

Projeto de Tese de Doutorado:

## **Justiça Distributiva e Saúde: Avaliando o que importa**

**Marcos Paulo de Lucca Silveira**

**Orientador: Prof. Dr. Álvaro de Vita**

Departamento de Ciência Política – Universidade de São Paulo

### **Resumo**

A pesquisa visa a apresentar considerações teóricas a respeito da distribuição de um ramo específico de bens e recursos escassos nas sociedades contemporâneas associados à saúde de uma população. De modo particular, buscar-se-á apresentar uma teoria que propicie uma resposta plausível à questão motora: o que devemos uns aos outros na promoção e proteção da saúde de uma população? Como objetivos específicos, pretende-se [1] compreender e mapear as posições normativas e as teorias da justiça com ênfase em questões relacionadas à saúde, assim como em bens e recursos de saúde, [2] elaborar uma particular argumentação normativa igualitária sobre justiça de saúde e [3] analisar quais as obrigações político-morais – em questões de justiça de saúde – que devemos ter em relação ao outro não concidadão, externo ao nosso país.

### **Palavras-chave**

*Saúde; Justiça distributiva; Determinantes sociais da saúde; Responsabilidade individual; Saúde global.*

### **1. Introdução, apresentação do tema, síntese da bibliografia e justificativa:**

#### *(1) Introdução e apresentação do tema*

As teorias contemporâneas da justiça distributiva visam a apresentar respostas à questão de como uma sociedade ou grupo deve alocar seus recursos e produtos escassos entre os indivíduos com necessidades e reivindicações divergentes (Roemer, 1996: 01). A presente argumentação busca expor um projeto de pesquisa teórica acerca da distribuição de uma variedade particular de bens e recursos escassos nas sociedades contemporâneas que estão

associados à saúde de uma população<sup>1</sup>. De modo específico, a pesquisa parte da seguinte questão político-moral: o que devemos uns aos outros na promoção e proteção da saúde de uma população?<sup>2</sup>

Essa questão motora será desdobrada, de uma perspectiva teórico-normativa, em outros questionamentos. Faz-se necessário responder, por exemplo, à questão da possível importância político-moral especial que a saúde possuiria e a provável consequência que tal resposta acarretaria na prioridade do fornecimento de assistência à saúde, entre outros fatores, frente aos demais bens escassos. São muitas as outras perguntas a serem respondidas para o desenvolvimento de uma argumentação normativa sobre justiça de saúde, mesmo quando se enfoca a análise, tal com a pesquisa realizará, na questão do justo atendimento às necessidades de saúde de uma população em uma situação de bens e recursos limitados<sup>3</sup>.

Possíveis respostas a essas e demais questões de justiça e saúde podem ser encontradas em – ou derivadas de – importantes contribuições da bibliografia acadêmica, que será sintetizada a seguir.

## (2) *Síntese da bibliografia fundamental sobre a temática*

A teoria mais bem-acabada sobre justiça e saúde populacional é desenvolvida por Norman Daniels. Ao procurar (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: 179), Daniels defende que os bens que sanam as necessidades de saúde relacionadas à manutenção do normal funcionamento da espécie

---

<sup>1</sup> A menção, presente na definição inicial, da *escassez* e limitação de recursos não é mero detalhe. Ao contrário de teorias e idealizações em que todos teriam todas as suas preferências e necessidades de saúde realizadas, parto do pressuposto factual de que ao menos parte significativa de importantes recursos é limitada e deve ser distribuída de forma justa. Decorre disso problemas político-morais de justiça distributiva. Sobre a questão, ver Daniels e Sabin, 2008.

<sup>2</sup> A questão do dever, da obrigação moral, em relação aos outros – enquanto pessoas morais (iguais) – é um tema desenvolvido por vasta literatura acadêmica. Ao formular essa questão, estou me baseando especialmente na formulação teórica ampla proposta por Scanlon (1998) e, mesmo ao restringir a questão a um enfoque de saúde, não estou sendo original (ver, por exemplo, Daniels, 2008).

<sup>3</sup> Desenvolvemos essas questões de modo mais claro na parte **2. Objetivos** do presente projeto.

(*normal species functioning*) deveriam receber especial atenção e enfoque em uma teoria da 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, de tal modo, a satisfação das necessidades de saúde a uma concepção de igualdade equitativa de oportunidade, Daniels justificaria a grande importância político-moral que os bens associados à saúde humana possuem<sup>4</sup>.

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: 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, o autor esclarece que os bens de saúde que deveriam receber especial atenção político-moral – além dos bens usualmente agregados à 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: 32)

Porém, mesmo esse escopo mais abrangente será considerado posteriormente insuficiente pelo autor. Em sua obra *Just Health* (Daniels, 2008: Cap. 2), Daniels busca

---

<sup>4</sup> 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 healthy*. 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: 34)

englobar em sua teoria a importante temática do gradiente social da saúde<sup>5</sup>. Em tal obra, Daniels passa a defender a tese mais abrangente de que as desigualdades de saúde são injustas quando derivam de uma injusta distribuição de fatores socialmente controláveis que afetam a saúde da população e sua distribuição (Daniels, 2008: 101).

