

Justiça Distributiva e Saúde: Considerações Iniciais

Marcos Paulo de Lucca Silveira

Mestre e doutorando em Ciência Política (DCP-USP), bolsista de doutorado da CAPES.

E-mail: mpluccasilveira@usp.br

Trabalho preparado para apresentação no III Seminário Discente da Pós-Graduação em Ciência Política da USP, de 22 a 26 de abril de 2013.

Trabalho em andamento preparado exclusivamente para apresentação no Seminário. Não citar sem a autorização prévia do autor.

São Paulo - Abril de 2013

JUSTIÇA DISTRIBUTIVA E SAÚDE: CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Marcos Paulo de Lucca Silveira

*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,
garantido: “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”.*

(A fome é curável, Erich Kästner – Trad. Carlos Drummond de Andrade)

Introdução

As teorias contemporâneas da justiça distributiva visam apresentar respostas à questão de como uma sociedade ou grupo deve alocar seus recursos e produtos escassos – em sentido abrangente¹ – entre os indivíduos com necessidades e reivindicações divergentes (Roemer, 1996, p. 1). O presente artigo busca apresentar

¹ Segundo Elster, três tipos de bens são relevantes para uma teoria da justiça distributiva: (1) bens que são passíveis de alocação, como a renda, a riqueza, o acesso a oportunidades educacionais e ocupacionais e a provisão de serviços; (2) bens que não podem ser distribuídos diretamente, mas que são afetados pela alocação dos primeiros, como o conhecimento e o autorrespeito; (3) bens que não podem ser afetados pela alocação, como capacidades físicas e mentais que são determinadas geneticamente ou estão sujeitas a acidentes irreversíveis (Elster, 1992, p. 186).

considerações teóricas iniciais a respeito da distribuição de um ramo específico de bens e recursos escassos nas sociedades contemporâneas que estão associados à saúde de uma população. Realizando uma particular leitura e revisão da literatura sobre a temática, buscar-se-á (1) compreender os usos conceituais presentes no debate sobre justiça e saúde e (2) mapear brevemente o debate em torno das posições igualitárias a respeito de justiça de saúde, com especial ênfase no trabalho de Norman Daniels, assim como de Dworkin e Roemer.

Partindo de questões motoras – tais como: é a saúde e as questões a ela associadas moral e politicamente especiais? Ou seja, a saúde, o fornecimento de cuidados médicos e a assistência à saúde (assim como, os fatores que determinam uma possível vida saudável) são moral e politicamente mais importantes que os demais bens escassos e questões distributivas? Em caso positivo, esses bens e recursos devem ser distribuídos de modo distinto dos demais bens sociais escassos? Ou, ainda, a justificção de uma distribuição de recursos médicos (e de saúde) de uma sociedade pode ser realizada de modo distinto a de outros recursos e bens sociais? – buscaremos apresentar, de modo preliminar, um esboço teórico sobre a temática.

I. Saúde: delimitando o conceito

Revela-se certo consenso na literatura contemporânea a respeito da relevância que as questões relacionadas à saúde da população devem assumir em teorias e modelos de justiça distributiva. São raras, para não dizer inexistentes, as produções teóricas associadas a temática geral da justiça que recusem alguma importância às questões associadas a bens e recursos de saúde². E, mais do que isso, dado as características particulares dos bens e recursos de saúde, a defesa de que a alocação de tais recursos deveria ocorrer exclusivamente a partir do livre mercado – regido pelas leis de oferta e procura –, sem qualquer outro mecanismo de distribuição (oriundo ou não da ação ou interferência estatal), tende a ser fortemente questionada tanto a nível

² De modo distinto a outros desenvolvimentos teóricos a respeito de justiça distributiva, os avanços contemporâneos sobre saúde e justiça distributiva a partir de perspectivas deontológicas, assim como libertarianas, tendem a apresentar soluções alocativas com *alguma proximidade* – ao menos, na perspectiva alocativa de recursos externos – com as posições distributivas defendidas por teorias igualitárias. Como afirma Buchanan ([1984] 2009, p.29), mesmo a partir de uma perspectiva libertariana, partindo do ideal de caridade ou beneficência frente aqueles que estão em situação de necessidade – o qual é um clamor moral aceito pelos teóricos libertarianos –, é possível se justificar uma alocação de recursos de saúde que possibilite um patamar básico suficiente para os necessitados.

de eficácia econômica como também devido a questões político-morais na literatura contemporânea³.

Contudo, tal consenso é ultra-mínimo, até mesmo quando se restringe o exame às teorias da justiça contemporâneas com base normativa igualitária⁴. São muitas as respostas divergentes sobre quais bens e recursos associados à saúde deveriam ser parte integrante da (re)distribuição, assim como sobre quais princípios de justiça deveriam guiar essa (re)distribuição e, também, sobre como tal distribuição justa deveria se efetivar⁵.

A definição de conceitos-chave da literatura sobre saúde e assistência à saúde não é óbvia ou imediata e, muito menos, consensual. O próprio conceito de saúde, que

³ Arrow (1963) apresenta de modo pioneiro as características específicas do mercado de saúde (especificamente, de assistência médica) que o distingue dos demais. Uma grande área de pesquisa sobre economia de saúde foi desenvolvida desde a publicação desse artigo. Arrow observa que, se a assistência médica não for considerada um bem especial distinto aos demais bens primários, teorias igualitárias teriam que se comprometer a dar tratamento médico a uma pessoa pobre com, por exemplo, sintomas leves de gripe (tipo C), ao invés de consultar uma pessoa rica que poderia ter maior necessidade e urgência de tratamento médico (essa questão é enfatizada em Segall, 2007, p.346).

