

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

*QUANDO O “IGUAL TRATAMENTO” ACABA EM INJUSTIÇA.
UM PARADOXO BIOÉTICO DAS POLÍTICAS SANITÁRIAS UNIVERSALISTAS DE
ALOCÇÃO DE RECURSOS.*

Mestrando: Gabriel Eduardo Schütz

Orientador: Fermin Roland Schramm

28 de fevereiro de 2003.

SUMÁRIO

Agradecimentos.	5
Resumo.	6
Introdução.	7
Primeira parte: <i>Teorias da Justiça.</i>	10
Capítulo 1: Concepções da justiça.	11
• A justiça como proporcionalidade natural.	12
• A justiça como liberdade contratual.	13
• A justiça como igualdade social.	13
• A justiça como bem-estar social.	14
Capítulo 2: Teorias atuais da justiça I.	16
I - John Rawls: a justiça como equidade.	16
• A justiça como equidade.	16
• O véu da ignorância.	17
• Os princípios da justiça social.	18
• Os bens sociais primários.	19
• A justiça procedimental pura.	23
• Afinal...	24
• A justiça “racional” e “razoável”.	25
II - Amartya Sen: O valor da liberdade.	26
• A economia filosófica de Sen.	26
• A crítica de Sen a Rawls.	31
Capítulo 3: Teorias atuais da justiça II.	36
III – Michael Walzer: As esferas da justiça.	36
• Uma abordagem pluralista da justiça.	36
• A teoria dos bens sociais.	38
• O bem dominante, o monopólio e a dominação.	40
• A igualdade simples e a igualdade complexa.	41
• Os três princípios distributivos:	43
i- O intercâmbio livre.	43
ii- O merecimento	44
iii- A necessidade	45
• O pluralismo e o papel do Estado.	46

IV – Judith Shklar: Justiça e cidadania.	47
• As tradições filosóficas da justiça e o pluralismo.	48
• As teorias da justiça e o teste da exclusão.	55
 Segunda parte: <i>Justiça sanitária.</i>	 58
 Capítulo 4: Resenha histórica.	 59
• O Paganismo greco-romano: O culto ao bem –estar do cidadão.	59
• O Cristianismo: Todos os homens são iguais aos olhos de Deus.	61
• A Modernidade: Moral secularizada e Racionalização.	63
• O Estado moderno e origem da saúde coletiva.	66
 Capítulo 5: Ideologia e prática social.	 72
 1 - O modelo liberal: Entre o mercado livre e o “mínimo decoroso”.	 72
• O direito natural à vida não obriga à assistência sanitária.	73
• As nuances do pensamento liberal respeito à saúde.	74
• O mínimo decoroso.	75
• Porque não existe o “mercado (de saúde) perfeito” na prática.	76
• Sistemas liberais mistos: entre a permissão à beneficência e o direito à propriedade.	79
• A justiça sanitária de John Rawls: uma releitura da ética liberal.	81
 2 - O modelo igualitarista: a atenção universalista das necessidades.	 83
• A concepção marxista: o igualitarismo materialista.	83
• O igualitarismo teológico.	83
• As políticas igualitaristas e os escassos recursos sociais.	84
• Michael Walzer: A esfera das necessidades e a justiça sanitária.	85
 3 - O modelo redistribucionista (ou de Bem-estar) e sua crise atual.	 90
• Afinal, de que trata a justiça sanitária?	90
• Os fundamentos do Estado de Bem-estar.	91
• Um Estado para distribuir ou para produzir Bem-estar?	93
• Crise, “rigidez” e “flexibilização” dos Direitos Sociais.	93
• Entendendo a crise do Estado de Bem-estar.	95

Terceira parte: <i>Problemas e propostas.</i>	96
Capítulo 6: Alocação de recursos para a saúde em um contexto de escassez.	97
• A teoria utilitarista: a busca do máximo benefício ao mínimo custo.	97
• Os princípios e as conseqüências.	99
• Macro-alocação: A racionalidade econômica e a racionalidade ética.	100
• O desafio da cronificação das doenças.	102
• A loteria natural e as situações catastróficas.	105
• Recursos financeiros e tecnológicos: o problema da escassez.	106
• A cultura dos limites.	109
• Progresso tecnológico na escassez: um desafio à justiça distributiva.	112
• Os alcances da responsabilidade moral.	115
Capítulo 7: A bioética da proteção.	117
• Schramm e Kottow: princípios bioéticos em saúde pública.	117
• O princípio de proteção e o papel protetor do Estado.	120
• Justiça sanitária nos países em desenvolvimento.	122
Conclusões.	127
Referências Bibliográficas.	131

Gostaria de agradecer a meu orientador, Fermin Roland Schramm por sua paciência e dedicação comigo.

Dedico esta dissertação a minha família e meus amigos, que sempre me deram seu apoio e carinho.

Gabriel Eduardo Schütz

RESUMO

A questão da alocação de escassos recursos para saúde talvez seja a questão mais polêmica da chamada “bioética pública”. Nesta dissertação analisamos, primeiro, as teorias da justiça distributiva para depois fazer um estudo do “direito à saúde” e da “justiça sanitária”. Posteriormente, avaliamos alguns dos problemas gerados a partir da escassez de recursos em saúde. Nossa hipótese é que, em contextos de escassez, as políticas sanitárias públicas universalistas não têm, na prática, os efeitos que dizem ter na teoria, pelo que injustiças acontecem. Propomos, alternativamente, uma política pública eqüitativa de focalização sanitária baseada em um “princípio de proteção”. Consideramos este princípio o mais apropriado aos propósitos de uma ética para a saúde pública.

Palavras-chave: Bioética Pública; Alocação de Recursos em Saúde; Direito à Saúde; Justiça Sanitária.

ABSTRACT

The subject of the allocation of scarce resources for health is, maybe, the subject more controversial in “public bioethics”. In this dissertation we analyzed, first, the theories of the distributive justice for later to do a study of the “right to health” and the “sanitary justice.” Later, we evaluated some of the problems generated from the scarcity of resources in health. Our hypothesis is that, in contexts of scarcity, the universal public sanitary policy does not have, in practice, the effects that it says to have in the theory, then, injustices happen. We propose, alternatively, a fairness focalized public sanitary policy based in a “principle of protection”. We considered this principle the most appropriate to the purposes of an ethics for the public health.

Key words: Public Bioethics; Allocation of Resources in Health; Health Rights; Sanitary Justice.

INTRODUÇÃO

“Numa condição humana em que homens e mulheres tenham tudo o que desejam e precisam, e em que não devam preocupar-se com qualquer de suas necessidades, a questão da justiça [distributiva] provavelmente seria irrelevante. Assim sendo, se alguém consumisse um bem existente em quantidades potencialmente ilimitadas, nunca poderia ser acusado de ‘injusto’, visto que, provavelmente, não entraria em conflito com os outros para a obtenção de bens. Mas isso não parece ser o caso da alocação de recursos em nossas sociedades, nas quais os recursos são reconhecidamente finitos”.

Fermin Roland Schramm - 2000: 42

A reflexão bioética – implicando a pesquisa de regras de comportamento e análise de valores morais – tem se preocupado, de uma maneira muito ampla, com a questão da alocação de recursos procurando compreender os princípios e valores morais envolvidos nas tomadas de decisão no campo da saúde. Este interesse aumentou nas últimas décadas do século XX como conseqüência do constante e progressivo aumento dos gastos em saúde observados na maioria dos países, ao mesmo tempo em que os recursos disponíveis para custeá-los mostraram-se, não só finitos, mas também escassos (Fortes, 2001: 139).

Segundo Schramm (2000: 41), no caso dos sistemas sanitários com vocação universalista tais como o brasileiro – garantido pelo artigo 196 da Constituição Federal que afirma “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” - a chamada “crise sanitária” implica em um dilema “aparentemente” sem solução. Com efeito, estes serviços universais de saúde não podem incorporar indefinidamente despesas, sob o risco de irem à falência e ao, mesmo tempo, não podem ignorar a sua vocação universalista, fundamentada na integridade da atenção médico-hospitalar principalmente, para não perder sua identidade e legitimidade.

A simultaneidade de avanços na compreensão e no tratamento das causas das doenças – que favorece a incorporação de novos procedimentos diagnósticos e terapêuticos – e a realidade de administrar recursos escassos – que a princípio limitaria a incorporação de tais procedimentos – constitui um grande desafio para os gestores dos sistemas de saúde, instados, por um lado, pelas demandas crescentes e legítimas dos usuários e, por outro, pela urgência de racionalizar os recursos efetivamente disponíveis. Por essas razões, a alocação

de recursos para a saúde se torna um problema complexo, cuja solução deve ter em conta, simultaneamente, os aspectos sanitários, econômicos, políticos e morais, que não são comensuráveis entre si, *a priori*, visto que seu correto equacionamento deve satisfazer as necessidades de saúde da população e otimizar os meios disponíveis para tal satisfação. Para que a política sanitária seja legítima é necessária a construção de um consenso social sobre as modalidades da alocação que esteja baseado no princípio moral da justiça. Isto suscita debates éticos e políticos sobre quais seriam as escolhas mais razoáveis, moralmente legítimas e politicamente aceitáveis a serem feitas (Schramm, 2000: 41).

A abundante bibliografia que aborda a questão da alocação de recursos para saúde diferencia duas dimensões deste problema: (1) a “macro-alocação”, que diz respeito a procedimentos de alocação e distribuição dos recursos financeiros para a saúde, dirigindo seu interesse sobre as políticas públicas de saúde e a organização dos sistemas de serviços sanitários e (2) a “micro-alocação” que diz respeito à discussão e análise das formas de seleção individualizada de pessoas que deverão se beneficiar dos serviços disponíveis. A problemática da micro-alocação inclui a seleção de pacientes para insuficientes vagas em hospitais ou serviços de terapia intensiva, recebimento de órgãos para transplantes, utilização de hemodiálise, etc. (Harris, 1998; Wikler & Marchand, 1998; Fortes, 2001).

Nesta dissertação, nos concentraremos na dimensão pública da alocação de recursos para a saúde; portanto, analisaremos principalmente os dilemas da macro-alocação.

Dito isto, podemos enumerar as questões levantadas por Fortes (2001: 144-146) sobre as quais pretendemos refletir nesta dissertação: não existindo recursos suficientes para dar resposta à totalidade das necessidades de saúde e tendo que estabelecer prioridades na alocação e na distribuição dos recursos, quais os critérios técnicos, os valores sociais e éticos a serem levados em conta na tomada de decisão? Deve o Estado restringir o acesso de determinadas e custosas tecnologias para prover as necessidades da maioria? Pode-se contrapor a prática de procedimentos onerosos destinado a poucas pessoas com outras destinações orçamentárias? Como se compreende o que seja utilidade social? Ela deve ser avaliada em termos médicos ou sociais? Como medir benefícios em saúde?

A hipótese de trabalho desta dissertação é que, em sociedades com distribuição assimétrica dos bens sociais (riqueza, educação, etc), as políticas universalistas de alocação de recursos para a saúde não têm, de fato, efeitos universalistas (ou são intimamente contraditórios); o que se observa, na prática, é um paradoxo consequencialista representado por uma “focalização *sui generis*” do atendimento sanitário, em que a alocação dos recursos

será determinada pelo poder de barganha dos indivíduos ou grupos sociais com melhores condições de negociação, os quais acabam, portanto, sendo os mais favorecidos.

Acreditamos que nas sociedades marcadas pela injustiça social, com um grande número de pobres e excluídos, as conseqüências do modelo sanitário universalista são: (1) a reprodução das injustiças que caracterizam essa sociedade (e que, em tese, o modelo pretende eliminar), e (2) a prática de uma política distributiva que carece dos princípios morais que, em teoria, deveriam legitimá-la.

Este pressuposto nos remete a Platão que, na sua obra *A República*, escrevia: “*a obra-prima da injustiça é parecer justa sem sê-lo*”. (Platão, 1992: 79)

Como escreve Kottow, “*a justiça é uma questão política e filosófica vasta demais para ser discutida em profundidade*” (Kottow, 1999: 44). Portanto, considerando a enorme complexidade do assunto, e sem a pretensão de resolvê-lo em sua totalidade, o trabalho aqui apresentado divide a análise em três partes.

Numa primeira parte, descritiva, são apresentados os princípios de justiça que devem estabelecer as bases morais de um sistema justo de serviços de saúde; para isto, analisaremos as teorias da justiça distributiva, principalmente, as de autores como John Rawls, Amartya Sen, Michael Walzer e Judith Shklar.

Na segunda parte, também descritiva, analisaremos especificamente a justiça sanitária. Apresentaremos uma breve resenha histórica desde a Antiguidade até a Modernidade (sempre no mundo ocidental) que permite observar a evolução do conceito “saúde” e sua relação com os valores morais prevalentes em cada sociedade. A seguir, apresentaremos uma análise das diferentes bases ideológicas (e seus fundamentos éticos) para a prática social da saúde no Estado moderno.

Na terceira e última parte, normativa, depois de termos identificados os princípios de justiça moralmente válidos, analisaremos os problemas e as conseqüências para um contexto social caracterizado pela escassez de recursos.

Finalmente, tentaremos dar uma resposta à pergunta de como alocar, com justiça, os recursos para a saúde, principalmente, desde o enfoque de bioeticistas que trabalham na América latina, como Fermin Roland Schramm e Miguel Kottow. Estes autores argumentam sobre a necessidade de implementar uma política sanitária “focalizada” que, baseada na equidade, permita o acesso ao atendimento sanitário de todo aquele que necessita cuidados de saúde para recuperar sua autonomia, mas não pode custeá-los.

PRIMEIRA PARTE
TEORIAS DA JUSTIÇA

“Justiça e equidade são valores humanos essenciais. Respeitá-los é indispensável à paz e ao progresso, já que sem elas podem surgir ressentimentos e ocorrer desestabilizações. Embora as pessoas nasçam em circunstâncias sociais e econômicas bastante diversas, grandes disparidades em suas condições ou oportunidades de vida constituem uma afronta ao senso de justiça humano. Sempre que um grande número de cidadãos recebe tratamento injusto ou tem seus direitos negados, e sempre que não se tente corrigir flagrantes desigualdades, o descontento é inevitável e o conflito, provável. (...) Preocupar-se com a equidade não é o mesmo que insistir na igualdade, mas requer ações deliberadas para minimizar flagrantes desigualdades, lidar com os fatores que as causam ou perpetuam e promover uma distribuição dos recursos mais justa. Um compromisso maior com a equidade e a justiça é fundamental para que se aja de modo mais decidido, a fim de diminuir as disparidades e realizar uma distribuição mais equilibrada de oportunidades em todo mundo”.

Relatório da Comissão sobre a Governança Global
CGG - 1996: 38-9.

“Entre la libertad y la justicia, me inclinaría por la justicia”.

Jorge Luis Borges. Escritor argentino.
(apud: Stortini: 1990: 122)

“A justiça é uma construção humana, e é duvidoso que possa ser realizada de uma única maneira”.

Michael Walzer.
2001: 19

“Os seres humanos necessitam justificar suas ações. Porém, as teorias da justiça podem ser empregadas tanto para justificar como para reprovar soluções pragmáticas. Talvez, cumpram sua função social mais importante criticando e repudiando a injustiça”.

James F. Drane.
1990: 203

CAPÍTULO 1: CONCEPÇÕES DA JUSTIÇA.

“Não é a justiça a virtude própria do homem?”.

Platão. *A República.*
Livro primeiro - 1992: 49

“Uma vez que o homem injusto é ganancioso, a questão da justiça deve estar relacionada com bens”.

Aristóteles. *Ética a Nicômaco.* Livro V, 1129 b – 2001:104.

*“Justitia est constans et perpetua voluntas jus suum cuique tribuens”
(justiça é a perpétua e constante vontade de dar a cada um o que é seu)*

Flavius Petrus Sabbatius Justinianus
(apud: Engelhardt, 1998: 156)

O dicionário Aurélio de língua portuguesa apresenta cinco verbetes para a palavra “Justiça”; o primeiro, coincide com as definições que aparecem no livro primeiro da República de Platão: “a virtude de dar a cada um aquilo que é seu” e na tradição do direito romano: “suum cuique tribuere”. Embora a definição de justiça tenha se mantido a mesma desde o início da cultura ocidental até hoje, não tem sido constante o seu significado.

Poderíamos dizer que na história do Ocidente tem havido quatro interpretações distintas e, até, contrapostas do que significa “dar a cada um o que é seu”, a saber: a justiça interpretada como proporcionalidade natural; liberdade contratual; igualdade social e bem-estar coletivo respectivamente.

- **A justiça como proporcionalidade natural:**

Iniciada pelos pensadores gregos no século VI AC, manteve-se indiscutida até o século XVII.

Esta teoria sustenta que todas as coisas têm seu lugar natural e, enquanto naturais, essas coisas são justas. O raciocínio é tanto aplicável à ordem cósmica quanto ao político. Para os antigos gregos, a justiça era uma propriedade natural das coisas que o homem não tinha mais do que conhecer e respeitar.

Aristóteles (2001: 107), por sua parte, diferenciava dois sentidos parciais da justiça; uma “Justiça distributiva” – que estabelece às relações entre os governantes e os súditos – e uma “Justiça reparadora”, que rege as relações das pessoas entre si. Para Aristóteles, a justiça distributiva consiste em uma “relação para com o próximo” e diz respeito à honra, ao dinheiro e à segurança, ao passo que a justiça reparadora diz respeito a tudo que se relaciona com o “homem bom”. Nesta dissertação nos ocuparemos da justiça distributiva. A este respeito, cabe pensar que se os seres humanos fossem por natureza exatamente iguais, só poderia ser justa uma distribuição igualitária; mas a igualdade entre as pessoas não era facilmente aceita nem na Grécia Antiga.

Na sua obra *A República*, Platão define a sociedade naturalmente ordenada como aquela em que haverá “homens inferiores, artesãos, guardiões e governantes”. Porém, dado o caráter “natural” da desigualdade e da hierarquia dentro da sociedade para os antigos gregos, a distribuição dos bens e das honras não podia (nem devia) ser feita de modo idêntico entre todos os indivíduos, mas de maneira proporcional às respectivas “capacidades naturais” (apud: Gracia, 1990 (a): 3).

A justiça, entendida como proporcionalidade natural manteve sua vigência também na Idade Média. Toda a cultura medieval do Ocidente foi construída pelos teólogos cristãos em torno da idéia de “ordem natural”: desde que a natureza é obra de Deus, a ordem natural é formalmente divina e, conseqüentemente, inquestionável.

Assim, a ordem “divina” regia as coisas naturais, os homens, a sociedade, a história e, também, a justiça entre eles. Só era considerado justo àquilo que se ajustava ao modelo da “ordem natural” e era expressão dos seus princípios morais. Este universo intelectual não mudou de maneira substancial até a chegada da modernidade.

- **A justiça como liberdade contratual.**

Desde Locke até os nossos dias, tem se afirmado o caráter autônomo e absoluto do indivíduo humano tanto na ordem religiosa quanto na política. Neste novo enfoque, que

constitui uma das bases da modernidade, o “Homem” está por cima da natureza e passa a ser a única e exclusiva fonte dos direitos.

