regulação especial ou realocação, visto que as leis de oferta e demanda poderiam não atingir um equilíbrio adequado. Como afirma Buchanan, mesmo os defensores de perspectivas deontológicas de justiça e de posições libertarianas, defendem uma alocação de recursos que melhore a condição dos necessitados partindo de ideais de caridade ou de beneficência (Buchanan 2009, p.29).

justiça. Desse modo, podemos e devemos constantemente reivindicar ações e políticas públicas destinadas a sanar e/ou extinguir os graus variados de injustiça das circunstâncias em que se encontram os estados contemporâneos. Como afirma Nagel, “se uma forma de iniquidade no arranjo social é injusta, ela não deveria ser tolerada, mesmo se isso significar abrir mão de coisas que possam ser muito valiosas de outras maneiras” (Nagel, 1997, p.303 – *tradução minha*)²⁴³. Deriva-se justamente dessa primazia da justiça, a necessidade de delimitarmos seu escopo. Ao não delimitarmos o escopo da justiça, corremos o risco de esvaziarmos a noção de justiça da urgência e da prioridade que são, e devem ser, intrínsecas a esse conceito.

Ao restringirmos nossa atenção à saúde populacional, parece ser inequívoco que os agentes morais que possuem um *ethos* benevolente buscarão agir para remediar as condições e melhorar o bem-estar daquelas pessoas que estão em pior condição de saúde. A *pressuposição básica* da motivação de ações benevolentes é que o quão bem as pessoas vivem é de importância moral, sendo uma situação *x* preferível a uma situação *y* quando alguém em *x* está em melhor condição (ou em uma situação de menor sofrimento) que em *y* e ninguém na situação *x* está numa condição pior do que estava na situação *y*, anterior à ação que melhorou a condição de alguém²⁴⁴. Visto que (i) a saúde constitui um importante elemento do bem-estar humano, (ii) as condições de saúde daquelas pessoas ou grupos populacionais em pior situação são remediáveis e (iii) a melhora da situação de saúde de uma pessoa ou grupo populacional não está obrigatoriamente associada à redução da situação de saúde de outro grupo populacional ou pessoa²⁴⁵, pode se concluir – em decorrência da *pressuposição básica* somada com as afirmações (i), (ii) e (iii) – que aqueles que são moralmente motivados pelo valor da benevolência buscarão remediar as condições contemporâneas da saúde em que pessoas e grupos sociais determinados vivem²⁴⁶.

Boa parte das teorias da justiça que se dedicam a abordar questões centradas em saúde também defende cursos de ação que, entre outros fatores, remedeiem as péssimas

²⁴³ No original: “[i]f a form of inequity in social arrangement is unjust, it should not be tolerated, even if that means giving up things that may be very valuable in other ways” (Nagel, 1997, p.303).

²⁴⁴ Essa suposição que guia as ações benevolentes é apresenta de modo ligeiramente distinta por Hausman (2009, p.236).

²⁴⁵ Ou seja, verifica-se um aumento de bem-estar agregado.

²⁴⁶ Hausman (2009, p.236) chega a conclusão semelhante, mas desenvolvendo uma argumentação centrada no gradiente social em saúde.

condições de saúde em que subconjuntos populacionais vivem nos dias atuais, apresentando, assim, uma base de justificação distinta para cursos de ação similares àqueles praticados por agentes benevolentes. Contudo, não podemos concluir que qualquer desigualdade em saúde é sempre relevante de um ponto de vista da justiça²⁴⁷. Algumas condições, perante as quais nossos sentimentos e solidariedade moral nos motivam a agir em assistência, podem não ser, necessariamente, situações de injustiça. Podemos imaginar uma situação hipotética em que todos os agentes (individuais, coletivos e instituições) cumprem seus deveres de justiça, mas as pessoas estão em uma condição de péssima saúde, a qual seria uma situação deplorável, mas não injusta, tal como uma situação oriunda de uma catástrofe natural completamente imprevista²⁴⁸. Precisamos apresentar uma justificação particular para julgarmos uma circunstância como injusta. Ponderações sobre justiça são somente uma das variadas avaliações que fazemos do mundo (Anderson, 2010, p.6). Consequentemente, precisamos de uma justificação particular para considerarmos uma desigualdade em saúde como injusta, ou, em outras palavras, uma desigualdade em saúde como uma iniquidade em saúde²⁴⁹. Por isso, não é trivial a resposta para a questão: são as desigualdades de saúde injustas? Ou para outra questão: as desigualdades de saúde associadas aos determinantes sociais da saúde são injustas? Ou, ainda, para uma terceira pergunta: seria o gradiente social em saúde existente nas sociedades contemporâneas injusto?

Para respondermos essas questões, necessitamos realizar, inicialmente, uma reflexão de escopo mais geral sobre justiça. Um novo regresso às formulações apresentadas por John Rawls pode nos auxiliar nessa etapa da reflexão normativa. Como é de conhecimento comum entre os filósofos, John Rawls, já em sua frase inicial do primeiro capítulo de *Uma Teoria da Justiça*, argumenta que a justiça é a virtude primeira das instituições, devendo as leis e as instituições, por mais eficientes que sejam, ser reformuladas ou abolidas se forem injustiças (Rawls, 2008, p.4). Ainda nesse

²⁴⁷ Exceto para um tipo específico de igualitarismo que considere que todas as desigualdades existentes são injustas, o qual, além de incomum na literatura contemporânea, parece ser de improvável justificação (como argumentamos no capítulo anterior).

²⁴⁸ Como afirma E. Anderson, “the world could be such that everyone is complying with all reasonable demands, but people are miserable due to natural catastrophes that overcome their rescue capacity. Such a world would be deplorable, but not unjust.” (Anderson, 2010, p.6)

²⁴⁹ Ao considerar que iniquidades de saúde são desigualdades injustas de saúde estou seguindo a terminologia da maior parte da literatura contemporânea – desenvolverei essa questão na parte II deste Capítulo. A literatura estadunidense também adota a terminologia “disparidades” para designar tais desigualdades injustas.

mesmo parágrafo, Rawls explicita o compromisso central que uma teoria da justiça deve assumir com a inviolabilidade da pessoa, a qual se reflete em um compromisso com o “individualismo normativo” (Pogge, 2010a, p.30), ao afirmar:

Cada pessoa possui uma inviolabilidade fundada na justiça que nem o bem-estar de toda a sociedade pode desconsiderar. Por isso, a justiça nega que a perda da liberdade de alguns se justifique por um bem maior desfrutado por outros. Não permite que os sacrifícios impostos a poucos sejam contrabalanceados pelo número maior de vantagens que desfrutem muitos. Por conseguinte, na sociedade justa as liberdades da cidadania igual são consideradas irrevogáveis; os direitos garantidos pela justiça não estão sujeitos a negociações políticas nem ao cálculo de interesses sociais. (Rawls, 2008, p.4)

Também conhecida é a delimitação do objeto primeiro da justiça formulada por Rawls²⁵⁰. Segundo o filósofo, devemos considerar as principais instituições sociais, entendidas em um conjunto sistemático – ou, na terminologia rawlsiana, a estrutura básica da sociedade – como o objeto primeiro da justiça. Como esclarece Rawls, na Conferência VII de *O Liberalismo Político*:

A estrutura básica é entendida como a maneira pela qual as principais instituições sociais se articulam em um sistema único, distribuem direitos e deveres fundamentais e moldam a divisão dos benefícios obtidos mediante a cooperação social. Assim, a Constituição política, as formas legalmente reconhecidas de propriedade, a organização da economia e a natureza da família fazem parte da estrutura básica. (Rawls, 2011, pp.305-306)

Assim, o objetivo principal de uma teoria da justiça deve ser a formulação de princípios primeiros que ofereçam orientações razoáveis para tratar as questões de justiça social relacionadas com o complexo de instituições da estrutura básica. Entretanto, quais são as razões de se restringir o foco primário da justiça na estrutura básica da sociedade?

Como disserta Rawls, são quatro as razões principais para esse enfoque. A estrutura básica é o objeto primário da justiça porque (i) seus efeitos são profundos e

²⁵⁰ Apresentei, com maior detalhamento, a argumentação que desenvolvo aqui sobre a questão do objeto primeiro da justiça na teoria de Rawls em artigo publicado na *Brazilian Political Science Review* (Lucca-Silveira, 2016a).

presentes desde o início; (ii) ela influencia e dá forma às vontades, aos desejos e às aspirações e, até mesmo, ao caráter que os indivíduos virão a ter, (iii) ela assegura a manutenção das condições necessárias para justiça de base e, por fim, (iv) as instituições que a constituem são de caráter público.

As consequências da estrutura básica são profundas e estão presentes desde o início (Rawls, 2008, p.8; Rawls, 2001, p.10), visto que as condições sociais nas quais os indivíduos se desenvolvem – incluindo as posições relativas e os meios e oportunidades disponíveis – determina o leque de opções e escolhas que nós temos em vida, assim como modela os nossos interesses e objetivos, tão bem como as nossas perspectivas de futuro. Ademais, as iniquidades resultantes de diferentes pontos de partida são especialmente profundas. Se, por um lado, parece quase que irrefutável essa constatação de que a “sociedade” gera efeitos nas pessoas que vivem nela, a originalidade astuciosa da argumentação de Rawls está em deslocar a responsabilidade genérica dessas influências de um conceito vago (“sociedade”) para aplicá-la em determinadas instituições que são necessárias para a cooperação social, as quais constituem a estrutura básica da sociedade. E, mais do que isso, é a profunda influência que as instituições básicas exercem sobre os indivíduos, concebidos como pessoas livres e morais, com interesses fundamentais em exercer suas faculdades morais, que justifica a primazia concedida à estrutura básica da sociedade (Freeman, 2014, p.95).

Em consequência, os interesses e vontades das pessoas não podem ser considerados como entidade última de justificação de escolhas, pois, tais interesses e vontades são determinados parcialmente pela estrutura básica. Na teoria formulada por Rawls, “os desejos e aspirações que os indivíduos podem ter em qualquer momento do tempo não desfrutam de autoridade moral pré-definida”²⁵¹ (Scheffler, 2006, p.104 – *tradução minha*)²⁵².

Já o caráter público das instituições que constituem a estrutura básica da sociedade – e devem ser organizadas em um sistema único de cooperação – é uma

²⁵¹ No original: “[t]he desires and aspirations that individuals happen to have at any given moment enjoy no default moral authority” (Scheffler, 2006, p.104)

²⁵² Nas palavras de Rawls, “the basic structure shapes the way the social system produces and reproduces over time a certain form of culture shared by persons with certain conceptions of their good” (Rawls, 2005, p.269).

característica central do objeto da justiça²⁵³. Por instituição, Rawls compreende “um sistema público de normas que define cargos e funções com seus direitos e deveres, poderes e imunidades etc.” (Rawls, 2008, p.66). Essas normas, teriam por função, segundo o filósofo, tanto especificar que certas formas de ação são permissíveis e outras proibidas, quanto estipular as penalidades e as possíveis defesas quando ocorrem transgressões (Rawls, 2008, p.66). A estrutura básica da sociedade seria, portanto, um sistema público de normas. Ou seja, “todos nela envolvidos sabem o que saberiam se tais normas e sua participação nas atividades que essas normas definem fossem resultantes de um acordo” (Rawls, 2008, p.67). Assim, cada pessoa participante sabe o que as normas exigem dela e demais, existindo, em uma sociedade bem-ordenada, um entendimento público no tocante ao que são o justo e o injusto (Rawls, 2008, p.67-68). Justamente por isso, os princípios de justiça primeiros, ou seja, os princípios que se aplicam à estrutura básica da sociedade, devem satisfazer o que Rawls nomeou de “cláusula da publicidade” (Rawls, 2008, pp.215-226). Essa cláusula estaria diretamente relacionada com a estabilidade psicológica. Como afirma Rawls, “uma concepção de justiça é estável quando o reconhecimento público de sua concretização por meio do sistema social tende a fomentar o senso de justiça correspondente” (Rawls, 2008, p.217). Mais do que isso, uma concepção de justiça deveria – como uma característica desejável – expressar *publicamente* o respeito mútuo entre os cidadãos (Rawls, 2008, p.219).

Essas argumentações desenvolvidas por Rawls podem funcionar como bússolas para guiar nossas reflexões sobre justiça e saúde. O enfoque primeiro nas instituições, no sistema articulado das instituições sociais da sociedade, assim como as defesas da inviolabilidade da pessoa, da centralidade da manutenção da justiça de base, são atributos centrais da teoria de Rawls que podem nos auxiliar em considerações específicas de justiça e saúde populacional. Entretanto, há ainda uma outra propriedade da teoria da justiça formulada por Rawls que gostaríamos de enfatizar: um claro vínculo entre justiça, cooperação social, respeito mútuo e reciprocidade. De modo sintético, podemos afirmar que, segundo a teoria de Rawls, somente em sociedades nas quais as instituições da estrutura básica respeitam os dois princípios de justiça, os indivíduos podem viver livremente e como iguais, em termos de reciprocidade e respeito mútuo²⁵⁴.

²⁵³ Como sabemos, Rawls distingue entre aqueles princípios que se aplicam a pessoas e os princípios de justiça que se aplicam às instituições (Rawls, 2008, p.66).

²⁵⁴ Como apresentamos anteriormente, ao longo do capítulo 2.

Ou seja, “em oposição a promover a felicidade agregada ou algum outro bom estado de coisas, é a qualidade moral das relações humanas e os valores políticos/morais de liberdade, igualdade, reciprocidade e respeito mútuo que informam a primazia atribuída aos princípios de justiça para a estrutura básica das instituições sociais primárias” (Freeman, 2014, p.96 – *tradução minha*)²⁵⁵. Assim, o valor político-moral último que essa perspectiva apresenta – o respeito pelos outros como pessoas morais livres e iguais que cooperam em termos de reciprocidade e mútuo respeito – não pode ser promovido por uma “máquina” de cálculos e escolhas de meios e situações que o otimize ou o maximize. Esse ideal moral apresentado por Rawls é “dependente de princípio” (Freeman, 2014, p.96), isto é, ele só pode ser realizado a partir de relações interpessoais de indivíduos que interagem e cooperam de acordo com princípios e regras justificáveis por procedimentos que exemplificam tal valor/ideal.

É justamente essa dimensão que não pode ser desconsiderada, ou subconsiderada, quando refletimos especificamente sobre justiça e saúde. A justiça é eminentemente relacional, visto que se dá entre pessoas em um contexto determinado (Forst, 2014) e não pode, portanto, ser reduzida a definição de um esquema de distribuição ou alocação de bens ou recursos dados, ou, ainda, ao mero estabelecimento de um patamar mínimo razoável a partir do qual se possa viver. Consequentemente, quando analisamos questões de justiça e saúde populacional, não podemos nos esquecer ou nos afastar do ideal de uma sociedade de iguais livre das variadas formas de *lei arbitrária* ou *dominação*²⁵⁶.

O que devemos uns aos outros, enquanto cidadãos de uma sociedade democrática, em relação à saúde de nossos concidadãos? Essa é a questão primeira que deve ser objeto central das nossas reflexões sobre justiça e saúde. Questões de justiça estão associadas aos modos como se concebem e se dão as relações sociais entre pessoas e não podem ser identificadas diretamente a implementação de um modelo distributivo desejável (Anderson, 2010b). Dessa forma, a justiça só poderia ser acessada por uma noção de igualdade democrática – a qual é concebida como um tipo específico

²⁵⁵ No original: “as opposed to promoting aggregate happiness or some other good state of affairs, it is the moral quality of human relationships and the political/moral values of freedom, equality, reciprocity, and mutual respect that inform the primacy assigned to principles of justice for the basic structure of primary social institutions” (Freeman, 2014, p.96).

²⁵⁶ Forst afirma que a dominação “signifies the arbitrary rule of some over others –that is, rule without proper reasons and justifications and (possibly) without proper structures of justification existing in the first place”. (Forst, 2014, p.21)

de relação entre pessoas, uma igualdade de autoridade, *status* e posição (Anderson, 1999), e, consequencialmente, quando refletimos sobre justiça e saúde populacional não podemos nos limitar a apresentar modelos destinados a distribuir ou redistribuir bens, recursos ou medicamentos em padrões mais eficientes, maximizadores ou mesmo de acordo com um ideal distributivo pré-estabelecido²⁵⁷.

Esses “modelos maximizadores”, ao não se aprofundarem na justificação teórica da justiça, borram a distinção entre atos de solidariedade moral e atos de justiça. Ignorar essa diferença “pode levar a uma situação na qual – em uma dialética da moralidade, por assim dizer – o que é um requisito de justiça é visto como um ato de assistência generosa ou uma ‘ajuda’” (Forst, 2014, pp.20-21)²⁵⁸. Assim, a potência e prioridade argumentativas, que devem ser intrínsecas às questões de justiça – tal como argumentado anteriormente –, se perderiam.

Já perspectivas excessivamente centradas na definição dos *distribuenda* – as quais formam parte significativa do debate contemporâneo sobre justiça e saúde – por mais que possuam qualidades, deixam importantes aspectos intrínsecos às teorias de justiça subdesenvolvidos. Ao simplificarem as questões de justiça de saúde à questão de o que os indivíduos devem *receber*, tais teorias tendem a anular a voz e a agência dos receptores de políticas públicas. No limite, tais teorias caminham próximo de uma linha tênue de transformar os indivíduos de uma sociedade em receptores passivos de políticas públicas de saúde.

A pauta da legitimidade de “*quem e como* determina quem recebe e o que recebe” deve vir à luz em trabalhos de justiça de saúde. As fontes e a legitimidade do poder político são fundamentais de um ponto de vista da justiça (Forst, 2012, p.195). Ser beneficiário, por exemplo, de uma política pública de saúde que propicie tratamento adequado mas gere estigma é muito distinto de ser beneficiário de uma política pública

²⁵⁷ Posições igualitárias associadas ao igualitarismo de fortuna, como aquelas desenvolvidas por G. A. Cohen, R. Arneson e J. Roemer, de modo distinto da argumentação aqui desenvolvida, concebem tanto a igualdade, como a justiça, como um padrão distributivo, uma igual distribuição de bens e recursos. Um bom exemplo, com desenvolvimento de questões de justiça e saúde, pode ser encontrado nos trabalhos de Roemer (1995; 2000; 2002). No mais, merece ser destacado que trabalhos recentes baseados na abordagem das capacidades – como J. P. Ruger, 2010b – também defendem, com nuances e desenvolvimentos distintos, uma abordagem e padrão distributivos estabelecidos como soluções de justiça.

²⁵⁸ No original: “can lead to a situation where – in a dialectic of morality, as it were – what is a requirement of justice is seen as an act of generous assistance or ‘aid’” (Forst, 2014, pp.20-21).

de saúde que gere os mesmos resultados médicos mas não estigmatize²⁵⁹. Quando não centramos atenção em *quem* e *como* decide, questões como a do estigma que o doente pode enfrentar tendem a ser desconsideradas ou mesmo não entrar em pauta. Especificamente quando refletimos sobre saúde devemos nos atentar especialmente aos ideais de dignidade e autoestima, os quais são pouco iluminados pelas formulações de modelos distributivos e maximizadores prontos²⁶⁰.

Possuir acesso a recursos de saúde de/em um estado não democrático ou com amplos níveis de desigualdade econômica é muito distinto de possuir acesso aos mesmos recursos de/em estados democráticos com baixa desigualdade. Viver em regimes com elevada desigualdade retira poder – categoria-chave da justiça e da qualidade da saúde – de grande número de grupos de cidadãos em pior situação. Viver em regimes não democráticos, limita plenamente uma dimensão central do poder de seus cidadãos²⁶¹.

Consequentemente, também é necessário deslocarmos atenção dos *distribuenda* para o *distributor* quando refletimos sobre questões de justiça de saúde. É imperativo pensarmos sobre o estado e o governo não como atores *a priori* neutros, mas sim devemos defender que estes considerem e tratem os seus cidadãos como iguais, devendo agir com neutralidade no devido grau que a igualdade democrática requerer isso²⁶². Políticas públicas devem satisfazer a um critério ideal baseado em um *teste interpessoal*,

²⁵⁹ A questão do estigma é desenvolvida por Anderson (1999).

²⁶⁰ Nas relações entre doente e médico a relação de autoestima torna-se mais problemática e ainda mais central. Como disserta Ricoeur, “a autoestima não se limita a uma relação de si para consigo. Esse sentimento inclui também um pedido dirigido aos outros. Inclui a expectativa de aprovação vinda desses outros. Nesse sentido, a autoestima é um fenômeno reflexivo e um fenômeno relacional, e a noção de dignidade reúne as duas faces desse reconhecimento. [...] É no nível desse elo entre auto-reconhecimento e reconhecimento pelos outros que o processo de exclusão discutido no plano da avaliação social continua com suas devastações, desta vez até o âmago da autoestima. Esse efeito destruidor é estruturalmente possibilitado pelo fato de que a doença tende a funcionar como uma espécie de auto-exclusão. Aquilo que no plano biológico se nos mostrou como regressão a um meio “encolhido”, e no plano social, como uma exclusão sancionada por instituições de diferentes ordens, reaparece no plano existencial como recusa de dignidade, recusa de reconhecimento. [...] A doença, dizíamos, é coisa diferente de falta, de carência, enfim de quantidade negativa. É uma outra maneira de ser-no-mundo. É nesse sentido que o paciente tem dignidade, é objeto de respeito” (Ricoeur, 2009, pp.219-220).

²⁶¹ Como veremos a frente, de acordo com uma importante vertente de estudos sobre os determinantes sociais da saúde, a qualidade da saúde dos grupos populacionais está diretamente relacionada aos graus de empoderamento que os integrantes de tais grupos possuem (ver, por exemplo, Marmot, 2015, Cap. 5).

²⁶² Ver Dworkin, *Why liberal should care about equality* (1985, p.205). Nesse quesito, essa formulação se aproxima da posição liberal “baseada na igualdade” apresentada pelo autor.

no qual sejam apresentadas a justificação, as razões e as motivações reais de determinada política pública de saúde aos representantes dos grupos sociais relevantes da sociedade, não só proponentes, membros de burocracias estatais e comunidade científica, mas também (e especialmente) beneficiários e demais afetados por tal política de saúde.

Por um lado, como argumentado acima, os interesses pessoais (agrupados ou não) não podem ser considerados entidades *últimas* da justificação das escolhas moralmente relevantes de um estado democrático – visto que são, ao menos parcialmente, determinados pelas instituições sociais, políticas e econômicas em que os indivíduos, de modo compulsório, vivem²⁶³ –, porém, por outro lado, cada pessoa possui uma inviolabilidade que a sociedade e, por conseguinte, o estado não podem desconsiderar ao formular políticas públicas. Deriva-se, dessas considerações, a necessidade de a formulação e a implementação das políticas públicas extrapolarem a agregação simples de vontades e preferências individuais ou, ainda pior, a imposição das preferências de grupos dominantes. Necessitamos, portanto, que as políticas públicas de saúde sejam aprovadas em um teste que certifique se uma política pública deve ser formulada, implementada e/ou mantida, a partir de considerações de ordem impessoal. Para utilizarmos a metáfora proposta por Thomas Nagel (1970), precisamos “calçar os sapatos das outras pessoas” (Nagel, 2000, p. 77) para raciocinar sobre questões que moralmente importam.