No mais, ainda na esfera econômica, destaca-se que as demandas de recursos e bens de saúde não são dadas por preferências racionalmente orientadas pelos atores em questão e, mais do que isso, não se verifica uma função de utilidade decrescente frente a importantes recursos e bens de saúde em muitos casos. Ou seja, com o intuito de explicação esse ponto teórico, podemos afirmar (de modo simplificado) que um indivíduo não escolhe o momento em que necessita de um determinado recurso para tratar de uma doença (sobre a qual ele também não possui qualquer controle), assim como tal demanda não está relacionada nem tende a gerar, *coeteris paribus*, uma oferta específica no mercado. No mais, o elevado consumo de um medicamento X não está associado, em muitos casos, com a redução da utilidade marginal de tal medicamento para o indivíduo Y como normalmente se considera em uma situação de mercado ideal. Portanto, decorreria dessas constatações, a nosso ver, a ineficácia das explicações oriundas de teorias econômicas ortodoxas e teorias utilitárias quando essa buscam analisar temáticas de saúde.

⁴ Princípios ou modelos de uma justa distribuição dos recursos e/ou bens de saúde não são consensuais tanto em teorias igualitárias *em sentido amplo*, como também em teorias *estritamente* igualitárias. As primeiras teriam em seu fundamento, de modo genérico, uma proposição do tipo “todos os indivíduos possuem direito de igual reivindicação a Φ ” (Nagel [1977] 2002, pp. 64-65), na qual Φ pode ser preenchida com direitos individuais, bem-estar, igual consideração, autorrealização, pertencimento comunal, entre outros. Já as teorias *estritamente* igualitárias poderiam ser definidas como teorias nas quais (i) é afirmada a igualdade de status moral de todos os indivíduos relevantes, e (ii) é exigida a efetivação dessa igualdade na forma de critérios de distribuição de recursos e oportunidades socialmente valiosas (como posições sociais, renda, riqueza e poder político nas sociedades industriais).

Sabe-se, no mais, que ambas definições apresentadas acima (teorias igualitárias e *estritamente* igualitárias) não estão isentas de críticas. Contudo, para o interesse central do artigo, o que merecer ser enfatizado é que até mesmo teorias com ampla proximidade normativa divergem sobre a justa alocação de recursos de saúde, mesmo em nível ideal. Ver, por exemplo, as posições distintas entre Dworkin ([1993] 2000), Roemer (2002) e Daniels (1985).

⁵ Ressalta-se que na obra de John Rawls ([1971] 2008), *Uma Teoria da Justiça* – a qual pode ser considerada o momento decisivo na história das teorias da justiça contemporâneas – não há um claro desenvolvimento a respeito da temática relacionada à saúde. Todavia, a importância dessa temática foi enfatizada pelo filósofo e desenvolvida pontualmente em outros trabalhos. Ver, por exemplo, “A prioridade do justo e ideias do bem”, em Rawls (2011).

pauta centralmente o debate, é questionado e disputado teoricamente, carecendo muitas vezes de uma definição precisa na literatura.

Segundo a Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde seria definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças” (OMS, 1948). Porém, apesar dessa definição se manter inalterada pela OMS por mais de sessenta anos, essa conceitualização abrangente – que identifica saúde como um estado de completo bem-estar – suscita dissensos teóricos: se, por um lado, são poucos os autores que não citam essa definição em seus mais variados trabalhos sobre saúde, por outro lado, essa definição é alvo recorrente de críticas e questionamentos.

A amplitude conceitual presente em tal definição tenderia a dificultar uma utilização categórica precisa. No mais, outro problema associado a essa definição seria que nela as fronteiras de, ao mínimo, dois conceitos filosóficos distintos (bem-estar e saúde) estariam propositalmente borradas – ou, até mesmo, extintas –, o que poderia ocasionar equívocos das mais variadas ordens ⁶.

Além disso, essa definição adotada pela OMS também é alvo de possíveis questionamentos visto que tal demarcação – devido a grande amplitude categórica que defende – dificultaria (podendo até inviabilizar) a utilização desse conceito com guia para a implementação de políticas públicas de saúde, dificultando, também, a operacionalidade do conceito em estudos empíricos aplicados. Especialmente os trabalhos que se debruçam sobre mensuração, análise e interpretação das relações e dos resultados dos procedimentos médicos e da assistência à saúde, como também dos resultados oriundos das políticas de saúde, tendem a apresentar compreensões conceituais de *saúde* distintas da apresentada anteriormente. Entretanto, essas definições, em grande parte, se caracterizam por soluções *ad hoc* a partir dos dados estatísticos ou informações disponíveis – dotadas, quase sempre, de elevadas doses de subjetividade (tanto do avaliador como do objeto/entrevistado).

Em decorrência dessas dificuldades, alguns manuais contemporâneos de pesquisa empírica sugerem a utilização de conceitos paralelos de mensuração

⁶ Norman Daniels afirma que a definição da OMS, ao considerar a saúde como um idealizado nível de bem-estar, confunde dois conceitos filosóficos. 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 a questão afirmando que “the WHO definition seems to conflate notions of health with those of general well-being, satisfaction, or happiness, overmedicalizing the domain of social philosophy.” (Daniels, 1996, p.186).

correlacionados com a saúde, tais como o conceito de “qualidade de vida”⁷. Porém, além do risco metodológico evidente da utilização de um conceito para a avaliação de outro⁸, a própria definição da categoria “qualidade de vida” também não é simples. Como afirma Fayers e Machin, problematizando essas questões:

“Many other definitions of both “health” and “quality of life” (QoL) have been attempted, often linking the two and, for QoL, frequently emphasizing components of happiness and satisfaction with life. In the absence of any universally accepted definition, some investigators argue that most people, in the West world, at least, are familiar with the expression “quality of life” and have an intuitive understanding of what it comprises.