Em 1690, na sua obra *“Dois ensaios sobre o governo civil”*, John Locke (1969: 94-103) descreve os direitos primários, individuais e irrenunciáveis de todo ser humano. São os chamados “direitos humanos civis e políticos” que dizem respeito, principalmente, ao direito à vida, à liberdade e à propriedade privada. Estes direitos, para realizar-se, precisam de um “contrato social” baseado em uma lei estabelecida, conhecida, firme e aceita que permita diferenciar, por consenso, o que é justo do que é injusto. O contrato social teria, assim, como objetivo proteger os direitos que todo ser humano tem simplesmente por sê-lo.

De fato, os direitos humanos, assim pensados, transformam-se em outro tipo de “direitos naturais”, diferenciando-se dos primeiros apenas na sua fonte de legitimidade.

Já na interpretação da justiça, a distribuição de honras e bens é regida pelo “princípio da justa aquisição da propriedade”, segundo o qual, uma aquisição é justa quando é o resultado do próprio trabalho. Junto com este princípio primeiro, aparece também o “princípio da justa transferência da propriedade”, pelo qual, os filhos têm o direito a herdar as propriedades justamente adquiridas pelos pais. Qualquer ação do poder político, delegado do contrato social, que exceda a proteção de estes “direitos” será considerado como um abuso injustificado e injusto (Locke, 1969: 94-103).

Esta interpretação da justiça, junto com a idéia minimalista que Locke tinha sobre o que devia ser o Estado, teve uma enorme repercussão no pensamento de autores clássicos da economia liberal, tais como Adam Smith, David Ricardo e Thomas Robert Malthus.

- **A justiça como igualdade social.**

No século XIX, Karl Marx e Friedrich Engels pensavam que o “Estado liberal” apenas tinha uma única vantagem: “acabar com o Estado despótico e absolutista”. A partir de uma postura crítica ao que chamaram de “Estado Burguês”, elaboraram uma nova teoria social que interpretava a justiça de maneira contraposta à “liberdade contratual” do pensamento liberal. Para estes autores, nem os direitos nem o Estado neles fundado constituem a estrutura básica da sociedade, eles representam apenas uma “superestrutura” que teria base em um nível prévio chamado de “infraestrutura” e que, por sua vez, estaria determinado pelas condições materiais de vida; em especial, na propriedade privada dos meios de produção. Para o marxismo, o Estado constitucional moderno de economia capitalista,

baseado no respeito dos “direitos humanos civis e políticos” (considerados “direitos formais”) perpetua a desigualdade e a injustiça social desde que aliena o trabalhador de seu próprio trabalho (apud: Gracia, 1990(b): 191).

O marxismo, ao negar a propriedade privada dos “bens de produção”, permite uma nova interpretação da justiça distributiva dos “bens de consumo”. Isto, no pensamento marxista significa que cada indivíduo deve produzir em função da sua “capacidade” e deve receber os bens produzidos em função da sua “necessidade”.

Mais adiante, nesta dissertação, analisaremos com maior detalhe a importância do conceito de “necessidade” nas teorias da justiça sanitária.

- **A justiça como bem-estar social.**

Podemos agora voltar à definição clássica: “justiça é dar a cada um aquilo que é seu” e observar o contraponto das interpretações. Para os liberais, “aquilo que é seu” significa “o próprio”, enquanto que para os marxistas significa “o necessário”.

Entre estas duas interpretações há uma terceira, a do socialismo democrático, que introduz o conceito de “Bem-Estar Social” (*welfare*) para interpretar a justiça distributiva. Segundo esta concepção, os direitos humanos civis e políticos do liberalismo, são “direitos negativos”, assim chamados por serem prévios à constituição do Estado (hoje são chamados “direitos humanos de primeira geração”); porém, estes direitos negativos se complementam com outros chamados de “direitos positivos”, isto é, direitos econômicos, sociais e culturais que só podem ser praticados com a existência do Estado que os regulamenta e garante (os chamados direitos humanos de segunda geração) (Schramm, 1997 (a): 25-26; Daniels, 1998: 317).

Em contraposição ao “Estado minimalista” do liberalismo, o socialismo democrático pensa em um “Estado maximalista” que promova e proteja tanto os direitos negativos quanto os positivos; isto é, um Estado em condições de garantir o direito que todo ser humano tem à educação, à moradia e emprego dignos, à aposentadoria, à assistência sanitária, etc.

Segundo esta interpretação, só existirá justiça social quando o Estado seja capaz de garantir todos estes direitos à população.

Em resumo: no começo da cultura ocidental e na Idade Média, considerava-se que uma “natureza divina” impunha “desigualdades” entre as pessoas que justificavam diferenças

de tratamento social que hoje consideraríamos inaceitáveis (tais como a escravidão). Com a chegada da modernidade, surge a idéia de “igualdade” como um dos alicerces dos direitos humanos e que irá influenciar tanto o pensamento liberal (igualdade de perante a lei); quanto o pensamento marxista (igualdade frente às necessidades) e o pensamento socialista-democrático (igualdade frente aos direitos garantidos pelo Estado).

A seguir, veremos como as teorias atuais da justiça introduzem o conceito de “equidade” (desigual tratamento aos desiguais, favorecendo os menos afortunados) e o conceito de “pluralismo” (respeito aos diferentes valores e interesses particulares).

CAPÍTULO 2: TEORIAS ATUAIS DA JUSTIÇA I.

I - JOHN RAWLS: A JUSTIÇA COMO EQÜIDADE.

“O Argumento de Rawls é interessante pela sua alegação de que é possível descobrir os princípios apropriados a serem seguidos na distribuição de bens sociais primários. Embora ele evite a questão de alocação de recursos de assistência à saúde, e apesar de ter limitado significativamente as alegações para sua explicação, sua teoria é freqüentemente invocada na discussão da distribuição de recursos de assistência à saúde”.

Engelhardt
1998: 471-2

A justiça como equidade.

Em 1971, John Rawls publica seu livro “Uma teoria da justiça”. Nesta obra clássica da filosofia do direito, Rawls levanta uma questão particularmente importante ao afirmar que “só existe justiça entre iguais”; portanto, a justiça deve ser entendida não como “igualdade”, mas como “eqüidade”, e isto significa que tratamentos desiguais poderiam ser justificados.

A teoria rawlsiana não impõe restrições quanto aos tipos de desigualdades permissíveis; apenas exige que a posição de todos, ou pelo menos a situação dos mais necessitados, seja melhorada.

No prefácio à edição brasileira de 1997, Rawls considera que a idéia central do conceito “justiça como eqüidade” coincide com a idéia de uma concepção filosófica para uma democracia constitucional: “(...) *minha intenção foi formular uma concepção de justiça que fornecesse uma alternativa razoavelmente sistemática ao utilitarismo que, de uma forma ou de outra, dominou por um longo tempo a tradição anglo-saxã do pensamento político. A razão principal para buscar essa alternativa é, no meu modo de pensar, a fragilidade da doutrina utilitarista como fundamento das instituições da democracia constitucional. Em particular, não acredito que o utilitarismo possa explicar as liberdades e direitos básicos dos cidadãos como pessoas livres e iguais, uma exigência de importância absolutamente primordial para as considerações das instituições democráticas*”. (Rawls, 1997: XIV).

O “utilitarismo” que Rawls combate é uma doutrina moral cujos principais representantes são os ingleses Jeremy Bentham (1748-1832) e John Stuart Mill (1806-1873). A teoria utilitarista propõe a quantificação de benefícios e encargos para depois escolher a prática que maximize os primeiros e minimize os segundos. Os custos e benefícios são quantificados em função da maioria da população, sem consideração dos casos em particular (Drane, 1990: 209).

Nas palavras de Rawls: *“o utilitarismo pode parecer um ideal elevado, mas em contrapartida ele pode autorizar uma redução no bem-estar e na liberdade de alguém em nome da maior felicidade de outrem, talvez já privilegiado”* (Rawls, 1997:637).

A teoria de Rawls é uma inteligente reformulação do pensamento social-democrático. Entre o liberalismo e o igualitarismo puros, o autor propõe um recurso metafórico (“o véu da ignorância”) para descrever como seria uma “sociedade ordenada” em que a justiça equitativa emerge de um contrato assinado por pessoas éticas, livres e iguais em uma “situação originária” em que desconhecem quais serão os seus valores, preferências e interesses futuros.

O véu da ignorância.

Segundo John Rawls, se perguntarmos de forma abstrata para indivíduos concretos, com desejos e preferências conhecidas, se a distribuição de um dado estoque de coisas é melhor que uma outra, simplesmente, não haverá resposta para essa pergunta. (Rawls, 1997:94).

Por isso, o autor sugere que para alcançar um acordo justo, de algum modo, deve ser encontrado um mecanismo que anule os efeitos das contingências específicas que colocam os homens em posições de disputa. Com este objetivo, Rawls propõe colocar as partes atrás de um “véu da ignorância” evitando, desta maneira, que as pessoas saibam de antemão como as várias alternativas irão afetar os seus casos particulares e possam, conseqüentemente, avaliar os princípios apropriados unicamente com base nas considerações gerais. (Rawls, 1997: 146-7).

Igualmente afastada de Locke e de Marx, a teoria rawlsiana coincide com algumas das idéias fundamentais da ética kantiana: *“A formulação do véu da ignorância estaria implícita na doutrina kantiana do imperativo categórico. Assim, quando Kant nos diz para testarmos nossa máxima através da consideração de qual seria o caso se ela fosse uma lei*

universal da natureza, ele deve supor que não conhecemos nosso lugar dentro desse sistema natural imaginado” (Rawls, 1997: 668-9).

Com uma abordagem contratualista, a teoria de Rawls generaliza e leva a um nível mais alto de abstração o conceito tradicional de contrato social. Rawls utiliza a figura de “situação originária” que incorpora certas “restrições de conduta” baseadas em “razões destinadas a conduzir a um acordo original sobre os princípios da justiça” (Rawls, 1997: 3).

O que Rawls chama de “situação originária” corresponde ao “estado de natureza” na teoria tradicional do contrato social; trata-se de uma situação hipotética caracterizada de modo a conduzir a uma certa concepção de justiça: “a idéia do acordo original é a de estabelecer um processo imparcial, de modo que quaisquer princípios aceitos sejam justos” (Rawls, 1997: 146).

Uma vez que todos estão numa situação semelhante e ninguém pode designar princípios para favorecer sua condição particular, os princípios da justiça emergentes serão o resultado de um consenso entre indivíduos tomados como pessoas éticas, que se definem como: “seres racionais com objetivos próprios e capazes de um senso de justiça”. (Rawls, 1997: 13).

Para Rawls, a justiça como equidade começa com a idéia de que, “quando princípios comuns são necessários e trazem vantagens a todos, eles devem ser formulados a partir do ponto de vista de uma situação originária de igualdade, adequadamente definida, na qual, cada pessoa é representada de maneira imparcial”. (Rawls, 1997: 241).

Os princípios da justiça social

No desenvolvimento de sua teoria, Rawls procura encontrar um conjunto de princípios de justiça que permitam escolher entre as várias formas de ordenação social para conseguir, finalmente, selar um acordo sobre as partes distributivas adequadas. Estes princípios forneceriam um modo de atribuir direitos e deveres nas instituições básicas da sociedade e, por outro lado, definiriam a distribuição apropriada dos benefícios e encargos da cooperação social. Rawls considera que uma sociedade “bem-ordenada” estará regulada por uma “concepção pública da justiça”. Em outros termos, uma sociedade bem-ordenada, segundo Rawls, é aquela na qual (1) todos aceitam e sabem que os outros também aceitam

os mesmos princípios de justiça, e (2) as instituições sociais básicas geralmente satisfazem, e geralmente se sabe que satisfazem, esses princípios.

Todavia, entre indivíduos com objetivos e propósitos díspares, uma concepção partilhada de justiça estabelece os vínculos da convivência cívica; o desejo geral de justiça limita a perseguição de outros fins. (Rawls, 1997: 5).

É óbvio que as sociedades concretas raramente podem ser consideradas como “bem-ordenadas” nas condições formuladas por Rawls; principalmente, porque as interpretações do que é a justiça podem gerar conflitos entre distintos grupos sociais.

Rawls considera imprescindível que todos os membros da comunidade devam ser indivíduos morais livres e iguais nas relações políticas e sociais, e assim considerem a si próprios e a outrem. Só assim se garantem, segundo Rawls, “*as condições sociais essenciais para o desenvolvimento adequado e para o exercício pleno e consciente de seus dois poderes morais: sua capacidade para o senso da justiça e sua capacidade para uma concepção de bem*” (Rawls, 1997: XV).

Rawls chama estes dois poderes morais de “os dois casos fundamentais”: o primeiro caso seria fundamental para a aplicação dos princípios de justiça à estrutura básica da sociedade pelo exercício do senso de justiça dos cidadãos e o segundo caso resultaria fundamental para a aplicação dos poderes de raciocínio e pensamento crítico dos cidadãos na formação, na revisão e na busca racional de sua concepção do bem.

Segundo Rawls: “*as liberdades políticas iguais, a liberdade de pensamento, a liberdade de consciência e a liberdade de associação devem garantir que o exercício dos poderes morais possa ser livre, consciente e efetivo nesses dois casos*”. (Rawls, 1997: XV).

Neste contexto, o autor apresenta dois princípios da justiça social (Rawls, 1997: 333), a saber:

- **Primeiro Princípio (igualdade):** Cada pessoa deve ter um direito igual ao mais abrangente sistema total de liberdades básicas iguais que seja compatível com um sistema semelhante de liberdades para todos.
- **Segundo Princípio (equidade):** As desigualdades econômicas e sociais devem ser ordenadas de tal modo que, ao mesmo tempo: (a) tragam o maior benefício possível para os menos favorecidos, e (b) sejam vinculados a cargos e posições abertos a todos em condições de igualdade equitativa de oportunidades.

Estes dois princípios são um caso especial de uma concepção mais geral de justiça: *“Todos os valores sociais – liberdade e oportunidade, renda e riqueza, e as bases sociais da auto-estima – devem ser distribuídos igualmente a não ser que uma distribuição desigual de um ou de todos esses valores traga vantagens para todos, especialmente aos mais necessitados”* (Rawls, 1997: 66).

Os bens sociais primários.

A idéia central desta teoria da justiça baseia-se na necessidade de considerar como objetos básicos de distribuição todos aqueles que o autor chama de “bens sociais primários”, e que são definidos como tudo aquilo que as pessoas necessitam em sua condição de cidadãos livres e iguais durante toda uma vida (Rawls, 1997: XVI).

Para Rawls, as comparações interpessoais para propósitos de justiça devem ser feitas em termos de uma lista ordenada de bens primários dos cidadãos; por outra parte, considera que esses bens respondem às suas “necessidades” como cidadãos, em oposição às suas “preferências e desejos” (Rawls, 1997: XVI).

Segundo Rawls, as comparações interpessoais de quinhões distributivos não devem ser feitas em função de uma “visão metafísica” ou “concepção abrangente do bem”, mas sim em uma “similaridade parcial” entre as concepções do bem e os planos de vida dos indivíduos.

Desde este ponto de vista, os bens primários devem ser entendidos como “as coisas que um homem racional deseja, não importa o que mais ele deseje”. Na perspectiva de Rawls, independentemente de quais sejam em detalhe os planos racionais de um indivíduo, supõe-se que há várias coisas das quais ele preferiria ter mais a ter menos. Acompanhando este raciocínio podemos deduzir que, tendo uma maior quantidade de bens sociais primários, os indivíduos podem, em princípio, estar seguros de obter um maior sucesso na realização das suas intenções e na realização de seus objetivos, quaisquer que eles sejam (Rawls, 1997: 97-8).

A lista ordenada de “bens sociais primários” que Rawls propõe, pode ser considerada da seguinte maneira:

- a- Liberdades e direitos fundamentais;
- b- Liberdade de movimento e de escolha de ocupação contra um plano de fundo de oportunidades variadas;

- c- Capacidades e prerrogativas de cargos e posições de responsabilidade nas instituições políticas e econômicas da estrutura básica da sociedade;
- d- Renda e riqueza;
- e- As bases sociais do auto-respeito.

Os bens primários (a) e (b) devem ser propiciados igualmente a todos. Porém, Rawls observa que, ainda que o esquema institucional de liberdades fundamentais seja o mesmo para todos os indivíduos, dada a existência da pobreza e de desigualdades profundas, alguns têm mais meios do que outros para se valer dessas liberdades para promover os fins que consideram valiosos. Para Rawls, a estrutura básica da sociedade deve ser disposta de forma a maximizar o valor, para os menos favorecidos, do esquema completo de liberdade igual compartilhado por todos. Desta maneira, “O fim da justiça social” consistiria em “maximizar a liberdade efetiva dos menos favorecidos” (Vita, 1999: 479-481).

Mesmo que Rawls considere incluída entre as restrições que definem a liberdade a incapacidade de beneficiar-se dos próprios direitos e oportunidades, como consequência da pobreza e da ignorância, esta não será a posição definitiva do autor: “*quero pensar que essas coisas afetam o valor da liberdade*”. (Rawls, 1997: 221). Com esta base, Rawls distingue a “liberdade”, representada por um sistema completo das liberdades da cidadania, do “valor da liberdade”, que depende da capacidade dos indivíduos de promover seus fins dentro da estrutura definida pelo sistema.

A noção de liberdade como “liberdade igual” é a mesma para todos, mas o mesmo não acontece com o valor da liberdade. “*Alguns têm mais autoridade e riqueza e, portanto, maiores meios de atingir seus objetivos*” (Rawls, 1997: 221-2). É por isso que, para o autor, o valor da liberdade para os menos favorecidos pode ser garantido mediante uma distribuição equitativa de bens sociais primários, tais como a renda, a riqueza e as oportunidades de acesso às posições ocupacionais e de autoridade mais valorizadas da sociedade. (Vita, 1999: 479-480).

Respeito aos bens sociais primários (c) e (d), Rawls considera que devem ser distribuídos de maneira “justamente” desigual, sempre que essas desigualdades forem estabelecidas para elevar as vantagens de todos, em especial, dos socialmente menos favorecidos. É o que Rawls chama de “princípio da diferença”; Segundo este princípio, também chamado por Rawls de “primeira regra de prioridade”: “*as diferenças e desigualdades na distribuição das liberdades básicas só podem ser restringidas se: (1)*

uma redução da liberdade deve fortalecer o sistema total das liberdades partilhadas por todos e (2) uma liberdade desigual deve ser aceitável para aqueles que têm liberdade menor” (Rawls, 1997:334). Para Rawls isto só é verdadeiro quando se confirma que a posição de cada homem é melhorada em relação à ordenação inicial de igualdade (Rawls, 1997:84).