Dessa forma, os argumentos basilares de políticas públicas de um estado democrático devem providenciar uma justificação de segunda-pessoa. Enquanto exercício ideal, esses argumentos deveriam passar por um teste interpessoal, que “testa o quão robusto é um argumento de política pública (*policy argument*) ao submetê-lo a variação com respeito a quem está falando e/ou quem está ouvindo, quando o argumento é apresentado” (Cohen, 2008, p.42, *tradução minha*)²⁶⁴. Como disserta G. A. Cohen²⁶⁵, ao apresentar sua formulação do teste interpessoal:

²⁶³ Ou seja, não podemos considerar, em circunstâncias reais, as preferências individuais como entidades últimas de justificação visto que as preferências e gostos se adaptam às opções e leques de ofertas disponíveis em posições sociais nas quais os atores se situam.

²⁶⁴ No original: “(...) tests how robust a policy argument is by subjecting it to variation with respect to who is speaking and/or who is listening when the argument is presented” (Cohen, 2008, p.42).

²⁶⁵ Apenas para evitar equívocos, gostaria de afirmar que a utilização da formulação do teste interpessoal apresentada por G. A. Cohen não pode ser confundida com uma vinculação da

O teste questiona se o argumento poderia servir como justificação de uma política discutida quando pronunciada por qualquer membro da sociedade para qualquer outro membro. Então, para aplicar o teste, nós criamos a hipótese de um pronunciamento do argumento por um indivíduo específico, ou, mais comumente, por um membro de um grupo específico, para outro indivíduo, ou para um membro de um outro, ou, na verdade, do mesmo, grupo. Se *em função* de quem está apresentando, e/ou de para quem é apresentado, o argumento não pode servir como justificação para a política, então independente dele passar como justificação sob condições dialógicas diferentes, ele falha (*tout court*) em prover uma justificação compreensiva para a política (Cohen, 2008, p.42 – *tradução minha*)²⁶⁶.

Evidencia-se, portanto, a centralidade que a participação dos diversos cidadãos, considerados como iguais – os quais devem ser representantes dos variados grupos socialmente relevantes –, deve assumir nas variadas etapas das políticas públicas promovidas por um estado democrático.²⁶⁷ Refletindo especificamente sobre as políticas públicas de saúde, a exigência de que os argumentos basilares de uma política pública passem por um teste dessa ordem explícita, por exemplo, a incompletude de uma justificação estritamente vinculada a um saber especializado, a uma validação estritamente científica, epidemiológica e/ou médica. Se é verdade que políticas de saúde de uma sociedade democrática devem obrigatoriamente possuir validação

proposta aqui apresentada com posições específicas, mais amplas, desse autor, como a defesa de uma versão do igualitarismo da fortuna ou sua posição sobre o alcance dos princípios da justiça igualitária.

²⁶⁶ No original: “The test asks whether the argument could serve as a justification of a mooted policy when uttered by any member of society to any other member. So, to carry out the test, we hypothesize an utterance of the argument by a specified individual, or, more commonly, by a member of a specified group, to another individual, or to a member of another, or, indeed, the same, group. If *because* of who is presenting it, and/or to whom it is presented, the argument cannot serve as a justification of the policy, then whether or not it passes as such under other dialogical conditions, it fails (*tout court*) to provide a comprehensive justification of the policy” (Cohen, 2008, p.42).

²⁶⁷ Podemos compreender idealmente o ciclo de políticas públicas como contendo cinco etapas, além de sua fase final, de “terminação”. Seriam elas: percepção/definição de problema; agenda-setting; elaboração de programa/decisão; implementação, avaliação/correção da ação. Após essa última etapa (avaliação/correção da ação), a política pública é direcionada para uma fase de terminação ou retornaria para a primeira etapa enunciada acima (percepção/definição de problema). Contudo, nem sempre é fácil identificarmos as fases – em algumas políticas públicas mais compartilhadas, com os mesmos atores atuando –, assim como a identificação do que é uma reformulação de uma política antiga ou uma nova política pública (Oliveira, 2016, p.889). Sobre os atores que atuam em fases distintas das políticas públicas ver, especificamente, Oliveira, 2016, p.890: quadro 1.

científica/médica, devendo ser recomendada por uma parte expressiva da comunidade de especialistas – detentores do saber especializado requerido –, esse critério não pode ser considerado um critério suficiente para a implementação e manutenção de uma política pública de saúde. Em especial, a voz dos grupos afetados por tais políticas públicas deve ser escutada – nos diversos estágios de uma política pública – em uma sociedade democrática.

Políticas públicas de saúde que geram resultados positivos significativos, de um ponto de vista estritamente médico, podem gerar graves efeitos colaterais em esferas relevantes da vida social dos beneficiários, tais como redução da autoestima ou culpabilização dos beneficiários²⁶⁸. Por isso, a validação médica (e mesmo científica, em geral) só pode ser considerada um critério necessário, mas não suficiente, para a implementação de políticas públicas de saúde. Demandas de igual respeito – as quais são mais abrangentes e demandantes que um critério de validação científica – devem pautar as políticas públicas de um estado democrático, o qual deve garantir a seus membros, em todos os momentos de suas vidas, acesso efetivo às condições sociais de suas liberdades. Situações em que os membros de um dado grupo social são excluídos ou segregados de participação *como igual* em instituições da sociedade civil, estado ou do governo, mesmo que tais indivíduos desfrutem formalmente de seus direitos civis e políticos, são incompatíveis com um ideal de igualdade democrática, o qual deve sempre ser perseguido por uma sociedade democrática²⁶⁹.

II

Ao levarmos em consideração a reflexão apresentada, é plausível afirmarmos que quando instituições sociais, econômicas, legais e políticas geram, sustentam ou reforçam desigualdades de saúde entre grupos de seus cidadãos, vivemos numa circunstância de elevadíssimo grau de injustiça. Em circunstâncias injustas, parte significativa dos esforços das políticas públicas de estados democráticos deve estar

²⁶⁸ É importante destacar que parte dos efeitos de determinadas políticas públicas só podem ser sentidos por aqueles que são beneficiários de tal política e, em muitos casos, só posteriormente a implementação dessa política, daí a necessidade de mecanismos de políticas públicas que escutem constantemente membros desse grupo populacional.

²⁶⁹ Anderson (1999, p.317) nomeia de “cidadania de segunda classe” a condição dessas pessoas em situação de exclusão.

centralizada na eliminação de desigualdades socialmente criadas ou sustentadas, as quais causam desvantagem a grupos de seus cidadãos²⁷⁰. Tal enfoque se mantém quando focamos a atenção na esfera da saúde populacional: uma pauta prioritária das políticas públicas de saúde deve ser o combate às iniquidades de saúde.

Sintetizando a argumentação elaborada até aqui, podemos afirmar que políticas públicas de saúde devem ser baseadas em um ideal de igualdade democrática, o qual “vê duas pessoas como iguais quando cada uma aceita a obrigação de justificar suas ações com princípios aceitáveis para o outro, e no qual eles tomam a consulta mútua, a reciprocidade e o reconhecimento como dados” (Anderson, 1999, p.313 – *tradução minha*)²⁷¹. Todavia, essa síntese pode ainda ser considerada excessivamente genérica e evasiva para uma gama de leitores, especialmente para aqueles acostumados com a literatura contemporânea centrada em estudos empíricos sobre políticas públicas. Mesmo o destaque dado ao necessário combate às desigualdades de saúde socialmente criadas ou sustentadas pode ser considerado, por alguns leitores, pouco elucidativo para auxiliar na formulação de políticas públicas de saúde em estados democráticos, visto que a definição genérica dessas desigualdades – esses leitores poderiam argumentar – ainda seria pouco útil em situações concretas. Se, por um lado, tenho que reconhecer as restrições intrínsecas que uma argumentação normativa, tal como a que apresento, possui frente a especificações minuciosas ou a formulação de pautas prontas de ação político-estatal²⁷², por outro lado, podemos conceder razão a leitores que reivindicuem

²⁷⁰ É importante frisar que a abordagem que busco apresentar não limita as ações e os objetivos das políticas públicas, de uma sociedade democrática, à busca e à manutenção da justiça – apenas considera as políticas públicas associadas a esse objetivo como prioritárias. Ou seja, outras agendas, pautas e questões podem também ser relevantes para formulação de políticas públicas.

²⁷¹ No original: “regards two peoples as equal when each accepts the obligation to justify their actions by principles acceptable to the other, and in which they take mutual consultation, reciprocation, and recognition for granted” (Anderson, 1999, p.313).

²⁷² Cabe destacar que não entendo essa restrição como uma “limitação” da teoria política normativa aqui apresentada ou em geral. Pelo contrário, como busquei argumentar são justamente as teorias da justiça que sustentam posições baseadas em um padrão distributivo pré-estabelecido que perderiam “aquilo que importa” sobre justiça e saúde, de uma perspectiva igualitária. Com o avançar da argumentação que apresento neste capítulo, ficará mais claro os pontos de diálogo e contribuição que devem existir entre teorias políticas normativas e pesquisas empíricas (de diversos campos científicos, entre os quais: ciência política, economia, epidemiologia, saúde pública), no combate às desigualdades injustas de saúde populacional.

um exercício de maior especificação das demandas de justiça em saúde como uma etapa da reflexão normativa, mesmo que ideal²⁷³.

Podemos, então, buscar demarcar com maior detalhamento quais são as desigualdades de saúde injustas existentes em circunstâncias reais. Não cabe à teoria aqui apresentada propiciar um juízo definitivo sobre todas e quaisquer desigualdades de saúde, porém podemos apresentar algumas balizas para exercícios teóricos dedutivos que busquem avaliar as desigualdades de saúde existentes em situações reais. Assim, visando desenvolver e especificar as formulações teóricas sobre justiça e saúde até aqui apresentadas, retornemos à questão: quais desigualdades de saúde são injustas e devem, portanto, ser uma pauta central de políticas públicas?

Margaret Whitehead (1991) expõe a distinção comumente presente na literatura contemporânea entre desigualdade de saúde e iniquidade de saúde, a qual é também utilizada em documentos da Organização Mundial da Saúde. Iniquidades, segundo a autora, seriam desigualdades que possuiriam uma dimensão ética e moral relevante, visto que seriam “diferenças que são desnecessárias e evitáveis, mas são também consideradas não equitativas e injustas” (Whitehead, 1991, p.219 – *tradução minha*)²⁷⁴. Assim, para considerarmos uma situação como não equitativa, “a causa precisa ser examinada e julgada como não equitativa no contexto do que está ocorrendo no resto da sociedade” (Whitehead, 1991, p.219 – *tradução minha*)²⁷⁵. Caberia, portanto, interrogarmos sobre como diferenciariamos as desigualdades inevitáveis daquelas que são desnecessárias e evitáveis (oriundas de causas injustas), logo não equitativas e injustas.

Whitehead reconhece que uma resposta a essa pergunta possui uma variação espacial (seria distinta de um país para outro) e temporal (variando ao longo do tempo). Entretanto, apresenta uma réplica genérica à questão. A autora considera que, em geral, podemos identificar sete determinantes principais da saúde. Seriam eles:

²⁷³ Ou seja, pode ser plausível alguns argumentos – muitas vezes presentes nas teorias contemporâneas (por exemplo, ver Cohen, 2008) – que reivindicam que as formulações sobre justiça social superem as nossas intuições e caminhem em direção de uma maior especificação das demandas.

²⁷⁴ No original: “differences which are unnecessary and avoidable but, in addition, are also considered unfair and unjust” (Whitehead, 1991, p.219).

²⁷⁵ No original: “the cause has to be examined and judged to be unfair in the context of what is going on in the rest of society” (Whitehead, 1991, p.219).

(i) variação natural, biológica; (ii) comportamento prejudicial à saúde e escolhido livremente, tal como participação em certos esportes e passatempos; (iii) a vantagem passageira de saúde de um grupo sobre outros quando este grupo é o primeiro a adotar um comportamento que promove saúde (contanto que outros grupos têm os meios para alcançá-lo em breve); (iv) comportamento prejudicial à saúde para o qual o grau de escolha de estilo de vida é severamente restrito; (v) exposição a condições de vida e trabalho pouco saudáveis ou estressantes; (vi) acesso inadequado a saúde essencial e a outros serviços públicos; (vii) seleção natural ou mobilidade social relacionada à saúde envolvendo a tendência de pessoas doentes decaírem na escala social” (Whitehead, 1991, p.219 – *tradução minha*)²⁷⁶.

A seu ver, os determinantes listados nas três primeiras categorias (*i*, *ii* e *iii*) não causariam as desigualdades de saúde que normalmente seriam classificadas como iniquidades. Já os determinantes associados às categorias *iv*, *v* e *vi* seriam considerados por muitos como evitáveis e, consequentemente, as diferenças de saúde resultante dos mesmos seriam consideradas injustas. Por fim, em relação a categoria (*vii*), Whitehead considera que especificamente a questão da baixa renda das pessoas doentes parece ser evitável e injusta (Whitehead, 1991, p.219).

Dessa forma, o ponto crucial para avaliarmos se uma desigualdade de saúde é injusta, segunda a visão de Whitehead, parece depender, em grande parte, de um juízo sobre a dimensão biológica das diferenças e – como também argumenta Le Grand (Le Grand, 1982) – de um teste de responsabilidade individual. Deveríamos avaliar se as diferenças de saúde em questão são derivadas de uma situação escolhida pelas pessoas ou se elas resultam de uma situação fora do controle das pessoas (Whitehead, 1991, p.220). Assim, o grau de escolha presente nas decisões, comportamentos e padrões de saúde assume uma função central em tal definição.

Mesmo reconhecendo a necessidade de, em algum momento, enfrentarmos as questões sobre a dimensão natural e biológica das desigualdades de saúde, assim como

²⁷⁶ No original: “(i) natural, biological variation, (ii) health-damaging behavior if free chosen, such as participation in certain sports and pastimes, (iii) the transient health advantage of one group over another when that group is first to adopt a health-promoting behaviour (as long as other groups have the means to catch up fairly soon), (iv) health-damaging behaviour where the degree of choice of lifestyles is severely restricted, (v) exposure to unhealthy, stressful living and working conditions, (vi) inadequate access to essential health and other public services, (vii) natural selection or health-related social mobility involving the tendency for sick people to move down the social scale” (Whitehead, 1991, p.219).

sobre o papel que a responsabilidade individual, devem desempenhar numa reflexão teórico-normativa sobre justiça e saúde, defendendo que podemos caminhar de modo distinto para respondermos essa questão primordial sobre quais são as desigualdades injustas de saúde que devem ser reduzidas ou eliminadas prioritariamente²⁷⁷. Acredito que a etapa central em direção a uma adequada resposta à questão é perguntamos *entre quem* se dão as desigualdades de saúde que importam. Caso o argumento aqui apresentado seja plausível, ao respondermos esta questão, avançamos fundamentalmente na resposta de quais desigualdades de saúde são injustas.

Defendo que as preocupações de justiça e saúde das sociedades democráticas contemporâneas devem estar centradas no combate às desigualdades de saúde *entre grupos sociais*. É justamente essa escolha normativa que nos possibilita avançarmos na diferenciação e na qualificação das desigualdades de saúde que existem nas sociedades contemporâneas. Acessar as desigualdades utilizando mensurações e comparações baseadas em grupos sociais capacita-nos a reivindicar que determinadas desigualdades de saúde são injustas, visto que as comparações de desigualdades de saúde entre grupos ajudam-nos a evidenciar aspectos importantes das relações e processos institucionais que geram e/ou reforçam desigualdades agregadas (*overall inequalities*) e desvantagens entre grupos populacionais de uma mesma sociedade²⁷⁸. Como desenvolverei abaixo, essas desigualdades agregadas nos informam sobre os graus de injustiça existentes em uma circunstância atual. Dessa forma, ao refletirmos sobre as diferenças de saúde assumindo como base da comparação os grupos sociais relevantes, podemos identificar as iniquidades de saúde presentes nas conjunturas contemporâneas das sociedades analisadas, que devem ser pauta prioritária de políticas públicas.

Assim, estou argumentando que o próprio enfoque em métricas e desigualdades entre grupos possibilita-nos definir e visualizar, sem necessitarmos de avaliações e juízos morais de realização e justificação difíceis, quais são as desigualdades de saúde injustas presentes em uma sociedade e como essas se estabelecem e variam sincrônica e

²⁷⁷ A definição de quais são as desigualdades injustas de saúde é um ponto controverso na literatura contemporânea. Parte das críticas recentes à literatura sobre os determinantes sociais da saúde está centrada nesta questão (como presente em Preda e Voigt, 2015).

²⁷⁸ Poderíamos chamar essas desigualdades também de “desigualdades fundamentais” (como Hausman, 2007, p.50). Hausman, no artigo citado (Hausman, 2007), defende uma posição parcialmente semelhante a que busco apresentar neste capítulo, argumentando que as desigualdades de saúde entre grupos sociais – e não as desigualdades entre indivíduos – devem estar no foco de atenção dos igualitários.

diacronicamente. Pois, ao compararmos as condições e a qualidade de saúde de subconjuntos populacionais relevantes, localizamos as iniquidades – desigualdades injustas – de saúde existentes entre os grupos sociais, as quais tendem a ser temporalmente persistentes, pois estão associadas a processos sociais e institucionais que produzem, reforçam e reproduzem um padrão de injustiça, proporcionando leques distintos de oportunidades, recursos e capacidades aos integrantes de diferentes grupos sociais.²⁷⁹ Precisamente por estarem associadas a processos sociais e institucionais amplos e duradouros, tais iniquidades se distinguem de outras desigualdades que são acidentais, socialmente superficiais, e transitórias (Young, 2001, p.2).

Desse modo, as iniquidades de saúde entre grupos sociais devem ser compreendidas como uma injustiça estrutural, que existe em situações nas quais processos sociais colocam grupos populacionais sob ameaça sistemática de dominação ou privação de meios para desenvolver e exercer suas capacidades, enquanto permitem que outros dominem ou tenham uma ampla variedade de oportunidades (Young, 2011, p.52). São justamente essas desigualdades, associadas a um conjunto de desvantagens, que devem ser eliminadas ou, ao menos, mitigadas por políticas públicas de estados democráticos. Ou seja, é justamente o combate a essa recorrência, a esse padrão de injustiça – que pode ser evidenciado pela comparação dos níveis de saúde dos conjuntos sociais – que deve ser um dos focos principais das políticas públicas de saúde que visam a combater injustiça²⁸⁰. A manutenção de um conjunto de instituições sociais que não pratiquem discriminação e preconceito a grupos sociais determinados, nem gere ou sustente injustiças estruturais, deve ser uma reivindicação primordial em uma sociedade democrática²⁸¹.

Cabe destacar, contudo, que o enfoque proposto aqui nas desigualdades de saúde *entre grupos sociais* não é consensual na literatura. As oposições à um enfoque

²⁷⁹ Destaca-se assim a centralidade do que pode ser nomeado de “posição relativa” dos grupos sociais em uma dada sociedade/estrutura social, a qual afeta a distribuição de recursos e bens relevantes.

²⁸⁰ O argumento aqui apresentado está centrado na temática da saúde populacional, mas boa parte das considerações sobre desigualdade apresentadas neste capítulo poderiam ser estendidas, sem mudanças significativas, para as demais esferas da sociedade contemporânea.

²⁸¹ Como argumentado no Capítulo 2, caberia às instituições de um sociedade democrática propiciar o acesso equitativo a variedade adequada de recursos de saúde para que possamos viver uma vida que merece ser vivida, enquanto pessoas livres e iguais.

centrado em desigualdades entre grupos são tanto de ordem metodológica como de ordem normativa²⁸² e, usualmente, giram ao redor de um núcleo crítico comum.

Uma crítica recorrente às abordagens da desigualdade baseadas em grupos aproxima-se daquela realizada por Ronald Dworkin (Dworkin, 1981) à teoria da justiça de John Rawls, acusando-a de adotar uma concepção “excessivamente plana” de igualdade. Esta concepção de igualdade, julgada errônea, estaria associada à opção de Rawls de realizar “comparações grupo-conscientes”, visto que as partes contratantes na posição original seriam representantes dos conjuntos relevantes – em termos econômicos – de pessoas que integrariam a sociedade. Um segundo leque de críticas propõe que cometemos um erro ao mensurarmos desigualdades em termos de grupos, pois o objeto correto de preocupação moral da igualdade são os indivíduos e não os grupos²⁸³.

Já um terceiro conjunto de críticas necessita de maior desenvolvimento argumentativo para ser corretamente apresentado. Em seu livro *Equalities* – cuja primeira versão é de 1981 –, Douglas Rae antecipa os pontos centrais do argumento presente nas críticas expostas pela literatura contemporânea sobre desigualdades em saúde²⁸⁴. Rae distingue entre noções de igualdade com respeito a indivíduos separados (“simple individual-regarding equalities”), e noções de igualdade com respeito a segmentos e blocos populacionais. O segundo conjunto de noções agruparia tanto aquelas demandas organizadas por “estruturas segmentadas”, caracterizadas por considerar que (1) os objetos da igualdade são divididos em duas ou mais subclasses mutuamente exclusivas e que (2) a igualdade “par-a-par” é requerida dentro, mas não entre, essas subclasses (Rae, 1989, p.29), como também demandas com respeito a blocos (“bloc-equal”), as quais demandam igualdade *entre* subclasses. Ou seja, “formalmente, estruturas de blocos iguais são definidas por duas características: (1) os objetos da igualdade são divididos em duas ou mais subclasses, e (2) a igualdade é

²⁸² Young (Young, 2001, pp.2-6) classifica as contestações às mensurações normativas grupo-conscientes como “contestações políticas” – que poderiam ser observadas, por exemplo, na argumentação de Anthony Scalia (que foi juiz da Suprema Corte dos Estados Unidos da América) que ao manifestar sua posição em *City of Richmond v. J.A. Croson Co.* 488 US 469, 527 (1989), afirma que o erro da discriminação não envolve grupos mas indivíduos (Young, 2001, p.3) – assim como “contestações filosóficas”, nas quais eu centro atenção abaixo.

²⁸³ Young (2001), ao apresentar esse posicionamento crítico, remete-o a L. Temkin (1993).

²⁸⁴ Entre elas, as críticas presentes em Murray, et al. 1999; Asada, 2013.

exigida entre as subclasses (blocos) e não no interior delas” (Rae, 1989, p.32 – *tradução minha*)²⁸⁵.

Centralmente, o que Douglas Rae busca explicitar é como essas diferenças fundamentais das reivindicações por igualdade, as quais podem pautar políticas públicas, geram demandas e resultados completamente distintos. Como ressalta, “a realização ampla e completa dessas igualdades (com respeito a blocos) não implicaria a realização de qualquer igualdade simples (ou do segmento). Os rendimentos médios das pessoas brancas e das pessoas negras, por exemplo, podem ser precisamente igual, mas poderia haver uma desigualdade tremenda entre as pessoas negras, entre as pessoas brancas, e dentro da sociedade como um todo” (Rae, 1989, p.35, *tradução minha*)²⁸⁶. Esse ponto, bem levantado por Rae, pode ser considerado o núcleo argumentativo de um importante leque de críticas às abordagens e mensurações de desigualdades de saúde entre grupos, tal como a que defendo.