Entretanto, o que merece ser explicitado é como Daniels enfrenta a questão da saúde a partir da perspectiva teórica rawlsiana, ampliando a noção de oportunidade – presente na teoria da justiça de Rawls – para incluir as instituições de assistência à saúde, entre outras instituições básicas envolvidas na providência da igualdade equitativa de oportunidade. Ao contrário do que em primeiro momento poderia ser pensado, as questões de saúde e do fornecimento de assistência à saúde não podem ser respondidas realizando-se um movimento teórico de expansão da lista de bens primários (presente na teoria de Rawls), a partir da indexação de um novo item: a assistência à saúde. Esse movimento de expansão da “incompleta” lista de bens primários (proposto por Green (1976)), além de gerar o risco de uma longa lista de bens – cada vez menos consensual e mais distante de uma concepção política compartilhada de necessidades das pessoas como cidadãos –, também dificultaria um estabelecimento de um *index* objetivo. A adição de itens tornaria mais difícil fugir de complexos problemas de comparação interpessoal que Rawls buscou evitar ao formular sua teoria, os quais enfrentam as mensurações mais amplas de satisfação ou bem-estar<sup>6</sup>.

Assim, Daniels propõe que as instituições vinculadas à assistência à saúde poderiam ser reguladas a partir de um princípio de igualdade equitativa de oportunidade. Ou seja, nesta

---

<sup>5</sup> Ao realizar esse movimento, Daniels amplia o conjunto de bens de saúde anteriormente citado. A lista passa a ser constituída por “(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 medical services (and devices), (5) Nonmedical personal ad social support services, (6) An appropriate distribution of other social determinants of health (set of socially controllable factors affecting health)” (Daniels, 2008: 42-43)

<sup>6</sup> Como afirma Daniels, ao dissertar sobre a questão e aos complexos problemas derivados de uma adição da assistência à saúde à lista de bens primários originalmente diagnosticados por Arrow (1973): “Arrow (1973: 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: 56-57)

proposta, os bens primários permaneceriam propriedades gerais e abstratas dos arranjos sociais, tais como as liberdades básicas, as oportunidades e certos meios universais de troca (*all-purpose, exchange means*), como a renda e a riqueza, entre outras. Portanto, a oportunidade, não a saúde, permaneceria como um bem social primário e justificaria o fornecimento equitativo de bens e recursos de saúde.

Desse modo, poderíamos compreender a tese mais abrangente de Daniels, defendida em *Just Health Care*, a partir das conexões e movimentos teóricos e metateóricos listados abaixo (Daniels, 2008: 29):

- (1) Assistência à saúde → promove saúde (entendida como *normal functioning*) [1.1]  
 Saúde → contribui para proteger Oportunidade [1.2]  
 ∴ Assistência à saúde → protege Oportunidade.
- (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 da oportunidade encontraria apoio na teoria da justiça como equidade (formulada por Rawls) e em seu robusto princípio que assegura igualdade equitativa de oportunidade. [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 particular extensão da teoria de Rawls associando questões de saúde populacional com questões de justiça social. [3.2]

Vinculando, assim, o atendimento de necessidades básicas de saúde de uma população a outros objetivos da justiça – no caso, a igualdade equitativa de oportunidade –, Daniels busca tanto explicitar qual é a motivação primária da importância moral especial que a saúde deve receber, como também explicar porque uma importância especial – de ordem de justiça – é atribuída ao fornecimento de cuidados de saúde e na satisfação das necessidades médicas de forma equitativa.

Essa particular extensão da teoria da justiça de Rawls realizada por Daniels não é consensual na literatura que disserta sobre justiça distributiva e saúde. Parte significativa da literatura contemporânea que se debruça sobre essa temática opta por aderir à métrica das

capacidades ao enfrentar as questões de justiça de saúde (entre outros, Ruger, 2010; Venkatapuram, 2011).

Como defende de modo pioneiro Sen (1980) e, posteriormente, desenvolve Nussbaum (2006), o enfoque das capacidades forneceria uma perspectiva de métrica adequada, dotada de maior sintonia, para solucionar os problemas de justiça de saúde, tais como a satisfação das necessidades das pessoas severamente debilitadas, entre outros piores situados em saúde. Um ideal amplo de cooperação social, em tal abordagem, asseguraria certo dever de fornecimento das bases necessárias para uma “boa vida”, derivando, assim, na propiciação e na manutenção da dignidade e bem-estar de cada um dos cidadãos da sociedade (Nussbaum, 2006: 202). Pois, dado que todas as pessoas seriam igualmente beneficiárias de uma boa vida, possuiríamos o dever de fornecer, tanto quanto possível, a essas pessoas – no caso específico, às pessoas com deficiência – a base social de todas as capacidades centrais, propiciando a elas um mesmo limiar de um conjunto de capacidades que os demais cidadãos, tornando-as, assim, cidadãos plenamente iguais no exercício de suas capacidades centrais. Deve-se rejeitar, assim, o uso de bens sociais primários – tal como propõe Rawls (2008) – como adequada métrica para tomada de decisões sobre a qualidade de vida e em comparações interpessoais de bem-estar.

Para Rawls, a estrutura básica seria o objeto da justiça, devendo os princípios da justiça serem projetados para a justa distribuição de bens primários, sejam eles: direitos, liberdades e oportunidades, poderes e posições de emprego, renda e riqueza, e as bases sociais do autorrespeito (Rawls, 2008: 76; Rawls, 2011: 90). Sen (1980), assim como Nussbaum (2006), critica a suposta iniquidade derivada da igual distribuição de recursos – e, no caso específico de Rawls, de um mesmo índice de bens sociais primários – para todas as pessoas, decorrente do enfoque puramente institucional da justiça social.

Especificamente no caso das pessoas com deficiências, poder-se-ia afirmar que a teoria de Rawls – e, em decorrência, a extensão realizada por Daniels – não propiciaria uma situação justa, haja vista a iniquidade oriunda do uso de recursos como adequada métrica de justiça. Dada a mudança de enfoque para a mensuração de bem-estar ou qualidade de vida individual, diagnosticar-se-ia uma situação final injusta: uma distribuição igualitária de bens sociais primários ignoraria as diferentes taxas de conversão de recursos em qualidade de vida dos indivíduos. Pessoas com deficiência podem requerer elevados níveis de um determinado recurso para atingirem uma mesma qualidade de vida dos demais cidadãos sem impedimentos (Nussbaum, 2006: 164-5) e, portanto, a distribuição estritamente igual de bens primários resultaria em situações de injustiça<sup>7</sup>.