Antes de continuar com este estudo da teoria de Rawls, é conveniente definir com precisão o conceito de “estrutura básica da sociedade”. Trata-se de um sistema público de regras que definem um esquema de atividades que conduz os homens a agirem juntos no intuito de produzir uma quantidade maior de benefícios e a atribuírem a cada indivíduo certos direitos reconhecidos a uma parte dos produtos (Rawls, 1997: 90).

A respeito do funcionamento da estrutura básica da sociedade, Rawls estabelece um “princípio da eficiência”; segundo o qual, uma organização da estrutura básica é eficiente quando não há como mudar essa distribuição de modo a elevar as perspectivas de alguns sem diminuir as perspectivas de outros (Rawls, 1997: 74).

Porém, *“isto não significa que se o sistema social é eficiente, não há motivos para nos preocuparmos com a distribuição e declarar as organizações eficientes igualmente justas”* (Rawls, 1997: 75). Para Rawls, *“a eficiência deve manter um equilíbrio com a equidade”* (Rawls, 1997: 664). Isto o leva a formular sua “segunda regra de prioridades”: *“a prioridade é da justiça sobre a eficiência e o bem-estar”* (Rawls, 1997: 334). Na perspectiva de Rawls, a igualdade equitativa de oportunidades é lexicalmente anterior aos princípios da diferença e da eficiência.

Com respeito ao último item dos bens sociais primários (e), “as bases sociais do auto-respeito”, Rawls considera que só podem existir quando as instituições básicas da sociedade fornecem um apoio substancial à capacidade de cada um dos seus membros de desenvolver um sentido de respeito por si mesmos, isto é, quando são simultaneamente satisfeitas as exigências dos dois princípios de justiça enunciados na teoria rawlsiana (Vita, 1999: 482).

Para Rawls, as bases sociais do auto-respeito talvez sejam o mais importante dos bens sociais primários dado o valor inestimável que o auto-respeito tem para os indivíduos: *“podemos definir o auto-respeito como tendo dois aspectos: em primeiro lugar, inclui um senso que a pessoa tem de seu próprio valor, a sua sólida convicção de que vale a pena realizar sua concepção do bem, o seu plano de vida. Em segundo lugar, o auto-respeito implica uma confiança em nossa habilidade, na medida em que isso estiver em nosso*

poder, de realizar nossas intenções. Quando sentimos que nossos planos têm pouco valor, somos incapazes de promovê-los com satisfação e de sentir prazer com a sua execução”.(Rawls, 1993: 487).

A justiça procedimental pura.

Rawls utiliza a noção de “justiça procedimental pura” como fundamento da sua teoria (Rawls, 1997: 147). O autor define a justiça como sendo “procedimental pura” quando não temos nenhum outro critério para avaliar moralmente os resultados e posições específicas que não o de terem sido geradas pela aplicação consistente de um procedimento justo. Assim, as circunstâncias contextuais definem um procedimento justo. *“A idéia intuitiva é conceber o sistema social de modo que o resultado seja justo qualquer que seja ele, pelo menos enquanto estiver dentro de certos limites”* (Rawls, 1997: 90-2).

Uma característica distintiva da justiça procedimental pura encontra-se na sua dependência dos resultados; desde este enfoque, um procedimento equitativo traduz a sua equidade no resultado apenas quando é levado a cabo. Isto é particularmente interessante nos casos em que não há critério independente em referência ao qual seja possível demonstrar com antecipação que um procedimento será justo. Portanto, a fim de ser aplicada a noção de justiça procedimental pura às partes distributivas, é necessário construir e administrar imparcialmente um sistema justo de instituições: *“apenas em referência ao contexto de uma estrutura básica justa é que podemos dizer que existe o pré-requisito do procedimento justo”* (Rawls, 1997: 93).

Rawls afirma que a vantagem prática da justiça procedimental pura encontra-se em que não é mais necessário controlar a infindável variedade de circunstâncias nem as posições relativas mutáveis de pessoas particulares (Rawls, 1997: 93). Pelo contrário, na perspectiva rawlsiana de justiça procedimental pura, mesmo que as capacidades e as necessidades individuais sejam levadas em conta, são as capacidades e necessidades de tipo padrão dos cidadãos dos quais se espera que possam cumprir sua parte em um esquema de cooperação social bem ordenado (Vita, 1999: 486).

Percebe-se que, ao tratar a justiça distributiva em termos de justiça procedimental pura não só se reduz a complexidade das comparações interpessoais de vantagens, também se abre um lugar substancial para a “responsabilidade individual” que se apóia na capacidade das pessoas de assumir as conseqüências das próprias ações e de moderar as

exigências que fazem às instituições sociais de acordo com o emprego dos bens primários (Vita, 1999: 485-6). A importância de promover responsabilidade para garantir uma justiça equitativa será analisada no capítulo 6.

Afinal, os dois casos fundamentais da teoria de Rawls, a capacidade para o “senso da justiça” e a capacidade para uma “concepção de bem”, se completam de maneira coerente, o que não acontece no utilitarismo.

Rawls critica o utilitarismo clássico, principalmente na exigência do sacrifício dos interesses privados de algumas pessoas, quando isto se faz necessário para a maior felicidade de todos. Segundo este autor, a aplicação dos princípios utilitaristas pode redundar em que pessoas e grupos já beneficiados continuem a receber benefícios em prejuízo de outrem já prejudicados. Nesses casos, a opção pelo utilitarismo poderia nos colocar em situações que confrontam a coerência do que é justo e bom: *“uma pessoa racional hesitaria em dar precedência a um princípio que tende tanto a superar a sua capacidade de empatia quanto a sua liberdade”* (Rawls, 1997: 637-8).

Segundo Rawls, na sua teoria (regulada por uma concepção pública e consensual da justiça) a coerência do justo e do bom é maior que na visão utilitarista clássica.

O autor explica esta maior coerência em função da complementaridade dos “casos fundamentais” da sua teoria. Lembremos que, segundo a teoria rawlsiana, as pessoas morais possuem um “senso de justiça”, definido como *“o desejo efetivo de agir racionalmente adotando o ponto de vista da justiça como regulador de seu plano de vida”* (Rawls, 1997: 631). Nas palavras do autor: *“o desejo de afirmar a concepção pública de justiça como o fator determinante de nosso plano de vida é coerente com os princípios da escolha racional”* (Rawls, 1997: 643).

Para demonstrar que a escolha racional de agir seguindo o senso de justiça se completa com a “concepção do bem” do indivíduo, o autor recorre à interpretação kantiana: *“Agir de forma justa é algo que desejamos fazer na qualidade de seres racionais livres e iguais. O desejo de agir de forma justa e o desejo de expressar a nossa natureza de pessoas livres, em termos práticos, é o mesmo desejo (...) A congruência do justo e do bem se determina pelos padrões por meio dos quais cada conceito é especificado”* (Rawls, 1997: 636-7).

Em resumo, a teoria rawlsiana afirma que sobre a base da “pessoa moral” é possível conceber uma “sociedade bem-ordenada”, regida por princípios de justiça (coletivamente consensuais e racionais a partir da perspectiva do acordo original) e constituída por

indivíduos que se consideram a eles mesmos e a outrem como sendo livres e iguais nas relações políticas e sociais. Por outra parte, devem ser considerados como objetos básicos dos princípios de justiça certos “bens sociais primários” (liberdades básicas, igualdade de oportunidades, direitos e prerrogativas; renda e riqueza e as condições sociais do auto-respeito). A tese de Rawls sustenta que uma sociedade não pode ser considerada justa a menos que todos estes valores sociais sejam igualmente distribuídos entre todos e que, no caso de ser necessária uma distribuição desigual de algum ou de todos estes valores sociais, a desigualdade deverá redundar em benefício para os mais necessitados, o que significa não interpretar a justiça distributiva nem como igualitarismo simples, nem como utilitarismo, mas como eqüidade.

A justiça “racional” e “razoável”.

Jean-Pierre Changeux nos chama a atenção para o uso constante do conceito “razoável” na teoria de Rawls. Para Changeux, a idéia central da teoria rawlsiana é a “reciprocidade”, que se situa entre a “imparcialidade” – motivada pelo bem geral – e o “benefício mutuo” – em que cada um é o beneficiado – : *“neste contexto, Rawls, depois de Kant, distingue com pertinência o racional do razoável, sabendo que as pessoas racionais dirigirão sua ação de modo inteligente, qualquer que seja sua finalidade, mas as pessoas razoáveis farão mais. Elas levarão em conta suas ações para o bem-estar dos outros e completarão a noção de uma justiça igual para todos, com a de uma cooperação social eqüitativa, aceita pelo conjunto da sociedade”* (Changeux, 1999: 19-20).

II - AMARTYA SEN: O VALOR DA LIBERDADE.

“Uma característica comum de praticamente todas as abordagens da ética dos ordenamentos sociais que resistiram à prova do tempo é querer a igualdade de algo – algo que tem um lugar importante na teoria particular”

Amartya Sen.
2001: 21.

- **A economia filosófica de Sen.**

Desde seu primeiro livro – *Collective Choice and Social Welfare* (1970) – Amartya Sen vem realizando uma crítica rigorosa e sistemática aos fundamentos e às conseqüências do *welfarismo*. Em 1998, ganhou o Prêmio Nobel de Economia precisamente por suas contribuições à economia do bem-estar (*welfare*).

Cabe aclarar que *Welfarismo* é um termo meta-ético (i.e., usado para descrever e classificar juízos normativos) com que Sen costuma referir-se à exigência moral de que a “utilidade” de um estado de coisas está em função apenas da “satisfação”. Em um sentido abrangente, explica Sen, que o *welfare* está definido em termos de “satisfação individual”, vista seja como “estados de consciência agradáveis ou prazerosos” (*welfare* hedonista), seja como uma “realização não hedonista de preferências” (Sen, 2001: 239).

Na sua crítica ao *welfarismo*, o autor mantém a preocupação geral desta teoria com o princípio de que o bem-estar social é composto pelo bem-estar individual. Em função disto coloca que: “*é tarefa do economista produzir uma definição operacional do bem-estar individual e de sua agregação*” (Sen, 2001: 12).

Porém, elabora uma teoria que parte de uma distinção fundamental entre o que significa a “satisfação individual” welfarista e o que ele define como “vantagem individual”.

Para Sen (2001; 237), a “vantagem individual” é uma categoria avaliatória de bem-estar mais abrangente que permite conceber os “bens individuais” (num sentido amplo, os interesses racionais dos indivíduos) como passíveis de comparação e ordenação. Sen explica que a vantagem individual não pode ser contada como uma coisa a mais, além de seus componentes; por exemplo, além de “igualdades” ou “liberdades”; a “vantagem” seniana é um compósito de coisas que podem variar em seu valor e, por esta razão, serem diferentemente ponderadas (Sen, 2001: 236). Neste exame, segundo Sen, a fronteira entre a ética e a economia se desfaz: não há como escolher entre medidas de desigualdade sem ao

mesmo tempo escolher, ainda que de forma implícita, alguma concepção do que é bom ou vantajoso para as pessoas (Sen, 2001: 12).

Na sua análise da política econômica e da filosofia política, o autor assume que, em algum momento, todos defendemos que deva existir a igualdade de alguma coisa. Para Sen, afinal, há uma pergunta básica para compreender o igualitarismo: “o que deve ser igualado?”. Ao tentar elaborar uma resposta a esta interrogação, Sen busca a métrica que um igualitarista deveria utilizar para melhor avaliar a extensão da desigualdade e, ainda, qual aspecto da condição de uma pessoa deve contar como fundamental nessa avaliação (Sen, 2001: 12).

A questão de ordem mais geral desta discussão pode ser formulada da seguinte maneira: “se temos convicções igualitárias, em que aspectos ou com respeito a que deveríamos ter por objetivo tornar as pessoas tão iguais quanto possíveis? Com base em que deveríamos comparar os níveis relativos de vantagem individual?” (de Vita, 1999: 472).

No plano teórico, estamos diante do problema essencial de encontrar um núcleo de necessidades comum a todas as pessoas, em cuja dimensão avaliaremos a desigualdade.

O problema central desta questão, na perspectiva de Sen, é a seleção de um “espaço avaliatório”, dado que não há como tornar as pessoas iguais simultaneamente em todas as dimensões que podemos considerar importantes para avaliar a vantagem individual. A razão para isso é a diversidade humana: “*as pessoas diferem em suas circunstâncias sociais (renda, riqueza, nível cultural e educacional da família), em seus talentos e capacidades naturais (incluindo-se aí quão saudável é a saúde de uma pessoa), em seus gostos e preferências e em seus valores*” (de Vita, 1999: 475). Em função desta diversidade, nenhuma concepção de igualdade distributiva pode tornar as pessoas iguais em todas essas dimensões ao mesmo tempo.

Depois de analisar as dificuldades na tentativa de responder a pergunta “igualdade de que?”, o autor defende a resposta que o que deve ser igualado, para que exista justiça, são as “capacidades” (Sen, 2001: 12).

Neste ponto, Sen esclarece que não devemos confundir “capacidades” (*capability*) com “habilidades” (*ability*) já que a habilidade de fazer uma coisa não implica a “oportunidade” de fazê-lo (i.e., a pessoa *P* pode manter a habilidade de nadar mesmo que não tenha a oportunidade de fazê-lo). “Capacidade”, no sentido seniano, abrange oportunidade incluindo as condições externas de realização (Sen, 2001: 234).

A capacidade seniana pode ser apresentada como um “conjunto capacitário” (*capability set*) a partir do qual alguém escolhe “pacotes” alternativos de “funcionamentos” (no sentido de “atividades” tais como comer ou trabalhar, e de “estados de existência” tais como estar bem nutrido, estar livre de ameaças ou doenças, etc.) (Sen, 2001: 236).

As alternativas que uma pessoa dispõe para esta escolha são chamadas de “oportunidades reais” e representam as “liberdades substantivas” (liberdade de ter e fazer escolhas), no exemplo do autor: “*P é capaz de fazer X se, dada a oportunidade de fazer X, também poderia escolher deixar de fazê-lo*” (Sen, 2001: 234-5).

Um dos alicerces da “economia filosófica” seniana: é a idéia de que uma “vida boa” é “uma vida com escolhas genuínas”, na qual ninguém é forçado a viver de alguma forma específica, por mais rica que esta forma de vida possa ser sob outros aspectos (Sen, 2001:13).

Para Sen, na vida de qualquer pessoa, há certas coisas que são valiosas por si mesmas (p.ex.: estar livre de doenças que podem ser evitadas, poder escapar da morte prematura, estar bem alimentado, ser capaz de agir como membro de uma comunidade, agir livremente e não dominado pelas circunstâncias, ter oportunidades para desenvolver potencialidades). Esses “funcionamentos” passam a ser mais importantes que outros, no sentido de que qualquer vida digna de ser vivida só se realiza se eles se realizam; como escreve Sen: “*são constituintes da vida boa, ainda que sejam também meios para ampliar escolhas e liberdades*” (Sen, 2001:16).

Na concepção de Sen, as “oportunidades reais” não são parâmetros medidos por recursos disponibilizados às pessoas, mas “funcionamentos” cujos valores são determinados por uma série de fatores como: recursos, talentos, condicionamentos, direitos, expectativas, escolhas anteriores, conseqüências controláveis ou não de ações individuais ou coletivas, auto-estima, poder de iniciativa, voz na comunidade, etc.. Com este critério, “*pobreza, fome, desemprego, insegurança social ou econômica, costumes e governos que tiranizam são condições sob as quais as pessoas podem perceber suas privações e desvantagens distorcidamente e até deixar de conceber alternativas ou possibilidades de mudanças*” (Sen, 2001:14).

Uma intuição básica das chamadas teorias “igualitaristas de oportunidades” é de que as pessoas devem ser compensadas por certas desigualdades nas quotas de recursos de que dispõem para levar a cabo planos de vida e realizar o que valorizam. Isto significa que, de alguma maneira, a sociedade deve “compensar” seus membros por desigualdades pelas

quais não podem ser responsabilizados e, mesmo assim, acabam sendo prejudicados. Porém, se aceitamos que a perspectiva seniana das capacidades é uma concepção da “igualdade de oportunidades” que destaca a “liberdade substantiva” que as pessoas têm para realizar seus objetivos, devemos também considerar a questão do “acesso real aos recursos”, que dependerá das “habilidades e talentos” de cada pessoa; nas palavras do autor: *“ser carente de habilidades e talentos consiste numa limitação da liberdade de ter e fazer escolhas”* (Sen, 2001:13).

Para Sen, a falta de acesso real aos recursos limita não só as alternativas de meios (que de fato se tem) e de objetivos (que deles dependem), mas também os próprios objetivos e preferências que se formam durante a vida. Segundo o autor, esta limitação é crucial para se rejeitar a “satisfação individual” de preferências como um critério exclusivo do bem individual. Sen explica que é necessário subverter a relação entre “valorizar algo” e “desejar algo”, no sentido de passar a pensar que porque algo tem valor, isto constitui uma razão para o agente desejá-lo ou preferi-lo. O autor observa que, freqüentemente, as vítimas de destituição e desigualdades desenvolvem um tipo de desejos e preferências que acabam por reforçar essas mesmas desigualdades e corroborar as injustiças de que são vítimas. Portanto, se admitimos que a liberdade individual – na qual está incluída a liberdade que alguém tem de avaliar sua própria situação e a possibilidade de mudá-la – é um valor maior, o fato de não haver nem insatisfações nem desejos explícitos não pode apagar a importância moral da desigualdade (Sen, 2001:19).

Contudo, Sen critica o enfoque da economia tradicional segundo o qual, o bem-estar de uma pessoa é avaliado pelo seu domínio sobre bens e serviços. Segundo este autor, este pressuposto leva à focalização da variável “renda”, já que a renda determina o quanto cada pessoa pode consumir. Da mesma forma, cada pessoa é concebida como dotada de uma “função de bem-estar” que serve para traduzir em “nível de satisfação” o “nível de renda”. Na perspectiva de Sen, a “utilidade” (seja entendida como prazer, seja como satisfação de preferências) é apenas uma de tantas interpretações do bem individual e negligencia toda e qualquer informação sobre as condições que constituem a vida que alguém leva. Esta limitação é grave, pois, como defende Sen, nas questões sobre desigualdade, nosso interesse último é focalizar as vidas adequadas que podemos levar (Sen, 2001: 14). É claro que o bem-estar de uma pessoa está conectado com o domínio que ela tem sobre bens econômicos tradicionais. Mas as oportunidades que ela tem (em termos de escolhas que pode fazer) em sua vida não são limitadas apenas por fatores de riqueza ou renda. Existem

“circunstâncias individuais” (tais como idade, talento e deficiências, sexo, etc.) e “circunstâncias sociais” (tais como a estrutura familiar, a criminalidade, as condições epidemiológicas e ambientais, entre outras) cujas variações afetam substancialmente a conversão de características de bens e serviços em atividades e estados pessoais e em oportunidades que uma pessoa dispõe para realizar coisas que considera valiosas, o que Sen denomina “o problema da conversão” (Sen, 2001: 15)

A solução de Sen inicia com a mudança do enfoque avaliativo no sentido das comparações interpessoais das “vantagens individuais”. Como escreve o autor: “*a pluralidade de aspectos da vantagem individual reflete a diversidade de pontos de vista (razões) para apreciá-la*” (Sen, 2001: 236). É preciso, portanto, focalizar diretamente estados e ações que uma pessoa realiza para viver (funcionamentos).