Para os nossos interesses, podemos sintetizar esse terceiro conjunto de críticas em uma objeção: ao realizarmos a comparação de desigualdades entre grupos, acabamos por realizar comparação entre medidas médias (como média e mediana) dos grupos. Ou seja, ao acessarmos as desigualdades pelas mensurações *de grupo* colapsaríamos os dados, características e as circunstâncias individuais em uma alguma medida média do grupo, gerando a impressão falsa de uma unidade ou similaridade entre os integrantes dos grupos e, mais do que isso, gerando uma falsa dissimilaridade polarizada entre os grupos. Ao considerarmos a visualização usual das comparações de saúde, podemos facilitar o entendimento dessa crítica. As comparações entre saúde de distintos grupos sociais – usualmente mensuradas por alguma medida de tempo de vida – são apresentadas graficamente na literatura contemporânea como comparações de alturas de retângulos, porém, de acordo com essa crítica, tais comparações deveriam ser representadas por quadriláteros com lados distintos, para assim melhor representarem a situação de saúde dos grupos sociais, visto que a saúde dos membros internos aos grupos varia (Figura 4.1).

²⁸⁵ No original: “[f]ormally, bloc-equal structures are defined by two features: (1) the subjects of equality are divided into two or more subclasses, and (2) equality is required between subclasses (blocs) and not within them” (Rae, 1989, p.32).

²⁸⁶ No original: “the full and complete achievement of these [bloc-regarding] equalities would not imply the fulfillment of any simple (or segmental) equality. Black and white median incomes, for example, might be precisely equal, yet there could be tremendous inequality among blacks, among whites, and within the society as a whole” (Rae, 1989, p.35).

Figura 4.1: Representações da comparação da saúde entre grupos

Legenda: (A) Representação típica de comparação de desigualdade de saúde entre grupos
 (B) Representação considerando desigualdade intra-grupos
Observações: Eixo vertical = mensuração de saúde (por exemplo tempo de vida)
 Retângulos / quadriláteros = grupos sociais analisados

Fig. 4.1: Fonte: Asada, 2013, p.44

Por fim, resta ainda uma outra crítica, de ordem prática, direcionada às avaliações de igualdade baseadas em comparações entre grupos: mensurações de desigualdades entre grupos dificultariam – ou mesmo impossibilitariam – análises comparadas entre diferentes países, limitando assim avaliações e considerações comparativas sobre desigualdades e injustiças globais.

Qual seria a plausibilidade dessas críticas? Temos que reconhecer que esta última crítica possui validade. Grupos sociais relevantes variam de sociedade para sociedade, o que torna extremamente difícil compararmos diferenças de saúde entre uma disposição social dos grupos de um dado país com outras disposições de outros países. Tanto os grupos relevantes podem ser distintos entre países, como as relações e disposições entre os grupos de um país podem ser distintas frente às relações e disposições de grupos de mesma nomenclatura de outro país. Consequencialmente, se levamos a mensuração de desigualdades entre grupos a sério, ficamos impossibilitados de extrair considerações rigorosamente válidas da comparação das condições de saúde de grupos de uma categoria (por exemplo, uma classe econômica ou gênero) de países diferentes, pois aquilo que importa quando realizamos comparações entre grupos é a

posição social do grupo na estrutura social de uma sociedade, a qual se reflete em um padrão de injustiça estrutural²⁸⁷. Ou seja, há uma necessária dimensão relacional, a qual é associada à posição em uma dada estrutura social. É precisamente essas posições sociais relativas que, como argumentado anteriormente, em circunstâncias injustas, determinam a variedade de oportunidades, recursos e capacidades que os integrantes dos grupos sociais podem vir a possuir. Tal variedade distinta de oportunidades e/ou desvantagens impacta nas condições e qualidade de saúde dos subconjuntos populacionais.

De modo sintético, podemos afirmar que essa dimensão relacional – intrínseca a um entendimento adequado da justiça – só pode ser acessada de modo direto com o uso de uma mensuração de desigualdades *entre grupos sociais de uma mesma sociedade*. Ela não pode ser corretamente acessada de modo direto em comparações globais, ao menos de forma simples. Assim, comparações não-triviais²⁸⁸ entre desigualdades globais e, conseqüentemente, reflexões sobre injustiças globais que buscam incorporar uma dimensão relacional, que envolve iniquidades relativas, são de difícil realização²⁸⁹. Contudo, reconhecermos essa limitação não enfraquece a argumentação normativa aqui realizada, nem gera complicações sobre a mensuração ou de outra ordem metodológica às proposições normativas realizadas, pois o objeto da tese é restrito a considerações de justiça e saúde internas a uma sociedade democrática²⁹⁰.

Refletamos agora sobre os questionamentos relacionados ao terceiro conjunto de críticas listado acima. Douglas Rae está correto ao afirmar que diferenças fundamentais das reivindicações por igualdade, que podem pautar políticas públicas,

²⁸⁷ Essa questão é reconhecida por Hausman, o qual afirma que os agrupamentos sociais relevantes variam de uma sociedade para outra sociedade, o que ocasiona um problema de comparação global. Ainda como afirma o filósofo, não por acaso as propostas de mensuração *individual* da saúde foram apresentadas por membros da Organização Mundial da Saúde (Murray, et. al., 1999), propondo comparar a desigualdade de saúde entre indivíduos em diferentes países ou regiões, tal como economistas estudam desigualdades de renda entre indivíduos ou famílias, permitindo, portanto, comparações internacionais (Hausman, 2007, p.46).

²⁸⁸ Evidentemente, comparações triviais entre dados de países distintos podem ser realizadas sem maior complexidade ou questionamento.

²⁸⁹ Uma concepção de justiça global pode ter por foco central uma noção de pobreza severa – como a empregada por Pogge (2010b) –, não necessitando, portanto, enfrentar esse difícil problema que enunciamos.

²⁹⁰ Cabe destacar ainda que a ausência de uma mensuração de desigualdades injustas não pode ser considerada um impedimento normativo *a priori* para argumentações de justiça global, mas sim uma limitação para considerações e avaliações de ordem prática sobre a questão.

geram demandas e resultados distintos. Além do mais, ao buscarmos eliminar desigualdades injustas de saúde entre grupos sociais, não estamos buscando nem equalizar a saúde entre indivíduos de um mesmo grupo, nem equalizar a saúde de indivíduos de grupos distintos.

As considerações expostas por Rae explicitam que, para usarmos a terminologia que estou adotando aqui, o *entre quem* das desigualdades importa. Contudo, não decorre dessas considerações que as comparações *entre grupos* não devam ser uma forma de mensuração adequada para reflexões sobre justiça e saúde. Ressaltar que os resultados de políticas públicas são distintos quando baseados em mensurações distintas de desigualdade apenas reforça a atenção que devemos conceder à escolha da medida da desigualdade a ser adotada²⁹¹. Devemos, portanto, refletir sobre a questão e apresentarmos as razões dessa escolha.

Porém, não necessitamos adotar uma posição exclusivista a respeito do uso de mensurações de saúde, apenas estamos argumentando que, nas argumentações normativas sobre justiça e saúde, as desigualdades entre grupos sociais são de especial interesse²⁹². Se, como estou defendendo, as informações sobre desigualdades de saúde entre grupos sociais são de relevância especial para aqueles preocupados com justiça, visto que tais desigualdades estão diretamente associadas à noção de injustiça estrutural e ao grau de desigualdade agregada presente nas sociedades, as informações sobre desigualdades de saúde individual também contribuem para a correta formulação e implementação de políticas públicas e pautas de saúde pública.

As distribuições de tempo de vida (ou idade ao morrer) por indivíduo geralmente possuem dois picos (um exemplo é apresentado na Figura 2). Como Smits e Monden explicam, o primeiro pico marca a mortalidade de crianças e recém-nascidos. Dos dez aos quinze anos de idade em diante, a mortalidade aumenta gradualmente até um segundo pico que é alcançado em algum momento após 65 anos. Posteriormente a esse segundo pico, o número de pessoas que alcança uma idade avançada diminui rapidamente (Smits e Monden, 2009, pp.1115-1116). O que é importante frisar é que esses dois picos refletem diferentes causas subjacentes de variação na duração da vida

²⁹¹ Essas considerações apresentam ainda um importante alerta: sempre é importante destacar que não há mensuração de desigualdades normativamente neutra.

²⁹² O que não reduz a importância da utilização de outras mensurações para pesquisas de variadas ordens e mesmo para formulações de políticas públicas para fins diversos, não voltadas ao combate de injustiças.

(Smits e Monden, 2009, p.1116) e, mais do que isso, realizarmos considerações sobre o tempo de vida médio de uma população sem levarmos em consideração essa distribuição pode levar a equívocos. Mesmo com a significativa redução global na mortalidade de recém nascidos e crianças, 20% de todas as mortes ao redor do mundo foram de indivíduos com menos de 15 anos de idade no ano 2000 (Smits e Monden, 2009, p.1116).

Figura 4.2: Distribuição do tempo de vida em diferentes países

Fig. 4.2: Distribuição de tempo de vida para pessoas do sexo masculino na Níger, Brasil e Japão em 2000.

Fonte: Smits e Monden, 2009, p.1115

Políticas públicas de saúde centradas em recém-nascidos e naqueles na primeira infância, usualmente concentradas na redução de doenças infecciosas²⁹³, podem ser especialmente demandadas por estados democráticos, caso a distribuição do tempo de vida dos indivíduos de sua população apresente um pico elevado nos primeiros anos de vida²⁹⁴.

Além do mais, a utilização de medidas de dispersão pode nos auxiliar a superarmos um ponto central da crítica a respeito da mensuração da saúde entre grupos sociais. Como argumentei, críticos afirmam que, ao mensurarmos a desigualdade entre

²⁹³ Além de fornecimento de adequada nutrição, água potável e saneamento básico (para mulher grávida e recém-nascido/criança). A literatura contemporânea tende a considerar esse o conjunto de políticas públicas como eficaz na redução da mortalidade neonatal e infantil.

²⁹⁴ Cabe argumentar que poderíamos construir uma argumentação semelhante realizando comparações de saúde entre grupos sociais. Por exemplo, poderíamos comparar a mortalidade infantil entre grupos socioeconômicos ou étnicos distintos ou, ainda, comparar a saúde entre grupos geracionais distintos.

grupos, estamos, na realidade, comparando *médias* da saúde dos membros de grupos sociais distintos. Consequentemente, perderíamos muitas informações que importam sobre as desigualdades em saúde. Em caso de disponibilidade de dados, a utilização de medidas de dispersão internas aos grupos sociais pode contribuir para a reflexão normativa, pois sabermos que a saúde dos indivíduos de um determinado grupo populacional possui, por exemplo, desvio-padrão três vezes superior ao de outro grupo pode iluminar questões associadas a desigualdades injustas²⁹⁵. Questões oriundas de considerações baseadas em mensuração individual de saúde podem nos auxiliar na compreensão de fenômenos associados à injustiça social. Por que a dispersão ao redor da média no grupo social *X* é maior que a do grupo *Y*? Ao respondermos essa questão, podemos encontrar fatores sociais associados a um conjunto de desvantagens que afeta determinados indivíduos – ou seja, um subgrupo da população –, ou ainda evidenciar como um acúmulo de desvantagens está associado a pessoas em pior situação social. Os integrantes dos grupos sociais desfavorecidos não são necessariamente desfavorecidos de modo uniforme.²⁹⁶ Assim, a utilização de dados sobre a saúde individual, especialmente quando a referência a grupos sociais continua a ser adotada, pode auxiliar no combate às desigualdades injustas de saúde.²⁹⁷

Porém, ainda precisamos abordar pontos cruciais levantados pela literatura que se opõe ao enfoque da desigualdade entre grupos. Cabe considerarmos o porquê de mensurarmos desigualdades *entre grupos*, assim como refletirmos sobre as objeções que afirmam que adotamos uma concepção “excessivamente plana” de igualdade e erramos o objeto de preocupação moral ao centrarmos atenção em grupos sociais.

²⁹⁵ Além de auxiliar na compreensão geral dos fenômenos ao redor da saúde populacional e na formulação geral de políticas públicas.

²⁹⁶ Como dissertam Braveman et al. (2011, p.S152) sobre esse ponto, “[t]he fact that not all members of a disadvantaged group (e.g., Blacks) appear to be severely disadvantaged (e.g., we have a Black United States President, and some Blacks are highly educated, in high professional positions, and/or wealthy) does not contradict considering that group as generally disadvantaged. The issue is whether the group has been on the whole more disadvantaged than Whites. Ample evidence has documented a longstanding pattern of less wealth, lower incomes, lower educational attainment, and under-representation in positions of high occupational rank and financial and political power among Blacks as a group compared with Whites. (Braveman et al., 2011, p.S152)

²⁹⁷ Hausman (2007), assume uma posição mais radical, chegando a afirmar que “information about inequalities in health across individuals as opposed to information about social group health differences is generally of little use to egalitarians.” (Hausman, 2007, p.47) Yukiko Asada (2013), por outro lado, busca apresentar uma mensuração em que sejam consideradas as desigualdades entre indivíduos e entre grupos.

Como estamos argumentando, o que valida, genericamente, compararmos grupos sociais é que, ao acessarmos os graus de desigualdade entre grupos, avançamos uma etapa na direção de identificar as iniquidades e injustiças que afetam a saúde de membros de uma sociedade²⁹⁸. Porém, não escolhemos aleatoriamente os atributos que definem esses grupos, mas sim utilizamos grupos para comparação de acordo com posições sociais reconhecidas, as quais já sabemos que têm implicações amplas sobre como as pessoas se relacionam entre si (Young, 2001, p.15). Por exemplo, classe, etnia, gênero, idade e ocupação podem definir grupos para comparação²⁹⁹. Ao compararmos as médias de saúde desses grupos buscamos por padrões, os quais podem estar associados à injustiça. Como anteriormente ponderado, a mera verificação de um padrão de diferenças de média (desigualdade) entre grupos sociais não corresponde à existência de injustiça. Para emitirmos esse juízo, necessitamos realizar uma análise mais completa³⁰⁰, mas, ao invés de realizarmos considerações sobre responsabilidade individual ou da dimensão biológica das diferenças de saúde como sugere parte significativa da literatura, devemos focar como regras institucionais, políticas públicas, ações e interações entre os agentes – e seus efeitos voluntários e involuntários – restringem as oportunidades de alguns para alcançar melhor qualidade de saúde ao passo que não restringem a de outros, ou mesmo a ampliam³⁰¹. Justifica-se, portanto, a opção por realizarmos comparações entre grupos, enquanto etapa primeira, no exercício de localizar as desigualdades injustas e na reflexão sobre justiça e saúde.

Por fim, a utilização dessas comparações não descumpra a cláusula do “individualismo normativo”. Como afirma Rawls na citação acima apresentada, “cada pessoa possui uma inviolabilidade fundada na justiça que nem o bem-estar de toda a

²⁹⁸ Há uma recursividade nesse método (Young, 2001, p.15), a qual – se não devidamente apresentada – pode fazer com que o consideremos tautológico.

²⁹⁹ Cabe destacar que as demandas na cultura política democrática contemporânea se manifestam a partir de grupos (Daniels, 2003, p.242), o que conecta o foco em grupos ao contexto histórico contemporâneo.

³⁰⁰ Necessitamos contar uma “história estrutural plausível” – nas palavras de Young (2001, p.16) – que responda pela produção desse padrão de desigualdade.

³⁰¹ Estou aqui me baseando em Young (2001), autora que apresentou uma formulação mais geral dessa consideração. Em suas palavras: “To complete the analysis and evaluation, we must explain how institutional rules and policies, individual actions and interactions, and the cumulative collective and often unintended material effects of these relations reinforce one another in ways that restrict the opportunities of some to achieve well-being in the respects measured, while it does not so restrict that of the other to whom they are compared, or even enlarge their opportunities.” (Young, 2001, p.16)

sociedade pode desconsiderar” (Rawls, 2008, p.4), porém a mensuração da desigualdade *entre grupos* não contradiz essa reivindicação, visto que não há qualquer reificação da categoria grupos, como distinta de indivíduos que a integram. As comparações entre grupos são necessárias pois ajudam a mostrar que indivíduos em situações sociais diferentes possuem um leque distinto de oportunidades e/ou desvantagens. E, mais do que isso, mensurar desigualdade entre grupos não significa que estamos defendendo “equalizar os grupos sociais” como um todo, sem considerar os status relativos dos indivíduos dentro dos grupos (Young, 2001, p.17). Como disserta Young:

O objetivo da igualdade aqui considerada é uma igualdade de oportunidades forte entre indivíduos, e não algum estado médio e estático entre grupos. Medir desigualdades entre grupos é um meio para argumentar que as estruturas de privilégios e desvantagens dão aos indivíduos oportunidades desiguais (Young, 2001, p.17 – *tradução minha*)³⁰².

Comparações entre desigualdades de saúde entre grupos possuem o mérito especial de serem um excelente modo de acessarmos as injustiças globais/agradadas presentes numa sociedade, visto que as variadas desigualdades específicas resultantes das relações e processos presentes nas diversas esferas relevantes de uma sociedade *impactam de modo semelhante* a saúde dos indivíduos que constituem um mesmo grupo social, e de *modo distinto* a saúde dos indivíduos de outro grupo social. E, mais do que isso, como sustentaremos abaixo, nas circunstâncias contemporâneas, verifica-se um círculo vicioso de desvantagens, um padrão de injustiça estrutural, que condena aqueles que integram grupos sociais pior situados a viver menos e com pior saúde, em uma condição de sub-cidadania. Em todas ou quase todas as esferas que importam da sociedade contemporânea, os mesmos indivíduos são condenados a estar nas piores posições. Como argumentaremos, situações reais em que grupos socioeconômicos pior situados estão submetidos a uma condição de sub-cidadania e, correlativamente, vivem menos e com pior saúde são injustas. As pessoas desses grupos populacionais não podem viver livremente como iguais, em termos de reciprocidade e respeito mútuo, tal

³⁰² No original: “The goal of equality here considered is strong equality of opportunity among individuals, rather than some static average state of affairs between groups. Measuring inequalities between groups is a means of arguing that structures of privilege and disadvantage give individuals unequal opportunities.” (Young, 2001, p.17)

como deveriam viver em um sistema bem-ordenado de cooperação social e, ainda, vivem menos e com pior qualidade de saúde que a média daqueles que constituem grupos sociais em melhor situação na sociedade.

Há uma associação clara entre estar em pior situação em uma esfera social relevante e estar também em piores situações em outras esferas relevantes. Há uma associação entre pobreza e doença que é de preocupação primeira de justiça, entre ser doente e estar na parte de baixo da pirâmide social, ter piores empregos e receber piores salários³⁰³. Ao observarmos um caso empírico, aquilo que estou nomeando de padrão de injustiça, de círculo vicioso de desvantagens – que faz com que sobre determinados grupos da sociedade recaiam as piores condições e desvantagens (socialmente injustas) mantendo-os *em pior situação em todas (ou quase todas) esferas sociais relevantes de uma sociedade* –, pode ser bem visualizado.

No Brasil, os 1% mais ricos controlam cerca de 25% da renda presente no país, os 10% acima de 53%. Soma-se a isso, a elevadíssima concentração de terra, com 130 mil grandes imóveis rurais representando 47,3% de toda a área rural do país, havendo 175,9 milhões de hectares improdutivos no país³⁰⁴. Ainda, quase metade da população não tem acesso a coleta de esgoto e entre 15 a 20% da população não são atendidos com abastecimento água tratada³⁰⁵. Mesmo com o Sistema Único de saúde, criado para fornecer acesso universal e gratuito a serviço de saúde público, verifica-se, no Brasil, uma associação entre posição socioeconômica e saúde³⁰⁶. Esse perfil socioeconômico caracterizado por uma elevadíssima desigualdade, é característico das sociedades com

³⁰³ Thomas Pogge usa a noção de “poverty-related ill health” em seus trabalhos ao se referir à essa associação que estou sugerindo (por exemplo, Pogge, 2002).

³⁰⁴ Sobre a questão da distribuição de renda no Brasil, ver Medeiros and Souza, 2013; e: https://www.nexojornal.com.br/grafico/2016/04/06/Desigualdade-10-concentram-52-da-renda-no-pa%C3%ADs?utm_campaign=a_nexo_20160407&utm_medium=email&utm_source=RD%20S_tation (acessado 16 de abril de 2016)

Já a respeito da concentração de terras, ver:

<http://oglobo.globo.com/brasil/concentracao-de-terra-cresce-latifundios-equivalem-quase-tres-estados-de-sergipe-15004053> (acessado 16 de abril de 2016)

³⁰⁵ Informações disponíveis em: <http://www.tratabrasil.org.br/saneamento-no-brasil> (acessado 18 de fevereiro de 2017)

³⁰⁶ Resultados recentes sobre a questão podem ser encontrados em Carvalhaes e Chor, 2016. Como ressaltam os autores, essa associação é ainda maior entre grupos etários de idade mais avançada, o que sugere uma validação da hipótese da acumulação da desigualdade ao longo do ciclo de vida para o caso brasileiro (Carvalhaes e Chor, 2016, p.15). Ainda sobre desigualdade de saúde no Brasil, destacam-se, entre outros, os trabalhos de, Neri e Soares, 2002; Noronha e Viegas, 2002; Szwarcwald, *et al*, 2011.

elevado nível de injustiça, as quais estão distantes de propiciar um acesso efetivo às condições sociais de liberdade a todos seus cidadãos. Demandas de igual respeito aos cidadãos estão longe de serem consideradas.

Nessas circunstâncias, pessoas em pior situação econômica são obrigadas a viver não só com graves restrições imposta pela ausência de poder econômico, mas também se encontram em pior situação em muitas outras (ou quase todas) esferas relevantes da vida social. Ou seja, os integrantes de um grupo pior situado economicamente também terão provavelmente em média, má qualidade de saúde (menor tempo de vida e maior número de deficiências e doenças), má formação educacional (quando não analfabetos), péssimas condições de moradia – possivelmente sem oferta adequada de saneamento básico, péssimas condições de trabalho (quando não desempregados), menor *status* social. Além do mais, serão possíveis vítimas de violação de direitos civis básicos por agentes do estado³⁰⁷ e raramente conseguirão voz igual nas arenas públicas e políticas, entre outras dimensões relevantes.