However, it is clear that QoL means different things to different people, and takes on different meanings according to the area of application. To a town planner, for example, it might represent access to green space and other facilities. In the context of clinical trials we are rarely interested in QoL in such a broad sense, and instead are concerned only with evaluating those aspects that are affected by disease or treatment disease. This may sometimes be extended to include indirect consequences of diseases, such as unemployment or financial difficulties. To distinguish between QoL in its more general sense and the requirement of clinical medicine and clinical trials the term health-related quality of life (HRQoL) is frequently used in order to remove ambiguity.

Health-related QoL is still a loose definition. What aspects of QoL should be included? It is generally agreed that the relevant aspects may vary from study to study but can include general health, physical functioning, physical symptoms and toxicity, emotional functioning, cognitive functioning, role functioning, social well-being and functioning, sexual functioning and existential issues.” (Fayers e Machin, 2007, p.4)

Dessa forma, a nosso ver, o que deve sempre se manter em vista ao se realizar considerações sobre justiça e saúde é – além da especial fragilidade e mutabilidade do conceito-chave do debate – o risco de se cometer ou legitimar equívocos nessas considerações normativas. Uma teoria normativa poderia legitimar equivocadamente, por exemplo, políticas públicas de saúde paternalistas ou, ainda pior, práticas de

⁷ Já a literatura filosófica, além de abordar as dificuldades existentes na definição do(s) conceito(s) de saúde, tem se centrado principalmente no desenvolvimento de conceitos de doença – *diseases* e *illness*. Como afirma Engelhardt e Wildes (1995), buscando organizar a literatura contemporânea: “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)

⁸ Além do risco de confusão de conceitos distintos – já identificado por Daniels na definição de saúde praticada pela OMS. Entretanto, esses riscos são evitados, em parte significativa da literatura médica contemporânea, ao se optar por evitar a apresentação de considerações amplas sobre *saúde*. Contudo, essa alternativa teórica é inviável em trabalhos que pretendem apresentar considerações sobre justiça distributiva.

marginalização e exclusão político-social de um grupo específico de indivíduos de uma dada sociedade⁹. Não é excessivo recordar que, segundo Engelhardt (1974), o conceito de doença não seria um conceito descritivo, mas, sim, fortemente normativo: a doença seria um desvio de uma norma social. Por mais que julguemos inadequada a generalização dessa constatação, não é demasiado sempre estarmos em alerta sobre o possível risco que desenvolvimentos teóricos normativos sobre questões de saúde podem apresentar quando adotam concepções e definições conceituais não razoáveis.

Contudo, enfrenta-se o dilema: mesmo que não possuamos uma definição precisa ou consensual de saúde, a necessidade de se abordar as questões relacionadas com a temática a partir de uma enfoque teórico-normativo é evidente. Diariamente, escolhas e decisões macro e microalocativas sobre recursos e bens de saúde são tomadas (com a existência ou não de teorias normativas que possam guiar tais práticas), as quais se refletem tanto direta como indiretamente na vida, como também na morte, de milhares de indivíduos.

II. Justiça Distributiva e Saúde

A teoria mais bem-acabada sobre justiça e bens associados à saúde humana é apresentada, a nosso ver, por Norman Daniels¹⁰. Buscando (1) compreender se a assistência à saúde seria um bem social especial e como ela se relacionaria com os demais bens sociais e (2) formular uma teoria que providenciasse uma base para distinguir entre os mais e os menos importantes cuidados de saúde que necessitamos (Daniels, 1996, p.179), Daniels defende que os bens que sanam as necessidades de saúde relacionadas à manutenção do normal funcionamento da espécie (*normal species functioning*) deveriam receber especial atenção e enfoque em uma teoria da

⁹ Esse risco se torna mais evidente quando avaliamos políticas públicas relacionadas com comportamentos psicológico-mentais, sexuais, assim como quando envolvem o consumo de drogas (lícitas e ilícitas). Outro caso que pode, com alguma facilidade, tender a equívocos são os estudos que dissertam sobre o envelhecimento e as mudanças que as sociedades estão sofrendo devido ao envelhecer de sua população.

¹⁰ Os trabalhos de Daniels sobre justiça e saúde já envolvem mais de 25 anos dedicados a temática. Dado essa grande variação temporal é inevitável (e, ao mesmo tempo, positivo) que a teoria desse autor sofresse mudanças. A nosso ver, as duas alterações mais significativas são: (1) a maior atenção dedicada em Daniels (2008) aos *determinantes sociais da saúde* em comparação com Daniels (1985) – no qual se observa um claro enfoque teórico no fornecimento de assistência médica – e (2) a introdução da temática da deliberação democrática especialmente conectada a questões de legitimidade de políticas e planos de saúde (Daniels e Sabin, 1997).

No mais, no presente trabalho, por questão de simplicidade, evitaremos realizar distinções específicas sobre os trabalhos do autor, enfocando a análise, sobretudo, na pioneira tese do livro *Just Health Care* (Daniels, 1985).

justiça distributiva. Essas necessidades de saúde seriam, segundo a teoria do autor, determinantes centrais das possíveis restrições injustas da gama de oportunidades que um indivíduo possuiria ao longo de sua vida.