Em resumo, para que haja justiça social na perspectiva seniana, o que deveria ser igualado com mais urgência são os “funcionamentos básicos das pessoas”, entendidos como a igual capacidade de ação para obter bens e serviços sociais com liberdade. Mas o bem-estar alcançado não é, para Sen, uma medida suficiente da vantagem individual “*As comparações interpessoais de vantagens deveriam se basear, sobretudo, na liberdade de alcançar bem-estar e de escolher entre diferentes tipos de vida*” (de Vita, 1999: 476).

Haveria pelo menos três razões que justificam porque a vantagem individual não deve ser avaliada pelo nível de bem-estar alcançado, mas pelas oportunidades que uma pessoa tem para alcançar bem-estar: Em primeiro lugar, não se valoriza um tipo de vida específico e sim, a “capacidade” de escolher entre distintos tipos de vida que as pessoas têm razões para valorizar. Em segundo lugar, numa sociedade comprometida com a “capacidade” igual de funcionar, o nível de bem-estar que cada um alcança, sempre dependerá das preferências, valores e escolhas de cada qual. Em terceiro e último lugar, a liberdade de escolha entre diferentes tipos de vida tem um valor intrínseco que não é captado quando apenas a titularidade de bens e recursos é levada em conta (de Vita, 1999:477-9).

“Se estamos interessados na liberdade de escolha, então temos de considerar as escolhas que uma pessoa de fato tem, e necessariamente pressupor que os mesmos resultados seriam obtidos levando-se em conta os recursos sobre os quais a pessoa tem controle”.

Amartya Sen - 2001: 76.

- **A crítica de Sen a Rawls.**

“Em geral, comparações de recursos e bens primários não podem servir como a base para comparar liberdades. A valoração da liberdade impõe exigências rigorosas sobre nossa consideração, exigências que não podem ser satisfeitas pela consideração de alguma outra coisa”.

Amartya Sen
2001: 76.

“Desejar algo, mesmo que intensamente, não é uma razão suficiente para julgar – sobretudo da ótica de uma teoria da justiça social – que algo valioso esteja em questão”.

Álvaro de Vita
1999: 474.

Na opinião de Sen, as teorias igualitaristas contemporâneas foram construídas a partir de correções de insuficiências do utilitarismo, base normativa da economia do *welfare*. Muito se deve à crítica pioneira de John Rawls mostrando o que há de errado na métrica “utilitarista” e propondo outra base para comparações interpessoais de bem-estar, neste caso, “os bens primários” (Sen, 2001:19). Porém, Sen acredita que os bens primários rawlsianos não constituem um parâmetro apropriado de distribuição equitativa desde que não promovem a “liberdade substantiva” das pessoas. O problema, segundo Sen, é que as “diversidades pessoais” podem afetar a possibilidade de converter os bens primários (incluída a renda) em bem-estar. Como exemplo, o autor coloca o caso de uma mulher solteira grávida e de um homem solteiro da mesma idade, ambos com a mesma renda. É evidente que a conversão de bens primários em bem-estar não será a mesma para estas pessoas (Sen, 2001: 59).

Totalmente contrária à métrica utilitarista (que depende da redução de uma variedade de coisas à medida unidimensional da utilidade), a métrica do igualitarismo seniano baseia-se numa “concepção pluralista do bem” (Sen, 2001:16). Para Sen, a ética da igualdade tem de levar em conta as diversidades humanas, desde que alguns dos problemas centrais do igualitarismo surgem por causa do contraste entre a igualdade nos diferentes espaços (Sen, 2001: 59).

Sen não propôs, de fato, uma teoria da justiça alternativa à de Rawls; em parte, porque seu enfoque é, em vários aspectos, tributário das estruturas normativa e ideológica rawlsianas. O que Sen propõe, ao incorporar o conceito de “vantagem individual”, é uma concepção pluralista de justiça distributiva que incorpora a “liberdade substantiva” e a

igualdade de “funcionamentos básicos”. Na opinião de Álvaro de Vita, esta concepção representa um avanço genuíno em relação àquela defendida por Rawls (de Vita, 1999: 471-2).

Concretamente, Sen critica o equalisandum proposto por Rawls, quer dizer, a métrica dos bens primários (aquilo que deve ser igualitariamente distribuído).

O autor faz duas objeções interligadas. A primeira delas é que a métrica dos bens primários é demasiado inflexível frente às variações interindividuais que fazem com que seja mais difícil para uns do que para outros converter bens primários em capacidade (p.ex.: uma mesma disponibilidade de renda não garante que uma pessoa que necessite de cuidados médicos especiais terá igual capacidade de alcançar bem-estar que uma pessoa saudável). Da mesma forma, garantir um quinhão equitativo de bens primários para todos não significa que todos serão igualmente capazes de colocar esses recursos a serviço de todo tipo de vida e dos fins que valorizam (de Vita, 1999: 482)

Em vista disso, e esta é a segunda objeção de Sen à métrica rawlsiana, o equalisandum da teoria de Rawls localiza-se em um espaço avaliatório errado. Sen concorda com Rawls de que devemos desviar nossa atenção da avaliação de desigualdades feita em função de resultados e realizações para a avaliação de desigualdades de oportunidades. Mas, na opinião do autor, o foco na igualdade de bens primários fez com que este deslocamento permanecesse incompleto. Sen não está preocupado com os bens primários em si mesmos, mas com o que as pessoas, dadas certas variações interindividuais significativas, são capazes de fazer com esses bens.

Podemos dizer que a teoria de Rawls se concentra nos meios para a liberdade, enquanto que o que realmente importa (na concepção seniana) é “a liberdade em si mesma”, quer dizer, a “liberdade substantiva” de escolher entre os diferentes tipos de vida que os indivíduos têm razões para valorizar. *“Somente o foco nos funcionamentos e capacidades, em lugar de bens primários, pode captar aquilo (a liberdade em si mesma) que os igualitários de fato prezam”* (de Vita, 1999: 483).

De Vita faz duas ressalvas à objeção seniana de que uma métrica para comparações interpessoais baseada em recursos institucionais seria insensível a variações interindividuais demasiado significativas para serem ignoradas. A primeira diz respeito às “variações interindividuais de planos de vida, fins e concepções do bem” (de Vita, 1999: 485), para a qual de Vita apela para a argumentação rawlsiana da “divisão social de responsabilidade”, segundo a qual os cidadãos (enquanto corpo coletivo) assumem a

responsabilidade de assegurar um quinhão eqüitativo dos bens primários para todos sob essa estrutura (igualdade eqüitativa de oportunidades), ao passo que os cidadãos (como indivíduos ou em associações) aceitam a responsabilidade de revisar e ajustar seus fins e aspirações aos meios polivalentes dos quais, levando-se em conta a situação atual e provável situação futura de cada qual, podem esperar dispor (Rawls, 1982: 170). Isto quer dizer que na concepção de Rawls, as pessoas devem ser capazes de assumir a responsabilidade pelos próprios fins e de moderar as exigências que fazem às instituições sociais de acordo com o emprego dos bens primários. Esta idéia está conectada, (como já foi mencionado) com outro componente central da visão rawlsiana: a concepção da justiça da “estrutura básica” da sociedade em termos de “justiça procedimental pura”.

Na perspectiva de de Vita, a justiça procedimental pura abre o espaço para a responsabilidade individual e, ao mesmo tempo, reduz a complexidade das comparações interpessoais de vantagem. Para defender esta afirmação, o autor utiliza o exemplo de duas pessoas às quais são proporcionadas parcelas iguais desses bens (incluindo oportunidades educacionais e ocupacionais) e decidem empregá-las com objetivos muito diferentes: uma delas pode valorizar o êxito em uma carreira profissional que requer empenho continuado, disposição para competir e sacrifício do tempo de lazer; a outra, prefere uma carreira profissional que exige menos dedicação e que, em contrapartida, lhe deixa mais tempo para se dedicar à família. Como consequência disto, ao cabo de um tempo, os quinhões distributivos (na dimensão de renda e riqueza) se diferenciam sem que isto represente um problema de justiça. Em função desta análise, de Vita conclui que: *“dadas as condições institucionais que ofereçam um suporte efetivo às capacidades básicas, pelo menos um tipo de variação interindividual – de planos de vida e concepções do bem – não representa nenhum problema para o emprego da métrica dos bens primários”* (de Vita, 1999: 486).

A segunda ressalva de de Vita tem por alvo a crítica de Sen à “inflexibilidade” dos bens primários (de Vita, 1999: 486). Em consonância com a idéia de justiça procedimental pura, as variações interindividuais que preocupam Sen são tratadas de um ponto de vista geral pela métrica rawlsiana. Na concepção de Rawls, a distribuição eqüitativa de bens primários é suficiente para que pessoas cujas constituições física e mental estão dentro de um leque de variação normal (com capacidades e necessidades individuais de “tipo padrão” de cidadão), possam desenvolver as duas capacidades morais que lhe permitem se tornar membros cooperativos e ativos da sociedade e possam, portanto, cumprir sua parte em um esquema de cooperação social bem-ordenado.

De Vita se pergunta então: *“deveríamos abandonar uma concepção de igualdade distributiva que propõe que enfoquemos, em nossos julgamentos de justiça social, capacidades e necessidades de um tipo padrão o que necessariamente envolve fazer abstração de certas diferenças individuais?”* (de Vita, 1999: 486). A crítica de Sen a Rawls pressiona nesta direção, mas de Vita duvida dos benefícios teóricos que resultariam em concordar inteiramente com Sen: *“quanto mais o fundamento comum das comparações interpessoais se desloca de quinhões equitativos de recursos institucionais para aquilo que as pessoas são capazes de fazer com esses recursos, mais nos afastamos de uma interpretação da justiça distributiva em termos de justiça procedimental pura. E essa é uma interpretação atraente tanto porque abre espaço para a responsabilidade individual quanto em virtude de uma restrição de natureza informativa”* (de Vita, 1999: 487).

A respeito deste último ponto, de Vita afirma que uma concepção de justiça capaz de desempenhar seu papel prático de servir de fundamento para um esquema de cooperação social bem-ordenado não pode ser demasiado exigente em termos de seus requisitos de informação. Vários dos componentes centrais da teoria de Rawls obedecem acertadamente a uma lógica de reduzir a complexidade informativa dos julgamentos de justiça social: tal é o caso da estrutura básica da sociedade como o objeto da teoria da justiça; da concepção da estrutura básica bem ordenada em termos de justiça procedimental pura; a divisão social da responsabilidade; o foco no quinhão distributivo menos favorável e a escolha de recursos institucionais como equalisandum apropriado. Segundo de Vita *“é preciso haver razões morais muito fortes para trocar a concepção rawlsiana de justiça distributiva por outra muito mais exigente em termos das informações que requer”* (de Vita, 1999: 487).

Até que ponto Sen nos oferece tais razões?

Sen acredita que sua “objeção da inflexibilidade” deveria nos levar a abandonar de vez o “espaço avaliatório” dos bens primários em prol do “espaço das capacidades” nas comparações interpessoais. Como desdobramento disso, a “igualdade de capacidades” ofereceria uma interpretação melhor para a “igualdade como um valor político” do que a “igualdade de bens primários”. Porém, de Vita se pergunta por que seria moralmente relevante e como seria possível comparar as desigualdades de quinhões distributivos que estão acima de um nível minimamente decente de “capacidades de funcionar”.

Para problematizar esta discussão, de Vita dá o exemplo de uma situação concreta: *“O que dizer das diferenças de capacidade (no sentido de Sen) que há entre um executivo de uma empresa de tecnologia, um professor universitário e um operário especializado? A*

desigualdade que há entre eles, embora esteja acima de um limiar mínimo de capacidade de funcionar, é grande demais para poder ser ignorada por uma teoria da justiça distributiva. Os quinhões distributivos serão muito desiguais, por exemplo, em termos de renda, riqueza, oportunidades de auto-realização e lazer” (de Vita, 1999: 490).

Portanto, a questão é: como seria possível lidar com essas desigualdades no espaço avaliatório proposto por Sen? Para de Vita, o fato da informação ser limitada compromete o enfoque da capacidade. *“Não há como ter acesso a toda informação que seria necessária para comparar e hierarquizar sets de capacidade”.*(de Vita, 1999: 490).

De Vita chega à conclusão de que é preciso que a preocupação primeira dos igualitários seja a abolição de todas as formas de privação absoluta. Para o autor, a métrica dos bens primários oferece um fundamento normativo muito mais apropriado para lidar com as disparidades relativas que permaneceriam ainda que a privação absoluta fosse eliminada, pois, *“uma vez que o limiar do complexo minimamente decente de capacidades de funcionar tenha sido ultrapassado, é muito mais plausível lidar com as desigualdades remanescentes em termos de uma distribuição eqüitativa dos meios para a liberdade efetiva do que em termos da noção de Sen de igualdade de capacidades”* (de Vita, 1999: 491).

CAPÍTULO 3: TEORIAS ATUAIS DA JUSTIÇA II.

I - MICHAEL WALZER: AS ESFERAS DA JUSTIÇA

“A idéia da justiça distributiva supõe um mundo com demarcações dentro das quais as distribuições acontecem entre um grupo de homens e mulheres ocupados na divisão, o intercâmbio e o compartilhamento dos bens sociais, em primeiro lugar, entre eles mesmos. Esse mundo é a comunidade política, onde seus membros se distribuem o poder entre si e evitam, tanto quanto podem, dividi-lo com alguém mais”.

Michael Walzer
2001, 42-44

Uma abordagem pluralista da justiça.

Preocupado com as dificuldades para compatibilizar a justiça na distribuição dos bens sociais e as regras do mercado, Michael Walzer vem mostrando – desde a primeira formulação de sua teoria das (metafóricas) “esferas” da justiça em 1983 – as nefastas conseqüências do predomínio dos bens econômicos nas outras arenas da justiça distributiva: *“a dominação foi sempre propiciada por um conjunto de bens sociais dados (...); o berço, o sangue, a riqueza herdada, o capital, a educação, a graça divina, o poder do Estado: tudo isso tem servido motivo para que uns dominem os outros”* (Walzer, 2001: 11).

Walzer afirma que as diferentes categorias de bens a serem distribuídos são constitutivas de respectivas “esferas” de justiça. Dentro de cada esfera, a alocação se efetua segundo um dos seguintes três critérios: o mercado, o mérito ou a necessidade.

A maior novidade desta teoria aparece na defesa que Walzer faz das “desigualdades justas”. O autor explica que não é desejável uma distribuição igualitária dos bens em cada uma das esferas. Também afirma que, para garantir a justiça, é indispensável que cada uma se mantenha – com seu próprio princípio de alocação – independente das outras, pois o domínio de uma esfera (em geral, a do mercado) sobre as demais é considerado como causa de injustiças.

Segundo Walzer, a justiça da distribuição dos bens sociais se apóia em uma “compreensão compartilhada” (*shared understanding*) dos bens a distribuir entre os membros de uma comunidade política, compreensão que encaixa em uma certa concepção de como as pessoas conseguem se relacionar as umas com as outras e de como utilizam as coisas que fazem para configurar suas relações (Walzer, 2001: 12). O autor condiciona os

alcances do contrato social interpretado como “situação originária” na teoria de Rawls: “*os homens cobertos pelo véu da ignorância apenas podem concordar em um ‘modus vivendi’ capaz, unicamente, de solucionar os problemas da humanidade em condições limites de sobrevivência*” (Walzer, 1990: 39).

O autor duvida que aquelas pessoas, idealmente racionais, cobertas pelo véu da ignorância e obrigadas a escolher imparcialmente reiterariam sua hipotética eleição e, inclusive, se a aceitariam como própria no caso em que fossem transformados em pessoas comuns, com um firme sentido da identidade, com bens próprios a seu alcance e imersos em problemas cotidianos (Walzer, 2001: 90). Para Walzer a chave da questão acha-se “*nas particularidades da história, da cultura e da pertença a um grupo*” (Walzer, 2001:19).

Porém, a teoria das esferas começa também com uma “situação originária”: “*a sociedade humana é uma comunidade distributiva: os homens associaram-se com o objetivo de compartilhar, dividir e intercambiar bens (...). Ao longo da história, o mercado tem sido um dos mecanismos mais importantes para a distribuição dos bens sociais; mas nunca foi, e continua não sendo hoje, um sistema distributivo completo. Analogamente, nunca tem existido um critério decisório único a partir do qual todas as distribuições fossem controladas, nem um conjunto único de agentes tomando tais decisões*” (Walzer, 2001: 17-18).

Walzer critica o que chama de “primeiro impulso dos filósofos” consistente em “resistir a exibição da história, ao mundo das aparências” o que requer, conseqüentemente, a “busca de uma unidade subjacente” (uma lista de artigos básicos rapidamente abstraídos em um bem único, um critério distributivo único ou um inter-relacionado) Para este autor, a busca de tal unidade revela o fato de não compreender a “matéria” da justiça distributiva. Walzer se propõe então a argumentar contra a arraigada hipótese da maioria dos filósofos, desde Platão até os nossos dias, de que existe só um sistema distributivo e só um único capaz de ser compreendido pela filosofia, optando, portanto, pelo “pluralismo” (Walzer, 2001: 18).

Já desde uma perspectiva pluralista, Walzer discorda de Rawls e afirma que não existe um conjunto único de bens materiais básicos (ou primários) concebíveis para todos os mundos morais y materiais, e se por acaso existisse, teria que ser tão abstrato que seria de pouca utilidade para ser aplicado às formas particulares de distribuição, sendo que o que interessa é a significação dos bens. Walzer afirma que os critérios e procedimentos distributivos são intrínsecos não com respeito ao bem em si mesmo, mas com respeito ao

bem social. Por isso, será apenas a significação o que define como, por quem e em virtude de quais razões um bem deve ser distribuído: toda distribuição é justa ou injusta só com relação aos bens sociais em questão. Mas, visto que os significados sociais possuem caráter histórico, a virtude de justiça em uma distribuição muda com o tempo (Walzer, 2001: 22-3).

Como analisar sua “compreensão compartilhada” em uma comunidade pluralista em que os grupos sociais recusam ser iguais entre si? Em resposta a esta questão, Walzer defende a existência de um “código universal mínimo” – comum aos diferentes grupos sociais de uma comunidade pluralista – que, de alguma maneira, “*procura um marco para toda vida (moral) possível*” (Walzer, 1990: 36). Este “universalismo mínimo” seria elaborado historicamente por cada povo na experiência da opressão: “*em nossas sociedades, o progresso moral é questão de crítica social (...) e se realiza pela extensão dos princípios da justiça aos homens e mulheres que estavam excluídos deles*” (Walzer, 1990: 39).