“Mulher, negra e camponesa: essas características implicam na mútua potencialização e sobredeterminação de três das condições de maior vulnerabilidade social e programática que incidem sobre os segmentos já mais pobres da população brasileira” (Varga e Batista, 2016). Essa correlação de desvantagens é apresentada nas primeiras linhas do editorial assinado por István van Deursen Varga e Luís Eduardo Batista, publicado em número recente da revista *Saúde e Sociedade*. Não estamos falando de especulações teóricas, idealizações ou situações e correlações prováveis, mas de pessoas reais: só no estado do Maranhão, quase 1 milhão e 700 mil pessoas³⁰⁸ estão em extrema pobreza, estado que possui uma das maiores concentrações de população negra (cerca de 74% da população), a maior concentração de população rural (61,90% dos domicílios) do País, o maior número de comunidades quilombolas da federação (e

³⁰⁷ De acordo com dados oficiais – que de acordo com variados movimentos sociais subestimam a realidade –, em 2014, mais de 3,000 pessoas foram mortas por policiais no Brasil (compilados pela ONG Fórum Brasileiro de Segurança Pública). No mesmo ano, 398 policiais foram mortos. Outra gravíssima violação de direitos básicos ocorre com as pessoas presas no Brasil. Uma população carcerária superior a 600,000 pessoas, em 2014, é obrigada a ocupar celas superlotadas e viver em condições desumanas no país. Dados disponíveis em: http://www.forumseguranca.org.br/storage/download//anuario_2015.retificado_.pdf (acessado em 16 de Abril de 2016).

³⁰⁸ Esses dados de 2012 são apresentados pelos autores do editorial (Varga e Batista, 2016, p.521).

467 comunidades certificadas pela Fundação Palmares, distribuídas em 69 municípios). Ainda, quase 200 mil mulheres sobrevivem como quebradeiras de coco babaçu – muitas vezes, em condições precárias de trabalho – no Maranhão. Como já podemos prever, a saúde dessa população é de qualidade significativamente inferior a outros grupamentos sociais e geográficos do país.³⁰⁹

Essa correlação viciosa que condena alguns grupos sociais a viver em uma condição complexa de sub-cidadania – caracterizada por um padrão recorrência de desigualdades injustas afetando a vida de um mesmo subconjunto populacional –, deixando-os em posições pior situadas em diversos domínios da vida, não é exclusiva da sociedade brasileira. A extinção dessa complexa condição deve ser uma pauta prioritária de justiça e saúde.

III

Na grande maioria das sociedades contemporâneas, a distribuição dos recursos – de ordens econômica, social, cultural e simbólica – é extremamente desigual. Como a literatura contemporânea demonstra, essa distribuição desigual está associada a uma distribuição desigual da saúde entre os membros da população. Verifica-se um gradiente social na saúde populacional de uma sociedade. Quanto mais alto o *status* socioeconômico de um grupo populacional, maior o tempo de vida e melhor a qualidade de saúde desse grupo³¹⁰. Ou seja, entre o melhor e pior situado, a saúde melhora constantemente de acordo com a posição (Marmot, 2015, p.11)³¹¹.

³⁰⁹ Informações encontradas no editorial citado (Varga e Batista, 2016). Nesse editorial, os autores dissertam sobre a criação de um Curso de Especialização em Saúde da Mulher Negra (CESMN) com o Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão, como um modo de “oferecer respostas, em caráter emergencial (uma vez que se previu a oferta do curso para apenas duas turmas), a uma das maiores e mais graves demandas sociais do campo da saúde pública no estado [do Maranhão]” (Varga e Batista, 2016, p.521)

³¹⁰ Na literatura, usualmente são mensurados o tempo de vida e o tempo de vida sem deficiências e impedimentos significativos.

³¹¹ Uma ressalva importante de cunho histórico deve ser realizada. O debate e a literatura científica sobre determinantes sociais da saúde cresceu exponencialmente nas últimas décadas – assim como, as ações políticas em vários países desde o Informe Lalonde (no Canadá, em 1974) e o Informe Black (no Reino Unido, em 1980). Optamos por trabalhar com a literatura internacional mais recente sobre a questão – em boa parte influenciada e/ou em diálogo com as obras de Marmot –, contudo é importante destacar que existe uma longa trajetória de vertentes da “sociologia médica” que se preocupam com questões entre o social e a saúde desde os anos finais do século XIX. Especificamente sobre os determinantes sociais da saúde, destacam-se as

A saúde dos diversos grupos populacionais é impactada por determinantes sociais: vários fatores sociais exercem uma forte influência na saúde populacional e nas desigualdades de saúde existentes entre grupos sociais. Assim, ao contrário de ponto de vista ainda amplamente difundido, há efeitos oriundos das desigualdades em distribuições de fatores sociais na qualidade da saúde populacional, e não apenas efeitos oriundos da escassez de recursos ou da pobreza extrema³¹². Mas como compreender, de modo mais profundo, os fenômenos associados ao gradiente social em saúde? Diversos trabalhos contemporâneos se dedicam a compreender tais fenômenos, entre os quais se destacam *Fair society, healthy lives - The Marmot Review* (Marmot, 2010) – sobre as desigualdades em saúde na Inglaterra –, o trabalho da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on the Social Determinants of Health, 2008), o World Health Organization Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region (WHO 2014)³¹³ – ambos coordenados também por Marmot –, assim como o recente livro do mesmo autor, *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World* (Marmot, 2015)³¹⁴.

Segundo Marmot, uma categoria chave para a compreensão desses fenômenos associados às desigualdades de saúde é a noção de empoderamento, a qual expressa a liberdade de viver uma vida que valorizamos, a liberdade de se fazer e ser o que se

análises pioneiras realizadas por autores das Américas. Como afirmam Akerman, *et. al.* (2011): “(...) cabe assinalar as análises pioneiras sobre a determinação social do processo saúde-doença, realizadas por Jaime Breilh e Edmundo Granda no Equador, Asa Cristina Laurell no México, e Cecília Donnangelo e Sérgio Arouca no Brasil, nos anos oitenta, para citar somente alguns dos muitos que se valeram do referente da epistemologia social, da organização social da saúde e das relações entre a saúde e o trabalho para estabelecer conexões entre a saúde e a doença fora do âmbito dos serviços de saúde” (Akerman, *et. al.*, 2011, p.2).

³¹² Coloca-se, portanto, um problema as teorias estritamente suficientistas que buscam refletir sobre questões de saúde populacional. Ao definirem um limiar crítico – de suficiência – baixo ou mesmo médio, elas não conseguiriam enfrentar essa questão central sobre justiça e saúde. Por outro lado, caso apresentem um padrão de suficiência exigente, que tivesse condições de enfrentar a questão das desigualdades de saúde resultantes das desigualdades na distribuição de fatores sociais, essa teoria suficientista seria indistinguível de uma concepção de justiça igualitária.

³¹³ No Brasil, em março de 2006, foi criada uma Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), seguindo a recomendação da Organização Mundial da Saúde, que estabeleceu uma comissão global – criada pela Assembleia Mundial da Saúde em 2004, composta de vinte membros e com a presidência de Marmot – em março de 2005. Para mais informações sobre a CNDSS ver Buss e Pellegrini Filho, 2006.

³¹⁴ Esses trabalhos, com exceção da última obra, são listados por Preda e Voigt como as principais contribuições contemporâneas sobre os determinantes sociais da saúde. (Preda; Voigt, 2015, p.25). Além dessas, merece também destaque as obras de Wilkinson (2005) e de Wilkinson e Pickett (2009).

deseja – essa liberdade fundamental, da qual muitos estão hoje desprovidos, é crucial para uma boa saúde. Quanto pior a posição na hierarquia social, menor o controle sobre a própria vida e, conseqüentemente, pior a saúde. Por outro lado, quanto mais elevado o status econômico e social, maior o controle da própria vida e melhor a saúde. São três os meios de empoderamento elencados pelo epidemiologista britânico: a dimensão material, associada diretamente às condições de bem-estar, a dimensão psicossocial – que pode ser sintetizada em “ter controle sobre as próprias vidas” – e a dimensão política, associada a ter voz e ser ouvido (Marmot, 2015, p.46). Para citarmos algumas condições que impactam na saúde dos grupos populacionais, podemos listar as condições de desenvolvimento da primeira infância, de educação, de emprego e de trabalho e as condições para a população idosa.³¹⁵

Assim, essa literatura contemporânea sobre os determinantes sociais da saúde, além de apresentar uma análise de tais fenômenos e achados empíricos, busca também apresentar recomendações de políticas públicas. Em suma, recomendam que a “melhor e possivelmente mais eficaz forma de reparar desigualdades de saúde é com mudanças sociais de vasto alcance, notavelmente políticas que visam diferenças de status socioeconômico (i.e., desigualdades na distribuição dos determinantes sociais da saúde)” (Preda e Voigt, 2015, p.27 – *tradução minha*)³¹⁶. Precisamos, portanto, definir o que são os “determinantes sociais da saúde”. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, os determinantes sociais “são as circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, e os sistemas criados para lidar com as doenças. Essas circunstâncias são, por sua vez, moldadas por um conjunto de forças mais amplo: as políticas econômicas e sociais e a política”³¹⁷ (*tradução minha*)³¹⁸. Essa definição abrangente é referendada pela literatura acadêmica em geral.³¹⁹

³¹⁵ Em *The Health Gap*, Marmot se debruça sobre as condições de desenvolvimento da primeira infância (Capítulo 4), educação (Capítulo 5), emprego e condições de trabalho (Capítulo 6), condições para população idosa (capítulo 7), e das comunidades resilientes (Capítulo 8). Nessas esferas, segundo o autor, são necessárias mudanças e melhorias nas condições e distribuições contemporâneas para melhorar a saúde e reduzir as iniquidades de saúde. Resenhei brevemente essa obra em Lucca-Silveira, 2016b.

³¹⁶ No original: “best and possibly most effective way of redressing health inequalities is by wide-ranging societal changes, most notably policies that address differences in socioeconomic status (i.e., inequalities in the distribution of the social determinants of health)” (Preda e Voigt, 2015, p.27).

³¹⁷ No original: “are the circumstances in which people are born, grow up, live, work and age, and the systems put in place to deal with illness. These circumstances are in turn shaped by a wider set of forces: economics, social policies, and politics”.

Dessa forma, a literatura sobre os determinantes sociais da saúde acima listada recomenda mudanças socioeconômicas amplas e significativas para assim reduzirmos as desigualdades de saúde. Contudo, os achados e especialmente as conclusões e recomendações de políticas públicas apresentados por essa literatura –da qual o principal nome é Marmot – não são consensualmente validados por aqueles que se dedicam ao estudo de desigualdades em saúde.

Preda e Voigt (2015) apresentam recentemente uma crítica abrangente à literatura sobre determinantes sociais da saúde. Segundo os autores, o modelo de mudança social de equidade em saúde (*health equity social change model*) nomeação dada ao modelo estrutural presentes trabalhos sobre os determinantes sociais da saúde listados acima – não possui fundamentação adequada. Como afirmam:

Os fundamentos normativos do modelo de mudança social de equidade em saúde não são suficientemente para suportados e as recomendações de políticas públicas não são necessariamente decorrentes dos argumentos fornecidos e podem ser inconsistentes (Preda; Voigt, 2015, p.25, *tradução minha*)³²⁰.

Assim, aos olhos desses autores, a teoria de Marmot e demais pesquisadores possuem um grave problema em sua “ligação normativa” (*normative link*) que vincularia os achados empíricos sobre desigualdades de saúde e as proposições sobre políticas públicas que tais autores defendem. O presente capítulo responde de modo indireto boa parte dessas críticas realizadas por esses autores às teorias que se debruçam

³¹⁸Disponível em:

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en

³¹⁹ Há um dissenso entre incluir ou não a assistência de saúde – em sentido restrito – como um determinante social da saúde na literatura. Gopal Sreenivasan, referindo-se a literatura empírica, define um determinante social da saúde como “a socially controllable factor outside the traditional health care system that is an independent partial cause of an individual’s health status” (Sreenivasan, 2014). Em contrapartida, por exemplo, a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (da OMS) inclui o sistema de saúde como um determinante social da saúde (Preda e Voigt, 2015, p.26). É importante lembrarmos que grande parte dessa literatura sobre a questão buscava avaliar o impacto de outras variáveis (além da assistência de saúde) na saúde populacional, ou mesmo questionar as teses que consideravam os gastos em saúde e a qualidade da assistência de saúde (ainda nessa noção restrita, de “assistência médica”) como as variáveis centrais para compreensão dos fenômenos de saúde populacional.

³²⁰ No original: “the normative underpinnings of the HESC model are not sufficiently supported and that the policy recommendations do not necessarily follow from the arguments provided and may be inconsistent” (Preda; Voigt, 2015, p.25).

sobre as desigualdades de saúde e os determinantes sociais da saúde ao apresentar uma justificação teórica distinta e densa sobre essas questões.

Em decorrência disso, necessitamos realizar um mergulho mais profundo nas produções contemporâneas sobre essa temática para evitarmos conclusões precipitadas, frequentes em trabalhos de teoria normativa que dialogam com os estudos empíricos³²¹. Na literatura empírica sobre desigualdades de saúde, há consensos e dissensos de variadas ordens que devem ser explicitados e possivelmente incorporados na reflexão normativa sobre a temática³²².

Um primeiro consenso basilar pode ser identificado quando analisamos a produção sobre o tema. Há uma resposta consensual sobre a existência de desigualdades de saúde. Não importa a mensuração adotada, a literatura reconhece que existem diferenças na saúde dos grupos sociais de uma dada sociedade. Ou seja, não há um questionamento representativo na comunidade científica que coloque em dúvida a existência de desigualdade de saúde entre grupos sociais (e, consequencialmente, entre indivíduos)³²³.

Reconhece-se que em todos os países, mesmo naqueles situados em melhor posição econômica e de desenvolvimento humano, existe uma sistemática desigualdade em mortalidade e em morbidade entre cidadãos com alta e baixa posição

³²¹ O movimento positivo que pode ser observado na teoria política e filosofia política contemporâneas, tanto internacional como também no Brasil, de maior diálogo com pesquisas de outros campos, de cunho empírico, muitas vezes está resultando em frutos que julgo problemáticos: (1) parece ser recorrente o uso de dados e resultados de pesquisas empíricas como “verdades absolutas”, sem o necessário reconhecimento de divergências de análises ou dissensos entre pesquisadores que se dedicam a análise empírica; (2) em muitos casos, utiliza-se somente de modo retórico os dados empíricos, quando esses contribuem para a tese que o teórico/filósofo busca defender; (3) teóricos políticos/filósofos muitas vezes apresentam conclusões e recomendações sobre mudanças da estrutura econômica ou mesmo de políticas públicas sem o devido respaldo argumentativo (normativo ou de outras ordens). Busco enfrentar ao longo da tese, especialmente neste capítulo, essas questões – mesmo que de modo indireto e inacabado – visando contribuir pontualmente a essa labiríntica reflexão, que julgo ser necessária para construirmos um diálogo verdadeiro entre teoria normativa/filosofia política e demais ramos da ciência política e outras disciplinas.

³²² Os trabalhos de Pogge (2010b, Capítulos 3 e 4), em que o filósofo se debruça de forma sistemática e aprofundada sobre a questão da pobreza e da demarcação das linhas de pobreza extrema adotada pelo Banco Mundial, são uma importante referência e fonte de inspiração para esse desenvolvimento teórico que pretendemos realizar.

³²³ Ao contrário do que pode parecer, esse não é um consenso trivial. Trabalhos científicos em variados campos não atingem esse consenso primeiro sobre a existência ou não de um dado fenômeno.

socioeconômica³²⁴. E, mais do que isso, tais desigualdades são substanciais, usualmente somando entre 5 a 10 anos de diferença em expectativa média de vida ao nascer, e entre 10 e 20 anos de diferença em expectativa de vida sem deficiências ou impedimentos severos (Mackenbach, 2012, p. 761)³²⁵. Em publicação recente que trata da associação entre renda e expectativa de vida nos Estados Unidos de 2001 a 2014, demonstrou-se que a variação de expectativa de vida entre os indivíduos 1% mais ricos para o 1% mais pobres é de 14,6 anos para homem e 10,1 anos para mulher nesse período. E, ainda pior, essa desigualdade está se elevando ao longo do tempo (de 2001 a 2014), visto que a expectativa de vida elevou-se 2,34 anos para homens e 2,91 anos para mulheres situados na parte 5% superior da distribuição de renda, mas apenas 0,32 para homens e 0,04 para mulheres na posição 5% inferior da distribuição (Chetty, et al., 2016)³²⁶.

Diversas hipóteses que buscam explicar a ocorrência dessa desigualdade são encontradas na literatura. Não há consenso sobre quais são as variáveis explicativas e o movimento causal associados ao fenômeno³²⁷. Como constantemente afirmado pela literatura dedicada a questões metodológicas, a presença de uma correlação não implica na existência de causalidade. Especificamente sobre as relações entre renda e saúde, a literatura do campo da economia tem sido muito cética sobre a ligação causal “renda → saúde”. Em contrapartida, defesas de que boa saúde pode levar a ganhos e salários mais elevados e uma saúde ruim reduz os rendimentos podem ser encontradas na literatura econômica (ver Deaton, 2003, p.119). Centralmente, temos que reconhecer que não há

³²⁴ A posição socioeconômica normalmente mensurada por tempo de educação e/ou ocupação e/ou renda e riqueza.

³²⁵ Sobre esse ponto ver também Comissão of Social Determinants of Health, 2008; Mackenbach, et al., 2008; Sihvonen et al. 1998.

³²⁶ Na mesma comunicação, os autores ainda afirmam que a expectativa de vida dos indivíduos de baixa renda variam substancialmente entre as áreas, sendo que as diferenças geográficas estão significativamente correlacionadas com comportamento de saúde (como fumar), mas não correlacionadas com outros fatores citados pela literatura, como acesso a cuidados médicos, condições do mercado de trabalho, entre outras (Chetty, et al., 2016)

³²⁷ Entre outras variáveis independentes e enfoques explicativos presentes na produção contemporânea, podemos listar: vias psicossociais associadas ao *status* socioeconômico dos grupos – perspectiva associada as propostas de Marmot, Wilkinson, entre outros –, capital cultural associado aos grupos (Abel, 2008), seleção social (West, 1991), condições sociais como causas fundamentais (Link e Phelan, 1995), características pessoais (Mackenbach, 2010a; Batty, et al, 2006), difusão de informação (Victora, 2000), fatores “neo-materiais” (desigualdade em recursos materiais como fator central, que levam a acumulação ao longo do curso da vida de exposição e experiências maléficas a saúde (Lynch, et. al. 2000; Davey Smith, et al., 1994) e acumulação de experiências prejudiciais ao longo da vida (Wadsworth, 1997; Bambra, et al. 2010). Com algumas mudanças, utilizo a nomenclatura e baseio parte dessa minha análise na revisão bibliográfica apresentada por Mackenbach (2012).

consenso entre os pesquisadores contemporâneos, nem propostas de solução fácil (as quais sejam legitimadas pela comunidade científica) para essa questão. Como afirma Deaton, “é evidente que existem influências entre renda e saúde que atuam nas duas direções, e que, em alguns casos, a defasagem pode durar a vida toda. Em tais circunstâncias, estabelecer padrões causais claros é uma questão extremamente difícil”³²⁸ (Deaton, 2003, p.121 – *tradução minha*)³²⁹.

Chandra e Vogl, ao resenharem uma obra de Marmot, são enfáticos em afirmar que boa parte das pesquisas contemporâneas metodologicamente rigorosas sobre renda e saúde chegam a conclusões dissonantes e, conseqüentemente, “nenhuma regra universal governa a relação entre renda e saúde na vida adulta” (Chandra e Vogl, 2010, p.1228 – *tradução minha*)³³⁰. Mesmo em relações comumente reconhecidas, como as correlações entre educação e saúde³³¹, complexas nuances podem ser observadas. Essas correlações não podem ser entendidas de modo simples, visto que o aumento da educação parece ter um efeito heterogêneo na melhora da saúde (Chandra e Vogl, 2010, p.1228). Anthony Atkinson, por sua vez, em capítulo publicado em 2013 – oriundo da *Brocher Lecture* que ministrou em julho de 2010 –, descarta a possibilidade de utilizarmos os mesmos métodos de mensuração de renda e salários para mensurarmos saúde populacional³³². Como afirma, “nem sequer está claro que uma escala contínua é apropriada para saúde”

³²⁸ No original: “it is clear that there are influences between income and health that run in both directions, and that, in some cases, the lags can be as long as a human life. In such circumstances, establishing clear causal patterns is a matter of great difficulty” (Deaton, 2003, p.121).

³²⁹ Em capítulo de livro recente, Deaton defende que “childhood inequalities are the key to understanding much of the evidence and that public interventions would do well to focus on breaking or weakening the injustice of parental circumstances determining child outcomes.” (Deaton, 2013, p.277). Sobre políticas públicas voltadas aos adultos, o autor propõe que “the priority should be the design of schemes that prevent the impoverishment that can come from ill health, through loss of the ability to work or through the costs of treatment.” (Deaton, 2013, pp.277-278)

³³⁰ No original: “no universal rule governs the relationship between income and adult health” (Chandra e Vogl, 2010, p.1228).

³³¹ A educação é muitas vezes apresentada na literatura como o “terceiro fator” que opera na correlação entre renda e saúde (ver Deaton, 2003, p.119).

³³² Questionando assim a plausibilidade de estudos como o de Smits and Monden (2009), no qual os autores examinam a desigualdade de tempo de vida no mundo usando medidas de desigualdades presentes em estudos de distribuição de renda, como o coeficiente Gini e o índice de Theil.

(Atkinson, 2013, p.28), e possivelmente desejaríamos aplicar um maior grau de aversão à desigualdade no caso da mensuração de saúde (Atkinson, 2013, p.30)³³³.

Além do mais, há outra constatação empírica sobre desigualdades de saúde, de origem histórica, que resultou em críticas às propostas de políticas públicas para redução da desigualdade de saúde formuladas pela literatura centrada nos determinantes sociais da saúde. Como já afirmado, as desigualdades de saúde podem ser observadas em todos países, até mesmo nos países da Europa Ocidental que adotaram um estado de bem-estar social com políticas públicas e arranjos institucionais extensivos. Entre essas políticas, as quais variaram de um país para outro, pode-se listar algumas políticas redistributivas – de segurança social, tributação progressiva –, assim como um leque de provisões coletivamente financiadas, como auxílios a educação, assistência médica, moradia e acesso à cultura. Porém, se tais políticas contribuíram para a redução de desigualdades diversas – de renda, moradia, acesso à assistência médica –, elas foram insuficientes para eliminar ou mesmo reduzir as desigualdades de saúde (Mackenbach, 2012, p.762)³³⁴. Como relata Mackenbach (2012, p.762), durante as últimas três ou quatro décadas, uma ampliação das desigualdades em mortalidade, tanto relativa como absoluta, foi reportada em muitos países da Europa Ocidental³³⁵. Mais do que isso, se olharmos especificamente para a situação inglesa – a qual é uma das poucas que possui dados em sério temporal de longo prazo –, podemos observar até um aumento na desigualdade em mortalidade pós-1950 (Mackenbach, 2012, p.762). Em sua história recente, o compromisso de combater as desigualdades socioeconômicas em saúde no país pode ser mesmo avaliado como uma longa história de frustração (Mackenbach, 2010b, p.1249)³³⁶.