Conectando, assim, a satisfação das necessidades de saúde a uma concepção de igualdade equitativa de oportunidade (*fair equality of opportunity*), Daniels busca justificar a grande importância político-moral que os bens associados à saúde humana possuem. Assumindo como ponto de partida uma concepção biomédica de saúde – na qual a saúde é definida como a ausência de doenças, sendo essas doenças (incluindo deformidades e incapacidades oriundas de traumas) compreendidas como desvios da organização funcional de um membro típico de uma espécie (Daniels, 1985, p.28) –, Norman Daniels propõe que, para se propiciar a igualdade equitativa de oportunidade entre os indivíduos de uma dada sociedade, deve ocorrer o fornecimento equitativo de bens e recursos necessários a manutenção, restabelecimento ou provisão de equivalentes funcionais (quando possível) ao normal funcionamento do organismo humano. No mais, Daniels esclarece que os bens de saúde que deveriam receber especial atenção político-moral – além dos bens usualmente agregados na categoria de assistência médica (em sentido estrito) – são os associados a:

- “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)

Ao enfocarmos na questão do especial valor da saúde¹¹, podemos afirmar que Norman Daniels se posiciona a favor da importância especial que a saúde e determinados bens associados a manutenção e elevação da qualidade dela devem receber, pois, como já declaramos, em sua teoria, as necessidades de saúde estão diretamente conectadas com a gama de oportunidade e de planos razoáveis de vida – assim como com as expectativas de vida – que um indivíduo poderia possuir¹². Ou seja, a nosso ver, em tal formulação teórica, o fornecimento de assistência à saúde (em sentido abrangente) não entraria diretamente em disputa com os demais bens

¹¹ Essa questão poderia ser formulada como: “É a saúde moral e politicamente especial, merecendo, portanto, uma justa distribuição distinta dos demais bens sociais?”

¹² Daniels refina sua concepção de justiça ao afirmar que: “I can now state a fact central to my approach: impairment of normal functioning through disease and disability restricts an individual’s opportunity *relative to that portion of the normal range his skills and talents would have made available to him were he health*. If an individual’s fair share of the normal range is the array of life plan he may reasonably choose, given his talents and skills, then disease and disability shrinks his share from what is fair.” (Daniels, 1985, p. 34)

primários (escassos) a serem (re)distribuídos. Pois, Daniels, ao dialogar com a teoria de Rawls, busca associar – devido a qualidade especial da saúde – as questões e bens relacionados com a saúde a uma noção primordial da teoria de Rawls: o conceito de igualdade equitativa de oportunidade. Dessa forma, Daniels rejeita a possibilidade de incorporar diretamente a saúde em uma teoria rawlsiana da justiça distributiva adicionando a assistência à saúde como um dos bens primários¹³. Como ressalta o filósofo, a teoria de Rawls é idealizada para pessoas ativas e saudáveis, sendo que, efetivamente, em *Uma teoria da justiça*, não há preocupações com uma justiça distributiva de bens de saúde pois não existe ninguém doente (Daniels, 1985, p.43). Mas por que não se realizar uma mera extensão da teoria de Rawls para também englobar questões de assistência à saúde? Porque, como afirma Hurley, debatendo sobre a temática a partir da perspectiva de Daniels:

“There are difficult questions about how to weight specifically health-related primary goods against others, such as income, wealth, and various freedoms and powers. (...)

Justice with respect to health and health care cannot be reduced or assimilated to justice with respect to resources in general, because the latter presupposes resources adequate to meet reasonable needs. (...)

Health care needs are not just one preference among many, with no special claim on resources. Health and health care may be objectively more important than individual choices reflect.” (Hurley, 2007, p.321)

Portanto, o fornecimento de bens de saúde de modo equitativo¹⁴ ao longo das fases da vida humana equivaleria, para utilizarmos uma terminologia de Roemer (Roemer, 2002, p.456), a um nivelamento do campo no qual as ações e práticas sociais ocorrem em uma dada sociedade. Adverte-se, entretanto, que não há uma identidade entre a teoria de Daniels e as propostas distributivas de Roemer a respeito de justiça e saúde. Se é verdade que ambas adotam uma perspectiva distributiva que defende a igualdade equitativa de oportunidade, seria equivocado afirmar que a operacionalização teórica executada por Roemer realiza uma distinção entre a saúde (e os bens associados a esta) e os demais bens relevantes a serem (re)distribuídos.

¹³ Como afirma Daniels, “we cannot just finesse the question of whether there are special issues of justice in the distribution of health care by assuming that fair shares of primary goods will be used in part to by reasonable health insurance” (Daniels, 1985, p.45).

¹⁴ Reitera-se que essa consideração é distinta de uma distribuição igual (pura) de *incomes* ou *outcomes* entre os indivíduos de uma dada sociedade.

Para o último teórico, as desvantagens de saúde, assim como outros tipos de desvantagem, são injustas só quando elas são uma matéria de má sorte bruta¹⁵.

Nota-se, porém, que os empenhos teóricos realizados por Daniels – ao defender uma particular alocação dos bens de saúde que capacitaria os indivíduos a possuírem uma equitativa gama de oportunidades relativas à idade, em cada estágio da vida¹⁶ – receberam fortes críticas na literatura recente que se dedica a temática¹⁷.

As definições iniciais de saúde e de necessidades de saúde adotadas por Daniels são, como já se pode imaginar, controversas. Definir a saúde a partir da conexão desse conceito com o de doença, de modo negativo (como ausência de doenças), não é historicamente incontestável¹⁸. Porém, é o conceito de funcionamentos normais típicos da espécie (*species-typical normal functionings*) – adotado pelo autor – que gera maiores críticas. Esse conceito, além de vago¹⁹, seria dependente de médias estatísticas que tendem a variar de uma sociedade a outra e, mais do que isso, flutuam com as mudanças na distribuição de saúde e de doenças, assim como com as mudanças na distribuição de diversos bens²⁰. No mais, a teoria formulada por Daniels, dado o enfoque em oportunidades equitativas e *normal*

¹⁵ Algumas considerações sobre a teoria de Roemer serão apresentadas a frente (ver a partir da página 13 do presente trabalho).

¹⁶ Grosso modo, essa seria, segundo Daniels, a solução distributiva apresentada por indivíduos numa posição em que esses tivessem que deliberar sobre as alocações de bens de saúde para um tempo futuro, sem possuírem conhecimento de suas condições e *status* de saúde momentâneos e futuros (ou seja, sob restrição de um “véu da ignorância”). Sobre as questões de justiça e saúde entre gerações, ver especificamente Daniels, 1988.