Walzer afirma que os princípios de justiça enunciados por Rawls têm maior relação de parentesco com este “universalismo mínimo” que com um “universalismo ortodoxo”, no sentido pleno do termo. Mesmo assim, critica seu altíssimo, porém único possível segundo ele, grau de abstração. Na opinião de Joëlle Affichard, Walzer se esforçaria por integrar uma concepção local e pluralista dos princípios da justiça distributiva com uma exigência de universalização que não se confronte com a fórmula mínima dos liberais (Affichard, 1997: 18-9).

A teoria dos bens sociais.

Segundo Walzer: “*as pessoas concebem e criam bens para depois distribuí-los entre si*” (Walzer, 2001: 20). Desde esta perspectiva a concepção e criação dos bens precedem e controlam a distribuição. Deste ponto de vista, os princípios de justiça são plurais na sua forma (conseqüência inevitável do particularismo histórico e cultural) e, portanto, os diferentes bens sociais deveriam ser distribuídos por razões diferentes, em disposição a diferentes procedimentos e por diferentes agentes. Walzer enuncia as seis proposições da sua “teoria dos bens sociais”:

- 1- Todos os bens de relevância para as teorias de justiça distributiva são bens sociais; não são nem devem ser valorizados pelas suas peculiaridades exclusivas.

- 2- Os indivíduos assumem identidades concretas pela maneira em que concebem, criam e depois utilizam os bens sociais.
- 3- Não existe um conjunto só de bens básicos ou primários concebíveis para todos os mundos morais e materiais; inclusive a gama das necessidades (as de caráter físico e as de caráter moral) é muito ampla e as hierarquizações são muito diversas. Os conjuntos de bens básicos enunciados até agora pelas diferentes teorias da justiça com a pretensão de ser únicos e sintéticos, foram concebidos de maneira tão abstrata que são de pouca utilidade na hora de refletir sobre formas particulares de distribuição: *“os bens definidos por abstração tem a capacidade de se movimentar em qualquer direção”* (Walzer, 2001: 22).
- 4- O que determina a direção da movimentação dos bens sociais é sua significação. Os critérios e procedimentos distributivos são intrínsecos não com respeito ao bem em si, mas com respeito ao bem social: *“se compreendemos o que é e o que significa algo para aqueles que o consideram um bem, logo compreenderemos como, em virtude de que e por quem esse algo deve ser distribuído (...); uma distribuição será justa ou injusta só em relação ao significado do bem social em questão”* (Walzer, 2001: 22).
- 5- Os significados sociais possuem caráter histórico, tal como as distribuições. O caráter de distribuição justa ou injusta muda com o tempo.
- 6- Quando os significados dos bens são distintos, as distribuições devem ser autônomas. Todo conjunto de bens sociais homólogos constitui uma “esfera distributiva” dentro da qual somente certos critérios e disposições são apropriados. *“Os significados sociais nunca são distintos por completo, isto faz com que o que acontece em uma esfera distributiva acabe afetando o funcionamento das outras [sendo que] poderemos, no máximo, buscar uma autonomia relativa das esferas”* (Walzer, 2001: 23).

Segundo Walzer, não existe uma norma única para todos os tipos de bens e sociedades, mas existe uma para cada bem social (e sua correspondente esfera distributiva) em toda sociedade particular: *“estas normas são com freqüência violadas, as esferas invadidas e os bens usurpados pelos poderosos; as violações tem sido, de fato, sistemáticas”* (Walzer, 2001: 24).

O bem dominante, o monopólio e a dominação.

Chama-se “bem-dominante” aquele que pelo simples fato da sua posse permite usufruir outra ampla gama de bens.

Fala-se em “monopólio” quando um grupo de indivíduos acumula eficazmente um bem dominante frente a qualquer grupo rival. O monopólio representa um meio de controlar os bens sociais tendo como único objetivo sua dominação.

A “dominação” é uma criação social elaborada que permite a utilização dos bens sociais e que não está limitada pelo significados destes; pelo contrário, configura os significados de acordo com o interesse do grupo que exerce o monopólio.

O controle monopolista de um bem social dá origem a uma classe dominadora, cujos membros se posicionam acima do sistema distributivo. Mas como, de fato, nenhum bem social domina totalmente os outros e, por outra parte, nenhum monopólio chega a ser perfeito, a capacidade de dominação de toda classe dominante é instável. O monopólio, com frequência, vê-se desafiado por outros grupos em nome de modelos alternativos de dominação. Aqui aparece o grande papel que o “aparelho ideológico” desempenha na teoria walzeriana das esferas: *“a pretensão de monopolizar um bem dominante, desenvolvido com fins públicos, constitui uma ideologia”*. (Walzer, 2001: 25). Pode ser que a ideologia que justifica um monopólio seja amplamente reconhecida como legítima, mas sempre haverá ressentimento e a resistência; *“sempre tem gente, e depois de um tempo, muita gente, que acha que o controle monopolista dos bens dominantes é usurpação e não justiça”* (Walzer, 2001: 26).

Segundo Walzer, quando se contesta a legitimidade da ideologia do grupo dominante, nasce (ou se amplia) o conflito social e emergem as contra-hegemonias, que podem ser classificadas em três tipos:

1. A pretensão de que o bem dominante, seja ele qual for, possa ser igualmente ou mais amplamente distribuído. (O atual monopólio é injusto).
2. A pretensão de que os canais de distribuição de todos os bens sociais sejam realmente autônomos. (A atual dominação é injusta).
3. A pretensão de que um novo bem, monopolizado por um novo grupo, possa substituir ao atual arranjo dominante. (O atual esquema de monopólio-domação é injusto).

Sendo a terceira “(...) a preferida dos revolucionários do sistema” e a primeira “(...) a mais interessante para os filósofos que buscam a unidade e a singularidade”, Walzer se preocupa em analisar a segunda opção, por ser precisamente esta “a que melhor apreende a pluralidade dos significados sociais e a verdadeira complexidade dos sistemas distributivos” (Walzer, 2001: 27).

A igualdade simples e a igualdade complexa.

Coincidindo como Amartya Sen, para quem um ordenamento social justo deve, necessariamente, ter uma teoria que garanta a igualdade de “algo” relevante, Walzer também se preocupa em buscar a igualdade de “algo”. Para isso, o autor diferencia os conceitos de “igualdade simples” e de “igualdade complexa”.

Segundo Walzer, o regime de “igualdade simples” é aquele que existe na situação originária, quando ainda não há nenhum bem dominante e, portanto, quando não há tampouco nem monopólio nem dominação alguma. O problema surge com o desenvolvimento posterior das relações sociais e das pugnas competitivas: “*não há caminho histórico que não abra oportunidades a pessoas estrategicamente posicionadas para aproveitar e explorar bens sociais importantes*” (Walzer, 2001: 30).

Na história das pugnas distributivas, sabemos que já houve (e talvez continue havendo) guerras pelo controle das terras e dos cargos por parte da aristocracia; o que representa a luta para manter o monopólio baseado no sangue, no nascimento. Posteriormente, a partir da revolução burguesa, assumiram maior importância as lutas para conquistar o monopólio da riqueza, do poder, da educação. Respeito a estes três últimos bens, Walzer acredita que dificilmente se possa alcançar a igualdade simples pois, segundo ele, dentro das suas próprias esferas, estes três bens tendem a gerar monopólios naturais que só poderiam ser reprimidos por um poder estatal, em si mesmo fortemente dominante e monopolizado por agentes encarregados desta repressão (Walzer, 2001:30).

Por isso, para Walzer, um regime de igualdade simples estará sempre em tensão entre o privilégio privado e a estatização.

Para evitar que certos grupos se constituam em dominantes – por força de relações e condições históricas particulares – precisa-se de um Estado centralizado e ativista; um Estado capaz de inibir ou destruir qualquer incipiente monopólio e reprimir toda forma de dominação. Porém, isto traz uma consequência inevitável: o poder do Estado em si mesmo irá se converter em um bem dominante, objeto central da pugna competitiva: “*ao menos em*

teoria, o poder político é o bem dominante em uma democracia e é conversível segundo a escolha dos cidadãos. Mas, na prática, a história tem mostrado que a política é sempre o caminho mais direto à dominação, e o poder político é o mais importante e perigoso bem na história humana” (Walzer, 2001: 28).

No raciocínio de Walzer, o político ocupa um lugar especial, mais importante que os meios de produção (ao contrário de Marx). Isto, porque o poder político representa, ao mesmo tempo, uma esfera particular (a que distribui os direitos políticos) e também, o dispositivo que garante a independência de todas as esferas da justiça (Affichard, 1997: 19), pois se utiliza o poder político para defender as fronteiras de todas as esferas distributivas, incluindo a sua própria, e para fazer valer as concepções de o que os bens são e para que servem. Porém, obviamente, pode ser utilizado para invadir as diferentes esferas e falsear tal compreensão; neste sentido, o poder político é sempre dominante nas fronteiras das esferas, mas não dentro delas (Walzer, 2001: 28). Segundo Walzer, uma maneira de evitar a formação de um monopólio de poder político consiste, portanto, em distribuí-lo amplamente. Porém – como o próprio autor reconhece – o poder político não pode ser amplamente compartilhado numa democracia sem estar sujeito à pressão por parte de todos os outros bens que os cidadãos possuem ou desejam possuir. Walzer cita a famosa frase de Marx *“A democracia é a forma de Estado dentro da qual a luta de classes se dará até a sua conclusão”* (Walzer: 2001:29).

Na análise do autor, a igualdade simples corresponde a um modelo teórico que considera o monopólio e não a dominação como a questão principal da justiça distributiva; *“os filósofos têm preferido criticar (ou justificar) os monopólios que surgem da riqueza, o poder e a educação. Ou, então, têm criticado (ou justificado) conversões particulares desses bens em outros, e tudo isto em nome de alguma teoria de justiça distributiva radicalmente simplificada; portanto, devemos nos concentrar na redução da dominação e não – ao menos não prioritariamente – na destruição ou redução do monopólio”* (Walzer: 2001:30).

A sociedade que Walzer imagina é uma sociedade em que os diversos bens sociais sejam possuídos de uma maneira monopolista – como de fato são e sempre serão – mas na qual nenhum bem particular possa ser conversível em geral: *“uma sociedade complexamente igualitária”* em que haverá uma infinidade de desigualdades que tenderá a produzir uma infinidade de monopólios, mas na qual as desigualdades não poderão se multiplicar pelo processo de conversão de bens distintos (Walzer, 2001: 30).

Segundo o autor, é conveniente diferenciar as “qualidades pessoais” – que têm sua própria esfera de operação dentro das quais produzem seus efeitos de maneira livre e legítima - dos “bens sociais”, que responderão a distribuições cuja justiça só depende do significado originado na “compreensão compartilhada”. Este significado definirá os princípios de justiça característicos da esfera do bem social em questão. Neste esquema, a conversão de um bem em outro, quando não há conexão intrínseca entre eles, significa invadir de maneira não justificável a autonomia de outra esfera. Para Walzer, uma “igualdade complexa”, mesmo instável, permitiria encaminhar, por vias mais amplas e particulares, o conflito social. Por outro lado, ele pensa que, a “resistência à conversão dos bens” não requer uma grande ação do Estado, pois, em princípio, ela será garantida pelas próprias pessoas dentro das suas esferas de competitividade e controle (Walzer, 2001: 30-2).

Walzer formula sua crítica à dominação como um princípio distributivo aberto: *“nenhum bem social X haverá de ser distribuído entre pessoas que possuam algum outro bem Y, simplesmente porque possuem esse bem Y, sem levar em conta o significado de X”*. (Walzer, 2001: 30-2). Com esta base de análise, o autor enuncia os três princípios distributivos que regem a teoria das esferas.

Os três princípios distributivos.

I- O intercâmbio livre:

“O intercâmbio livre é o princípio de quem tem disposição, ou diz ter disposição, a arriscar seu dinheiro: são os monopolizadores da riqueza móvel”.

Michael Walzer
2001: 25.

O intercâmbio livre é totalmente aberto e não garante nenhum resultado distributivo em particular, isto é, não é possível predizer nem como nem quando acontecerá uma distribuição particular, mas poderá descrever a estrutura geral da distribuição.

Ao menos em teoria, o intercâmbio livre cria um mercado em que todos os bens são conversíveis entre si através de um meio neutral (o dinheiro) e – também teoricamente – sem predomínios nem monopólios. O mercado é plural nas suas operações e resultados e infinitamente sensível aos significados que os indivíduos dão a seus bens.

Na prática, a experiência real é muito diferente daquilo que a teoria sugere, pois o dinheiro não é neutral; pelo contrário, é um bem dominante e vê-se monopolizado por indivíduos com um talento especial para a transação e o comércio.

Em um regime de igualdade simples o intercâmbio livre seria rapidamente desvirtuado pelos indivíduos mais talentosos para a barganha e, portanto, se transformaria em um sistema

injusto. A razão para isto está na sua própria dinâmica de funcionamento, que deixa as distribuições integralmente em mãos dos indivíduos sem a menor possibilidade de contar com o Estado para reprimir a desigualdade conseqüente da monopolização da riqueza.

Na formulação “X-Y” de Walzer, o intercâmbio livre de “X” e “Y” revelam o significado destes bens na sociedade e qualquer conversão é possível e desejável. (Walzer, 2001: 34).

II- O merecimento:

“A meritocracia, ou carreira aberta aos talentos, é o princípio de quem diz ser talentoso: trata-se, na maioria das vezes, dos monopolizadores da educação”.

Michael Walzer
2001: 25

Da mesma maneira que no intercâmbio livre, o merecimento parece ser plural e aberto.

Os bens sociais seriam distribuídos em função do merecimento daquele que o recebe sem que o significado desse bem tenha relevância alguma: *“o merecimento parece requerer um vínculo especialmente estreito entre bens particulares e pessoas particulares, ao passo que a justiça só requer um vínculo assim em poucas ocasiões”* (Walzer, 2001: 37).

Em teoria, um regime meritocrático requer uma agência neutral única com a função de dispensar recompensas e punições, infinitamente sensível a todas as formas de merecimento individual. Desta maneira, o processo distributivo estaria efetivamente centralizado. Os resultados seriam imprevisíveis e diversos; porém, não haveria nenhum bem dominante.

Na prática, o mecanismo distributivo seria apossado em pouco tempo por algum grupo com uma concepção fixa a respeito do que é meritório, sem se importar com as

preferências de seus concidadãos. O merecimento, portanto, deixaria de ser pluralista. Este mesmo processo acontece, inevitavelmente, quando as pessoas escolhem delegar a responsabilidade de avaliar o mérito a “árbitros do merecimento”: *“o merecimento é uma exigência séria que exige juízos difíceis e só em condições muito especiais produz distribuições específicas”* (Walzer, 2001: 37).

Na formulação “X-Y” de Walzer, nenhuma “X” seria distribuída sem atender a seu significado já que é conceitualmente impossível que “X” seja merecida por alguém sem entender o que “X” significa; por outra parte, não é justo converter o merecimento de “X” em argumento para apropriar-se de “Y”.

III- A necessidade:

“A igualdade de felicidade pode estar associada a graus bastante diferentes de satisfação de necessidades. Uma igual satisfação de necessidades pode estar associada a diferentes liberdades de escolha. E assim por diante. A diversidade generalizada dos seres humanos acentua a necessidade de lidar com a diversidade de foco na avaliação da igualdade”.

Amartya Sen
2001: 31.

Segundo Walzer, a necessidade gera uma esfera distributiva particular dentro da qual ela mesma é o princípio distributivo apropriado. Porém, o autor faz a ressalva de que, dada a ampla variedade de bens “necessários” na vida comum (inclusive quando o nível de vida é muito baixo), haverá também vários outros critérios distributivos a considerar junto à necessidade, e será preciso buscar os limites de cada um destes critérios dentro da esfera da necessidade para não favorecer interpretações únicas que prejudiquem a “justiça pluralista”.

Para Walzer, o poder político, a honra, a fama, as obras de arte são exemplos de bens que, falando estritamente, ninguém pode dizer que necessite. São coisas que não podem, nem devem ser igualmente distribuídas entre indivíduos com necessidades iguais. Isto acontece porque algumas delas são escassas (como as obras de arte) e outras porque não podem ser possuídas sem o consentimento de outras pessoas (como a fama).

Na formulação “X-Y” de Walzer, a necessidade, dentro da sua esfera, satisfaz os requisitos da regra geral distributiva respeito a “X” e “Y”. Os bens distribuídos com base no princípio da necessidade, se distribuem a pessoas que os precisam em proporção à necessidade. Ao menos em teoria, não há bens dominantes, o importante não é possuir “Y”,

mas carecer de “X”. Na segunda parte de esta dissertação – “Justiça Sanitária” – analisaremos, em detalhe, a esfera e o princípio de distribuição baseado na necessidade; especificamente, respeito aos cuidados em saúde.

O pluralismo e o papel do Estado.

O conceito de “igualdade complexa” desenvolvido por Walzer – embora contestado por filósofos do utilitarismo como o americano Richard Arneson (1995: 226-7) – tem servido de inspiração para autores adeptos às concepções pluralistas como Luc Boltanski, Laurent Thévenot dentre outros (apud: Affichard, 1997: 19).

Walzer afirma que a igualdade complexa garante uma participação – mesmo que “justamente” desigual – em todas as esferas da justiça a todos os membros de uma comunidade; essa participação implica tanto ser parte da distribuição quanto do debate sobre como a alocação deve ser feita. Tudo isto, baseado em uma “compreensão compartilhada” dos princípios de justiça. Portanto, em um regime de igualdade complexa, e dentro de uma concepção pluralista que permita justificar certas desigualdades “justas” e eliminar (ou ao menos estabilizar) tensões entre princípios morais contraditórios, é possível alcançar um acordo sobre uma situação que se considera “equitativa”. Um acordo deste tipo supõe também que os princípios de justiça não estejam subordinados a imperativos posicionados em um nível superior já que, caso isso ocorresse, teriam a função de “princípio universal” e, portanto, seria rejeitado pelas concepções pluralistas.

O mesmo acontece com o papel do Estado, que segundo Affichard, pode ser visto como “*um poder soberano que garante a separação das esferas da justiça e evita as injustiças conseqüentes da dominação de uma delas*”; porém, “*a visão do Estado como envoltório das esferas não deve ser confundido com a reconstrução de um universalismo sobressalente*” (Affichard, 1997: 20). Já para David Miller, existem vários princípios que mereceriam ocupar o papel de “princípio universal”, como o princípio contido na Constituição americana de “igual tratamento” (*equal treatment*) para todos os cidadãos frente aos órgãos públicos (Miller, D & Walzer, M., 1995: 1).

O debate entre os que defendem a existência de “princípios universais” de justiça e os que os rejeitam esta possibilidade está longe de ser fechado.

II - JUDITH SHKLAR: JUSTIÇA E CIDADANIA.

“A política é a arte do possível: esta definição só serve para justificar e ocultar todo tipo de absurdos”

Jorge Luis Borges
(apud: Stortini: 1990: 171)

“A velha máxima de que há coisas que o dinheiro não pode comprar não é apenas normativa, mas também, de fato, verdadeira”.