Entretanto, parte da produção contemporânea sobre justiça distributiva apresenta possíveis proximidades, ao invés de completas oposições e grandes distanciamentos, entre teorias de justiça que defendem a métrica dos bens primários e teses enfocadas na métrica das capacidades (Anderson, 1999; Vita, 2011). Em certo sentido, para esses autores, promover ou proteger o normal funcionamento, ou oportunidade equitativa de uma população, aproxima-se de promover as capacidades dos cidadãos. Dessa forma, haveria mais convergência que diferença entre as perspectivas de justiça e saúde que estão focadas em oportunidade e as que buscam proteger as capacidades humanas (Daniels, 2010: 131).

Ronald Dworkin também contribui à temática da justiça de saúde ao apresentar uma resposta à questão “quanto uma sociedade decente gastaria em assistência médica, amplamente descrita?”. Em primeiro momento, Dworkin busca recusar o ideal de “isolamento” que a saúde – e a assistência médica e à saúde (de qualidade) – possuiria frente

---

<sup>7</sup> Sobre a crítica de Nussbaum a Rawls e uma defesa da teoria da justiça do segundo autor, ver Freeman, 2006.

aos demais bens escassos<sup>8</sup>. Além de recusar tal princípio, Dworkin apresenta uma abordagem alternativa que defende justamente o oposto a tal ideal.

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, Dworkin aplica sua teoria da justiça mais ampla para o caso específico da saúde. A seu ver, a assistência à saúde poderia ser tratada, portanto, como um tipo de recurso, 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, avalia-se a igualdade a partir de uma perspectiva *ex ante* ao invés de *ex post* (Hurley, 2007: 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, que atribui às pessoas “individual 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: 215). Partindo de uma situação hipotética<sup>9</sup>, o autor propõe uma solução igualitária para a questão da justiça de saúde, na qual, de modo distinto das preocupações centrais de Rawls e Daniels, a questão da responsabilidade individual assume centralidade.

Essa centralidade da responsabilidade individual ganha ainda maior evidência no modelo distributivo proposto por John Roemer (Roemer, 2002). Para o teórico político, é

---

<sup>8</sup> 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: 205-206).

<sup>9</sup> Sobre a proposta ampla de justiça distributiva apresentada pelo autor, ver Dworkin, 2000, Cap.2.



necessário se realizar a distinção entre fatores que os indivíduos são responsáveis e os fatores arbitrários, devendo as políticas de distribuição resultarem em um “nivelamento do campo” no qual as pessoas estão situadas. Ou seja, em uma situação justa, 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 visões. Porém, a parte problemática (e, ao mesmo tempo, 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: 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), pelas quais os indivíduos não podem se responsabilizar.

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<sup>10</sup> para posteriormente distribuímos os bens de saúde escassos de forma justa. Assim, poderíamos mensurar o esforço de uma pessoa por sua colocação/posição na distribuição de esforço do

---

<sup>10</sup> 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.

seu tipo, ao invés de realizarmos um *ranking* absoluto. No mais, tal modelo possibilitaria a comparação de indivíduos em tipos distintos, a partir do fator intragrupo<sup>11</sup>.

Por fim, o que merece ser destacado é como uma recente literatura, associada especialmente a epidemiologia e saúde pública, vem apresentando grandes contribuições à questão dos determinantes sociais da saúde de uma população ou grupo populacional.

Como demonstraram os pioneiros trabalhos de Marmot, há uma correlação entre as expectativas de vida e saúde dos funcionários públicos britânicos e as suas posições econômico-sociais (Marmot,1999). Tais correlações não são particulares a um dado país. Chegam a ser dramáticas as constatações do autor, tais como:

*“Travel from the Southeast of downtown Washington to Montgomery Country, Maryland. For each mile travelled life expectancy rises about a year and a half. There is a twenty-year gap between poor blacks at one end of the journey and the rich whites at the other.”* (Marmot: 2004)

São robustas as correlações estatísticas entre a redução da saúde populacional – usualmente medida por tempo de vida sem graves impedimentos – e a desigualdade socioeconômica interna à população (ver Marmot and Wilknsn, 1999). Simplificando a questão, pode-se afirmar que quanto maior a desigualdade socioeconômica interna a uma população, menor é a expectativa de vida dessa população. Em geral, o mesmo vale para grupos: a expectativa de vida de um grupo é menor quanto pior situado socioeconomicamente for esse grupo dentro de uma população.

No mais, estudos demonstram que, infelizmente, o fornecimento e o acesso universal à assistência de saúde não geram resultados tão elevados e estatisticamente significantes quanto desejamos. O impacto da assistência à saúde tanto sobre a saúde populacional como

---

<sup>11</sup> 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: 258).

sobre as iniquidades de saúde tende a ser limitado (Segall, 2007). As perspectivas mais otimistas estipulam, por exemplo, que o impacto da assistência médica é responsável por só um quinto da expectativa de vida ao longo do século XX (Brock, 2000)<sup>12</sup>. Diferenças em saúde populacional são determinadas primariamente por fatores outros que a assistência à saúde e, mais significativamente, por fatores socioeconômicos (Segall, 2007: 353)<sup>13</sup>. Grupos econômico-sociais distintos apresentam diferenças significativas de saúde mesmo em condições de acesso universal à assistência de saúde (ver Daniels, Kennedy e Kawachi, 1999; Marmot e Wilkinson, 1999). Os serviços de saúde e o atendimento médico são mais acessíveis aos ricos que aos pobres mesmo em condições de fornecimento gratuito e universal de assistência à saúde, por variadas razões: entre outras causas possíveis, as pessoas mais ricas possuem mais tempo livre devido a rotinas de trabalho diário mais flexíveis, além de possuírem melhor acesso físico-geográfico a hospitais e clínicas médicas devido às melhores condições de deslocamento e meios de transporte, assim como a localização privilegiada em que residem (ver Segall, 2007: 344; Goodin e Le Grand, 1987).