³³³ Como também propõe Anand (2005).

³³⁴ Uma obra clássica sobre a questão, que corrobora com o argumento da redução das desigualdades em geral, é Esping-Anderson, 1990. Sobre a questão das desigualdades de saúde em regimes de bem-estar social, ver também Bamba, 2011.

³³⁵ Ressalta-se que essa ampliação das desigualdades teve início antes das reformas dos estados de bem-estar social que ocorreram na década de 1990 (entre outros, Mackenbach, 2012, p.762). Ainda, como afirma Mackenbach, “this paradoxical situation is made even more puzzling by the lack of association between the extent or intensity of welfare policies in a country on the one hand, and the magnitude of its health inequalities on the other hand” (Mackenbach, 2012, p.762).

³³⁶ Como afirma Mackenbach: “The Black report, commissioned by a Labour government to investigate the causes and possible remedies for Britain’s undiminished social class inequalities in mortality, proposed a radical change in social and health care policies and as a result disappeared in a desk drawer after the Conservatives won the 1979 elections (...). When Labour

Como todas essas diversas considerações afetam nossa percepção sobre os determinantes sociais da saúde? E, consequencialmente, como elas afetariam (ou não) o posicionamento normativo perante o gradiente social da saúde? Primeiramente, temos que reconhecer que essas considerações adicionam doses de ceticismo perante as formulações gerais de políticas públicas presentes na literatura especializada e, especialmente, às teorias da justiça que defendem um determinado padrão distributivo determinado a ser implementado de forma imediata, sem mediações. Ao finalizarem o comentário a obra *Fair Society, Healthy Lives*, Chandra e Vogt destacam “a presença de uma significativa defasagem entre conhecimento e políticas implementáveis” (Chandra e Vogt, 2010, p.1239 – *tradução minha*)³³⁷. Podemos, portanto, ficar céticos perante as propostas que defendem a implementação de fórmulas genéricas e acabadas para condições não ideais, sem levarem em consideração as particularidades dessa situação não ideal a as características intrínsecas às formulações teóricas amplas de abstração elevada. Indo além, um crítico da posição igualitária – que conheça a literatura acima citada – pode afirmar que os estados de bem-estar social tiveram por alvo essas distribuições de recursos, mas não reduziram as desigualdades de saúde. Logo, se estamos preocupados especificamente com a redução de desigualdades de saúde, essas políticas redistributivas, reformas e políticas públicas centradas nesses determinantes sociais da saúde poderiam ser ineficazes. Poderíamos, portanto, questionar como inválida ou equivocada uma posição como a de Marmot, que propõe que se estamos preocupados com a saúde populacional devemos atentar para as distribuições de poder, dinheiro e recursos, visto que essa distribuição dá origem às desigualdades na vida diária que causam a iniquidade de saúde (Marmot, 2015, p.259)? Defendemos que não podemos chegar a essa conclusão, que julgaria essas propostas como equivocadas. O ponto central a ser considerado diz respeito aos limites que um posicionamento abrangente e uma formulação geral, mesmo que com elevado teor de análises empíricas, podem ofertar. O alcance de formulações teóricas abrangentes pode estar aquém do necessário para guiar a ação política, de forma precisa, com todas as informações

came back into power almost 20 years later, it again commissioned an expert report – (...) – and rushed into action with a series of policy initiatives which were further elaborated upon in subsequent year. The results have recently been reviewed, but suggest that despite more than 10 years of systematic policy action health inequalities have not narrowed.” (Mackenbach, 2010b, p.1249)

³³⁷ No original: “the presence of a massive gap between knowledge and implementable policy” (Chandra e Vogt, 2010, p.1239).

necessárias. Contudo, reconhecermos tal limitação é muito distinto de julgarmos esses importantes desenvolvimentos teóricos como inválidos ou mesmo errados.

Assim, estamos sugerindo que caso assumamos que as teorias da justiça devam ser, em algum grau, sensíveis a consequências³³⁸, a produção oriunda de pesquisas empíricas traz contribuições significativas à reflexão normativa. Muitas das possíveis consequências só podem ser previstas – quando isso é possível³³⁹ – a partir de pesquisas de cunho empírico.

Retornemos novamente à questão do gradiente social da saúde para refletirmos sobre essa última ponderação. Um modo de precisarmos o entendimento sobre o gradiente social em saúde é o compreendermos como a *covariância* da saúde e renda (ou outra variável social) (Atkinson, 2013, p.32). Pesquisas que apresentem resultados que extrapolem a verificação de uma associação entre renda e expectativa de vida podem ser cruciais para a formulação de políticas públicas de saúde eficazes no combate às desigualdades entre grupos sociais. Tais pesquisas podem, por exemplo, nos indicar que políticas de redistribuição de renda são eficazes e devem ser implementadas de um ponto de vista de saúde pública³⁴⁰. Caso a existência de uma ligação causal ou de um efeito significativo entre *soma de rendimentos* e qualidade da saúde (renda → saúde) seja demonstrada e passe a ser uma posição amplamente defendida pela produção acadêmica contemporânea sobre a temática, podemos propor que políticas redistributivas de renda são duplamente efetivas em termos de justiça social, visto que

³³⁸ Tal como a teoria da justiça formulada por John Rawls. Destaca-se que uma teoria sensível as consequências não é obrigatoriamente uma teoria/posição *consequencialista*. Sobre essa questão, estou utilizando-me da terminologia formulada (“consequence-sensitive”) e do entendimento realizado por Freeman (2012) ao redigir uma crítica a teoria de Sen (2009) e apresentar um particular entendimento e defesa da teoria rawlsiana.

³³⁹ Mesmo assim, pode ser difícil apresentarmos generalizações e recomendações políticas amplas. Elster (1999) é bastante cético e crítico a utilização da racionalidade – entendida como a busca de justificações consequencialistas (ou seja, da previsão de consequências desejáveis) – para justificar reformas institucionais em grande escala. A seu ver, “é praticamente impossível antecipar os feitos líquidos a longo prazo do estado de equilíbrio instalado por grandes reformas” (Elster, 1999, p.33). Contudo, a conclusão que Elster (1999) apresenta está de acordo com o nosso posicionamento teórico normativo. Segundo o autor, argumentos baseados em *justiça* devem assumir importância central nas escolhas e justificação de mudanças significativas. Como afirma: “na medida em que o princípio subjacente às reformas for considerado fundamentalmente justo (...) as pessoas estarão dispostas a suportar os custos da transição e a experimentar diversas modalidades de implementação. (...) [S]e uma reforma é geralmente considerada justa, é difícil alguém fazer-lhe oposição de modo um pouco mais entusiasmado. (Elster, 1999, p.28).

³⁴⁰ Obviamente que elas poderiam ser implementadas e justificadas por um ponto de vista distinto, por exemplo, de justiça econômica.

reduziriam as desigualdades de renda e estreitariam as diferenças de saúde dos grupos sociais. Em contrapartida, caso os estudos demonstrem que o elo causal ou efeito significativo entre saúde e renda está vinculado à *posição relativa* na distribuição de renda, estreitar a lacuna de diferença de renda sem alterar o posicionamento na distribuição (ou seja, sem alterar a distribuição) pode não gerar as consequências na redução de desigualdades de saúde populacional (Atkinson, 2013, pp.32-32)³⁴¹. São considerações dessa ordem que só podem ser realizadas tendo-se por base rigorosas pesquisas empíricas. Em consequência, pesquisas empíricas não podem ser ignoradas por teorias da justiça, visto que podem auxiliar diretamente em parte da reflexão normativa, especialmente caso busquemos auxiliar na reflexão sobre – ou avaliação de – políticas públicas que devem ser implementadas nas sociedades democráticas contemporâneas. Sem dúvidas, políticas públicas de saúde tendem a ser mais eficazes quando baseadas em evidências e, ainda pior, políticas públicas não baseadas em evidências podem mesmo serem utilizadas para fortalecerem preconceitos ou vieses³⁴².

Por outro lado, os resultados e contribuições de pesquisas empíricas não podem funcionar como um critério absoluto de avaliação para recomendações e implementação de políticas públicas e, ainda menos, de teorias da justiça. Os resultados e conclusões científicas estão em constante mudança com o avanço das disciplinas, inexistindo consensos amplos e estáticos – tal como mostrei no caso dos determinantes sociais e do gradiente social em saúde – em boa parte das temáticas contemporâneas relevantes. E, mais do que isso, conclusões negativas não podem ser consideradas impedimentos a novas formulações. Por exemplo, como desenvolvido anteriormente, pesquisas contemporâneas propõem que políticas de bem-estar social na Inglaterra foram

³⁴¹ Por outro lado, a verificação de causalidade ou efeito inverso (saúde → renda), pode ser um argumento a favor de políticas públicas focalizadas no fornecimento de transferências de renda para beneficiários com má-saúde (sobre essa questão, ver Atkison, 2013).

³⁴² Fishbeyn (2016) ressalta que políticas públicas são frequentemente dirigidas por posições enviesadas e/ou “ideologias”, ao invés de evidências, apresentando o caso da proibição de metadona, demonstrada eficiente no tratamento de dependentes de drogas injetáveis, na Rússia e em outros países. Ao finalizar seu comentário, Fishbeyn afirma: “while possible focus on social justice as an approach, the application runs the risk of being used as a thinly veiled disguise for using prejudice and biases while avoiding good evidence-based approaches. If social justice alone legitimizes our health policies, then policy-makers can throw any evidence out the window. This point rings especially true for already disadvantaged populations like drugs users or those of low-economic status”. (Fishbeyn, 2015, p.2) É justamente esse grande risco que deve ser evitado, ao utilizarmos pesquisas empíricas para auxiliar tanto na formulação de políticas públicas, como também na reflexão normativa mais geral.

ineficazes para a redução das diferenças de saúde entre grupos sociais. Não podemos, entretanto, chegarmos a uma conclusão geral e absoluta como “portanto, políticas públicas de bem-estar não impactam as desigualdades de saúde”. Se é verdade que uma possível barreira para a redução das desigualdades de saúde é a própria ausência de um “pacote imediatamente disponível de políticas e intervenções com eficácia comprovada na redução das desigualdades de saúde” (Mackenbach, 2010b, p.1252 – *tradução minha*)³⁴³, isso não significa que políticas públicas de combate à desigualdade em geral sejam sempre e necessariamente ineficazes frente às desigualdades de saúde. Como Mackenbach diagnostica, outras duas barreiras podem ter impedido a redução da desigualdade de saúde no caso inglês: (i) uma é que “a escala e a intensidade da mudança nas políticas que são necessárias para fazer uma diferença real provavelmente são excessivas com relação ao que as máquinas estatais ocidentais pode produzir” (Mackenbach, 2010b, p.1252 – *tradução minha*)³⁴⁴ e (ii) outra é que “desigualdades de saúde são o resultado do impacto de décadas de exposição a riscos de saúde, alguns deles intergeracionais, daqueles que vivem em circunstâncias socioeconomicamente menos vantajosas” (Mackenbach, 2010b, p.1252 – *tradução minha*)³⁴⁵. Essas duas barreiras podem possivelmente ser superadas se as políticas públicas forem mais duradouras e ainda mais intensas do que as implementadas na Inglaterra, logo não podemos considerar qualquer política de redistribuição e redução da desigualdade de recursos em geral como ineficaz frente às desigualdades de saúde existentes entre grupos sociais.

IV

Após essa revisão das contribuições e desenvolvimentos contemporâneos sobre as relações entre variáveis socioeconômicas, saúde e desigualdades de saúde, retorno à proposta teórica normativa que apresentei nas seções anteriores deste capítulo, buscando

³⁴³ No original: “readily available package of policies and interventions with proven effectiveness in reducing health inequalities” (Mackenbach, 2010b, p.1252).

³⁴⁴ No original: “the scale and intensity of policy change that is necessary to make a real difference are likely to be in excess of what western state machineries can deliver” (Mackenbach, 2010b, p.1252).

³⁴⁵ No original: “health inequalities are the result of the cumulative impact of decades of exposure to health risks, some of them intergenerational, of those who live in socioeconomically less advantaged circumstances” (Mackenbach, 2010b, p.1252).

apresentar as vantagens da mesma (e/ou de sua justificação) frente às outras teorias contemporâneas que se debruçam sobre justiça e saúde.

Sintetizando a argumentação até aqui apresentada, estou propondo que acessar as desigualdades de saúde a partir da mensuração e comparações baseadas entre grupos sociais é um primeiro passo fundamental para corroborarmos (ou não) nossas intuições e/ou reivindicações³⁴⁶ sobre quais desigualdades de saúde são injustas. Assim, ao realizarmos comparações de saúde entre grupos sociais podemos visualizar as desigualdades existentes³⁴⁷ e, ao refletirmos sobre como as regras institucionais, instituições sociais e políticas, políticas públicas, ações e interações entre os agentes diversos restringem – direta ou indiretamente, de forma proposital, consciente e proposital ou não – as oportunidades de alguns para alcançar melhor qualidade de saúde, ao passo que não restringem a de outros, ou mesmo a ampliam, podemos identificar as desigualdades de saúde *injustas*, cujos combate, redução, amenização ou compensação devem ser uma pauta prioritária das políticas públicas dos estados democráticos contemporâneos. Portanto, a mensuração da desigualdade de saúde *entre grupos sociais* nos possibilitaria, enquanto estágio primeiro, evidenciar as iniquidades de saúde associadas às relações e aos processos vinculados às desvantagens e às desigualdades agregadas (*overall inequalities*), fontes da injustiça que afeta determinados grupos sociais de uma mesma sociedade. Como argumentado, julgá-riamos uma circunstância como injusta quando não se verifica a igualdade de *status*, oportunidade e posição social nas relações entre cidadãos e instituições, internas a uma mesma sociedade. Especificamente, julgá-riamos uma circunstância de saúde populacional como injusta quando as instituições e distribuições existentes nessa sociedade e também as relações entre os demais agentes, em determinado momento da história, estão vinculadas com as iniquidades de saúde – portanto, injustiças estruturais – entre grupos de seus cidadãos.

Nas circunstâncias em que se encontram a maior parte dos estados contemporâneos, alterar a perversa correlação que condena os integrantes de grupos sociais pior situados a viverem em condição de sub-cidadania – sofrendo com preconceitos, má educação, péssimas condições de empregos e moradia –, a qual está

³⁴⁶ As quais são os marcadores/delimitadores que definem os grupos sociais a serem comparados. Na sociedade atual, podemos listar alguns grupos/rotulações relevantes: classe social, renda, gênero e etnia.

³⁴⁷ Como enfatizado anteriormente, em nosso entendimento, a mera existência de uma desigualdade de saúde não caracteriza uma injustiça.

associada a má qualidade de saúde e menor tempo de vida desses membros, deve ser um foco central das políticas públicas. Um estado democrático deve priorizar reformas institucionais, que podem ser escala considerável, e políticas públicas que visem a extinção dessas condições de sub-cidadania que grupos populacionais são condenados a viver, vítimas constantes de injustiças estruturais.

O gigantesco *gap* socioeconômico existente em boa parte das sociedades contemporâneas reduz drasticamente o poder de muitas pessoas controlarem suas próprias vidas, como também geram dramáticos efeitos no autorrespeito desses indivíduos. Como afirma Rawls, um importante bem primário que uma sociedade deve fornecer a todos os seus cidadãos são as bases sociais do autorrespeito. Viver em uma condição que o condena a estar sempre em pior condição nas variadas esferas da vida que lhe importam – obrigando-lhe a aceitar condições péssimas de trabalho extenuante por um salário muito baixo, a viver situações constantes de abusos policiais e preconceito, por exemplo –, impede que você possua um “senso vívido de seu valor enquanto pessoas e serem capazes de levar adiante seus objetivos com autoconfiança” (Rawls, 2003, p.83). Assim, uma pauta prioritária das agendas das agências estatais deve estar centrada no combate a essa condição que leva determinados grupos populacionais a sofrer com um *cluster* de desvantagens sistemáticas. Como afirmam Faden e Powers, ao refletirem especificamente sobre uma teoria da justiça não ideal, essas desvantagens sistemáticas ocorrem em uma variedade de formas familiares às sociedades contemporâneas:

Opressão étnica ou de gênero são exemplos paradigmáticos, como são também formas penetrantes de subordinação econômica e cultural. Em cada um desses casos, os vetores causais de desvantagem são múltiplos e se reforçam mutuamente. Nos piores casos, a desvantagem sistemática exibe um efeito cascata no qual cada deficiência em uma dimensão de bem-estar contribui causalmente para a redução do bem-estar em outra circunstância (baixo desenvolvimento cognitivo relacionado à saúde, por exemplo). Múltiplas linhas de vetores de desvantagem densamente entrelaçados ampliam e aumentam desse modo o risco de consequências negativas de maneira geral. O resultado é que as reduzidas perspectivas de bem-estar para aqueles que estão sistematicamente em desvantagem são combinadas, perpetuadas e sustentadas durante o curso de toda a vida e,

frequentemente, por gerações³⁴⁸ (Faden and Powers, 2011, p.600 – *tradução minha*)³⁴⁹.

As teorias que se dedicam à justiça e saúde presentes na literatura contemporânea definem uma desigualdade de saúde como injusta avaliando a causa determinante da mesma, adotando a definição apresentada por Whitehead (1991) ou propondo alguma adaptação pontual a essa proposta³⁵⁰. Contudo, acreditamos que não podemos cair no labirinto de dependermos de um critério de justiça associado a uma verificação empírica de variáveis como causas determinantes. De modo ainda mais questionável, a literatura contemporânea do campo da teoria e filosofia políticas tende a compreender que podemos identificar, ao menos idealmente, uma causa determinante *exclusiva* das desigualdades em geral e das desigualdades em saúde, em particular, como se as relações ao redor da saúde populacional pudessem ser explicadas a partir de um modelo de causalidade determinística simples, univariada³⁵¹. A insistência em definir a causa de uma desigualdade de saúde ou doença como *social* (α) ou como *natural-genética* (β) ou como de *responsabilidade individual / associada a comportamentos individuais* (γ), para assim julgar tal desigualdade como injusta caminha na contramão tanto dos avanços científicos contemporâneos, como da literatura de filosofia da ciência, os quais cada vez mais borram ou rejeitam essas distinções

³⁴⁸ No original: “Ethnic and gender-based oppression are paradigm examples, as are pervasive forms of economic and cultural subordination. In each of these, the causal vectors of disadvantage are multiple and mutually reinforcing. In the worst instances, systematic disadvantage exhibits a cascading effect in which each deficiency in one dimension of well-being contributes causally to the reduction of well-being in some other respect (poor cognitive development in relation to health, for example). Multiple strands of the densely woven vectors of disadvantage thereby magnify and increase the risk of negative consequences across the board. The result is that the greatly diminished well-being prospects for those who are systematically disadvantaged are compounded, perpetuated, and sustained over the course of a lifetime, and, frequently, over the course of generations” (Faden and Powers, 2011, p.600).

³⁴⁹ Destaca-se que esse seria, para os autores, o objetivo negativo da justiça social. Já o objetivo positivo seria “the improvement of human well-being, and in the special case of public health institutions, this aim is focally attentive to improving health as one of the most significant dimensions of well-being” (Faden and Madison, 2011, p. 598).

³⁵⁰ Mesmo a teoria de Norman Daniels (1985; 2008), com a qual a presente proposta possui grande afinidade, também realiza esse movimento de verificação do determinantes causais da situação de saúde.

³⁵¹ Um exemplo é a ampla gama de teorias que aceita e adota a distinção, um corte fundamental, entre sorte bruta (*brute luck*) e escolha (*choice*) para determinar se uma situação de saúde ou econômica é justa ou injusta.

causais rígidas, baseadas em um modelo causal determinístico³⁵². É crescente a verificação de diversas variáveis de conjuntos distintos – ou seja, de variáveis α , β e γ – afetando os resultados de saúde dos grupos sociais. Modelos probabilísticos contrafactuais, por exemplo, são apresentados como possíveis modelos explicativos amplos das relações de causa na epidemiologia contemporânea (Parascandola e Weed, 2001). Médicos e epidemiologistas, apesar de adotarem a noção de causalidade como um conceito essencial, não possuem uma definição consensual sobre a mesma, variando entre, ao menos, noções associadas (i) à produção, (ii) à necessidade e suficiência, (iii) a um componente-suficiente, (iv) a contrafactuais ou (v) a categorias probabilísticas (Parascandola e Weed, 2001)³⁵³. Já os biólogos e filósofos da biologia, por exemplo, expressam rotineiramente ceticismo a respeito dos esforços para distinguir entre *natural* e *social* (Lewens, 2010, p.264)³⁵⁴.

³⁵² Como disserta Vassalai (2017), ganhos às ciências sociais podem ser derivados de um adequado tratamento da questão da causalidade, que esteja situado entre aleatoriedade e ordem, ou seja, entre probabilidade e determinismo.

³⁵³ Indo além, pode-se propor, de modo especulativo, que as diversas relações sociais e suas associações com a saúde populacional poderiam ser melhor analisadas e entendidas com a utilização de conceitos e compreensões associadas ao campo dos sistemas complexos, como a noção de emergência.

³⁵⁴ A distinção entre “nature” e “nurture” é muito frequente na literatura filosófica, especialmente dedicada a questões políticas e morais. Só entre os autores já citados, podemos enumerar Rawls (2008), Dworkin (1981), Nagel (1977) entre aqueles que aceitam essa distinção. Lewens (2010) enumera quatro boas razões que sustentam um elevado ceticismo sobre essa possibilidade de diferenciação: “1. Traits that one might think are part of ‘human nature’ can also be developmentally affected by socialization. (...) 2. Even when socialization does not directly affected development, the traits an individual develops can be indirectly affected by socially controllable resources. (...) 3. The question of whether some physiological trait is a good one to have, including the apparently biological question of what its normal biological function is, and whether it can perform that function successfully, is in part dictated by the social environment in which the person who has it lives. (...) 4. Biological adaptations can reside outside an animal’s skin. Beavers dams are best understood as adaptations of beavers. They are at one and the same time parts of beaver societies and parts of beaver nature. Once this is acknowledged for beavers, it is hard to deny that human institutions such as school are parts of human nature and also parts of human societies. Hence access to schooling might be thought of both as access to a natural resource and as access to a social resource” (Lewens, 2010, pp.264-265). Contudo, cabe frisar que essa distinção, especificamente na teoria da justiça como equidade, formulada por Rawls (2008), não parece desempenhar um papel relevante. Como sugerimos no Capítulo 2, uma das preocupações de justiça apresentadas por Rawls diz respeito aos efeitos combinados dos resultados da “loteria social” com os resultados da “loteria natural”. Ainda, como argumentamos no início deste capítulo, as desigualdades que se qualificam como injustas, na perspectiva rawlsiana, são um produto das instituições sociais (basta recordarmos que o objeto primeiro da justiça é a estrutura básica da sociedade). Assim, um dos motivos da extensão do princípio da igualdade equitativa de oportunidades às instituições associadas às necessidades de saúde e da implementação do princípio da diferença é, justamente, corrigir as

Felizmente, não necessitamos realizar uma verificação empírica e classificação exclusiva da(s) causa(s) das desigualdades em saúde para validarmos (ou rejeitarmos) as nossas intuições de que há desigualdades de saúde injustas entre grupos e de que, infelizmente, a maior fração das situações em que os estados contemporaneamente se encontram pode ser considerada injusta. Como tenho argumentado, podemos compreender a questão das desigualdades em saúde entre grupos sociais a partir da noção de injustiça estrutural, independente de juízos ou conclusões finais sobre as causas exclusivas dessas desigualdades. Em decorrência, podemos também compreender a questão do gradiente social da saúde a partir da mesma noção.