Michael Walzer
2001: 17

Professora da *Harvard University* e presidenta da *American Political Science Association*, Judith Shklar é autora de uma enorme quantidade de publicações na área da justiça social e da cidadania. Nos interessa em particular, para esta dissertação, a preocupação da autora em partir do “sentimento de injustiça” para chegar aos problemas filosóficos relacionados à elaboração de uma teoria da justiça social. Neste sentido, Shklar desenvolve uma interessante argumentação que relaciona a “inclusão-exclusão” da cidadania com a justiça social. Shklar questiona o ponto de partida das teorias contratualistas de justiça social e nos alerta, também, sobre o perigo que representam as visões extremamente “localistas” do bem. Desde sua perspectiva, a cidadania é considerada mais como “poder de ação” do que como um *status* (Shklar, 1997: 77-90.)

No livro *“Pluralismo e equidade: a justiça social nas democracias”* (1997), Joëlle Affichard e Jean-Baptiste de Foucauld publicaram os documentos sobre justiça e desigualdade social produzidos na década de 90 na França, na ocasião do evento *“Inégalités - Paris 90”* (*Commissariat General du Plan*) com o apoio da *Maison des Sciences de l’Homme*.

O objetivo deste debate era apresentar na França, país com fortíssima tradição de “igualitarismo universalista”, os trabalhos sobre a “perspectiva pluralista” para as exigências da justiça inscritos na tradição anglo-saxônica da filosofia do direito.

Em seu livro, os autores comentam o resultado positivo que representou a mudança na perspectiva das argumentações apresentadas pelos autores franceses ao incorporar a noção aparentemente paradoxal e – na França – provocativa de “desigualdades justas”.

Neste debate, Shklar ocupou um lugar que as autoras consideraram indispensável para ajudar a construir um vínculo entre as tradições filosóficas francesas e anglo-saxônicas. Esta contribuição foi o último trabalho escrito por Shklar antes de morrer (Affichard, 1997: 11-3).

As tradições filosóficas da justiça e o pluralismo:

Na opinião de Affichard (1997: 13), qualquer reflexão sobre os fundamentos da justiça social defronta-se com a enorme quantidade de formas concretas de organização social e dos princípios de justiça em que estas se baseiam de maneiras mais ou menos explícitas. No espaço das teorias da justiça, comumente, encontra-se uma oposição entre um enfoque “universalista” e outro “comunitarista relativista”.

O “universalismo” apresenta-se como um conjunto de princípios transcendentais (no sentido que transcendem os sujeitos para algo muito elevado acima deles) que devem ser aceites por todos, sendo quaisquer variações locais devem ser colocadas em um nível subordinado a este. Desde esta perspectiva, existiria uma única justiça e uma única concepção exata de “boa sociedade”. Este modelo é praticado, na maioria das vezes, através de formulas intolerantes e messiânicas.

Pelo contrário, na perspectiva “comunitarista” considera-se que as definições do que é “justo e bom” são compartilhadas pelos membros de cada comunidade particular como resultado de uma história e experiências comuns. Muitas vezes, as concepções de justiça podem ser incompatíveis entre os diversos grupos locais. O “comunitarismo” reconhece assim, uma pluralidade de definições irreduzíveis de “bem”, determinadas pela pertença a uma comunidade e, com frequência, edificadas em conflitos com outros grupos (Affichard, 1997: 13-4).

Para Shklar, a tradição francesa adere totalmente ao enfoque universalista. Portanto, os franceses consideram que a condição de “cidadão” garante ao indivíduo gozar de direitos iguais. Para os universalistas, pode até ser aceita a existência “temporária” de desigualdades de direitos (ou desigualdades de acesso a estes), mas existe entre eles a confiança geral de que todas as desigualdades poderão ser “corrigidas” com políticas adequadas para tal finalidade.

As diferenças, no universalismo, só são aceites no comportamento individual. A liberdade de pensamento autoriza, no espaço privado, às diferentes práticas religiosas. A

noção de “minoria” não faz sentido e a “integração” se realiza pela adesão aos valores republicanos comuns constitutivos da Nação.

Na tradição anglo-saxônica, pelo contrário, as diversas comunidades, com seus diferentes valores, estão destinadas a se integrar e, portanto, as minorias têm uma existência legítima no espaço público. Shklar afirma que estas duas perspectivas se correspondem com leituras distintas de Rousseau e que as visões da justiça vinculadas a estas duas formas de cidadania são diferentes: “(a cidadania) é sempre relativa ao regime político e às condições históricas de emergência” (Shklar, 1997: 78). Na análise de Shklar, o “ideal cívico” de Rousseau deu origem, na França, à chamada “cidadania jacobina”, entendida como o compromisso republicano com as virtudes cívicas, a igualdade política e a promoção da solidariedade, sendo que o importante é que o cidadão faça o que é justo (ibidem, idem).

Nos Estados Unidos, como exemplo de sociedade anglo-saxônica, a leitura de Rousseau pertence à “querida memória das convenções das cidades da Nova Inglaterra e da democracia direta das localidades pequenas” (Shklar, 1997: 78). Neste caso, Rousseau aparece no “ideal de participação” que faz a justiça emergir do próprio ato da deliberação (em condições de debate regulado e aberto) entre cidadãos que aceitam as leis contratuais gerais da sociedade.

Analisando a dinâmica destes dois modelos, vemos que ambos pressupõem, como condição de funcionamento, o contexto de uma sociedade fechada, de pequenas dimensões e com um alto nível de uniformidade ideológica. Porém, segundo Affichard, isto não é aplicável às sociedades modernas, definidas pelas idéias de “repúblicas extensas” (Affichard, 1997: 15).

As repúblicas extensas estão constituídas por “agregados de estrangeiros”, sem ter em comum nem antepassados, nem ideologia, nem “consenso velado” (Rawls) ou “compreensão compartilhada” (Walzer) com que se iniciam estas famosas teorias contratualistas da justiça.

Muito similar, o conceito de “estranhos morais” (*moral strangers*) – utilizado por Engelhardt, Jr no seu livro *The Foundations of Bioethics* – diz respeito à coexistência de comunidades de interesses e valores em permanente conflito entre si, incapazes de encontrar em positivo um denominador comum (como poderia ser um princípio absoluto ou universal) susceptível de resolver suas divergências. Na melhor das hipóteses – argumenta

Engelhardt – este conjunto de comunidades autônomas apenas poderia alcançar, em negativo, acordos provisórios e circunstanciais (Engelhardt, Jr, 1998: 116-122).

Para Shklar a base da legitimidade da justiça numa sociedade democrática não deve ser buscada na “situação originária” do contrato social, mas nas origens da luta pela cidadania moderna. Segundo a autora, desde sempre existe uma tensão entre ser sujeito de um pacto com uma autoridade soberana (pela qual se intercambia obediência à lei geral pela segurança da pessoa e os bens) e ser um cidadão: *“a cidadania moderna emergiu em oposição ao simples status de ‘sujeito’(...) a própria idéia dos direitos do cidadão sempre foi uma tomada de atitude contra a autoridade estabelecida, que é sempre suspeita”* (Shklar, 1997: 77).

Segundo esta autora, todas as ideologias da cidadania republicana derivam do modelo de Rousseau, por basear-se no sentimento de injustiça e na hostilidade aos privilégios: *“(...) continuará soando sempre, a voz inimitável da indignação”* (Shklar, 1997: 79).

O consentimento dos cidadãos foi sempre considerado como o critério essencial da justiça nas democracias representativas e a questão da contribuição (cívica) ativa dos cidadãos seria, em princípio, o que mantém a justiça “viva”: *“é o medo à injustiça, mais do que a busca pela justiça em si mesma, o que caracteriza a cidadania”* (Shklar, 1997: 80).

Shklar coloca que, nos Estados Unidos, a ideologia democrática operativa foi a dos “direitos naturais”. Esta antiga teoria da justiça tentava substituir o sujeito pelo cidadão, considerado como aspirante a ser um agente independente; especificamente, um não escravo. Nestas condições, *“o cidadão somente pode definir-se pelo seu status jurídico, mais especificamente, pelos direitos dos quais essa pessoa é titular”* (Shklar, 1997: 80). Assim, a enorme importância que foi dada nos Estados Unidos à independência pessoal tem origem, segundo a autora, no conhecimento do que significa sua negação: *“aquele que se vê privado dos direitos não perde somente sua segurança pessoal, mas também, perde seu status social”* (ibidem, idem). É por isso que a cidadania nesse país, não é considerada tanto como uma atividade, mas como um *status*; aquele *status* que diz respeito a uma pessoa que tem direitos, que pode escolher exercê-los, ou não, e cujo consentimento é considerado como o que garante a justiça do governo.

Ao observar a grande importância teórica dada ao consentimento do cidadão, Shklar questiona os mecanismos das democracias representativas para expressá-lo na prática: *“o voto é a expressão de uma eleição particular entre uma quantidade muito limitada de*

candidatos. E não obstante que este gesto simbólico seja testemunha da aceitação dos procedimentos em curso, não podemos considerá-lo como a expressão de um consentimento profundo; (...) na melhor das hipóteses, [o voto] garante a igualdade perante a lei e a igualdade dos cidadãos em matéria de direitos políticos e jurídicos nas democracias liberais” (Shklar, 1997: 79-80).

A autora observa que todas as teorias da justiça distributiva nas democracias coincidem em apontar, como condição necessária para sua realização, que os cidadãos tenham um mínimo de educação, de bem-estar e de lazer: *“falar em igualdade política e, sobretudo, em igualdade de possibilidades é só uma brincadeira se não se dispõe dos meios para compreender o que está em jogo, nem do tempo necessário para dedicar às questões políticas” (Shklar, 1997: 83).*

Por outro lado, a maioria das teorias da justiça social distributiva – observa Shklar – considera os cidadãos em função dos benefícios que recebem e das cargas que devem assumir: *“[os cidadãos] podem esperar proteção, segurança, educação e certa forma de bem-estar e, como contrapartida, devem pagar impostos e cumprir obrigações militares” (Shklar, 1997: 81).* Segundo a autora, há um certo “reducionismo” nestas teorias ao considerar apenas a existência de “provedores”, que distribuem os recursos existentes conforme as leis gerais aceitas por todos, e “consumidores”, que exigem igualdade de direitos e igualdade de possibilidades, pois isto é ver a justiça só desde o ponto de vista do governo. Shklar diz estar especialmente preocupada com *“a justiça que os cidadãos se devem reciprocamente e não só aquela que é distribuída pelos agentes públicos” (Shklar, 1997: 82).*

Segundo a autora, a cultura que se requer para promover e sustentar a igualdade dos direitos da cidadania democrática depende da conduta e da vontade dos próprios cidadãos. *“Não pode existir senso de justiça sem democracia na vida cotidiana (...); em uma sociedade democrática, cada um deve receber a mesma consideração e a mesma cortesia, e estas não são coisas que sejam distribuídas pelo governo” (Shklar, 1997: 82).*

Shklar afirma que a discriminação e a intolerância criam uma “cultura da injustiça” e uma “cidadania de segunda ordem” para as vítimas; mesmo que estas tenham a possibilidade de recorrer juridicamente nos tribunais.

Segundo a autora, todo membro de uma sociedade democrática está sujeito a uma exigência de respeito mínimo pelo outro para não ser, ao mesmo tempo, ativa e, especialmente, passivamente injusto. Shklar entende que a injustiça ativa é aquela que

surge do plano público e a injustiça passiva é conseqüência do acomodamento dos cidadãos às injustiças do sistema. Frente a esta situação, na opinião de Shklar, faz-se necessária a promoção de uma educação orientada à tolerância e aos comportamentos igualitários nas escolas e na mídia. Mas na verdade, como diz a autora, *“isto depende da vontade dos próprios cidadãos”* (Shklar, 1997: 82).

Para Shklar, a educação é um assunto importantíssimo para a justiça: *“a educação deve ser considerada, ao mesmo tempo, como um direito e um dever da cidadania: é um direito porque, sem instrução, o cidadão não teria as ferramentas intelectuais nem a autoconfiança necessária para se defender das intromissões constantes e inevitáveis das elites; e é um dever porque, sem ela, os cidadãos seriam incapazes de atuar efetivamente no nível do governo local que, espera-se, possa controlar”* (Shklar, 1997: 82).

A autora conclui que o direito à educação assim como aos cuidados à saúde e outros elementos do bem-estar são tanto uma questão de dignidade e de respeito social, quanto uma questão de poder que o cidadão deve estabelecer: *“espera-se que a educação e o bem-estar ajudem ao cidadão a evitar a injustiça que vem de cima e dos outros concidadãos e, pelo menos em teoria, a independência cívica deve ser estimulada mais que restringida. (...) Ao fazer que os cidadãos sejam menos dependentes, a cidadania democrática contribui melhor à justiça distributiva”* (Shklar, 1997: 82-3).

Ao contrario de Walzer, argumenta que, *“não são nem a necessidade, nem o mérito os que alegam em favor da educação e o bem-estar, mas o fato de se tratar dos meios necessários para fortalecer a cidadania”* (Shklar, 1997: 83). Para esta autora, ambos fazem que os cidadãos sejam capazes de defender seus direitos e o sistema que os garante, pelo menos em teoria.

Segundo a autora, é muito provável que, psicologicamente, com exceção dos filósofos, as pessoas pensem na justiça somente quando experimentam uma injustiça que as atinge. No enfoque da autora, o sentimento de ser tratado de maneira injusta coloca a questão da justiça em primeiro plano e faz com que muitos cidadãos com tendência a ser politicamente passivos, acordem para uma atitude de participação civil e, até, uma militância.

A vantagem de começar pelo sentimento de injustiça, mais do que pelas definições de justiça distributiva, sejam universais ou locais, está no fato de que aquele se corresponde melhor com a linguagem política dos cidadãos comuns e, também, este sentimento é

psicologicamente o primeiro, anterior a qualquer entendimento de qualquer teoria (Shklar, 1997: 84).

Assim, no vasto campo delimitado pela lei, os cidadãos devem encontrar sua identidade, e o fazem, geralmente, como resposta ao que percebem como uma injustiça (em geral, os cidadãos percebem como injusto tudo aquilo que não satisfaz suas expectativas). Porém, o sentimento de injustiça nos cidadãos não é simplesmente frustração ou ressentimento. Ele surge de expectativas que foram ensinadas e aprendidas socialmente (Shklar, 1997: 84). Para Shklar, a primeira e mais grave destas injustiças é a exclusão, total ou parcial, da cidadania em si mesma: “*a exclusão dos direitos políticos é a primeira forma de injustiça, a mais degradante*” (Shklar, 1997: 85); sobretudo se a exclusão é imposta sob forma de ignorância, doença ou negação do acesso aos serviços jurídicos e de reparação nos tribunais (Shklar, 1997: 86).

Outro problema é a corrupção, o tráfico de influências e de favores políticos, considerados endêmicos em repúblicas nas quais as desigualdades políticas convivem com profundas desigualdades econômicas. Porém, “*estas formas de injustiça baseadas na desigualdade da riqueza não produzem fortes sentimentos de indignação nem sequer são considerados como situações de exclusão da cidadania, mas apenas como ‘defeitos normais’ das sociedades não igualitárias*” (Shklar, 1997: 87). Na opinião da autora, “*somente a propriedade ou, pelo menos, um emprego estável são capazes de proporcionar a independência que, junto com o voto, definem a cidadania*”. Desde este ponto de vista, o desempregado, ao ser excluído do mercado, transforma-se em um injustiçado que perdeu parte da sua independência e, portanto, de capacidade de exercício da cidadania (ibidem, idem).

Em suma, “*o fim último da justiça distributiva*”, diz Shklar, “*não seria a distribuição igualitária de bens sociais, mas a inclusão*” (Affichard, 1997: 24-5).

Para a autora, a responsabilidade de fazer a justiça mais inclusiva está nos próprios cidadãos. A este respeito, mais uma vez, Shklar argumenta em favor da diferenciação entre a “injustiça ativa” do plano público e a “injustiça passiva”, conseqüência da falta de cultura cívica. Como foi mencionado anteriormente, Shklar tem defendido a importância de considerar, também, o que os cidadãos se devem entre si, e não só considerar as injustiças que surgem das distribuições públicas. Portanto, para a autora, o cidadão deveria promover mais ativamente a justiça. Shklar assume que este enfoque sobre a justiça e a cidadania pode ser considerado “individualista”; porém, o justifica argumentando que, ao menos nos

EUA, a cidadania é percebida como um atributo do indivíduo, sendo que a importância dada aos direitos e a o status expressam também o individualismo (Shklar, 1997: 88).

Poderia parecer que o notável surgimento de grupos contestatórios nos últimos tempos invalide esta “natureza individualista” do exercício da cidadania, mas Shklar discorda desta impressão e afirma que estes grupos surgiram a partir de uma designação externa, não a partir de pessoas vinculadas entre si por uma ideologia, por projetos ou por tradições culturais compartilhadas. Não podemos esperar que a justiça possa emergir automaticamente da atividade destes grupos, cujos membros autodenominam-se vítimas. Segundo esta autora, estes grupos têm mostrado tanta cooperação quanto rivalidade. *“muitas das associações de voluntários são profundamente antidemocráticas nas suas estruturas internas enquanto que outras são intensamente exclusivas. A xenofobia, o racismo, a intolerância e o esnobismo são apenas alguns dos costumes que vinculam entre si algumas destas associações voluntárias”*. (Shklar, 1997: 89).

Para Shklar, longe de ser uma solução, proporcionar a cada um destes grupos sua própria “esfera da justiça” apenas consegue dar outra dimensão aos problemas da justiça e à cidadania; em primeiro lugar, porque sempre haverá um sistema de regras gerais para conservar a paz e para manter a justiça entre os diferentes grupos antagônicos e, em segundo lugar, porque não temos nenhuma prova que mostre que, se as deixarmos regulamentar livremente sua própria esfera da justiça, o resultado seria uma sociedade mais justa (Shklar, 1997: 89).

Judith Shklar explica que seu enfoque de partir do sentimento de injustiça não significa criar vítimas com ressentimento pelas expectativas não satisfeitas pela liberdade, a igualdade dos direitos, a concorrência dos mercados e do mérito, por outro lado, nega que “pluralismo” signifique, necessariamente, transformar as democracias em sociedades de “grupos de vítimas”. Para ela, esta é uma concepção autoritária e contesta: *“podemos responder a esta argumentação dizendo que o sistema repressivo, comunal, tradicional ou autoritário, prefere silenciar aqueles que poderiam reclamar”* (Shklar, 1997: 90).

Por fim, Shklar afirma que o verdadeiro desafio das sociedades que buscam uma justiça pluralista consiste em canalizar a indignação em projetos que devem ser desenvolvidos pelos governos e pelos cidadãos para que a democracia representativa seja mais flexível e inclusiva; somente assim será mais justa: *“é utópico sugerir que o sentimento de injustiça poderia ser eliminado ou acalmado ou limitado a situações*

racionais, mas não é impossível mudar o protesto por caminhos mais positivos ou, pelo menos, persuadir os outros cidadãos para que dividam sua indignação” (ibidem, idem).