### (3) Justificativa

Em torno de 18 milhões de mortes todo ano, isto é, cerca de um terço de todas as mortes humanas anuais, estão relacionadas com causas como diarreia, tuberculose, condições maternas e infecções respiratórias – todas facilmente preveníveis com o acesso a água limpa e potável, saneamento básico, adequada nutrição, reidratação, vacinação e outros 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 com a pobreza e a ausência de condições mínimas de assistência à saúde. Para se ter uma extensão da questão

---

<sup>12</sup> A mensuração do real impacto do acesso à assistência à saúde não é tarefa incontroversa ou simples. Perspectivas mais céticas consideram que somente um sexto da expectativa de vida pode ser considerada um resultante direto do (e restrito ao) acesso à assistência médica (ver, por exemplo, Mann, 1997).

<sup>13</sup> Assim como por fatores naturais e, principalmente, por composição genética (Segall, 2007: 353-354). Segall, na passagem citada, restringe a amplitude conceitual de “fatores socioeconômicos” ao afirmar: “To be clear: by “socio-economic factors” it is meant socio-economic factors that affect health *directly*, independently and apart from socio-economic factors that affect access to health *care*.”(Segall, 2007: 354).

exposta, esse valor absoluto equivaleria a mais do que o dobro de mortes oriundas de violência governamental – guerras, campos de concentração, *gulags*, genocídios – em todo o século XX (ver Pogge, 2013: 89).

Além disso, no mínimo 10% da população mundial vive com algum tipo de deficiência restritiva<sup>14</sup>. Ou seja, mais de 700 milhões de pessoas vivem com deficiências ou impedimentos físicos ou mentais. Como nos informa o correto diagnóstico de Nussbaum, “essas pessoas são pessoas, mas não foram até agora incluídas como cidadãs em uma base de igualdade com relação aos outros cidadãos, nas sociedades existentes” (Nussbaum, 20013: 2).

No Brasil, apesar da existência de um Sistema Único de Saúde e da garantia constitucional do acesso universal à assistência de saúde, observam-se grandes desigualdades e contrastes. Aproximadamente 49 milhões de brasileiros – número em constante crescimento (nos últimos 10 anos, verifica-se o crescimento de 53% do número de beneficiários de planos de saúde privados) – possui algum plano de saúde suplementar<sup>15</sup>. A existência de grandes centros privados e onerosos de assistência à saúde convive com certa insuficiência no atendimento de necessidades de saúde básicas de parte significativa da população. A título de ilustração das extensas desigualdades que marcam a realidade brasileira, ressalta-se que quase 20% da população brasileira não tem acesso à distribuição de água potável, mais de 50% da população brasileira não possui qualquer coleta de esgotos, sendo que apenas 37,5%

---

<sup>14</sup> Opta-se por apresentar essa porcentagem que é extremamente conservadora. Acredita-se que as taxas de pessoas com deficiência ou impedimentos severos tendam a ser mais elevadas. No Brasil, segundo os dados do Censo 2010, 23,9% da população declarou ter alguma deficiência. Ainda segundo o estudo, por exemplo, 18,8% dos entrevistados afirmaram ter dificuldade para enxergar, mesmo com óculos ou lentes de contato. Contudo, ao contrário de certo estigma discriminatório, é necessário frisar que, em países com expectativa de vida igual a 70 anos, em média, em 8 anos do tempo de vida, uma pessoa viverá com deficiências. Sobre a questão, ver: <http://www.un.org/disabilities/documents/toolaction/pwdfs.pdf>.

<sup>15</sup> O que não garante a melhora na qualidade dos serviços. Em 2013, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) chegou a suspender a comercialização de 246 planos de saúde extremamente mal avaliados, mas teve a suspensão cancelada juridicamente. Apenas entre março e julho de 2013, a ANS recebeu 17 mil reclamações sobre a qualidade do atendimento de 41% das operadoras do setor. Sobre a questão, ver a coluna de Celso Ming, “Ah! Esses planos de saúde!”, publicada no jornal *O Estado de São Paulo*, em 29 de setembro de 2013.

do esgoto gerado no país recebe algum tipo de tratamento<sup>16</sup>. Porém, por outro lado, são crescentes as demandas e vitórias judiciais que garantem o fornecimento estatal de medicamentos e equipamentos de elevadíssimo custo. Em um intervalo de tempo menor que uma década, os gastos federais com essas demandas jurídicas se multiplicaram em aproximadamente 140 vezes<sup>17</sup>.

Esses pontos, entre outras complexas questões, ressaltam a importância de uma detalhada reflexão normativa, ainda escassa na literatura, que resulte em um trabalho de teoria política sobre questões de justiça distributiva e saúde. Respostas à questão teórica de como os Estados podem (e devem) atender às necessidades de saúde da população de modo justo, sob limitações de recursos, são necessárias e urgentes.<sup>18</sup>

No mais, a pesquisa também se justifica pelo caráter original que assume no campo acadêmico nacional. No Brasil, são reduzidos os estudos com enfoque em questões de bioética em nível de população (*population-level bioethics*) – assim como na produção acadêmica internacional<sup>19</sup> –, em comparação com as demais produções do campo da bioética. Por exemplo, grande parte da atenção acadêmica é centrada em casos polêmicos, questões individuais limítrofes – muitas das quais de vida e morte –, escolhas, alterações, e desenvolvimentos genéticos, questões éticas envolvendo pesquisas, medicamentos e *doping* ou, em geral, em questões microalocativas não consensuais moralmente. Entretanto, é crescente a literatura internacional que busca relacionar debates de iniquidades de saúde

---

<sup>16</sup> Esses dados estão disponíveis em: <http://www.tratabrasil.org.br/situacao-do-saneamento-no-brasil>. Os dados disponibilizados pela ONG são compatíveis com outros dados públicos.