¹⁷ Ruger elenca as principais críticas direcionadas à teoria igualitária formulada por Daniels, dividindo-as em onze questionamentos principais (Ruger, 2010, p.26-29).

¹⁸ A próxima conexão entre saúde e doença é uma relação relativamente recente na literatura médica, como identifica, por exemplo, Canguilhem. Sobre a temática, ver Engelhardt (1995, pp. 1057-1064).

¹⁹ Uma crítica constante aos trabalhos normativos sobre justiça e saúde é a dificuldade desses trabalhos – sobretudo devido aos usos conceituais presentes em tais obras – auxiliarem efetivamente na implementação de políticas de saúde. Normalmente as perspectivas teóricas que como “currency” as *capabilities* (tal como apresentadas de modo pioneiro por Sen) tendem a realizar essa crítica. Contudo, resta saber até que ponto tais trabalhos – como os escritos por Daniels, por exemplo – se propõem a realizar *diretamente* essa tarefa.

²⁰ Esse uso conceitual, a nosso ver, dificultaria a identificação de importantes fatores de risco à saúde de uma população dado que é pouco eficaz quando se pretende abordar fatores que não são *em si* doenças. O crescimento da obesidade, por exemplo, é um importante fator de risco que cresce na sociedade brasileira – como nos informa o Saúde Brasil (2011), verifica-se no caso brasileiro um crescente aumento das prevalências de excesso de peso em homens, de 47,2%, em 2006, para 52,6%, em 2011, e em mulheres, de 38,5%, em 2006, para 44,7%, em 2011, assim como da obesidade de 11,4% (em homens e mulheres), em 2006, para próximo a 16%, em 2011, para ambos os sexos (Brasil, 2012) –, porém, como essa questão seria enfrentada a partir da teoria de Daniels? Se 50% ou mais da população brasileira sofrer de sobrepeso (ou seja, o sobrepeso se tornaria um integrante do *normal functioning* dos brasileiros (?)), tal fator de risco deixaria de ser considerado um importante tema a ser enfrentado a partir de políticas públicas no país? São justamente nesses casos hipotéticos de nível intermediário que a formulação de Daniels não gera respostas plausíveis ou pode, até mesmo, gerar resultados indesejáveis.

functionings, não incluiria, segundo Kamm (2001), o alívio da dor e do sofrimento como um objetivo a ser atingido (e fornecido) pela assistência à saúde, assim como poderia não garantir o auxílio a indivíduos socialmente isolados ou não-produtivos, não possuindo, portanto, um escopo universal.

Algumas situações extremas e casos difíceis (*hard cases*) também não são levadas em consideração de modo cuidado na teoria de Daniels. Contudo, tais situações podem colocar dilemas diretos a teoria do autor: “como se comportaria a teoria de Daniels frente a pacientes com deficiências (ou em situações) incuráveis e exorbitantemente custosas?”. Quem deveria fornecer e arcar com os custos desses tratamentos? Haveria um limite razoável de gastos coletivos ou públicos em tais situações?

Outra crítica relevante na literatura contemporânea à teoria de Daniels é realizada por Ruger (2010). Segundo essa autora, a justificação da importância das questões distributivas de saúde nos trabalhos de Daniels seria de segunda ordem, dependente de outros conceitos, e, de modo consequente, normativamente fraca²¹.

Além do mais, merece ser destacado que o próprio Daniels reconhece que sua teoria não propiciaria uma resposta adequada a questão de qual papel deveria exercer (ou não) a responsabilidade individual em sua perspectiva de justiça de saúde. Em suas palavras:

“[M]y account is incomplete because I have concentrated on social obligations to maintain and restore health and have ignored individual responsibility to do so. But there is substantial evidence that individuals can do much to avoid incurring risks to their health – by avoiding smoking, excessive alcohol, and certain foods, and by getting adequate exercise and rest. Nothing in my approach is incompatible with encouraging people to adopt healthy life styles. The harder issue, however, is deciding how to distribute the burdens that result when people “voluntarily” incur extra risks and raise the costs of health care (by over 10% on some estimates) by doing so. After all, the consequences of such behavior cannot be easily dismissed as the arbitrary outcome of the natural lottery.” (Daniels, 1985, p.56)

É justamente essa questão – de qual é o papel que a responsabilidade individual deve possuir em um modelo alocativo de saúde ou em numa teoria da

²¹ Ou seja, segundo a autora, nas obras de Daniels a saúde não seria considerada um valor com importância em si, mas sim, a sua importância seria derivada do conceito de igualdade equitativa de oportunidade. Em contraposição, Ruger busca apresentar uma justificação direta da importância da saúde como constitutiva do florescimento humano, sendo necessária uma política de saúde em uma concepção de justiça de base aristotélica (Ruger, 2010, especialmente Parte II).

justiça distributiva com ênfase em questões de saúde – que Dworkin e Roemer buscam enfrentar de modos distintos.

Dworkin ([1993] 2000; 2000), ao apresentar uma resposta a questão “quanto uma sociedade decente gastaria em assistência médica, amplamente descrita?”, busca, em primeiro momento, recusar o ideal de “isolamento” que a saúde (e a assistência à saúde) possuiria frente aos demais bens escassos. Como já podemos deduzir, segundo esse ideal de “isolamento” (1) a saúde (conjuntamente com a vida) seria o principal entre todos os bens existentes (2) devendo os recursos de saúde serem distribuídos de forma igualitária, de modo que ninguém tenha suas necessidades não atendidas devido à impossibilidade de pagar. E, mais do que isso, esse princípio (3) afirma que é intolerável que pessoas morram quando suas vidas poderiam ter sido salvas, se os recursos necessários não fossem retidos por razões de economia (Dworkin [1993] 2000, pp.205-206).