As teorias da justiça e o teste da exclusão.

Uma das mais importantes conclusões alcançadas na ocasião do já citado evento “*Inégalités - Paris 90*” foi resumida por Affichard pela frase: “*A exclusão social deve ser o objeto principal que permita pôr à prova as teorias da justiça*” (Affichard, 1997: 22).

Em princípio, todas as teorias contemporâneas da justiça consideram a questão da “inclusão” como relacionada com a noção de “cidadania”. Mas isto, na opinião de Judith Shklar, é insuficiente. Para esta autora, mesmo que a maioria dos indivíduos em uma sociedade democrática – com a única exceção dos estrangeiros – tenha o título de cidadão, não impede o desenvolvimento de políticas de exclusão (apud Affichard, 1997: 23).

Como já foi mencionado, Shklar insiste sobre o fato que, pelo menos nos EUA, as condições que garantem a cidadania são o voto e o emprego estável, ao menos para quem não dispõe de riqueza pessoal (Shklar, 1991: 3).

A este respeito, é interessante a visão do cientista político canadense Joseph Carens. Na opinião de Carens, o fato do emprego ser entendido como uma pré-condição para a “igual condição” (*equal status*) dos cidadãos, coloca em primeiro plano a questão da justiça na distribuição do trabalho digno, isto é, aquele que permite a total independência do indivíduo. Por isso, o autor afirma que “*negar a possibilidade de trabalho a uma pessoa saudável constitui uma injustiça*” (Carens, 1995: 104).

Mas, o que seria uma pessoa saudável? Como devem ser avaliadas as capacidades para o trabalho? Como evitar a exclusão das pessoas com capacidades diferentes?

Estas perguntas, além de formar parte das questões relevantes nesta dissertação, constituem um ponto importante para o teste da exclusão.

Segundo Affichard, “*é necessário revitalizar as formas de integração das comunidades com capacidades diferentes para alcançar que a justiça distributiva cumpra com os princípios da inclusão*” (Affichard, 1997: 23). Já foram tentadas várias maneiras de melhorar as posições dos grupos minoritários desfavorecidos na distribuição de bens sociais; por exemplo, por intermédio da política de reserva de vagas; mas isto tem sido denunciado como injusto por muitos autores visto que, com certeza, irão privar a outrem de seus direitos: “*o tratamento preferencial dos mais desfavorecidos por parte dos serviços públicos é algo difícil de aceitar na França, não só como consequência dos prejuízos*

estendidos a outros grupos da população, mas também pela profunda incorporação do conceito de 'igual tratamento' entre os franceses; por outro lado, toda forma de 'vaga reservada' enfrenta, também, problemas de inconstitucionalidade” (Affichard, 1997: 24).

Como encarar, então, o problema da exclusão desde uma perspectiva pluralista?

Affichard responde que, no caso de existir uma exclusão inevitável com relação a um princípio de justiça, deveria existir uma inclusão através de outro princípio de justiça diferente. Porém, muitos autores justificam a exclusão social de certos indivíduos que, segundo esta perspectiva, conseguem *“uma acumulação de incapacidades em todas as esferas, isto é, a ausência de qualidades específicas requeridas para a inclusão”* (Affichard, 1997: 24).

Para Walzer, este tipo de “exclusão justa” seria uma consequência direta da “concepção meritocrática” que existe em muitas elites sociais. Para este autor, a exclusão de todas as esferas da justiça representa o extremo contrário à igualdade complexa. No modelo da teoria das esferas, a existência de grupos excluídos estaria mostrando que a distribuição nas diferentes esferas não é justa. Walzer explica esta possibilidade através da noção de “contaminação da pobreza” (simétrica à “contaminação da dominação”). Isto significa que, quem é pobre na esfera do mercado vê limitada sua participação na distribuição nas outras esferas, especialmente com respeito à saúde e à educação. Portanto, as pessoas excluídas deveriam receber ajuda e atenções especiais para evitar a reprodução e perpetuação da exclusão.

Pode-se afirmar que as concepções pluralistas da justiça oferecem recursos mais amplos para a luta contra a exclusão. Justificam, principalmente, valer-se de todas as formas de ação associativas (Affichard, 1997: 25). Porém, as concepções pluralistas da justiça não constituem em si mesmas uma solução mágica para os problemas da exclusão. Atendendo à teoria de Walzer, podemos antecipar que, em um regime de “igualdade complexa”, as concepções de justiça baseadas exclusivamente no exercício da cidadania ativa vêm-se limitadas pelos mecanismos de “contaminação”.

Por outro lado, também devemos considerar o risco do fechamento, da xenofobia, do racismo e da intolerância das fórmulas associativas que foi criticado por Judith Shklar. Por isso, a responsabilidade pela justiça pluralista não pode ser depositada apenas na “justiça ativa dos cidadãos” nem na ação dos “grupos contestatórios” motivados pelo “sentimento de injustiça”.

Na prática, é inevitável falar do importante papel do Estado na justiça distributiva: *“esta volta ao Estado é, no mínimo, paradoxal na medida em que as concepções pluralistas pretendem mostrar que os caminhos da integração são múltiplos e as responsabilidades são diversas”* (Affichard, 1997: 25). Mesmo assim, o papel do Estado justifica-se pela existência de uma responsabilidade do conjunto da sociedade com respeito à exclusão. *“não um Estado que seja só um agente de alocação de bens sociais, mas um Estado envolvido com a elaboração de compromissos entre as diferentes ordens da justiça; um Estado com a responsabilidade de pôr em prática os métodos de avaliação adaptados às características pluralistas das políticas sociais”* (Affichard, 1997: 26).

Finalmente, o Estado, em uma sociedade pluralista, deve estar atento ao aparecimento de novas injustiças induzidas pela descentralização, no caso em que a autonomia da escala local implique divergências respeito às definições de justiça e equidade.

Como escreveu J.L. Borges: *“Minha utopia continua sendo um país, ou todo o planeta, sem Estado, mas compreendo, não sem tristeza, que essa utopia é prematura, e que ainda nos faltam alguns séculos. Quando cada homem for justo, poderemos prescindir da justiça, dos códigos e dos governos. Penso que, no momento atual, o Estado seja um mal necessário, porque ainda não merecemos não tê-lo”* (apud: Stortini: 1990: 73-4).

SEGUNDA PARTE
JUSTIÇA SANITÁRIA

“Se não fossem a bexiga, o tifo, a malária, o analfabetismo, a lepra, a doença de chagas, a xistossomose, outras tantas meritórias pragas soltas no campo, como manter e ampliar os limites de fazendas do tamanho se países, como cultivar o medo, impor o respeito e explorar o povo devidamente? Sem a miséria, o crupe, o tétano, a fome propriamente dita, já se imaginou o mundo de crianças a crescer a virar adultos, alugados, trabalhadores, meeiros, imensos batalhões de cangaceiros – não esse bando de jagunços, se acabando nas estradas ao som das buzinas dos caminhões – a tomar as terras e a dividi-las? Pestes necessárias e beneméritas. Sem elas seria impossível a industria das secas, tão rendosa; sem elas como manter a sociedade constituída e conter o povo, de todas as pragas a pior? Imagine, meu velho, essa gente com saúde e sabendo ler, que perigo medonho!”

Jorge Amado.

Tereza Batista cansada de guerra. Terceira parte, C.

“Existe realmente o ‘direito à saúde’? Uma maneira de responder esta pergunta é adotando o ponto de vista do direito positivista, segundo o qual, não existem direitos até não serem encarnados em instituições reais através da lei”.

Norman Daniels

1998: 316

CAPÍTULO 4: RESENHA HISTÓRICA.

- **O Paganismo greco-romano: O culto ao bem-estar do cidadão.**

“A variedade conduz à desordem; desta maneira são engendradas as doenças. E em um Estado em que reinem as doenças e a desordem, não serão necessários logo os hospitais e os tribunais? E não gozarão de prestígio a medicina e o curandeirismo quando um grande número de cidadãos bem nascido as cultive com fervor? – sem dúvidas – existe algum sinal mais certo da má educação de um Estado do que a necessidade de médicos e juizes hábeis, não só para os artesãos e para o povo baixo, mas também para aqueles que dizem ter sido educados como homens livres?”.

Platão
A República
Livro terceiro - 1992: 134-5.

No parágrafo do livro *A República* citado acima, Platão sintetiza a concepção sobre a relação entre o Estado e a saúde dos cidadãos que predominou durante vários séculos da cultura ocidental.

Na Antiguidade, associava-se as doenças à desordem; elas se opunham à ordem moral que devia ser imperativamente perseguida para alcançar a felicidade.

Para Platão “os artesãos e o povo baixo” eram doentios e de pouca moral como conseqüência do seu trabalho. Pelo contrário, “os homens livres” conseguiam ser saudáveis de “corpo e alma” através de uma boa educação.

Para Aristóteles, a divisão do trabalho que determinava o direito de aspirar ou não a levar uma vida saudável não era sequer uma questão de justiça política: *“a justiça existe apenas para os homens cujas relações são regidas pela lei (...). A justiça de um amo para com o escravo ou de um pai para um filho não são iguais à justiça dos cidadãos (...). Em tais relações não há justiça ou injustiça no sentido político”* (Aristóteles, 2001: 116-7). Assim, obedecendo à ordem natural vigente, os escravos não tinham nenhuma relevância moral no Estado e, portanto, não mereciam cuidados em saúde. Em cambio, os cidadãos alcançavam, através da educação, um requintado sentido das virtudes que lhes permitia gozar das liberdades e de uma vida saudável: *“devemos formar nossos jovens na ginástica – sem dúvidas – é desejável que comecem a praticá-la cedo e continuem enquanto dure a vida (...) Acredito que não é o corpo, por bem constituído que ele esteja, quem faz boa a*

alma com suas virtudes, pelo contrário, é a alma – quando é boa – que dá ao corpo toda a perfeição de que é capaz” (Platão, 1992: 133).

Com o objetivo de educar a cidadania para as virtudes, o Estado provia além das academias de ginástica, os espetáculos e os banhos públicos. No entanto, periodicamente era escolhido um pequeno grupo de médicos para serem funcionários públicos por conta do Estado. O propósito disto era garantir a presença de médicos qualificados na cidade para atender o eventual surto de pragas. É claro que suas ações beneficiavam especialmente aos cidadãos mais pobres; porém, o Estado não dava atenção às doenças da pobreza em si mesmas nem à distribuição ampla de cuidados em saúde (Walzer, 2001: 79-82).

Os cuidados médicos foram organizados respeitando uma teoria de justiça que se ajustasse à ordem proporcional da “natureza” de cada indivíduo. Atendendo ao conceito de justiça distributiva vigente criaram-se três serviços diferentes de assistência médica a cargo da *Polis*: a dos pobres e escravos (que não tinham acesso ao benefício ou eram muito mal atendidos); a dos artesãos livres (que recebiam algum atendimento básico, mas não podiam pagar tratamentos prolongados e caros) e a dos cidadãos livres e ricos, que eram os únicos que participavam plenamente da distribuição dos bens da sociedade e, por isso, só eles recebiam a assistência sanitária completa (Gracia, 1990(b): 189). Na Grécia de Platão e Aristóteles, a relação entre o médico e o doente estava regida por uma moral de beneficência e pertencia ao âmbito do interesse privado. Os cuidados em saúde dos cidadãos só se justificavam em casos “*de feridas ou doenças estacionais*” (Platão, 1992: 135); fora disso, era até uma vergonha consultar o médico.

Atendendo aos escritos que a tradição atribui ao médico grego Hipócrates de Cós, a ética médica era claramente deontológica (do grego *deon*, “dever”) e dizia respeito unicamente ao agente moral, neste caso, o médico. A ética hipocrática baseia-se em deveres absolutos, um padrão de virtudes que permitiam ao agente moral agir de maneira correta: “*exercer a medicina e curar não consiste em aplicar ou deixar de aplicar a faca, nem usar ou deixar de usar medicamentos, mas em fazer essas coisas de maneira certa*” (Aristóteles, 2001: 124). O critério para discernir o bom do ruim tinha caráter naturalista.

A Escola Hipocrática exaltou a idéia de *vis medicatrix naturae*, tendência da natureza a curar a si mesma. Segundo Roy Porter, a natureza podia ser auxiliada fornecendo um ambiente adequado, junto com dieta e exercícios. Para alcançar a cura, o médico devia contar com a colaboração do paciente, que era informado dos detalhes da doença e do tratamento (Porter, 2002: 17-21).

Para Gracia, o médico hipocrático era o portador da verdade objetiva e natural; ele tinha o “dever” de restituir o bem orgânico e moral aos doentes. E o “dever” do doente era aceitar a ajuda técnica e moral do médico sem questionar (Gracia, 1990(a): 3).

Como vimos, o próprio Platão pensava que “a variedade conduz à desordem”, portanto a ordem representada pelo médico devia se impor aos valores e desejos do doente. O bem associado à ordem natural não surgia da livre aceitação, mas da imposição. Paradoxalmente, ambos conceitos não eram contraditórios; na tradição socrática, quem percebe o bem, não poderia recusá-lo. Tudo isto representa a essência do paternalismo médico que caracterizou a origem da medicina ocidental (ibidem, idem).

- **O Cristianismo: Todos os homens são iguais aos olhos de Deus.**

“Quem se opõe à autoridade, revela-se contra a ordem divina; e os rebeldes terão para si a condenação”.

Paulo de Tarso
Romanos: 13

“O que é a moral judeu-cristã? É o acaso que perdeu sua inocência, a desgraça envilecida pela idéia do pecado, o bem-estar convertido em perigo e em tentação”.

Friedrich Nietzsche
O Anticristo
XXV -1993: 47.

Tudo quanto foi escrito no século VI AC. manteve sua vigência durante a Idade Média: *“a sociedade medieval tentou assumir o mais possível as consignas platônicas e, no substancial, a assistência médica ajustou-se a estas normas”* (Gracia, 1990(b): 189).

Para Foucault, a medicina medieval era de tipo hipocrática, deontológica e individualista. Segundo este autor, se houve alguma ação coletiva da atividade médica, foi extraordinariamente discreta e limitada (Foucault, 2002: 80).

Outros autores, como Roy Porter e Roberto Margotta, mencionam que a medicina na Idade Média somente voltou a ser hipocrática em 1224, com a Escola de Salerno (Margotta, 1998: 52-5 ; Porter, 2002: 26-7).

Com isto, a ordem “natural” e o paternalismo médico ainda regeriam a idéia de saúde até que explodiram as revoluções democráticas da modernidade (Gracia, 1990(a): 4). Porém, entre o paganismo greco-romano e o iluminismo consolidou-se no ocidente a ordem moral cristã.

Devemos reconhecer que a vigência de uma “ordem moral” regente durante estes quase dez séculos não significou uma constância do seu conteúdo em valores; e que os valores pagãos são bem distintos dos cristãos. Como exemplo desta diferença, Nietzsche afirma que o cristianismo acabou com o culto ao bem-estar do corpo de gregos, romanos, árabes e outros hereges: *“A igreja é inimiga da higiene pessoal a título de sensual; a primeira medida cristã depois da expulsão dos mouros espanhóis, foi proibir os banhos públicos”* (Nietzsche, 1993: 39).

A pregação do cristianismo garantindo que “todos os homens são iguais aos olhos de Deus” ganhou a simpatia dos escravos, dos camponeses explorados, dos pobres e excluídos da cidadania romana. Depois de milhares de mártires e perseguições, no ano 312, quando a instabilidade do império o exigiu, o imperador Constantino abraçou a religião de Cristo, que recomendava suportar toda penúria e injustiça na terra para ganhar a salvação da alma eterna no “Reino dos céus” (Cereijido, 1997: 58). A partir desse momento, a igreja cristã passou a ocupar um primeiro plano no cenário mundial e a idéia de que todos os homens são “iguais diante de Deus” se incorporou à cultura ocidental.

Friedrich Nietzsche, no seu livro *O Anticristo*, critica com veemência a ordem moral cristã: *“trata-se de um ato vergonhoso de falsificação da história; a mentira da ordem moral acompanha à filosofia em suas diversas evoluções até a chegada da filosofia moderna”* (Nietzsche, 1993: 48). Na interpretação nietzscheana, a moral cristã não valorizava a saúde do corpo, mas a doença: *“o cristianismo pretende domesticar feras; e o meio do qual se vale é fazê-las adoecer”* (Nietzsche, 1993: 40). *“Nós, que valorizamos a saúde, quanta razão temos para desprezar uma religião que engana o corpo, que julga meritória a desnutrição, que combate a saúde como uma espécie de inimigo, de demônio, de tentação! Que está persuadida de que pode se albergar uma alma perfeita em um corpo agonizante”* (Nietzsche, 1993: 96).

O mexicano Marcelino Cereijido, estudioso da influência do cristianismo no desenvolvimento da ciência ocidental, tenta encontrar a explicação ao martírio cristão nos escritos de Agostinho de Hipona (354 – 430). Agostinho afirmava que existiam duas mortes, a morte física, inevitável, e a morte da alma, que podia ser evitada evitando os pecados, isto é, aceitando e obedecendo à autoridade do sacerdote. Mas como até em pensamentos podia se pecar e prejudicar a alma, a solução era mortificar ao corpo: *“a estratégia foi desvalorizar o corpo, esfomeá-lo, torturá-lo, não limpá-lo e renunciar ao sexo para obter a salvação em Deus”* (Cereijido, 1997: 61).

Segundo Cereijido, a Europa, até o século XIII, foi um continente “*transitado por leprosos, mendigos e flagelados que atribuíam suas desgraças aos pecados cometidos, e esperavam ser perdoados por Deus através do martírio*” (Cereijido, 1997: 65). Na explicação do autor, este panorama não mudou substancialmente até o século XIII. O atraso da Europa cristã com relação ao mundo islâmico era gritante. Os árabes continuaram a corrente aristotélica de utilizar a razão para ordenar intelectualmente a realidade e obtiveram, conseqüentemente, grandes avanços nas ciências e na qualidade de vida em suas cidades: “*a igreja do século XIII viu na corrente aristotélica dos árabes a possibilidade de acabar com a alucinação medieval e evitar que o avanço da razão esmagasse a fé, e com ela ao cristianismo*” (Cereijido, 1997: 69).

Nesse contexto, irrompe Tomás de Aquino (1224-1274) para dizer que a razão não está em conflito com a fé – de maneira que seria possível aproveitar suas vantagens – mas que a razão não pode explicar tudo – por isso deve operar dentro da fé – (Cereijido, 1997: 70).

Porém, a igreja cristã manteve a ordem moral como critério para distinguir o bom do mau; com isto, as pessoas teriam o direito de escolher livremente seus valores, sob risco de perder a salvação eterna.

É bom lembrarmos que a palavra grega para “capacidade para escolher” é *hieresis*, que também é a origem da palavra “herege”.