As pesquisas empíricas contribuem de modo importante para as reflexões normativas sobre justiça e saúde, especialmente quando se buscamos passar para o estágio de recomendações e avaliações de políticas públicas³⁵⁵. O exame cuidadoso das relações e do papel de cada um dos fatores socioeconômicos que impactam a saúde populacional e estão associados ao gradiente social da saúde é uma importante etapa para compreendermos os fenômenos sociais ao redor da saúde populacional. Porém não podemos nos limitar a essa etapa de pesquisa e, especialmente, não devemos depender exclusivamente das conclusões oriundas desse estágio de pesquisas – no qual se situam a ampla maioria dos estudos empíricos – para emitirmos juízos normativos³⁵⁶.

Ao contrário do que pode ser imaginado em primeiro momento, a metodologia utilizada pelas pesquisas que buscam mensurar as correlações e relações entre as variáveis sociais e a saúde dos grupos populacionais – adotadas pelas disciplinas da saúde pública, ciência política e economia – pode limitar as explicações, entendimentos e inferências causais e, mais importante, não captar muito do que importa para a redução ou extinção de injustiças estruturais. Os modelos estatísticos-econômicos e a linguagem utilizados usualmente no campo dificultam as reflexões sobre causalidade, visto que se limitam a inferir parâmetros distribucionais de uma amostra³⁵⁷.

injustiças associadas às recompensas desiguais aos portadores de diferentes capacidades produtivas – que são resultantes da combinação das duas loterias acima citadas.

³⁵⁵ Mas também na previsão das consequências esperadas, que é necessária nos variados estágios de reflexão normativa de teorias da justiça sensíveis aos resultados.

³⁵⁶ Se por um lado, estudos empíricos auxiliam a reflexão normativa, por outro lado, teorias normativas não podem ser completamente dependentes de estudos científicos, até porque, como sabemos, os resultados desses estudos se alteram diariamente e podem estar equivocados.

³⁵⁷ Estou aqui considerando a argumentação apresentada por Pearl (2001) sobre a temática. A reflexão sobre inferência causal, segundo o autor, requer “two additional ingredients: a science-

Enquanto um exercício mental, hipotético e simplista, podemos assemelhar muitas das operações estatístico-metodológicas usualmente praticadas às ações de um ornitólogo que busca compreender por que pássaros que vivem em uma gaiola³⁵⁸ não voam longamente, como pássaros que vivem fora da gaiola, e analisa cada um dos arames diferenciados que fazem a gaiola – e as características particulares desses –, mas deixa de considerar que somente quando olhamos para todos os arames e compreendemos que esses arames constituem uma gaiola, e não observamos o fenômeno estaticamente, podemos entender por que o pássaro é impedido de voar³⁵⁹. Há múltiplas variáveis (os arames) que impactam sobre os pássaros, especificamente devido a posição dos pássaros (interna a gaiola) e, conseqüentemente, impedem o voo dos mesmos. Se insistimos em compreender somente a ação de arames individualmente perdemos a visualização e a compreensão das restrições impostas pela *estrutura* ao livre voar desses pássaros³⁶⁰.

Pode-se, entretanto, demandar uma definição mais rigorosa do conceito de injustiça estrutural. Sendo assim, um modo de avançarmos em direção de uma compreensão mais precisa dessa categoria é realizarmos um movimento conceitual negativo, ou seja, diferenciando o entendimento de injustiça estrutural de outras noções de injustiça. A injustiça estrutural é um tipo de erro moral que difere de outros erros que estão associados a ações individuais ou políticas estatais repressivas *específicas* (Young, 2011, p.52). A existência de um gradiente social em saúde, de uma injustiça estrutural, não é derivada exclusivamente de um ato específico como, por exemplo, da negação de atendimento médico emergencial disponível a um grupo de pessoas devido a suas

friendly language for articulating causal knowledge and a mathematical machinery for processing that knowledge, combining it with data and drawing new causal conclusions about a phenomena.” (Pearl, 2001, p.216)

³⁵⁸ A metáfora da gaiola de pássaros é utilizada pela literatura feminista. Ela pode ser observada tanto em Young, 2011, como em Frye, 1993.

³⁵⁹ Cabe ainda destacar um ponto muito importante: quando estamos refletindo sobre relações causais, estamos formulando uma *teoria* a respeito das variáveis que podem ser mensuradas, a qual depende do nosso *conhecimento teórico a respeito das possíveis relações causais* e não pode ser “completamente testada” pelo modelo estatístico. No limite, como disserta Pearl (2001), a inferência causal não seria expressa pelas setas entre variáveis ($A \rightarrow B$), mas sim, pela ausência de setas entre todas as demais variáveis existentes.

³⁶⁰ Ainda, alguns ornitólogos, de nosso exercício mental, poderiam mesmo explicar que cada arame tem um papel decisivo para impedir o voo do pássaro, ou ainda propor que há uma ação inicial decisiva – digamos que os pássaros entraram nessa gaiola em busca de alimento –, mas é somente ao considerem a posição e a gaiola como um todo que poderiam compreender porque esses pássaros não voam mais livremente.

características sociais, políticas ou econômico-sociais³⁶¹. Ao emitirmos um julgamento de que um grupo de pessoas sofre com injustiça estrutural estamos nos referindo à posição específica em que esse grupo está: uma posição sócio-estrutural de estar vulnerável. Como afirma Young:

Injustiça estrutural existe quando processos sociais colocam grandes grupos de pessoas sob ameaça sistemática de dominação ou privação de meios para desenvolver e exercer suas capacidades, ao mesmo tempo em que esses processos permitem que outros dominem ou tenham uma ampla variedade de oportunidades para desenvolver e exercer as capacidades disponíveis para eles (Young, 2011, p.52 – *tradução minha*)³⁶².

Assim, essa injustiça não é *necessariamente* a consequência de uma ação errada (e/ou injusta) de um agente individual específico ou de políticas públicas repressivas, discriminadoras, de um estado³⁶³. Pelo contrário, a injustiça estrutural pode ocorrer decorrer de muita pessoas e instituições atuando para realizarem seus objetivos e interesses particulares, agindo – ao menos, em sua maior parte –, dentro dos limites das leis, regras e normas aceitáveis, mas vivendo em circunstâncias com graus variados de injustiças, nas quais a manutenção da justiça de base não está garantida.

Portanto, se aceitamos essa noção de injustiça estrutural³⁶⁴ e realizamos *comparações da saúde entre grupos sociais* podemos localizar as desigualdades associadas às posições sócio-estruturais que devem ser prioritariamente combatidas

³⁶¹ No Brasil, negar atendimento médico-hospitalar emergencial, mesmo que em uma instituição privada, é um ato criminoso (Lei no. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal). E, mais do que isso, de acordo com o art.135-A da mesma lei – adicionado pela Lei no. 12.653, de 28 de maio de 2012: Exigir cheque-caução, nota promissória ou qualquer garantia, bem como o preenchimento prévio de formulários administrativos, como condição para o atendimento médico-hospitalar emergencial: Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, e multa. Parágrafo único. A pena é aumentada até o dobro se da negativa de atendimento resulta lesão corporal de natureza grave, e até o triplo se resulta a morte”.

³⁶² No original: “Structural injustice exists when social processes put large groups of persons under systematic threat of domination or deprivation of the means to develop and exercise their capacities, at the same time that these processes enable others to dominate or to have a wide range of opportunities for developing and exercising capacities available to them” (Young, 2011, p.52).

³⁶³ Reconhecemos que nas sociedades contemporâneas a existência dessas ações erradas e políticas injustas – como formas recorrentes, por exemplo, de preconceito – tornam as situações dos grupos desfavorecidos ainda piores e mais injustas. Porém, tais ações e políticas não são necessárias para a existência de situações injustas.

³⁶⁴ A qual diz respeito à posição específica em que esses grupos sociais se situam na sociedade.

pelas políticas públicas de uma sociedade democrática³⁶⁵. Mais do que isso, podemos evidenciar como a responsabilidade individual não deve ser considerada como um critério relevante para diferenciações entre prioridades de justiça e saúde, mesmo que ações que estimulem práticas saudáveis de vida sejam uma importante agenda de uma sociedade democrática. A nossa métrica de comparação entre grupos demonstra que os diversos determinantes socioeconômicos afetam a saúde dos grupos sociais de modo diferenciado, independe das responsabilidades individuais dos membros desse grupo³⁶⁶.

Porém, ao contrário do que propaga ampla gama de publicações contemporâneas sobre justiça e saúde, defendemos que não se pode compreender a justiça, nem mesmo reduzir os graus de injustiças das circunstâncias contemporâneas, como/a partir de um padrão distributivo. Não há fórmula distributiva mágica que possa ser determinada e que gere justiça em consequência de sua implementação, pois a justiça não se limita à igual distribuição de bens (não relacionais) entre os cidadãos de uma sociedade, mas sim está associada à virtude das instituições político-sociais e demais agentes, a um tipo específico de relação social igualitária. Como afirma Anderson, a justiça “é uma disposição para tratar indivíduos de acordo com princípios que expressam, incorporam e sustentam relações de igualdade social. Distribuições de bens socialmente alocados são justas se são o resultado de todos agindo de acordo com tais princípios” (Anderson, 2010b, p.2 – *tradução minha*)³⁶⁷.

³⁶⁵ Essas desigualdades estariam, portanto, associadas ao objeto primeiro da justiça, a estrutura básica da sociedade (na terminologia rawlsiana). Como pode ser observado em Young (2011), a autora considerava suas reflexões e teoria sobre desigualdade estrutural conectadas com a proposta da teoria da justiça formulada por Rawls. Neste capítulo, busquei aprofundar o que julgo ser as principais potencialidades de diálogo, me afastando de alguns pontos dissonantes entre essas perspectivas presentes na obra de Young (2011).

³⁶⁶ Barry (2005) apresenta um ponto fundamental para rejeitarmos a importância da responsabilidade individual de um ponto de vista da justiça e saúde. Como afirma o filósofo: “there is a class gradient with regard to smoking: its incidence increases as we go down the social scale. But smoking (say) a pack of cigarettes a day will on the average impair your health more the lower your socioeconomic status. ‘American smokers of high social status are less likely to contract cancer and are more likely to live longer when they do contract it than Americans near to bottom of the pecking order’ (Wikler, 2002, p.52 *apud* Barry, 2005). If this is so, the stress that (as we shall see) causes the class gradient in smoking also exacerbates the ill-effects of smoking. (...) To generalize: wherever adverse conditions the bad effects of ‘unhealthy’ choices, a class gradient in such behaviour will turn into a bigger class gradient in health outcomes.” (Barry, 2002, p.86)

³⁶⁷ No original: “is a disposition to treat individuals in accordance with principles that express, embody, and sustain relations of social equality. Distributions of socially allocated goods are just if they are the result of everyone acting in accord with such principles.” (Anderson, 2010, p.2).

Essa defesa de uma concepção específica de justiça e igualdade relacional, democrática, pode gerar em alguns leitores um ar de descrença e mesmo desânimo, visto que alguns deles podem considerar que as formulações aqui apresentadas vão na contramão de recomendações práticas possíveis para a mudança dos padrões existentes de injustiça e má qualidade da saúde de grupos populacionais. Acreditamos que não: se é verdade que não há padrão distributivo que possa ser estabelecido como sinônimo de justiça, ou seja, que solucione todas as questões de justiça e saúde³⁶⁸, também é verdade que a nossa posição teórica possibilita uma reflexão normativa sobre questões empíricas das circunstâncias reais³⁶⁹.

Defendemos que é necessário caminhar em direção de uma compreensão geral dos fenômenos de saúde e, conseqüentemente, de uma defesa de uma perspectiva integrativa que busque superar o modo pelo qual se concebe a distribuição de recursos nas democracias contemporâneas: como uma suposta disputa por recursos públicos pelas diferentes áreas relevantes, agências públicas distintas e ministérios³⁷⁰. As pesquisas e estudos empíricos contemporâneos sobre os determinantes sociais da saúde autorizam concluir que as políticas de saúde não *disputam* recursos com políticas educacionais, ou com políticas de recursos hídricos, de saneamento básico, entre outras. Todas essas políticas e variáveis impactam na saúde populacional. Como afirma Wolff (2011), “o status da saúde de todos depende de muitos fatores causais, uma porção significativa dos quais reside fora do escopo do ministério da saúde” (Wolff, 2011, p. 253 – *tradução minha*)³⁷¹.

Contemporaneamente, o ministério da saúde de um estado democrático que busque soluções perante a injusta situação de saúde em que parte de (ou toda) sua população se encontra pode se confrontar com um grave dilema: grande parte dos determinantes sociais da saúde, das variáveis que impactam no gradiente social da saúde

³⁶⁸ Até porque como mostramos ao analisar as pesquisas empíricas contemporâneas, grande parte das injustiças de saúde parecem estar associadas a dimensões complexas e relacionais, de impossível solução redistributiva simples.

³⁶⁹ E, conseqüentemente, auxilie em reflexões sobre recomendações e avaliações de políticas públicas.

³⁷⁰ No caso do Brasil, essa questão fica ainda mais explícita e problemática, pois diferentes ministérios, secretarias e pastas são concedidos a Partidos Políticos distintos, em busca de apoio legislativo, os quais buscam maximizar os recursos de cada ministério e secretaria que administram.

³⁷¹ No original: “[t]he health status of everyone depends on many causal factors, a significant portion of which lie outside the scope of the ministry of health” (Wolff, 2011, p. 253).

de uma população, parecem estar situadas em grande medida fora do controle de seu próprio ministério. E, mais do que isso, as ações potencialmente mais eficientes para a redução dessas iniquidades de saúde podem mesmo ser externas às ações corriqueiramente praticas por um Ministério da Saúde.

Dadas as formulações institucionais das democracias contemporâneas, a construção de uma resposta eficiente às questões das injustiças de saúde pode mesmo gerar um dilema político: um ministro da saúde, ao enfatizar a importância dos determinantes sociais da saúde, pode estar também argumentando pela redução da importância de seu próprio domínio e, portanto, pode estar mais vulnerável a cortes de orçamentos e a perda de poder político pessoal (Wolff, 2011, p. 253). Um dilema político pode ser evidenciado, pois, se considerarmos o modo como opera o sistema democrático brasileiro e de outras nações, parece politicamente *naïf* pensar que as autoridades da saúde estarão sempre a favor de qualquer política ou plano de governo que levarão a cortes de orçamento de saúde (Wolff, 2011, p. 253). No limite, o sistema institucional tem incentivos para compreendermos a distribuição de recursos entre as pastas, secretarias e ministérios como um *trade-off*, enquanto, cada vez mais podemos evidenciar que deveriam ser entendidas – ao menos no caso da saúde populacional, das iniquidades de saúde – como cooperação. Em uma situação de escassez, redução de arrecadação fiscal e crise econômica, esse dilema tende a ficar ainda mais dramático.

Contudo, necessitamos refletir sobre mais um ponto central sobre as questões de justiça e saúde. Mesmo que as recomendações e os princípios de justiça que apresentamos ao longo dessa tese fossem respeitados em uma sociedade democrática – e um sistema público de saúde de qualidade fosse instituído, que fornecesse os diversos cuidados e serviços associados ao normal funcionamento das pessoas –, continuaríamos a nos deparar com questões de racionamento e de alocação de recursos e bens escassos de saúde (Daniels, 2008, p.103).

Ao menos duas diretrizes gerais encontradas ao longo desta tese podem auxiliar a nossa reflexão sobre alocação de recursos escassos específicos de saúde, servindo como guia geral dos desenhos de sistemas de saúde. Em primeiro lugar, defendemos que determinadas necessidades de saúde são de especial atenção de uma perspectiva de justiça, pois estão relacionadas ao funcionamento normal das espécies e impactam o leque de oportunidades disponíveis ao longo da vida dos cidadãos. Dessa forma o atendimento, em sentido abrangente, dessas necessidades de saúde deve servir como

um guia geral para o *design* dos sistemas de saúde. Mais do que isso, o impacto sobre as oportunidades causado por uma doença ou deficiência pode ser um critério bastante geral para determinar prioridades, importâncias e urgências das reivindicações de saúde. De modo bastante genérico, nossas formulações indicam que as reivindicações daqueles com doenças ou deficiências mais graves, que impactam de modo mais grave o funcionamento normal do organismo, devem, quando possível, ser priorizadas para que essas pessoas possam receber os cuidados de saúde necessários. Ao ressaltarmos a importante relação entre saúde e oportunidades, de um ponto de vista da justiça, defendemos que o conjunto das instituições, dos serviços, dos bens e dos recursos necessários à manutenção, ao reestabelecimento e à provisão de equivalentes funcionais ao funcionamento normal dos cidadãos devem ser distribuído de modo a respeitar e assegurar o princípio de igualdade equitativa de oportunidades.

Em segundo lugar, defendemos que as iniquidades de saúde entre os grupos sociais devem ser combatidas, de modo prioritário, pelas políticas públicas de um Estado democrático. Em consequência, as ações estatais e as políticas públicas devem buscar atuar na redução dos determinantes sociais da saúde que impactam nas diferenças de saúde de grupos populacionais distintos³⁷². Mais do que isso, as políticas estatais devem buscar combater de forma prioritária a injustiça estrutural. Ainda, como afirmamos neste capítulo, os argumentos basilares de políticas públicas de um estado democrático devem providenciar uma justificação de segunda-pessoa.

Entretanto, esses princípios primeiros e recomendações de justiça são muito gerais e com grau elevado de indeterminação para responderem diversas questões e solucionarem disputas razoáveis, de ordem mais específica, sobre como alocar determinados recursos equitativamente, de modo a atender às necessidades de saúde dos cidadãos (Daniels, 2008, p.103). Há uma questão de alcance dos princípios primeiros de justiça que deve ser levada em consideração para não realizarmos considerações e recomendações normativas equivocadas. Por mais que estabelecêssemos um sistema de saúde que atingisse índices próximos da eficiência e do funcionamento pleno, problemas de racionamento, da delimitação de limites e restrições ao fornecimento de

³⁷² Muitas das desigualdades e diferenças sociais e econômicas que afetam a saúde dos grupos populacionais, gerando um gradiente social na saúde, são diferenças que seriam enfrentadas (e eliminadas) em uma sociedade que respeitasse os dois princípios de justiça, formulados por Rawls (2008).

recursos, serviços e atendimentos de saúde continuariam a existir³⁷³.

Como argumentamos no capítulo anterior, não devemos responder uma questão sobre se uma determinada alocação de um medicamento ou recurso é justa ou equitativa aplicando de forma imediata, rígida e/ou simplista, um princípio primeiro de justiça. Precisamos saber, ao mínimo, *como e por quem* essa decisão foi tomada. Essas tomadas de decisão, que delimitam quais recursos, demandas ou serviços de saúde devem ou não ser fornecidos, são sustentadas por juízos de valor sobre os quais as pessoas razoáveis podem discordar. Os princípios básicos de justiça não resolvem muitas dessas controvérsias (Daniels, 2008, p.105)³⁷⁴. Como disserta Daniels (2008), há um problema de legitimidade decorrente dessas decisões sobre a alocação de recursos escassos: “em que condições os tomadores de decisão têm a *autoridade moral* para estabelecer os limites que impõem?” (Daniels, 2008, p.103, *tradução minha*)³⁷⁵.

Devemos dar prioridade aos tratamentos e cuidados de saúde àqueles doentes em pior situação de saúde ou priorizar os tratamentos e cuidados que resultam em “maior benefício líquido de saúde” (ou, ainda, maior custo-benefício)? Como devemos lidar com os problemas de “agregação”? Devemos permitir uma “agregação” de benefícios modestos de saúde de um grande número de pessoas para contrabalancear benefícios mais significantes para poucas pessoas? Como decidir entre essas alternativas difíceis, que são recorrentes no campo da saúde? Para enfrentarmos essas questões é necessário suplementarmos os princípios primeiros de justiça com um processo equitativo de deliberação para o estabelecimento de limites, normas e regras de alocação.

Como afirmamos, princípios primeiros de justiça não dão orientação adequada para enfrentarmos esses dilemas e questões de racionamento. A abordagem igualitária, baseada em um princípio da igualdade equitativa de oportunidades, apesar de nos guiar sobre a organização, as características e o *design* mais básicos do sistema de cuidados

³⁷³ Como destaca Daniels: “the fact of nonideal conditions in any system – inefficiency, profit taking at the expense of meeting needs, lack of universal coverage – does not exempt us from the task of learning how to set limits fairly” (Daniels, 2008, p.105).

³⁷⁴ Como exemplifica Daniels: “The opportunity principle (...) simply cannot answer a central resource allocation question such as ‘How much priority should we give to treating the sickest or most disabled patients?’” (Daniels, 2008, p.105)

³⁷⁵ No original: “under what conditions do decision makers have the *moral authority* to set the limits they impose?” (Daniels, 2008, p.103)

de saúde, é muito indeterminada para ajudar a resolver esses dilemas³⁷⁶. Contudo isso não significa que devemos abandonar tal perspectiva, ou considerá-la limitada³⁷⁷. Pelo contrário, devemos recorrer a uma noção intimamente associada ao princípio de igualdade equitativa de oportunidades. A ideia de justiça procedimental, tão estimada e central a perspectiva de justiça formulada por Rawls (2008), pode nos auxiliar na tarefa de organização do processo de deliberação e de tomada de decisões sobre a delimitação e o racionamento dos recursos escassos³⁷⁸. Algumas condições gerais podem ser estabelecidas para que esse processo seja percebido como legítimo e equitativo pelos afetados por essas decisões e, mais genericamente, pelos membros de um estado democrático de modo independente dos resultados.

Uma análise e um desenvolvimento cuidadosos dessas condições estão além do escopo e da pretensão desta tese, porém apresentaremos algumas considerações assumidamente preliminares sobre essa questão importante. Em primeiro lugar, devemos nos interrogar sobre a necessidade de um processo deliberativo para tomadas de decisão. Não poderíamos, por exemplo, adotar alguma regra da maioria – tal como utilizamos para escolher governantes, ou, no interior do Congresso Nacional, para votar sobre diversas políticas e leis – como uma solução para o racionamento e a delimitação da assistência à saúde?