Além de recusar tal princípio, Dworkin apresenta uma abordagem alternativa que defende justamente o contrário do ideal de “isolamento”. Segundo o filósofo, uma abordagem teórica de justiça em saúde deve *integrar* a assistência médica na competição com os outros bens escassos a serem (re)distribuídos, ao invés de isolar a saúde e a assistência médica, concedendo-lhes um *status* moral especial.

Dessa forma, podemos propor que Dworkin aplica sua teoria da justiça mais ampla para o caso específico da saúde. A seu ver, a saúde poderia ser tratada, portanto, como um tipo de recurso interno, o qual deveria ser (re)distribuído de modo a compensar a má sorte bruta individual (mas não as escolhas individuais equivocadas (option luck)). Ou seja, na teoria de Dworkin, a igualdade é o juiz a partir de uma perspectiva *ex ante* ao invés de *ex post* (Hurley, 2007, p.317). Mas como a saúde individual é considerada a partir dessa perspectiva?

Grosso modo, Dworkin, ao propor a extensão e a validade de sua teoria da justiça distributiva (baseada em *recursos*) para os recursos relacionados com a saúde, defende que as alocações desses recursos (de saúde) devem estar de acordo com a sua concepção geral de justiça social, a qual afirma que “individuals responsibility for making ethical choices for their own lives against a background of competent information and a fair initial distribution of resources” (Dworkin, [1993] 2000, p. 215).

Partindo de uma situação especulativa, em que indivíduos, em uma dada sociedade – na qual o sistema econômico providenciaria uma igualdade equitativa de

recursos (em uma situação inicial) –, estão plenamente informados sobre o “estado da arte”, dos valores, dos custos e efeitos colaterais de todos os procedimentos médicos²² e, por outro lado, não possuem informações sobre a saúde de si mesmos²³, realizam escolhas em um livre mercado individual de seguros (no qual ocorre, sinteticamente, a transformação de *brute luck* em *option luck*), Dworkin afirma que nem todos os indivíduos optariam por pagar elevadas taxas em troca de um seguro de saúde que fornecesse acesso a um equipamento médico ultra caro de última geração. Muitos, por outro lado, poderiam trocar o custo de acesso a tal equipamento médico por um maior número de momentos de lazer ou por uma melhor educação, por exemplo.

Portanto, apresentando essa situação hipotética – uma situação específica do mercado de seguros (amplo) formulado em Dworkin (2000, Cap. 2) –, Dworkin busca questionar o especial valor que algumas teorias (como a de Daniels) concedem a saúde, apresentando um modelo de justiça distributiva de saúde paralelo, no qual a saúde, em última instância, seria apenas um entre outros variados bens escassos a serem distribuídos de modo justo: ou seja, anulando as situações, circunstâncias e efeitos da *brute luck*, da qual os indivíduos não são responsáveis.

John Roemer também busca apresentar um modelo distributivo em que recursos de saúde são distribuídos a partir do ideal de igualdade equitativa de oportunidade, levando em consideração as responsabilidades individuais dos agentes. Sua proposta busca operacionalizar o ideal de igualdade de oportunidade²⁴ em relação à saúde, apresentando, assim, uma saída pragmática para uma alocação de recursos, que evitaria a aridez dos debates ético-morais acerca da responsabilidade individual²⁵.

²² Essas condições da situação idealizada por Dworkin (ao todo, são três) podem ser pouco críveis, ou mesmo, modificar a ação racional dos agentes se atingidas. Sobre elas, ver Hurley (2007, pp.320-321).

²³ Tanto os indivíduos como as agências e companhias de seguro não possuem informações a nível da saúde individual de todos os agentes.

²⁴ Entendido de modo amplo. Nas palavras do autor: “My proposal is that equality of opportunity for X holds when the values of X for all those who exercised a comparable degree of responsibility are equal, regardless of their circumstances.” (Roemer, 1993, p.149)

²⁵ Isso pode ser observado de modo nítido quando o autor afirma que mais do que debater os limites entre circunstância e responsabilidade individual, caberia a sua teoria apresentar um plausível modelo econômico-matemático o qual possibilitaria a introdução de *inputs* distintos de acordo com as demandas de cada sociedade. Como podemos notar: “Finally, each particular society will choose the extent to which it treats deviation from median behavior as due to circumstance or to personal responsibility by choosing the list of traits that define type and the number of types it admits (the dimension and fineness of the type grid). Because its choice of these parameters cannot but be influenced by physiological, psychological, and social theories of man that it has, the present proposal would implement different degrees of opportunity egalitarianism in different societies.”(Roemer, 1993, p.166)

Segundo o autor, é necessário se realizar a distinção entre fatores que os indivíduos são responsáveis e fatores arbitrários, devendo as políticas de “igual oportunidade” conseguir nivelar o campo nos quais estão situadas as pessoas. Mas o que isso significa?

Para Roemer,

“[L]eveling the playing field concerned choosing that policy that will make it the case that an individual’s final condition will be, as far as possible, only a function of the effort he makes. In particular, equality of opportunity finds no moral bad in inequality of final conditions across individuals ascribe to differential effort.” (Roemer, 2002, pp.456-457)

Ou seja, em uma situação em que a igualdade de oportunidade se realiza, ninguém está pior situado em relação aos outros devido a fatores além de seu controle.

Partindo dessas considerações, Roemer busca construir um algoritmo a partir do qual uma sociedade, com suas particulares visões a respeito das pessoas e das circunstâncias, poderia implementar um igualitarismo de oportunidade consoante a essas visões²⁶. Porém, a parte problemática (e, ao mesmo tempo, parte fundamental da contribuição do autor) do seu trabalho é realizar a comparação do grau de responsabilidade entre pessoas em uma dada sociedade real, visto que por virtude de circunstâncias diferentes, os indivíduos se esforçam distintamente. O problema básico para o mecanismo de alocação é evidente: como distinguir a escolha autônoma das circunstâncias em certo comportamento individual? A solução de Roemer (Roemer, 2002, p.456) se fundamenta estruturalmente em um procedimento que se baseia em: (1) As circunstâncias fundamentais da vida de um indivíduo incluem-no em um dado tipo social relevante, (2) as comparações de indivíduos situados em tipos distintos devem ser, de algum modo, ajustadas por um fator que leve em consideração a variação desses esforços extraídos de (e/ou influenciados por) distribuições iniciais distintas (ou seja, das circunstâncias além do controle individual), as quais os indivíduos não podem se responsabilizarem.