<sup>17</sup> Em 2012, a União gastou R\$ 356 milhões ao cumprir 13.051 ordens judiciais. Em 2005, esse gasto federal em solicitações judiciais era da ordem de R\$ 2,55 milhões. Informações disponíveis na notícia, de Bárbara Pombo, “União gastou R\$ 356 milhões com ações sobre remédios”, em *Valor Econômico* (10 de abril de 2013). A meu ver, esses gastos ainda não são tão significativos quando comparados com o orçamento público total destinado a saúde, contudo a questão não deixa de ser relevante.

<sup>18</sup> Obviamente que um teórico “ultra-libertariano” poderia por em dúvida a própria formulação da questão ao afirmar que o Estado não possui qualquer responsabilidade em atender às necessidades de saúde da população. Contudo, ressalta-se que, ao contrário de outras temáticas, até os teóricos libertarianos concordam que alguma importância deve ser dada a essa questão (Buchanan, 2009).

<sup>19</sup> Em 2013, a Oxford University Press iniciou uma série de livros centrada em questões de bioéticas em nível populacional. O primeiro exemplar é a coletânea de artigos intitulada de *Inequalities in Health: Concepts, Measures and Ethics*, editada por Eyal, et. al., 2013.

populacional com questões de justiça social (Marmot, 2006, 2013; entre outros). Já no Brasil, tanto a produção acadêmica que realiza esse movimento analítico do empírico ao teórico, como a dedicada a teorias da justiça com enfoque em questões de saúde são bem reduzidas<sup>20</sup>.

Por fim, justifica-se o trabalho também a partir de um ponto de vista teórico e metateórico interior ao próprio campo (teoria política contemporânea). A pesquisa visa a contribuir não só para o debate normativo de justiça de saúde como também enfrentar questões em aberto no campo teórico mais amplo. As temáticas da importância que a responsabilidade individual deve (ou não deve) receber dentro das formulações teóricas liberal-igualitárias, assim como a questão da justiça global e da prioridade face ao pior situado, estão em aberto no debate contemporâneo do campo. Assim, a pesquisa aqui apresentada pode resultar em contribuições gerais, a partir de uma temática precisa – ou seja, a questão da saúde –, a ambas as questões normativas amplas constituintes do debate contemporâneo sobre teorias da justiça distributiva.

## **2. Objetivos:**

Como informado anteriormente, a pesquisa parte de uma questão motora – o que devemos uns aos outros na promoção e proteção da saúde de uma população? – que será desdobrada em outras questões ao longo do desenvolvimento teórico-argumentativo.

O primeiro objetivo desta pesquisa é [1] a compreensão e o mapeamento das posições normativas e teorias da justiça com ênfase em questões relacionadas à saúde, assim como em bens e recursos de saúde. Buscar-se-á, especificamente, (1.1) realizar uma análise da teoria da justiça de John Rawls (em especial, Rawls, 2008) – ponderando possíveis limitações ou vantagens comparativas de sua teoria em relação a outras<sup>21</sup> – e da proposta de extensão realizada por Norman Daniels (1985; 2008) para englobar as questões de saúde em tal perspectiva teórica. Conjuntamente, realizar-se-á um estudo das teorias associadas ao

---

<sup>20</sup> Destacam-se, em especial, os trabalhos de De Mario, 2013; Villas-Bôas, 2009, Ribeiro e Schramm, 2004 e Vita, 2004.

<sup>21</sup> Sobre a questão, ver as críticas desenvolvidas por Nussbaum (2006) e as respostas de Freeman (2006).

“enfoque das capacidades”, em especial as obras de Sen (1980; 2000; 2009) e Nussbaum (2000; 2006), assim como obras recentes dedicadas à justiça de saúde (Ruger, 2010; Venkatapuram, 2011) que se vinculam a tal abordagem teórica. Ainda associado a esse primeiro objetivo de compreensão do debate, realizar-se-á um estudo das propostas apresentadas por Dworkin e Roemer<sup>22</sup>, o qual será focalizado no papel da responsabilidade individual nas teorias distributivas de tais autores.

Especial atenção será dada às questões (1.2) da adequada métrica de justiça e (1.3) do papel que a responsabilidade individual deve assumir em teorias da justiça distributiva com ênfase em bens e recursos de saúde.

Parte-se da conjectura, já levemente esboçada, de certa proximidade entre a perspectiva dos bens primários e oportunidades – tal como a defendida por Daniels – e as teses enfocadas nas capacidades. Como nos afirma Daniels:

*“Failing to promote health in a population, that is, failing to promote normal functioning in it, fails to protect the opportunity or capability of people to function as free and equal citizens. Failing to protect that opportunity or capability when we could reasonably do otherwise, I shall argue, is a failure to provide us with we owe each other. It is unjust.”* (Daniels, 2008: 14)

Porém, conjectura-se que o enfoque das capacidades enfrentaria alguns problemas que não comprometeriam a perspectiva focada nos bens primários e na oportunidade. Se a justiça exigir a realização de capacidades *iguais* entre todos os cidadãos, um possível problema informacional, de mensuração e comparação, em grande parte fruto da própria definição *transfactual*<sup>23</sup> de capacidade poderia atingir o enfoque das capacidades. Além disso, questiona-se o deslocamento, realizado por Sen e Nussbaum, das questões de justiça de saúde de um enfoque institucional para questões de distribuição entre pessoas ou, ainda, para

<sup>22</sup> Outro trabalho que analisaremos é o de Shlomi Segall (2010), no qual o autor apresenta uma particular versão do igualitarismo da fortuna em questões de saúde. Como fonte secundária sobre a questão, ressaltam-se Hurley (2003) e Dennier (2007).