Daniels (2008, pp.111-113) apresenta uma argumentação em oposição a essa solução, enfatizando que uma concepção de legitimidade democrática é, necessariamente, dependente de um componente *deliberativo* do processo democrático, não meramente de um apelo à regra da maioria. Como argumentamos no Capítulo 1 da tese, as avaliações e comparações interpessoais de elevada importância moral – como as questões de justiça – não devem ser baseadas em agregação de preferências individuais, visto que devemos possuir e apresentar razões – isto é, critérios objetivos – que

³⁷⁶ Sabemos que, mesmo sob um condição de escassez e restrição significativa de recursos, possuímos um dever de justiça de proteger a igualdade equitativa de oportunidades de todos os cidadãos.

³⁷⁷ É interessante notarmos que uma crítica – a nosso ver, equivocada – que recomendasse tal abandono da perspectiva igualitária sobre justiça e saúde que estamos apresentando devido a essa limitação teórica possuiria alguma semelhança formal com a conclusão crítica “cética radical” que poderia ser aplicada aos trabalhos de Marmot, que revisamos anteriormente.

³⁷⁸ Nossa argumentação segue, neste ponto, a tese de Daniels (2008). Como afirma o filósofo: “My appeal to procedural justice to supplement that opportunity principle is not an abandonment of the principle, which serves well enough to guide thinking about more basic design features the health-care systems. Rather, fair process is needed to resolve disputes about allocation that as not addressed by the more general principle” (Daniels, 2008, p.110)

possibilitem nossas avaliações. Justamente por isso, “a abordagem agregativa falha como um abordagem da legitimidade de um procedimento democrático, pois ela ignora a maneira como as razões desempenham um papel em nossas deliberações sobre o que correto” (Daniels, 2008, p.112, *tradução minha*)³⁷⁹. Não podemos agregar toda e qualquer preferência individual. Para uma decisão ser equitativa e justa, devemos impor alguns tipos de restrição aos tipos de razões que podem desempenhar um papel em uma deliberação sobre recursos de saúde (Daniels, 2008, p.112). Como já afirmamos, devemos exigir uma justificção de segunda-pessoa para decisões morais relevantes, devendo a deliberação apelar a tipos de razões que todos possam reconhecer como aceitáveis ou relevantes, mesmo que não se obtenha um consenso sobre a questão³⁸⁰. Porém, então quais são as condições necessárias para que um processo de deliberação sobre racionamento e delimitação de recursos de saúde seja percebido como equitativo e legítimo? Ou, ainda, como devem ocorrer essas tomadas de decisão sobre bens, recursos e serviços de saúde?

Algum grau de representação das partes interessadas – médicos, trabalhadores de saúde, cientistas, pacientes e/ou seus familiares, entre outras partes interessadas – parece ser uma condição necessária para essa tomada de decisão. Além dessa representação, uma condição de publicidade parece ser extremamente necessária para uma deliberação sobre recursos escassos de saúde ser equitativa. Daniels (2008) considera essa condição de publicidade uma das condições de sua proposta de procedimento equitativo de deliberação – intitulada pelo autor de “prestação de contas por razoabilidade” (*accountability for reasonableness*). Essa condição de publicidade exige que as razões e os motivos que são levados em consideração para as decisões sejam públicos, uma vez que tais decisões forem deliberadas, para que assim possam ser avaliados, confirmados ou refutados por um processo deliberativo mais amplo ao longo do tempo (Daniels, 2008, pp.119-123; p.135).

³⁷⁹ No original: “The aggregative account fails as an account of the legitimacy of a democratic procedure because it ignores the way reasons play a role in our deliberations about what is right” (Daniels, 2008, p.112)

³⁸⁰ Decisões baseadas somente em metodologias de custo-valor, custo-utilidade, muito populares na economia, também não são adequadas. Segundo Daniels, “unfortunately, that methodology carries with it some morally controversial – and, many insist, unacceptable – assumptions (...). One key assumption with troubling consequences is that a unit of benefit (...) has the same worth regardless of who gets it” (Daniels, 2008, p.114). Daniels apresenta uma detalhada crítica a essa perspectiva (Daniels, 2008, pp.113-117). Sobre a questão ver também Hausman (2006).

Além da condição de publicidade, Daniels (2008) estabelece outras três condições para que o procedimento de deliberação em saúde seja equitativo. O filósofo estabelece uma “condição de relevância”, segundo a qual os tomadores de decisão, incluindo o amplo leque de partes interessadas, devem tomar as decisões com base em razões que todos considerem relevantes. Outra condição necessária é a “condição de revisão e recursos”. Essa última exige que as decisões possam ser revisitadas em luz de uma nova evidência ou de novos argumentos. Assim, devem existir mecanismos institucionais que possibilitem mudanças ou resoluções de disputas em relação às decisões anteriores. E, de forma mais ampla, devem existir oportunidades para a revisão e/ou o aprimoramento de políticas públicas que estejam baseadas em novas informações, argumentos ou evidências. Por fim, Daniels (2008) apresenta um condição regulatória (de *enforcement*) – voluntária ou pública –, que assegura que as condições anteriores sejam atendidas³⁸¹.

Por fim, gostaríamos de realizar uma última consideração pontual sobre as circunstâncias de justiça e saúde presentes na sociedade brasileira contemporaneamente. Em primeiro lugar, parece ser inequívoco afirmarmos que essas condições listadas acima, que propiciam um adequado procedimento de deliberação sobre o racionamento de recursos escassos de saúde, não são encontradas no país. Porém, a proposta apresentada neste capítulo possibilita uma outra reflexão, mesmo que de caráter provisório, que pode nos auxiliar em recomendações práticas. Como estamos defendendo, uma pauta prioritária de justiça está associada a reivindicações e desigualdades injustas de saúde *entre grupos*, pois, como defendemos, as iniquidades de

³⁸¹ As quatro condições do “accountability for reasonableness” são apresentadas em diversas obras por Daniels com variações pontuais mínimas. Opto por transcrever uma versão que ganhou grande destaque, publicada em livro com Sabin (Daniels e Sabin, 2008): “1. **Publicity Condition:** Decisions regarding both direct and indirect limits to care and their rationales must be publicly accessible. 2. **Relevance Condition:** The rationales for limit-setting decisions should aim to provide a *reasonable* explanation of how the organization seeks to provide “value for money” in meeting the varied health needs of a defined population under reasonable resource constraints. Specifically, a rationale will be reasonable if it appeals to evidence, reasons, and principles that are accepted as relevant by fair-minded people who are disposed to finding mutually justifiable terms of cooperation. 3. **Revision and Appeals Condition:** There must be mechanisms for challenge and dispute resolution regarding limit-setting decisions, and, more broadly, opportunities for revision and improvement of policies in the light of new evidence or arguments. 4. **Regulative Condition:** There is either voluntary or public regulation of the process to ensure that conditions 1 – 3 are met” (Daniels e Sabin, 2008: 45).

saúde afetam subconjuntos populacionais³⁸². Essa posição parece diferir do entendimento realizado por parte dos membros do Judiciário brasileiro ao ceder a demandas individuais por medicamentos e tratamentos de saúde de alto custo. No Brasil, especialmente na última década, tem ocorrido uma crescente judicialização da saúde, que busca, especialmente, obrigar o poder público a fornecer medicamentos de elevado custo, mas também tratamentos, insumos, cirurgias, próteses, órteses, internações e melhoras de infraestrutura em unidades de saúde. O fundamento jurídico desses pedidos judiciais é a garantia constitucional à saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, tal como enunciada Constituição Federal da República Federativa do Brasil (1988). Essa Constituição, além de prever o direito à saúde como um direito fundamental do cidadão e um dever do Estado (art. 6 e 196), inaugura o Sistema Único de Saúde, baseado nos princípios de universalidade (acesso a todos os cidadãos), igualdade (não discriminação) e integralidade (acesso a todos os cidadãos sem discriminação) no atendimento (art. 196 e 198) (Wang, 2008, p.8).

Historicamente, tais garantias legais foram utilizadas em reivindicações (judiciais e extrajudiciais) para pressionar o Estado brasileiro a garantir o fornecimento de medicamentos antirretrovirais ao grupo demandante nos anos 1990, e mais do que isso, a instituir uma política pública ampla centrada na questão do HIV/AIDS, transformando o país em um modelo para esse tratamento na época. Contudo, o crescente número de demandas judiciais individuais de saúde tem elevado representativamente os gastos federais, especialmente de medicamentos³⁸³ – em mais de

³⁸² Braveman, et al. 211, defendem também essa posição e definem que: “Social disadvantage refers to the unfavorable social, economic, or political conditions that some groups of people systematically experience on their relative position in social hierarchies. It means restricted ability to participate fully in society and enjoy the benefits of progress. Social disadvantage is reflected, for example, by low levels of wealth, income, education, or occupational rank, or by less representation at high levels of political office.” (Braveman, et al., 2011, p.151)

³⁸³ O estado brasileiro fornece gratuitamente medicamentos que estão inclusos em uma listagem realizada pelo Ministério da Saúde. Muitas dessas reivindicações judiciais solicitam medicamentos recentes (quase sempre de alto custo) ainda não-incluídos nessa lista ou mesmo ainda sem autorização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ou solicitam medicamentos pelo nome comercial (associado a determinado laboratório) – sendo que o medicamento com mesmo composto ativo já está incluso na listagem – ou em diferentes dosagens de um medicamento disponível na lista.

13 vezes nos últimos 6 anos, de 112,6 milhões de Reais em 2010 para 1,6 bilhão de Reais em 2016³⁸⁴.

Como defendemos ao longo do Capítulo, a injustiça social está associada ao acúmulo de desvantagens em determinados *grupos sociais* e o acúmulo de vantagens a outros *grupos sociais*. Justamente por isso parece ser possível de se afirmar que se a importante garantia legal à saúde, à assistência à saúde gratuita fornecida pelo estado, se transforma em um privilégio exclusivo àqueles que conseguem “fazer valer” seus direitos – por medidas judiciais individuais³⁸⁵ –, há uma grande distorção do objeto e da concepção da justiça social. Tais decisões podem resultar não só na manutenção de circunstâncias injustas, como até reforçam e aumentam as iniquidades de saúde entre os grupos sociais do país³⁸⁶. Sem dúvida, as reivindicações de justiça social não são as únicas que importam de uma dimensão moral da saúde. Porém essa é uma dimensão que deve ser levada em consideração, pois como defendemos, o fornecimento de assistência à saúde, em sentido abrangente, deveria propiciar a igualdade equitativa de oportunidades, anulando, portanto, as vantagens que alguns grupos sociais possuem em relação aos demais.

Uma outra questão que desejamos apenas pontuar é sobre o local da decisão. Deveriam essas decisões sobre alocação de saúde serem tomados por um representante do Judiciário, quase sempre por uma decisão individual? Parece que, ao mínimo, o Judiciário ao refletir sobre questões de saúde deveria raciocinar, ao menos em boa parte

³⁸⁴ Dados do Ministério Público, disponibilizados na *Revista Pesquisa FAPESP*, ano 18, n.252, de fevereiro de 2017.

³⁸⁵ É importante destacar um contraponto: a existência no Brasil da *Defensoria Pública da União* que propicia o acesso à justiça a aqueles que não possuem recursos para pagarem advogados privados (ou não possuem algum vínculo com instituições que paguem por eles). Especificamente sobre o papel dos defensores públicos nas reivindicações judiciais de saúde, assim como uma posição mais positiva da judicialização da saúde, envolvendo graus de cooperação entre diferentes instâncias públicas, ver Oliveira e Noronha, 2011. Leitão, et. al., 2016, também tendem a considerar as demandas judiciais de uma perspectiva mais positiva, defendendo que no caso do estado da Paraíba, um elevado número de demandas judiciais está associado a solicitações de medicamentos padronizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tais autores concluem que é necessária uma revisão da Política Nacional de Assistência Farmacêutica tanto das estratégias de implantação como da premência em ampliar a relação de medicamentos disponibilizados pelo SUS.

³⁸⁶ Há uma extensa literatura recente sobre a questão da judicialização da saúde no Brasil, não existindo um consenso avaliativos sobre esse processo. Contudo, a posição que defendo aqui, por uma justificação particular, também é apresentada por um número significativo de trabalhos de qualidade da literatura contemporânea. Entre outros, ver Ferraz, 2011, 2014; Wang, 2013.

de suas decisões, a partir de um modo agregado, coletivo e não fazendo cumprir demandas individuais³⁸⁷.

Nos primeiros parágrafos da *Introdução* da tese, destaquei a importância de sempre levarmos em consideração a escassez de alguns recursos, bens e serviços de saúde. Devemos considerar que parte significativa de importantes recursos e bens que impactam na qualidade de nossa saúde é limitada e deve ser distribuída de forma justa entre os indivíduos que integram um sistema de cooperação social. Reduzir as iniquidades de saúde não é uma tarefa simples (Daniels, 2013), porém o reconhecimento que fatores sociais afetam a saúde populacional deve nos motivar a considerar novas ferramentas, modos de elaboração e abordagens da saúde pública³⁸⁸, assim como formas de deliberação e tomadas de decisão, pois é uma reivindicação urgente às sociedades democráticas contemporâneas combater as injustiças que estão, no limite, matando em larga escala³⁸⁹.

³⁸⁷ Silva, (s/d, manuscrito), apresenta uma valiosa contribuição, que pode ser considerada uma síntese ao debate sobre a temática, defende uma posição semelhante. Segundo o autor, caso o judiciário não conseguisse pensar de forma coletiva, deveria deixar questões dessa ordem para o processo político, para outras esferas do poder.

³⁸⁸ Wong, et. al., 2015, defendem esse ponto.

³⁸⁹ Marmot costuma enfatizar essa questão. Em sua revisão das estratégias para a redução das desigualdades de saúde na Inglaterra, há a previsão de que 2,6 milhões de anos extras de vida seriam ganhos entre todos os grupos sociais se as desigualdades de saúde fossem significativamente reduzidas (Marmot, 2010). Ver também Propay, et al., 2010.

Considerações Finais

Como afirmamos na *Introdução* desta tese, dois questionamentos inter-relacionados motivaram nossa pesquisa. O que devemos uns aos outros, enquanto cidadãos de uma sociedade democrática, em relação à promoção e à proteção da saúde de nossos concidadãos? Quais obrigações e deveres de justiça que um Estado democrático possui perante a saúde de seus cidadãos?

Nestas considerações finais, buscaremos responder essas questões de modo sintético, assim como apresentaremos nossos argumentos normativos com o menor grau abstração que conseguimos. Em primeiro lugar, podemos afirmar que as questões de saúde populacional são uma pauta central de uma perspectiva de justiça. Os Estados possuem um *dever de justiça* de fornecer assistência à saúde de forma a assegurar a igualdade equitativa de oportunidades a todos os seus cidadãos.

Como desenvolvemos, um modo frutífero de relacionar as preocupações de saúde com uma perspectiva de justiça é a partir do alargamento da noção de oportunidades originalmente apresentada por Rawls, em *Uma teoria da Justiça*, para que assim, sejam incluídas as instituições e serviços necessários à manutenção, ao reestabelecimento e à provisão de equivalentes funcionais ao funcionamento normal – ou seja, à saúde – dos cidadãos. Dessa forma, as instituições vinculadas aos serviços e cuidados de saúde, execução de políticas públicas de saúde, cuidados médicos, assistência à saúde, distribuição e fornecimento de bens e recursos associados às necessidades de saúde devem ser parte das instituições de fundo que visam garantir a igualdade equitativa de oportunidades exigidas pelos princípios de justiça, tal como formulou John Rawls, em sua teoria da justiça como equidade³⁹⁰.

Mais do que isso, argumentamos que, em circunstâncias com graus variados de injustiça, os Estados devem formular agendas e políticas públicas prioritárias que busquem combater as iniquidades de saúde existentes entre os grupos sociais nas sociedades contemporâneas. O combate à injustiça estrutural deve ser uma pauta central das agendas de governo. Políticas públicas baseadas em princípios e raciocínios igualitários, prioritários, assim como suficientistas devem ser implementadas para que

³⁹⁰ Tal como argumenta Daniels (1985; 2008).

possamos caminhar em direção de uma sociedade mais justa. Um ideal de igualdade democrática deve ser almejado, de um ponto de vista da justiça, pelas sociedades democráticas. Dessa forma, consideramos que a justiça está intrinsecamente relacionada a questões relacionais de poder e não-dominação. Contudo, ao contrário do que parte da literatura parece sugerir, políticas públicas sustentadas por princípios normativos de suficiência e de prioridade também podem integrar o leque de políticas que devem ser implementadas para que assim possamos buscar uma sociedade mais justa em condições não ideais. Assumirmos um *trade-off* obrigatório entre princípios primeiros de justiça (igualdade, prioridade e suficiência) e políticas públicas fundamentadas nesses princípios parece ser prejudicial a nossa busca por uma sociedade mais justa, em que as pessoas possam buscar e realizar seus planos de vida com boa saúde.

REFERÊNCIAS

- ABEL, T. 2008. "Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, e13.
- AKERMAN, M., MAYMONE, C. C., GONÇALVES, C. B., CHIORO, A., BUSS, P. M. 2011. "As novas agendas de saúde a partir de seus determinantes sociais", in Galvão, L. A., Finkelman, Henao, S. (orgs.), *Determinantes ambientais e sociais da saúde*. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde / Editora Fiocruz.
- ALVAREZ, A. 2007. Threshold considerations in fair allocation of health resources: justice beyond scarcity. *Bioethics*, vol. 21. n. 8.
- ANAND, S. 2005. "The concern for Equity in Health", in Anand, S.; F. Peter and A. Sen. *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford: Oxford University Press.
- ANDERSON, E. 1999. *What is the point of equality?*, *Ethics*, Vol. 109, No. 109 (January), pp. 287—337.
- _____. 2010a. "Justifying the capabilities approach to justice", in Brighouse, H., Robens, I. (eds.) *Measuring Justice: primary goods and capabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- _____. 2010b. "The fundamental disagreement between luck egalitarians and relational egalitarians. *Canadian Journal of Philosophy*, 40 (sup.1), pp.1-23.
- ARRETCHE, M. (org.) 2015. *Trajetórias das desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos 50 anos*. São Paulo: Editora UNESP.
- ARROW, K. 1963. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *The American Economic Review*, Vol. 53, Issue 5.
- _____. 1973. "Some ordinalist-utilitarian notes on Rawls's Theory of Justice", *Journal of Political Philosophy*, 70, 9, pp.245-263.
- _____. 2014. "Commentary", in Finkelstein, A. *Moral Hazard in Health Insurance*. New York: Columbia University Press.
- ASADA, Y. 2013. "A Summary Measure of Health Inequalities: Incorporating Group and Individual Inequalities", in EYAL, N. S. HURST, O. F. NORHEIM, D. WIKLER (ed.), *Inequalities in Health: Concepts, Measures and Ethics*. Oxford: Oxford University Press.

- ATKINSON, A. B. 1970. On the Measurement of Inequality, *Journal of Economic Theory*, 2(3): 244-63.
- ATKINSON, A. B. 2013. "Health Inequality, Health Inequity, and Health Spending" in EYAL, N. S. HURST, O. F. NORHEIM, D. WIKLER (ed.), *Inequalities in Health: Concepts, Measures and Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- BAMBRA, C. 2011. "Health inequalities and welfare state regime life courses: theoretic insights on a public health "puzzle"". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65, 740-745.
- BAMBRA, C.G., NETUVELI, T. EIKEMO. 2010. "Welfare state regime life courses: the development of Western European welfare state regimes and age-related patterns of educational inequalities in self-reported health. *International Journal of Health Services*, 40, 399-420.
- BARRY, B. 1989. *Theories of justice. A treatise on social justice*, vol.1, Oakland, University of California Press.
- _____. 1995. *Justice as Impartiality*. Oxford: Clarendon Oxford University Press.
- _____. 2005. *Why Social Justice Matters*. Cambridge: Polity Press.
- BATTY, G. D., G. DER, S. MACINTTYRE, J. I. DEARY. 2006. Does IQ explain socioeconomic inequalities in health? Evidence from a population based cohort study in the West of Scotland. *British Medical Journal*, 332, 580-584.
- BEITZ, C. 2001. "Does global inequality matter?", *Metaphilosophy*, Vol.32, No. 1/2, pp.95-112.
- BOORSE, R. 1975. "On the distinction between disease and illness", *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 5, No. 1, pp.49-68.
- _____. 1997. "A Rebuttal on Health", in J. M. Humber, R. F. Almeder (eds.), *What is disease?*, New York: Springer Science+Business Media.
- BRAVEMAN, P. A., S. KUMANYIKA, J. FIEDING, T. LAVEIST, L. N BORRELL, R. MANDERSCHIED, A. TROUTMAN. 2011. "Health Disparities and Health Equity: The Issue of Justice", *American Journal of Public Health*, Supplement 1, pp.S149-S155.
- BRAYBROOK, D. 1968. "Let needs diminish that preferences may proper", in *Studies in Moral Philosophy American Philosophical Quarterly Monograph Series*, n.1 Oxford: Blackwell.

- _____. 1987. *Meeting needs. Studies in Moral, Political and Legal Philosophy*. Princeton: Princeton University Press.
- BROOME, J. 2015. Equality versus priority: a useful distinction. *Economics and Philosophy*, vol. 21.
- BUCHANAN, A. 1975. "Revisability and Rational Choice", *Canadian Journal of Philosophy*, 5, pp.395-408.
- _____. 2009. *Justice and Health Care: Selected Essays*. Oxford: Oxford University Press.
- BUSS, P. E A. PELLEGRINI FILHO. 2006. "Determinantes sociais da saúde", *Cad. Saúde Pública*, 22(9):1772-1773.
- CALABREZI, G., P. BOBBIT. 1978. *Tragic Choices*. New York: W. W. Norton & Company.
- CALLAHAN, D. 1973. "The WHO Definition of 'Health'", *The Hastings Center Studies*, Vol. 1, No. 3, pp.77-87.
- CASAL, P. 2007. Why sufficiency is not enough? *Ethics*, 117, (2).
- CHANDRA, A., T. S. VOGT. 2010. "Rising up with shoe letter? A comment on *Fair Society, Health Lives* (The Marmot Review)", *Social Science & Medicine*, 71, pp.1227-1230.
- CHETTY, R., STEPNER, M., ABHAHAM, S., LIN, S., SCUDERI, B., TURNER, N, BERGERON, D. C. 2016. "The association between income and life expectancy in the United States, 2001-2014.", *Jama*, 315, no. 16, pp.1750-1766.
- COHEN, G. A. 2008. *Rescuing Justice and Equality*. Harvard: Harvard University Press.
- COMMISSION ON THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2008. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- CRISP, R. 2006. *Goods and Reasons*. Oxford: Oxford University Press.
- DANIELS, N. 1979. "Rights to health care and distributive justice: programmatic worries", *Journal Medical Philosophy*, Vol. 4 (2), pp. 174-191.
- _____. 1985. *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- _____. 1996. *Justice and Justification: Reflective Equilibrium in Theory and Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

- _____. 2003. "Democratic Equality: Rawls's Complex Egalitarianism" in FREEMAN, S. *The Cambridge Companion to Rawls*. Cambridge: Cambridge University Press.
- _____. 2008. *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge: Cambridge University Press.
- _____. 2010. "Capabilities, opportunity, and health", in H. Brighouse, I. Robeyns (eds.) *Measuring Justice: primary goods and capabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- _____. 2013. "Reducing Health Disparities: No Simple Matter", in EYAL, N., S. A. HURST, O. F. NORHEIM, D. WIKLER. *Inequalities in health. Concepts, Measures, and Ethics*. New York: Oxford University Press.
- DANIELS, N., B. P. KENNEDY, I. KAWACHI. 1999. "Why justice is good for our health: The social determinants of health inequalities". *Daedalus*, vol. 128 (4): 215-251.
- DANIELS, N., J. E. SABIN. 2008. *Setting Limits Fairly. Learning to share resources for health*. Second Edition. Oxford: Oxford University Press.
- DAVEY SMITH, G., M. BARTLEY, D. BLANE. 1994. "Explanations for socioeconomic differentials in mortality: evidence from Britain and elsewhere. *European Journal of Public Health*, 4, pp.131-144.
- DEATON, A. 2003. Health, Inequality, and Economic Development. *Journal of Economic Literature*, Vol. XLI (March), pp.113-138.
- DEATON, A. 2013. "What Does the Empirical Evidence Tell Us About the Injustice of Health Inequalities?", in EYAL, N. S. HURST, O. F. NORHEIM, D. WIKLER (ed.), *Inequalities in Health: Concepts, Measures and Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- DESCARTES, R. 1902. *Oeuvres Complètes*, 6 Volume. Edição de C. Adam e P. Tannery em 12 volumes, 1897-1910.
- DWORKIN, R. 1977. *Taking Rights Seriously*. London: Duckworth.
- _____. 1981. "What is equality? Part 2: equality of resources", *Philosophy and Public Affairs*, 10.
- _____. 1985. *A matter of principle*. Harvard: Harvard University Press.
- _____. 2002. "Justice in Distribution of Health Care", in M. Clayton and A. Williams. *The ideal of Equality*. New York: Palgrave Macmillan.