²⁶ Portanto, essa seria, segundo Roemer, uma proposta política (e não metafísica) baseada na pressuposição de que todas as pessoas teriam, excluindo-se as circunstâncias (sociais e genéticas) a mesma *capacidade* para exercer igual grau de responsabilidade por suas ações. Ou seja, a variação de responsabilidade seria originária ou de circunstâncias além do controle individual, ou simplesmente porque algumas pessoas se esforçariam mais que outras. Ver Roemer, 1993, pp. 165-166.

Desse modo, Roemer propõe que podemos medir o grau de esforço (como uma medida moralmente relevante) entre os indivíduos que se situam num mesmo tipo ²⁷. Assim, poderíamos mensurar o esforço de uma pessoa pelo sua colocação/posição na distribuição de esforço do seu tipo, ao invés de realizarmos um *rank* absoluto. No mais, possibilitasse a comparação de indivíduos em tipos distintos, a partir do fator intra-grupo²⁸.

Se pensarmos, por exemplo, na distribuição de um recurso escasso, tal como um medicamento de propriedade exclusiva do Estado, a partir do modelo de Roemer, buscaríamos distribuir tal medicamento aos indivíduos mais responsáveis, dentre os variados tipos²⁹ (após comparação intra-tipo e entre tipos). Já, em contraste, seguindo o princípio *maximin* alocaríamos tal medicamento aos piores situados (pouco importando a responsabilidade e esforço exercidos por essas pessoas piores situadas). Por sua vez, seguindo um modelo utilitário, buscaríamos maximizar a utilidade na distribuição de tal medicamento, não levando em consideração nem a responsabilidade individual, nem mesmo a posição social dos beneficiados.

Contudo, além da tendencial impraticabilidade do modelo de Roemer, merece ser destacado que sua proposta distributiva (sobretudo quando enfocada em questões de saúde) tende a violar os limites razoáveis da distinção entre o público e o privado e, mais do que isso, não parece satisfazer constrangimentos mínimos de deliberação e justiça de uma sociedade democrática (Hurley, 2003, Cap.7).

III. Considerações Finais

São poucas as pessoas que nunca passaram por situações em que tiveram que tomar decisões sobre a própria saúde ou de seus familiares, amigos ou próximos. São ainda mais raras as pessoas que não reconheçam a complexidade envolvida em tais decisões ou que neguem aprioristicamente o valor da saúde e de uma vida saudável. Entretanto, enquanto milhares de pessoas morrem diariamente devido a inadequada

²⁷ Lembre-se que, nesse caso, segundo a proposta de Roemer, estaríamos anulando as variações derivadas das circunstâncias, pois essas seriam uma característica do *tipo* e não de cada indivíduo.

²⁸ Como afirma Roemer: “Suppose the distributions of effort of the advantaged type are uniformly distributed on the interval [1,2], under some policy, while the distributions of effort of the disadvantaged type are uniformly distributed on the interval [0.25,1.25]. It makes sense of say that someone in the later type who exerted effort 1.25 tried very hard, while someone in the former type who exerted that effort did not” (Roemer, 2002, p.258).

²⁹ Esses tipos poderiam, por exemplo, possuir características relevantes combinadas, tais como, classe social, renda, escolaridade, cor de pele, tipo familiar, entre outras.

alocação de bens e recursos de saúde, a temática da justiça distributiva de saúde é pouco desenvolvida se comparada com outros temas presentes na produção acadêmica de alta qualidade, sobretudo brasileira.

Grande parte dos trabalhos que se dedicam as questões relacionadas com a alocação de recursos e bens de saúde estão enfocados na dimensão microalocativa ou debatendo os chamados “hard cases”. Contudo, ao contrário do que, em primeiro momento, pode se pensar, as proposições derivadas desses trabalhos dificilmente podem ser estendidas para soluções macroalocativas de justiça de saúde. A nosso ver, elas tendem a funcionar muito mais como alertas de equívocos das teorias macroalocativas do que, em si, proposições generalizáveis.

Um rápido desenvolvimento sobre a questão da responsabilidade individual, por exemplo, explicita o que estamos afirmando: em uma situação hipotética, parece legítima a alocação de um recurso exclusivo para um indivíduo que foi atropelado por um motorista embriagado enquanto atravessava corretamente uma faixa de pedestres a caminho de seu trabalho. Suponhamos que ambos, após o acidente, fiquem em uma situação gravíssima e dependam do mesmo recurso para sobreviverem. Tudo mais constante e invariável, a opção de se utilizar tal recurso (por exemplo, a única Unidade de Tratamento Intensivo disponível na cidade) para salvar a vida do pedestre parece moralmente adequada.