<sup>23</sup> Essa característica particular das capacidades, a qual dificulta a mensuração tanto factual como contrafactual, é apresentada por defensores desse enfoque (ver, por exemplo, Comim, 2008).

questões que dizem respeito àquilo que as pessoas são capazes de realizar com o quinhão de recursos escassos que as pertence. Propõe-se verificar ao longo da pesquisa a validade dessas conjecturas.

Já em relação à questão do papel que a responsabilidade individual deve assumir em teorias da justiça distributiva com ênfase em bens e recursos de saúde, conjectura-se, somente enquanto esboço, que se equivocariam normativamente as teorias da justiça que concedem centralidade à questão da responsabilidade individual ao formularem princípios de distribuição de bens e recursos de saúde<sup>24</sup>.

Como passo seguinte da pesquisa, [2] pretende-se elaborar uma particular argumentação normativa sobre justiça de saúde. Revisar-se-á a literatura em busca de uma (2.1) adequada compreensão do conceito de saúde, assim como se mapeará os possíveis modos de se mensurar a saúde populacional (e suas vantagens e desvantagens relativas). Em sequencia, (2.2) buscar-se-á apresentar soluções particulares às questões focais derivadas da questão motora da pesquisa: [i] é a saúde e, portanto, a assistência à saúde e outros fatores que afetam a saúde de uma população, de importância moral especial? Em caso positivo, o que isso significa politicamente? [ii] Quando as desigualdades de saúde são injustas? [iii] Temos um dever político-moral de auxílio às pessoas que estão doentes, incapazes ou possuem deficiências e impedimentos severos? [iv] Como podemos atender às necessidades de saúde equitativamente em uma situação de escassez de recursos? O que e/ou quem devemos priorizar? De quais mecanismos institucionais podemos dispor ao tomar tais decisões?

Ao desenvolver essa segunda parte da pesquisa, especial atenção será voltada à (2.3) questão dos determinantes sociais da saúde, partindo da hipótese normativa ampla de que as desigualdades de saúde são injustas quando são desnecessárias, evitáveis e derivam de uma

---

<sup>24</sup> Sobre a questão mais ampla do papel da responsabilidade em teorias liberal-igualitárias, ver Scheffler, 2003; 2004.



injusta distribuição de fatores socialmente controláveis que afetam a saúde da população e sua distribuição.<sup>25</sup> Ou seja, propõe-se uma conexão forte entre justiça social e justiça de saúde. Além disso, pretende-se (2.4) defender uma delimitação, de cunho institucional, do escopo da justiça e a existência de mecanismos institucionais que assegurem a equidade de processos de distribuição de recursos escassos.

Por fim, [3] analisar-se-á quais as obrigações político-morais que temos em relação ao outro – em questões de justiça de saúde – não concidadão, externo ao nosso país. Os mesmos deveres político-morais que possuímos com nossos concidadãos se aplicam globalmente? Possuímos um dever político-moral de ajudar aqueles em situação de extrema escassez em outros países?

São respostas a essas questões que procuraremos delinear na parte final da pesquisa de doutoramento. Parte-se da conjectura provisória de que estamos desrespeitando fortes deveres político-morais quando não prestamos auxílio a pessoas, mesmo que não concidadãos, em situação de extrema carência com necessidades básicas de saúde não atendidas.

Assim, de modo esquemático, apresento os objetivos da pesquisa:

**[1] Compreensão e mapeamento das posições normativas e teorias da justiça com enfoque em questões de saúde, especialmente:**

- (1.1.) O contratualismo liberal-igualitário de John Rawls e a proposta de justiça de saúde formulada por Norman Daniels: igualdade equitativa de oportunidade e *normal functionings*
- (1.2.) O enfoque das Capacidades de Sen e a proposta não-contratualista de Nussbaum – a questão da adequada *métrica* da justiça
- (1.3.) Outras abordagens igualitárias da questão da justiça de saúde: igualdade de recursos de Dworkin e a formulação de Roemer – a questão da *responsabilidade individual*.
- (1.4.) Outras perspectivas de justiça de saúde

**[2] Elaboração de uma particular defesa normativa de uma teoria igualitária da distribuição de bens e recursos de saúde.**

- (2.1.) Definição e mapeamento das mensurações da saúde e das iniquidades de saúde.
- (2.2.) Questões focais.

---

<sup>25</sup> Ao apresentar essa hipótese estou conectando parte da argumentação de Daniels, Kennedy e Kawachi (1999), com a realizada por Marmot (2006), e também de Daniels (2008).

(2.3.) Gradientes e determinantes sociais da saúde de uma população.

(2.4.) Definição das prioridades e dos limites da justiça.