- ELSTER, J. 1983. *Sour Grapes: Studies in the Subversion of Rationality*. Cambridge: Cambridge University Press/Maison des Sciences de l'Homme.
- _____. 1992. *Local Justice. How Institutions Allocate Scarce Goods and Necessary Burdens*. Cambridge: Cambridge University Press.
- _____. 1999. "A possibilidade da política racional", *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 14, no. 39.
- ENGELHARDT, H. T. Jr. 1974. "Disease of Masturbation: values and the concept of disease, *Bulletin of the History of Medicine*, 48 (2), pp.234-248.
- ENGELHARDT, H. T. Jr e WILDES, K. W. M. "Health and Disease – Philosophical Perspectives", in Post, S. G. (edit.) 2004. *Encyclopedia of Bioethics*, Vol. 2 (D-H), 3rd. Edition, New York: Thomson Gale.
- ERESHEFSKY, M. 2009. "Defining 'health' and 'disease', *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, Vol. 40 (3), pp. 221-227.
- ESPING-ANDERSON, G. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- EYAL, N. 2011. Why treat noncompliant patients? Beyond the decent minimum account. *The Journal of medicine and philosophy*, vol. 36, n. 6.
- FADEN, R., M. POWERS. 2011. "A Social Justice Framework for Health and Science Policy" *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 20 (2011): 584-604.
- FERRAZ, O. 2011. "Health Inequalities, Rights and Courts: The Social Impact of the 'Judicialization of Health' in Brazil, in Yasmim and Gloppen (eds.), *Litigating the Right to Health: Can courts bring more justice to health systems?* Harvard: Harvard University Press.
- _____. 2014. "Between Activism and Deference: Social rights adjudication in the Brazilian Supreme Federal Tribunal", in Alviar, H., L. Williams, K. Klare. (eds.), *Social & Economic Rights in Theory and Practice: A critical Assessment*, Routledge.
- FISHBEYN, B. 2015. "When ideology trumps: A case for evidence-based health policies", *The American Journal of Bioethics*, 15(3):1-2.
- FLEURBAEY, M. 2015. Equality versus priority? How relevant is the distinction. *Economics and Philosophy*, vol. 31.

- FORST, R. 2012. *The right to justification*. Elements of a constructivist theory of justice. New York: Columbia University Press.
- _____. 2014. *Justification and Critique*. Towards a Critical Theory of Politics. Cambridge: Polity Press.
- FRANKFURT, H. 1988. *The importance of what we care about*. Cambridge: Cambridge University Press.
- _____. 1999. *Necessity, Volition and Love*. Cambridge: Cambridge University Press.
- _____. 2015. *On inequality*. New Jersey: Princeton University Press.
- FREEMAN, S. 2006. "Contractarianism vs. the Capabilities Approach" – Review of Martha Nussbaum's *Frontiers of Justice*, *Texas Law Review*, 85, No. 2, pp.385-430.
- _____. 2012. Ideal Theory and the Justice of Institutions Vs. Comprehensive Outcomes, *Rutgers Law Journal*, Vol. 43:169-20
- _____. 2014. "The Basic Structure of Society as the Primary Subject of Justice", in Jon Mandle and David A. Reidy, *A companion to Rawls*. West Sussex: Wiley Blackwell.
- FRYE, M. 1993. *The politics of reality: Essays in Feminist Theory*. Freedom, CA: Crossing Press.
- GAUTHIER. 1987. *Morals by Agreement*. Oxford: Oxford University Press.
- GOFFMAN, E. 1961. *Asylums: Essays on the Condition of the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books.
- GOODIN, R. E. 1987. "Egalitarianism, Fetishistic and Otherwise", *Ethics*, Vol. 98, No. 1., pp.44-49.
- GREEN, R. M. 1976. "Health Care and Justice in Contract Theory Perspective", in R. M. Veatch e R. Branson (edit.), *Ethics and Health Policy*. Cambridge: Ballinger Publishing Company.
- HAUSMAN, D. 2006. "Valuing Health", *Philosophy and Public Affairs*, 34, n.3, pp.243-274.
- _____. 2007. "What's wrong with Health Inequalities?", *The Journal of Political Philosophy*, Vol.15, 1, pp.46-66
- _____. 2009. "Benevolence, Justice, Well-Being, and the Health Gradient", *Public Health Ethics*, 2 (3), pp.235-243. DOI: <https://doi.org/10.1093/phe/php024>

- _____. 2015. Equality versus priority: A misleading distinction, *Economics and Philosophy*, vol. 31.
- HAUSMAN, D. and WALDREN, M. 2011. Egalitarianism Reconsidered. *Journal of Moral Philosophy*, 8 (4): 567-586.
- HUME, D. 2013. *Uma Investigação sobre os Princípios da Moral*. Campinas: Editora Unicamp.
- JECKER, N. 2013. "Justice between Age Groups: an objection to the prudential lifespan approach", *The American Journal of Bioethics*, 13, pp.3-15.
- KAMM, F. 2011. Sen on Justice and Rights: A Review Essay *Philosophy & Public Affairs*, 39, no. 1.
- KYMLICKA, W. 2001. *Contemporary Political Philosophy: An Introduction*. Second Edition. Oxford: Oxford University Press.
- LE GRAND, J. 1982. *The Strategy of Equality: Redistribution and the Social Services*. George Allen and Unwin, London.
- LEITÃO L., SILVA P., SIMÕES A., BARBOSA I., PINTO M., SIMÕES M. 2016. "Análise das demandas judiciais para aquisição de medicamentos no estado da Paraíba". *Saude soc.*, 25 (3): 800-807. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300800&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016153819>.
- LINK, B., PHELAN, J. C. 1995."Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behaviour*, Extra Issue, 80-94.
- LUCCA-SILVEIRA, M. P. de. 2016a. The subject of social justice: a defence of the basic structure of society. *Bras. Political Sci. Rev.*, São Paulo , v. 10, n. 2.
- _____. 2016b. Review: The Health Gap: The Challenge Of An Unequal World. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 32, n. 11.
- LYNCH, J. W., G. DAVEY SMITH, G. A. KAPLAN, J. S. HOUSE. 2000. "Income Inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal*, 320, 1200-1204.
- MACKENBACH, J. P. 2010a. "New trends in health inequalities research: now it's personal. *Lancet*, 376, pp.854-855.
- _____. 2010b. "Has the English strategy to reduce health inequalities failed?" *Social Science & Medicine*, 71, 1249-1253.

- _____. 2012. "The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox", *Social Science & Medicine*, 75, p.761-769.
- MACKENBACH, J. P., I. STIRBU, A. J. ROSKAM, M. SCHAAP, G. MENVILLE, et al. 2008. "Socioeconomic inequalities in 22 European countries". *New England Journal of Medicine*, 23, 2468-2481.
- MARGALIT, A. 1997. "Decent Equality and Freedom: A Postscript", *Social Research*, 64, pp. 147-160.
- MARMOR, J. 1973. "Homosexuality and Cultural Value Systems", *American Journal of Psychiatry*, 130: 780-781.
- MARMOT, M. 2010. *Fair society, healthy lives – The Marmot review. Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010*.
- _____. 2015. *The health gap. The challenge of an unequal world*. New York: Bloomsbury Press.
- MEDEIROS, M; GALVÃO, J. de C.; NAZARENO, L. 2015. A Composição da Desigualdade no Brasil. Conciliando o Censo 2010 e os Dados do Imposto de Renda. *Texto para Discussão IPEA*, n. 2147.
- MILLER, D. 1982. Arguments for Equality. *Midwest Studies in Philosophy*, 7, 73-88.
- _____. 1995. "Complex Equality", in David Miller and Michael Walzer (eds.) *Pluralism, Justice, and Equality*. Oxford: Oxford University Press.
- MURPHY, D. 2015. "Concepts of Disease and Health", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2015 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/spr2015/entries/health-disease/>>.
- MURRAY, C., E. E.GAKIDOU, J. FRENK. 1999. "Health inequalities and social group differences: what should we measure?" *Bulletin of the World Health Organization*, 77, pp. 537-543.
- NAGEL, T. 1970. *The possibility of altruism*. Oxford: Oxford University Press.
- _____. 1977. *Equality*. The Tanner Lecture of Human Values, University of Utah.
- NAGEL, T. 1997. "Justice and Nature", *Oxford Journal of Legal Studies*, Vol. 17, No. 2(Summer), pp. 303-321.
- _____. 2000. "Equality and Partiality", in CLAYTON, M., A. WILLIAMS. *The ideal of Equality*, Palgrave Macmillan UK.
- NERI, M. E SOARES, W. 2002. "Desigualdade social e saúde no Brasil", *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (Suplemento): 77-87.

- NOGUEIRA, O. 2009. *Vozes de Campos do Jordão: Experiências Sociais e Psíquicas do Tuberculoso Pulmonar no Estado de São Paulo*. 2 Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- NORDENFELT, L. 2007. "The concepts of health and illness revisited", *Medical Health Care Philosophy*, Vol. 10 (1), pp.5-10.
- NORONHA, K. V. & VIEGAS, M. 2002. Desigualdades sociais em saúde: Evidências empíricas sobre o caso brasileiro. *Revista Econômica do Nordeste*, 32 (Especial):877-897.
- NUSSBAUM, M. 2000. *Women and Human Development: the capabilities approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- _____. 2003. "Capabilities as fundamental entitlements: Sen and Social Justice", *Feminist Economics*, 9, No.2-3, pp.33-49.
- _____. 2006. *Frontiers of Justice: Disabilities, Nationality, Species Membership*. Cambridge: Harvard University Press.
- _____. 2013. *Fronteiras da Justiça: deficiência, nacionalidade e pertencimento à espécie*. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Saúde Pública e Políticas Públicas: campos próximos, porém distantes. *Saude soc.*, São Paulo , v. 25, n. 4, pp. 880-894.
- OLIVEIRA, V. and L. NORONHA. 2011. "Judiciary-Executive relations in Policy Making: the Case of Drug Distribution in the State of São Paulo", *Brazilian Political Science Review*, vol. 5, n. 2.
- OMS, 1948. *Constitution Of The World Health Organization*. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (acesso em 20 de Abril de 2017).
- PARASCANDOLA M., D. L. WEED, 2001. "Causation in epidemiology", *J Epidemiol Community Health* 55, pp. 905–912.
- PARFIT, D. 1991. *Reasons and Persons*. Oxford: Oxford University Press.
- _____. 2002. "Equality or Priority", in Matthew Clayton and Andrew Williams (eds.), *The ideal of Equality*, New York: Palgrave Macmillan. Edition printed with correction.
- PEARL, J. 2001. "Causal inference in the Health Sciences: A conceptual introduction", *Health Services & Outcomes Research Methodology* 2:189–220, 2001

- PIKETTY, T. 2014. *Capital in Twenty-First Century*. Harvard: Harvard University Press.
- POGGE, T. W. 2002. "Responsibilities for poverty-related ill health", *Ethics and International Affairs*, 16 (2), pp. 71-79.
- _____. 2010a. "A Critique of the Capability Approach," in BRIGHOUSE, H., I. ROBEYNS (eds.), *Measuring Justice: Primary Goods and Capabilities*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 17-60
- _____. 2010b. *Politics as usual: What lies behind the Pro poor rhetoric*. Cambridge: Polity Press.
- _____. 2013. "Poverty and Violence". *Law, Ethics and Philosophy Journal*, n. 1, pp.87-111.
- POPAY, J., M. WHITEHEAD, D. J. HUNTER. "Injustice is killing people on a large scale", *Journal of Public Health*, Vol.32, No.2, pp.148-149.
- PREDA, A., K. VOIGT. 2015. "The social determinants of health: Why should we care?", *The American Journal of Bioethics*, 15(3), pp.25-36.
- RAE, D. 1989. *Equalities*. Harvard University Press. Second Edition. Cambridge: Harvard University Press.
- RAWLS, J. 1982. "Social Unity and Primary Goods", in A. Sen e B. Williams (orgs.), *Utilitarianism and Beyond*. Cambridge: Cambridge University Press.
- _____. 1999. *Collected Papers*. Cambridge: Harvard University Press.
- _____. 2001. *Justice as Fairness. A Restatement*. Massachusetts: Belknap Press.
- _____. 2003. *Justiça como equidade*. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. 2008. *Uma teoria da justiça*. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. 2011. *O Liberalismo Político*. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- RIBEIRO, C. D. M.; SCHRAMM, F. R.. "A necessária frugalidade dos idosos". *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20, n. 5, pp. 1141-1148.
- RICHARDSON, H. 2006. "Rawlsian Social-Contract Theory and the Severely Disabled", *The Journal of Ethics*, Vol. 10, No. 4, pp.419-462.
- RICOEUR, P. 2009. *O justo*. Volume 2. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- ROEMER, J. 1995. "Equality and Responsibility". *Boston Review*, April/May. <http://bostonreview.net/archives/BR20.2/roemer.html>
- ROEMER, J. 1996. *Theories of Distributive Justice*. Cambridge: Harvard University Press.

- _____. 2000. *Equality of Opportunity*, Cambridge: Harvard University Press.
- _____. 2002. "Equality of Opportunity: A progress report." *Social Choice and Welfare* 19, 455-471.
- RUGER, J. P. 2010a. *Health and Social Justice*. Oxford: Oxford University Press.
- RUGER, J. P. 2010b. "Health Capability: Conceptualization and Operationalization", *Am. J. Public Health*, 100 (1), pp.41-49.
- _____. 2015. "Health Economics and Ethics and the Health Capability Paradigm", *Journal of Human Development and Capabilities*, Vol. 16, Issue 4.
- SANGIOVANNI, A. 2009. "Normative Political Theory: A Flight from Reality?", in Duncan Bell (ed.), *Political Thought and International Relations*. New York: Oxford University Press.
- SAVULESCU, J. 2001. "Justice and Healthcare: The Right to a Decent Minimum, Not Equality of Opportunity", *American Journal of Bioethics*, vol. 1, issue 2.
- SCANLON, T. 1975. "Preference and Urgency", *Journal of Philosophy*, Vol. 72, Issue 19, pp.665-679.
- _____. 1982. "Contractualism and Utilitarianism", A. Sen e B. Williams (orgs.), *Utilitarianism and Beyond*. Cambridge: Cambridge University Press.
- _____. 2002. "The diversity of objections to inequality", in Clayton, M., A. Williams (eds.), *The ideal of equality*. New York: Palgrave Macmillan.
- SCHEFFLER, S. 2006. "Is the Basic Structure Basic?", in C Sypnowich (edt.), *The Egalitarian Conscience*. Essay in Honour of G. A. Cohen. New York: Oxford University Press.
- SHAPIRO, I. 2003. *The State of Democratic Theory*. Princeton: Princeton University Press.
- SHKLAR, J. 1989. "The liberalism of fear", in Rosenblum, N. L., *Liberalism and the Moral Life*. Cambridge: Harvard University Press.
- SEN, A. 1980. "Equality of What?" in S. McMurrin (ed.), *The Tanner Lectures on Human Values*. Salt Lake City/New York: University of Utah Press, Cambridge University Press, pp.196-220.
- _____. 1981. *Poverty and Famines: An Essay on Entitlement*. Oxford: Claredon Press.
- _____. 1990. "Gender and cooperative conflicts", in I. Tinker, I. (ed), *Persistent Inequality*. Oxford: Oxford University Press.

- _____. 1992. *Inequality Reexamined*. Cambridge: Harvard University Press.
- _____. 1999. *Sobre ética e economia*. São Paulo: Companhia das letras.
- _____. 2000. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das letras.
- _____. 2002. *Rationality and Freedom*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- _____. 2009. *The idea of Justice*. Cambridge: Harvard University Press.
- _____. 2011. *A ideia de Justiça*. São Paulo: Companhia da Letras.
- SHUE, H. 1996. *Basic Rights: Subsistence, Affluence, and U. S. Foreign Policy*. Princeton: Princeton University Press.
- SILVA, V. A. s./d. "Taking from the poor to give to the rich: the individualistic enforcement of social rights". Disponível em: <http://www.enelsyn.gr/papers/w13/Paper%20by%20Prof.%20Virgilio%20Afonso%20da%20Silva.pdf>. Manuscrito.
- SIHVONEN, A. P., A. KUNST, E. LAHELMA, T. VALKONEN, J. P. MACKENBACH. 1998. "Socioeconomic inequalities in health expectancy in Finland and Norway in the late 1980s. *Social Science & Medicine*, 47, pp.303-315.
- SMITS, J., C. MONDEN. 2009. "Length of life inequality around the globe", *Social Science & Medicine*, 68, pp. 1114-1123.
- SREENIVASAN, G, 2014. "Justice, Inequality, and Health", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2014 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL: <<https://plato.stanford.edu/archives/fall2014/entries/justice-inequality-health/>>.
- STIGLITZ, J. 2014. "Commentary", in Finkelstein, A. *Moral Hazard in Health Insurance*. New York: Columbia University Press.
- STUCKLER, D.; BASU, S. 2014. *A economia desumana: porque mata a austeridade*. Lisboa: Editorial Bizâncio, 302 p.
- SUPLICY, E. 2013. *Renda de Cidadania: A saída é pela porta*. 7 Edição. São Paulo, Cortez Editora.
- SZWARCWALD, C., J. MOTA, J. C., G. DAMACENA, T. PEREIRA. 2011. "Health Inequalities in Rio de Janeiro, Brazil: Lower Healthy Life Expectancy in Socioeconomically Disadvantaged Areas", *American Journal of Public Health*, 101(3): 517-523.
- VAN PARIJS, P. 1997. *Real freedom for all: What (if anything) can justify capitalism?*, Oxford, Oxford University Press.

- VAN SPIJK, P. 2015. "On human health", *Medicine, Health Care and Philosophy*, 18 (2): 245-351.
- VARGA, István van Deursen; BATISTA, Luís Eduardo. 2016. Saúde da população negra e da mulher como políticas públicas e campos intelectuais: subsídios para um estudo de caso sobre o racismo institucional sistêmico. *Saude soc.*, São Paulo, v. 25, n. 3, pp. 521-523.
- VASSELAI, F. 2017. "The Complexity of Social Sciences: probability and determinism between randomness and order", manuscrito.
- VICTORA, C. G. 2000. "Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies." *Lancet*, 356, pp.1093-1098..
- VITA, A. de. 1999. "Justiça Distributiva: A crítica de Sen a Rawls", *Dados*, 42, n.3, pp.471-496
- _____. 2004. "Debate sobre o artigo de Carlos Dimas Martins Ribeiro & Fermin Roland Schramm", *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1149-1151.
- _____. 2007. *A justiça igualitária e seus críticos*. 2 Edição. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- TASSIER, T. 2013. *The economics of epidemiology*. New York: Springer.
- TEMKIN, L. 1993. *On Inequality*. Oxford: Oxford University Press.
- TER MEULEN, R. 2011. "How 'decent' is a decent minimum of health care?", *The Journal of medicine and philosophy*, 36 (6).
- TESCHL, M; COMIM, F. 2005. "Adaptative preferences and capabilities: some preliminary conceptual explorations" *Review of Social Economy*, 63 (2), pp.229-247.
- WADSWORTH, M. E. J. 1997. "Health inequalities in the lifecourse perspective." *Social Science & Medicine*, 44, pp.859-869.
- WAKEFIELD, J. C. 1992. "The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values", *American Psychologist*, Vol. 47(3), pp.373-388.
- WALZER, M. 1983. *Spheres of Justice*. New York: Basic Books.
- _____. 2003. *Esferas da Justiça: Uma defesa do pluralismo e da igualdade*. São Paulo: Martins Fontes.

- WANG, D. 2008. *Poder Judiciário e participação democrática nas políticas públicas de saúde*. Dissertação de Mestrado: Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- _____. 2013. "Courts and Health Care Rationing: the case of the Brazilian Federal Supreme Court" *Health Economics, Policy and Law*, 8 (1), pp. 75-93
- WEST, P. 1991. "Rethinking the selection explanation for health inequalities", *Social Science & Medicine*, 32, 373-384.
- WHITEHEAD, M. 1991. "The concepts and principles of equity in health". *Health Promotion International*, 6, pp.217-228.
- WIKLER, D. 2002. "Personal social responsibility for health", *Ethics and International Affairs*, 16, pp.47-55.
- WILKINSON, R. 2005. *The impact of inequality*. How to make sick societies healthier. New York: The New Press.
- WILKINSON R., K. PICKETT. 2009. *The Spirit Level: Why more equal societies almost always do better*. New York: Blomsbury Press.
- WONG, W. F., LAVEIST, T., SHARFSTEIN, J. M. 2015. "Achieving Health Equity by Design", *JAMA*, Vol. 313, No. 14, pp.1417-1418.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (Regional Office for Europe). 2014. *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region*. Updated Reprint. Copenhagen, Denmark: World Health Organization.
- WOLFF, J. 2011. "How should governments respond to the social determinants of health?", *Preventive Medicine*, 53, pp.253-255.
- _____. 2012. *The human right to health*. New York: W. W. Norton & Company.
- YOUNG, I. M. 2001. Equality of Whom? Social Groups and Judgments of Injustice. *Journal of Political Philosophy*, 9: 1–18. doi:10.1111/1467-9760.00115
- _____. 2011. *Responsibility and Justice*. New York: Oxford University Press.