Porém a generalização desse procedimento de escolha é, a nosso ver, pouco legítimo³⁰. O problema da responsabilidade individual é muito mais complexo do que esse exemplo microalocativo intuitivamente tende a indicar. Como nos disserta Nagel, “parece que o problema da responsabilidade (individual) é insolúvel, ou pelo menos permanece sem solução”. Continua o filósofo:

“Acreditamos que nós e os outros somos moralmente responsáveis ao menos por algumas ações quando as observamos por dentro; porém, não podemos dar conta do que precisaria ser verdade para justificar tais juízos. Quando se consideram as pessoas como partes do mundo, determinado ou não, parece não ser possível atribuir-lhes responsabilidade pelo que fazem. Tudo o que lhes diz respeito, inclusive suas próprias ações, parece fundir-se com as circunstâncias que as

³⁰ Recentemente, Shlomi Segall apresentou um artigo no qual busca apresentar uma visão de justiça distributiva de saúde baseada em princípio *luck prioritarian* de equidade. Em suas palavras: “*Prioritizing the opportunity for health of the worse-off: Fairness requires giving priority to improving the health of an individual if she has invested more rather than less effort in looking after her health, and of those who have invested equal effort, priority should be given to those who are worse off (health-wise).*” (Segall, 2011, p.263). Contudo, salvo engano, essa posição teórica ainda não foi melhor desenvolvida.

rodeiam e sobre as quais não tem nenhum controle. Quando então voltarmos a considerar as ações do ponto de vista interno, não podemos, depois de um minucioso exame, dar sentido à ideia de que o que as pessoas fazem depende, em última instância, delas próprias. No entanto, continuamos a comparar o que fazem com as alternativas que rejeitam e a elogiá-las ou condená-las por isso.” (Nagel, 2004, p. 1999)

Estamos, portanto, frente a um empasse político-moral que merece ser cuidadosamente estudado. Recursos educacionais de elevadíssima qualidade ou altos empregos (extremamente bem remunerados), por exemplo, tendem a ser distribuídos de acordo com critérios de mérito e responsabilidade individual. Esses critérios podem ser considerados legítimos e justificados normativamente? Em caso positivo, também podem ser aplicados a saúde? Se não podem, por quê?

Por fim, ressalta-se que o presente trabalho não buscou apresentar qualquer desenvolvimento normativo acabado, mas, sim, pretendeu iniciar a problematização – a partir de uma rápida revisão da bibliografia que se dedica às questões de justiça e saúde – de questões (e conceitos) a serem enfrentadas posteriormente em uma pesquisa de longa duração. A única certeza da qual se parte é que uma vida saudável é pré-condição para se realizar os mais variados fins e valores humanos.

Referências Bibliográficas:

ARROW, K. 1963. ‘Uncertainty and the welfare economics of medical care’, *American Economic Review*, 53, 941–73.

BRASIL. 2012. *Saúde Brasil 2011: Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. 1ª. Edição. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

BUCHANAN, A. [1984] 2009. “The right to a decent minimum of health care”, in Buchanan, A. *Justice and Health Care: selected essays*. Oxford: Oxford University Press.

DANIELS, N. 1985. *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.

_____. 1988. *Am I my parents’ keeper? An essay on justice between the Young and the old*. New York: Oxford University Press.

_____. 1996. *Justice and Justification: Reflective Equilibrium in Theory and Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

_____. 2008. *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge: Cambridge University Press.

DANIELS, N. e SABIN, J. 2006. “Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation and the legitimacy problem for insurers”, *Philosophy and Public Affairs*, 26 (4), pp. 303-350.

DWORKIN, R. [1993] 2000. “Justice in the distribution of health care” in Clayton, M. e Williams, A. (edit.). *The ideal of equality*. New York: Palgrave MacMillan.

_____. 2000. *Sovereign Virtue: The theory and practice of equality*. Cambridge: Harvard University Press.

ELSTER, J. 1992. *Local Justice*. Cambridge, Cambridge University Press.

ENGELHARDT, D. von. 1995. “Health and Disease – History of the concepts”, in Post, S. G. (edit.) 2004. *Encyclopedia of Bioethics*, Vol. 2 (D-H), 3rd. Edition, New York: Thomson Gale.

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. WM. “Health and Disease – Philosophical Perspectives”, in Post, S. G. (edit.) 2004. *Encyclopedia of Bioethics*, Vol. 2 (D-H), 3rd. Edition, New York: Thomson Gale.

FAYERS, P. M., MACHIN, D. (edit.). 2007. *Quality of Life: the assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes*. 2nd Edition. England: Jon Wiley and Sons Ltda.

HURLEY, S. 2003. *Justice, Luck, and Knowledge*. Cambridge: Harvard University Press.

_____. 2007. “The ‘What’ and the ‘How’ of Distributive Justice in Health”, in Holtug, N. e Lippert-Rasmussen (edit.) *Egalitarianism: New Essays on the Nature and Value of Equality*. Oxford: Clarendon Press/Oxford.

KAMM, F. 2001. “Health and Equality of Opportunity”, *American Journal of Bioethics*, 1(2), pp. 17-19.

NAGEL, T. [1977] 2002. “Equality”, in Williams, A. & Clayton, M. (ed.): *The Ideal of Equality* New York: Macmillan pp. 60-80.

_____. 2004. *Visão a partir de lugar nenhum*. São Paulo: Martins Fontes.

OMS, 1948. “WHO definition of Health”. Disponível online em: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (acessado em 15 de abril de 2013).

RAWLS, J. [1971] 2008. *Uma Teoria da Justiça*. São Paulo: Martins Fontes.

_____. 2011. *O liberalismo político*. Edição ampliada. São Paulo: WMF Martins Fontes.

ROEMER, J. E. 1993. “A pragmatic theory of responsibility for egalitarian planner.” *Philosophy & Public Affairs* 22 (2), 146-166

_____. 1996. *Theories of Distributive Justice*. Cambridge: Harvard University Press.

_____. 2002. “Equality of Opportunity: A progress report.” *Social Choice and Welfare* 19, 455-471.

RUGER, J. P. 2010. *Health and Social Justice*. Oxford: Oxford University Press.

SEGALL, S. 2007. “Is health care (still) special?”. *Journal of Political Philosophy*, 15 (3), pp.342-361.

_____. 2011. “Luck prioritarian justice in health”, in Knight, C. e Stemplowska, Z. (edit.) *Responsibility and Distributive Justice*. Oxford: Oxford University Press.