### **[3] Elaboração de considerações normativas de justiça de saúde global.**

Dessa forma, pretende-se formular uma tese – enunciada aqui de modo provisório – que defenda uma determinada concepção igualitária de justiça de saúde na qual há uma articulação direta entre saúde populacional justa e a redução de desigualdades socioeconômicas. Propõe-se, portanto, que uma sociedade democrática deveria buscar extinguir, sempre que possível – a partir de arranjos institucionais justos –, as iniquidades de saúde de sua população. Assim, apresentar-se-á uma perspectiva teórica da justiça de saúde igualitária no âmbito doméstico, de cunho institucional, que se opõe às teorias que defendem uma clara dissociação entre a questão da justiça de saúde e as demais questões de justiça econômico-sociais. No mais, no plano internacional, argumentar-se-á em defesa de um dever de benevolência frente aos piores situados em questões de saúde. Contudo, de modo distinto de argumentações teóricas cosmopolitas radicais, propõe-se que os deveres político-morais que possuímos em relação aos não concidadãos são de ordem distinta dos deveres de justiça que possuímos em relação aos nossos concidadãos, no âmbito doméstico de uma sociedade democrática.

### **3. Material e metodologia:**

A pesquisa terá como foco a análise de vasta bibliografia sobre o problema a ser estudado. A natureza analítica da produção normativa contemporânea sobre teorias da justiça contemporâneas será mantida ao longo da pesquisa. Buscaremos, quando necessário, a fundamentação a partir de lógica informal (*cf.* Walton, 2008).

Tomar-se-á como regra metodológica básica a ausência de incoerências normativas internas, argumentos normativos desconexos (e *ad hoc*) e erros lógicos ao longo da argumentação. Aceitando a distinção proposta por Rawls (2008), a presente pesquisa

encontrar-se-á, sobretudo, em nível ideal. Contudo, o recurso a informações disponíveis de situações não ideais será, sempre que possível, realizado e, mais do que isso, em momentos em que as formulações ideais não propiciarem soluções suficientes para dilemas e problemas reais (como, por exemplo, em possíveis problemas de deliberação necessários para a distribuição de recursos escassos específicos), realizaremos uma imersão em direção de uma teoria não-ideal.

Uma questão de perfil metateórico guia parte da pesquisa: teorias da justiça (ideais) podem orientar ações em circunstâncias mundano-reais (não ideais)? Acredita-se que sim e, portanto, buscar-se-á, ao longo da pesquisa, realizar esse movimento. Contudo, como não cair em um “paradoxo da teoria ideal”<sup>26</sup>? Como expõe Valentini, não há nada de errado com a teoria ideal, o problema se apresenta somente se o sujeito para o qual ela é voltada for idealizado. Ainda, em suas palavras:

*“What I have shown here, is that the appeal to ideal predicates in the design of a theory of justice does not inevitably lead to unsound practical conclusions, at least so long as such predicates are not assumed as a condition for the applicability of the theory.(...)”*

*[T]here is nothing wrong with ideal theorising per se, but that there can be good and bad forms of it. Whether an ideal theory is good or bad depends on whether it entails a false, idealised, account of the subject to which it is meant to apply.”* (Valentini, 2009, pp. 303-305)

Levando-se em conta essas observações, pretende-se realizar a pesquisa aqui apresentada.

#### **4. Plano de trabalho e Cronograma:**

Apresento o cronograma da pesquisa, discriminando as atividades a serem realizadas, assim como a intensidade de tempo e trabalho dedicado a cada atividade (por semestre) – quanto mais intenso o tom da coloração, mais intensa a dedicação – na tabela abaixo:

---

<sup>26</sup> Esse paradoxo é sintetizado, por Valentini, em três sentenças:

- a. Any sound theory of justice is action-guiding.
- b. Any sound theory of justice is ideal.
- c. Any ideal theory fails to be action-guiding.”(Valentini, 2009, p. 333)

|                                                        | 1º Semestre de 2013 | 2º Semestre de 2013 | 1º Semestre de 2014 | 2º Semestre de 2014 | 1º Semestre de 2015 | 2º Semestre de 2015 | 1º Semestre de 2016 | 2º Semestre de 2016 |
|--------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Realização das Disciplinas de Doutorado                |                     |                     |                     |                     |                     |                     |                     |                     |
| Atividades PAE (Programa de Aperfeiçoamento ao Ensino) |                     |                     |                     |                     |                     |                     |                     |                     |
| Pesquisa (objetivo 1)                                  |                     |                     |                     |                     |                     |                     |                     |                     |
| Pesquisa (objetivo 2)                                  |                     |                     |                     |                     |                     |                     |                     |                     |
| Pesquisa (objetivo 3)                                  |                     |                     |                     |                     |                     |                     |                     |                     |
| Redação da Qualificação                                |                     |                     |                     |                     |                     |                     |                     |                     |
| Redação de Artigos para publicação acadêmica.          |                     |                     |                     |                     |                     |                     |                     |                     |
| Participação em congressos, seminários e eventos.      |                     |                     |                     |                     |                     |                     |                     |                     |
| <b>Estágio no exterior (BEPE)</b>                      |                     |                     |                     |                     |                     |                     |                     |                     |
| Redação da Tese                                        |                     |                     |                     |                     |                     |                     |                     |                     |

Ressalto que pretendo realizar Estágio de Pesquisa – utilizando a Bolsa de Estágio em Pesquisa no Exterior (BEPE) – no exterior ao longo do segundo semestre de 2015 e primeiro semestre de 2016. Pretendo estagiar na *University of Pennsylvania*, sob orientação do Professor Samuel Freeman, ou na *Yale University*, sob orientação do Professor Thomas Pogge<sup>27</sup>.

<sup>27</sup> Os contatos com os pesquisadores estão em andamento. Eventuais mudanças ou alterações de destino podem ocorrer até o momento do estágio. As duas universidades citadas são importantes centros de pesquisa de excelência na temática deste projeto, nas quais tanto Freeman como Pogge assumem posição acadêmica de destaque.

## 5. Referências Bibliográficas

- ANDERSON, E. 1999. “What is the point of equality?”, *Ethics* 109: 297-337.
- ARROW, K. 1973. “Some ordinalist-utilitarian notes on Rawls’s Theory of Justice”, *Journal of Political Philosophy*, 70, 9: 245-263.
- BROCK, D. 2000. “Broadening the bioethics agenda”, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 10: 21–38.
- BUCHANAN, A. 2009. “The right to a decent minimum of health care”, in Buchanan, A. *Justice and Health Care: selected essays*. Oxford: Oxford University Press.
- COMIM, F. 2008. “Measuring Capabilities”. In F. Comim, M. Qizilbash and S. Alkire (eds.), *The Capability Approach: Concepts, Measures and Applications*. New York: Cambridge University Press.
- DANIELS, N. 1985. *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge 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.
- \_\_\_\_\_. 2010. “Capabilities, opportunity, and health”. In H. Brighouse and I. Robeyns (eds.). 2010. *Measuring Justice: Primary Goods and Capabilities*. New York: Cambridge 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.
- DE MARIO, C. 2013. *Saúde como questão de justiça*. Tese de Doutorado UNICAMP: Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais.
- DENIER, Y. 2007. *Efficiency, Justice and Care. Philosophical Reflections on Scarcity in Health Care*. Dordrecht: Springer.
- 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.
- EYAL, N., S. A. HURST, O. F. NORHEIM, D. WIKLER. 2013. *Inequalities in health. Concepts, Measures, and Ethics*. New York: Oxford University Press.
- FREEMAN, S. 2006. “Contractarianism vs. the Capabilities Approach”, Review of Martha Nussbaum’s *Frontiers of Justice*, *Texas Law Review*, 85 (no. 2, December 2006): 385-430.
- GREEN, R. 1976. “Health care and justice in contract perspective”. In R. Veatch and R. Branson (eds.), *Ethics and Health Policy*, Cambridge, MA: Ballinger, pp. 111-126.
- GOODIN, R. E., J. LE GRAND. 1987. *Not only the poor*. The middle classes and the Welfare State, London: Allen & Unwin.
- 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 (ed.) *Egalitarianism: New Essays on the Nature and Value of Equality*. Oxford: Clarendon Press/Oxford.
- MANN, J. M. 1997. "Medicine and public health, ethics and human rights", *Hastings Center Report*, 27: 6-13.
- MARMOT, M. 1999. "Introduction". In M. Marmot and R. Wilkinson, *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- \_\_\_\_\_. 2004. *The status syndrome: How social standing affects our health and longevity*. New York: Henry Holt and Company.
- \_\_\_\_\_. 2006. "Harveian Oration: Health in a unequal world". In *The Lancet*, vol. 368, December, 2081-2094.
- \_\_\_\_\_. 2013. "Fair societies healthy fairly", in N. EYAL, N., S. A. HURST, O. F. NORHEIM, D. WIKLER. 2013. *Inequalities in health. Concepts, Measures, and Ethics*. New York: Oxford University Press.
- MARMOT, M., R. WILKINSON. 1999. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- NUSSBAUM, M. 2000. *Women and Human Development: The capabilities Approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- \_\_\_\_\_. 2006. *Frontiers of Justice: Disabilities, Nationality, Species Membership*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- \_\_\_\_\_. 2013. *Fronteiras da Justiça: deficiência, nacionalidade, pertencimento à espécie*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.
- POGGE, T. 2013. "Poverty and Violence". *Law, Ethics and Philosophy Journal*, 1: 87-111.
- RAWLS, J. 2008. *Uma teoria da justiça*. São Paulo: Martins Fontes.
- \_\_\_\_\_. 2011. *O liberalismo político*. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- ROEMER, J. E. 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.
- SCANLON, T. 1998. *What We Owe to Each Other*, New York: Harvard University Press.
- SCHEFFLER, S. 2003. "What is egalitarianism?" *Philosophy and Public Affairs* 31 (1), 5-39.
- \_\_\_\_\_. 2004. "Choice, Circumstance, and the Value of Equality". Center for Study of Law and Society Jurisprudence and Social Policy Program (University of California, Berkeley). Paper 17.
- SEGALL, S. 2007. "Is Health Care (Still) Special?". *Journal of Political Philosophy*, 15 (3).
- \_\_\_\_\_. 2010. *Health, Luck, and Justice*. Princeton: Princeton University Press.
- SEN, A. K. 1980. "Equality of What?" in S. McMurrin (ed.), *The Tanner Lectures on Human Values*. Salt Lake City: University of Utah Press and New York: Cambridge University Press, pp. 196-220.

- \_\_\_\_\_. 2000. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras.
- \_\_\_\_\_. 2008. *A ideia de Justiça*. São Paulo: Companhia das Letras.
- RIBEIRO, C. D. M., F. R. Schramm. 2004. “A necessária frugalidade dos idosos”. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20, n.5.
- VENKATAPURAM, S. 2011. *Health Justice: An argument from the Capabilities Approach*. New York: Wiley.
- WALTON, D. 2008. *Informal Logic: A pragmatic Approach*. Second Edition, Cambridge, Cambridge Press.
- VALENTINI, L. 2009. “On the apparent paradox of ideal theory”, *The Journal of Political Philosophy*, vol. 17, n. 3: 332-355.
- VILLAS-BÔAS, M. E. 2009. *Alocação de Recursos em Saúde: quando a realidade e os direitos fundamentais se chocam*. Tese de Doutorado em Direito. Universidade Federal da Bahia.
- VITA, Á. 2004. “A necessária frugalidade na aplicação de princípios de justiça”, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20, n.5.
- \_\_\_\_\_. 2011. “Liberalismo, justiça social e responsabilidade individual”, *Dados*, v. 54, p. 569-608.