Nietzsche critica a rigidez desta sujeição: “*chamam de reino de Deus a um estado de coisas em que o sacerdote determina os valores; chamam de vontade divina aos meios que empregam para manter esse estado de coisas*” (Nietzsche, 1993: 49). Para o filósofo alemão, este fundamentalismo tem data de expiração: “*a mentira da ordem moral acompanha a filosofia em suas diversas evoluções até a chegada da filosofia moderna*” (Nietzsche, 1993: 48).

- **A Modernidade: Moral secularizada e Racionalização.**

“A ética econômica nasceu do ideal ascético; todavia, perdeu seu sentido religioso. Foi possível que a classe trabalhadora tivesse se conformado com sua sorte, enquanto se pôde prometer-lhe a bem-aventurança eterna”.

Max Weber
História Geral da Economia
Capítulo IV, 1980: 178.

O conceito “modernidade” se refere ao estilo, costume de vida e organização social que emergiram na Europa a partir do século XVII e que posteriormente se tornaram mais ou menos mundiais na sua influência. Segundo o sociólogo inglês Anthony Giddens: “*os modos de vida produzidos pela modernidade nos desvencilharam de todos os tipos tradicionais de ordem social, de uma maneira que não tem precedente*” (Giddens, 1991: 14). Porém, para que todas estas transformações excepcionais acontecessem, foram necessárias profundas mudanças na filosofia (com a Ilustração); na política (a partir da queda da monarquia absolutista pela Revolução francesa e a conseqüente adoção do “contrato social” como base de todas as relações entre os homens) e na ordem religiosa (com a secularização da Reforma Protestante).

A filosofia moral da Ilustração abandonou a idéia de “natureza” e colocou o homem no centro do universo; um homem que era pensado como sendo livre de acordo com sua consciência e fonte legítima de todos os direitos. Isto levou à formulação do “princípio de liberdade moral”: “*todo ser humano é um agente moral autônomo, e como tal deve ser respeitado por quem mantém posições morais distintas. Nenhuma moral pode ser imposta aos indivíduos contra os ditados da sua consciência*” (Gracia, 1990(a): 4-5). Na Idade Moderna irá posteriormente a consolidar-se uma nova concepção da justiça. A justiça deixará de ser considerada exclusivamente como a “virtude” que se ajusta à ordem moral “natural” para passar a ser concebida como a “conseqüência” de decisões autônomas ditadas pela própria consciência dos indivíduos livremente aderentes a um pacto social.

Para Giddens, os alicerces da modernidade são quatro: *o capitalismo* (como forma de organização econômica), *o industrialismo* (como forma de transformação e apropriação da natureza), *o Estado moderno* (com sua burocracia e sua vigilância social) e *o poder militar* (como monopolizador da violência para o Estado) (Giddens, 1991: 65).

Nos interessa principalmente a questão do capitalismo, Max Weber afirma que a origem deste só foi possível na Europa ilustrada, com o avanço da razão em todos os âmbitos da atividade humana: “*o capitalismo surgiu através da empresa racional, da contabilidade racional, da técnica racional e do direito racional. A tudo isto se deve ainda adicionar a ideologia racional, a racionalização da vida, a ética racional da economia*” (Weber, 1980: 169). Entretanto: “*a cultura ocidental se distingue de todas as demais pelo fato da existência de pessoas possuidoras de uma ética racional da realidade*” (Weber, 1980: 146). Segundo Weber: “*somente o ocidente criou uma organização racional do trabalho, de outra maneira não teria sido possível o capitalismo*” (Weber, 1980: 145).

Por sua parte, a secularização ética da Reforma Protestante fez a sua parte neste processo de racionalização. Para Weber, a Reforma converteu a ética protestante no espírito do capitalismo. Segundo este sociólogo e filósofo alemão, no cristianismo medieval era possível diferenciar uma moral dupla; por um lado o virtuosismo religioso dos escolhidos (os monges) e, por outro, a religiosidade das massas. A distinção entre a ética monacal e a ética das massas significou que os indivíduos de maior vocação religiosa se separaram do mundo para formar uma comunidade “transcendental”; para as massas o instituto da confissão permitia descarregar os pecados condenados pelos preceitos éticos da igreja.

A secularização da Reforma rompeu definitivamente com a moral dupla; com isto, a ascese ultraterrena foi absorvida; todos deviam praticar sua religião neste mundo comum. O homem passou a ser considerado como “administrador” dos bens que Deus lhe tinha conferido. A ética protestante censurava o prazer, mas não pregava a pobreza nem admitia fugir do mundo material, pois considerava como missão religiosa de cada um a colaboração no domínio racional do Universo. Segundo Weber: *“deste critério deriva a nossa atual palavra: profissão – no sentido de vocação – que só conhecem os idiomas influídos pela tradução protestante da Bíblia. Tal termo expressa a valorização da atividade lucrativa capitalista, apoiada em fundamentos racionais, como realização de um objeto fixado por Deus”* (Weber, 1980: 176-7).

Contudo, o fenômeno histórico denominado “secularização”, pelo qual as crenças e instituições religiosas se converteram em doutrinas filosóficas e instituições leigas, não somente teve seu papel na consolidação do capitalismo, mas também influenciou alguns dos valores morais mais importantes na concepção dos Direitos Humanos na modernidade.

Courtney Campbell propõe duas possíveis interpretações da palavra secularização; a primeira formulada como: *“a separação das principais instituições (medicina) ou valores (saúde) da influência do pensamento e das práticas religiosas”* (Campbell, 1990: 32) e, a segunda concepção definindo que: *“secularização também pode significar que, uma vez afirmado o caráter religioso dos valores e crenças, estes possam ter uma aceitação generalizada apesar de que os fundamentos religiosos não a tenham”* (Campbell, 1990: 33).

Segundo este teólogo norte-americano, as principais tradições religiosas da cultura ocidental têm afirmado que os seres humanos foram criados à imagem de Deus (*imago Dei*) e, conseqüentemente, isto faria com que tenhamos uma origem e um destino comum. Isto

obriga aos fiéis a pensar na santidade do corpo; o amor ao próximo; o bem-estar coletivo e a condição de igualdade à frente do seu universo moral. (Campbell, 1990: 33).

O conceito de “*imago Dei*” transformou-se nos conceitos humanistas secularizados de “santidade da vida humana” e “igualdade das pessoas”. Para Campbell, “*o conceito ‘imago Dei’ não só reforça o sentido de comunidade e igualdade, mas também respalda a importância que se atribui ao respeito pela autonomia individual*” (Campbell, 1990: 34). Mas, desde outro ponto de vista, o conceito *imago Dei* denota que as pessoas são algo a mais do que sua vontade: “*são seres dotados de um corpo, e seu corpo físico e temporal é igualmente digno de respeito moral*” (Campbell, 1990: 34). Isto tem tido repercussões práticas ao examinar alguns dilemas bioéticos envolvendo o corpo humano.

Conseqüentemente, as normas morais que têm um profundo significado para as tradições religiosas, mesmo que secularizadas, contêm limites inerentes à liberdade e à faculdade de escolha individual, embora para Campbell: “*desde o ponto de vista da evolução histórica, a bioética deve muito à religião*” (Campbell, 1990: 33).

- **O Estado moderno e origem da saúde coletiva.**

“O trânsito do estado natural ao civil produz no homem uma mudança notável, substituindo na sua conduta a justiça ao instinto e dando a suas ações a moral de que careciam anteriormente”.

Jean-Jacques Rousseau.

O contrato social.

1996: 38.

Uma das conseqüências da modernidade enumeradas por Giddens, como vimos, foi a emergência do Estado moderno. Trata-se de um Estado “racional” que veio a substituir as formas pré-modernas de organização e autoridade através da tecnologia e da organização das atividades humanas na forma da burocracia (Giddens, 1991: 21).

As comunidades pré-modernas possuíam autonomia de *dimensão local*; estavam socialmente estabilizadas por *relações de parentesco* e moralmente fundamentadas na *tradição*. Por sua vez, a *cosmologia religiosa* fornecia uma interpretação providencial da vida humana e da natureza (Giddens, 1991: 104).

Convém lembrar que na Idade Média não existia um orçamento organizado pelo Estado (Weber, 1980: 127). Com isto, a previdência social baseava-se em fortes laços de solidariedade criados pelo sentimento de pertença às comunidades políticas locais (Walzer,

2001: 75). Como exemplo deste tipo de comunidade pré-moderna, Walzer analisa a organização da previdência em uma comunidade judia na Europa cristã da alta Idade Média. Segundo o autor, a rede solidária dos judeus medievais revela “*não só a amplitude da atividade comunitária, mas também – e isto é o mais importante – a maneira como esta atividade é estruturada por valores coletivos e opções políticas*” (Walzer, 2001: 85).

Porém, o desenvolvimento do industrialismo trouxe consigo o que Giddens denomina “desencaixe” das pessoas de suas comunidades locais. O desencaixe é um mecanismo que retira a atividade social dos contextos localizados, reorganizando as relações sociais através de grandes distâncias tempo-espço. O modelo industrialista produziu uma separação de tempo e espaço, criando um espaço artificial (a fábrica) e uma medida mecânica do tempo (uso do relógio). Os membros das comunidades locais (que encontravam seu sustento na exploração da natureza em dependência do tempo estacional) foram compelidos a se “desencaixar” das áreas rurais e migrar para as cidades industrializadas em busca de sustento (Giddens, 1991; 58-9).

Com o debilitamento das comunidades locais foram se perdendo as redes de solidariedade e previdência pré-modernas. Haveria duas razões para isto: em primeiro lugar, porque perderam seu sustento econômico e, em segundo lugar, porque se mostraram incapazes de dar resposta aos novos problemas sanitários que acompanhavam a emergência das cidades industriais modernas. O cientista político português Boaventura de Sousa Santos, conhecido crítico da filosofia iluminista, ironiza este processo: “*um sociólogo marciano terá dificuldades em compreender que se destruam entre nós as redes de solidariedade pré-modernas em nome do progresso para se tentar, posteriormente e em vão, recuperá-las como condições desse mesmo progresso*” (Santos, 1987: 72). Por fim, em um determinado momento do desenvolvimento industrialista-capitalista, o Estado moderno começou a utilizar sua burocracia e seus orçamentos para financiar políticas sanitárias.

Como e porque fez isso? Qual foi a origem da medicina coletiva?

Michel Foucault afirma que a medicina moderna, que nasceu em fins do século XVIII, é uma prática social que tem como base uma certa tecnologia do “corpo social” (o corpo humano como realidade bio-política). Para Foucault, apenas a medicina que estabelece uma relação de mercado entre o médico e o paciente é que continua sendo individualista e de interesse privado, tal como tinha sido até a chegada da modernidade (Foucault, 2002: 79).

Desde o final do século XVI e começo do século XVII todas as nações européias se preocuparam com o estado de saúde de sua população em um clima político, econômico e científico característico do período dominado pelo mercantilismo. Porém, contrariamente a muitas hipóteses geralmente aceitas, as medidas sanitárias não começaram pelos pobres, mas pelo Estado e a cidade: *“não foi o corpo que trabalha, o corpo de proletário que primeiramente foi assumido pela medicina. Foi somente em último lugar, na segunda metade do século XIX, que se colocou o problema do corpo, da saúde e do nível da força produtiva dos indivíduos”* (Foucault, 2002: 80). Para Foucault, pode-se, grosso modo, reconstituir três etapas na formação da medicina comunitária: de Estado, urbana e, finalmente, da força de trabalho.

A medicina de Estado se desenvolveu na Alemanha do começo de século XVIII. A nação alemã estava economicamente atrasada respeito à França e à Inglaterra; mas estava à frente em termos de ciência de Estado. Para Foucault, a Prússia foi o primeiro modelo de Estado moderno: *“o estado moderno nasceu onde não havia potência política ou desenvolvimento econômico e precisamente por essas razões negativas”* (Foucault, 2002: 82). Foi na Alemanha onde se desenvolveu pela primeira vez uma prática médica efetivamente centrada na melhoria do nível de saúde da população.

Para alcançar seus objetivos, a medicina de Estado se esforçou em normalizar a prática médica: *“a França normalizou seus canhões e seu professores, a Alemanha normalizou seus médicos”* (Foucault, 2002: 83) e criou uma organização administrativa para controlar a atividade dos médicos, a grande maioria nomeados pelo próprio governo.

A organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica e a subordinação dos médicos a uma administração central permitiram a criação da medicina de Estado. Mas não foi o corpo do proletário que foi assumido por essa administração estatal da saúde, mas o corpo dos indivíduos que constituem o Estado: *“é a força, não do trabalho, mas a estatal, a força do Estado e seus conflitos, econômicos, certamente, mas igualmente políticos, com seus vizinhos. É essa a força estatal que a medicina deve aperfeiçoar e desenvolver”* (Foucault, 2002: 84).

Por sua parte, a medicina urbana se desenvolveu na França em fins do século XVIII, contextualizada no processo de urbanização industrialista. No início deste processo, a cidade era um território heterogêneo de poderes rivais. Rapidamente, sentiu-se a necessidade da unificação do poder urbano. Isto, em primeiro lugar por razões econômicas (já que a cidade como lugar de mercado e produção precisava de regras coerentes) e, em

segundo lugar, por razões políticas (já que com a formação das camadas operárias aumentaram as tensões políticas no interior das cidades) (Foucault, 2002: 86).

A medicina urbana nasce da definição moderna de “espaço” e se concentra em três grandes objetivos: eliminar do espaço urbano o amontoamento de tudo que pode provocar doença (como os lixões e os cemitérios); controle da circulação (não só das pessoas, mas também, e principalmente, do ar e da água) e a organização das distribuições urbanas (onde colocar os diferentes elementos necessários à vida comum da cidade) (Foucault, 2002: 89-91).

A medicina urbana não era verdadeiramente uma medicina dos homens, corpos e organismos, mas uma medicina das condições de vida e do meio de existência.

Foucault realça a importância da organização da medicina urbana para a medicina científica: *“com ela aparece, pouco antes da Revolução Francesa, uma noção que terá uma importância considerável para a medicina social: a noção de salubridade”* (Foucault, 2002: 93).

Mas, como toda prática social, a medicina urbana era sensível a valores e interesses.

De maneira esquemática pode-se dizer que até o século XVII, na Europa, o grande perigo social vinha do campo. Já no século XVIII, o crescente amontoamento das camadas proletárias em péssimas condições de higiene alimentou o chamado “pânico urbano”, caracterizado como uma forte inquietação político-sanitária que aumentava junto com o tecido urbano. Para dominar esses fenômenos médicos e políticos que inquietavam tão fortemente a população das cidades, a emergente burguesia lançou mão de modelos de intervenção que existiam desde a Idade Média: a expulsão (como na lepra) a quarentena (como na peste) (Foucault, 2002: 88).

O poder político da medicina urbana consistia em distribuir os indivíduos entre sãos e doentes. Era necessário identificar e isolar os doentes para depois separá-los.

Mas não foi só isso. A partir do surto de cólera de 1832, a coabitação em um mesmo espaço urbano entre pobres e ricos também foi considerado um perigo sanitário e político para a cidade, o que ocasionou a organização de bairros ricos e pobres (Foucault, 2002: 94).

É interessante observar que se os espaços comuns, os lugares de circulação, os cemitérios, os matadouros foram controlados, o mesmo não aconteceu com a propriedade privada: *“a burguesia que, para sua segurança política e sanitária, pretendia o controle da cidade, não podia ainda contradizer a legislação sobre a propriedade que ela reivindicava, procurava estabelecer, e só conseguiria impor no momento da Revolução Francesa”*

(Foucault, 2002: 92). Daí, portanto, a inércia de todas as políticas médicas urbanas com relação à propriedade privada.

Por último, a medicina coletiva se ocuparia dos pobres, da força de trabalho. E foi na Inglaterra, país em que foi mais rápido o desenvolvimento industrial (e conseqüentemente, do proletariado) que apareceu esta modalidade de medicina social.

Segundo Foucault isto aconteceu porque no segundo terço do século XIX, por várias razões, o pobre representava um perigo. Durante a Revolução Francesa e nas agitações sociais do início de século na Inglaterra, a população pobre tornou-se uma força capaz de ser revoltar ou, pelo menos, de participar de revoltas (Foucault, 2002: 94).

É com a “Lei dos pobres” que a medicina inglesa começa a tornar-se social, na medida em que o conjunto dessa legislação comportava um controle médico do pobre (Foucault, 2002: 95).

A idéia era introduzir uma “Assistência Controlada”. Tratava-se de um controle médico do pobre, pelo qual o governo assegurava a proteção sanitária das classes ricas mediante tratamentos gratuitos da saúde das classes pobres. *“Vê-se claramente, a transposição, na legislação médica, do grande problema político da burguesia nesta época: a que preço, em que condições e como assegurar sua segurança política. A legislação médica contida na Lei dos pobres corresponde a este processo”* (Foucault, 2002: 95). Em 1875, com a criação do *health service* e dos *health officers*; a “Lei dos pobres” foi completada com a organização de um serviço autoritário, não de cuidados médicos, mas de controle médico da população. Estas organizações burocráticas tinham por função o controle da vacinação, a organização do registro das epidemias e a localização e eventual destruição de locais insalubres.

O controle médico inglês suscitou, desde sua criação, uma série de violentas reações não somente na Inglaterra, mas em diversos países anglo-saxões. Nesses países, os mesmos grupos de dissidência religiosa que, durante os séculos XVII e XVIII lutaram contra a religião de Estado, reaparecem no século XIX para reivindicar o direito das pessoas a não se submeterem à medicina oficial e lutar contra a medicalização autoritária (Foucault, 2002: 96).

Contudo, o sistema inglês inspirou a fórmula que teve mais sucesso no futuro do desenvolvimento das nações-estado na modernidade.

A originalidade da medicina social inglesa foi permitir a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes: uma “medicina assistencial”, destinada aos mais

pobres; uma “medicina administrativa”, encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc.; e uma “medicina privada” que beneficiasse quem possui os meios para pagá-la (Foucault, 2002: 97).

Como afirma Foucault: *“nos sistemas médicos dos países mais ricos e industrializados da atualidade, trata-se sempre de fazer funcionar esses três setores da medicina, mesmo que sejam articulados de maneiras diferentes”* (Foucault, 2002: 98).

Tal como acabamos de ver, nos dois últimos séculos, articulou-se no Ocidente, algum tipo de política pública de assistência sanitária por parte do Estado. *“é por isso que os termos sanitarismo e política, em princípio alheios entre si, têm sido unidos indissoluvelmente na expressão política sanitária”* (Gracia, 1990(b): 187). A partir desse momento, os cuidados de saúde deixaram de ser uma questão restringida ao campo da intimidade, da privacidade da relação médico–paciente, para se constituir em uma questão de práticas sociais, de políticas públicas e, conseqüentemente, uma questão ideológica.

“Quase todo o mundo reconhece que nenhuma teoria pode se adequar totalmente à complexidade de um sistema justo de assistência sanitária; desta maneira, é preciso criar um clima de compromisso e de respeito frente às diversas perspectivas. Qualquer que seja o sistema haverá que enfrentar suas insuficiências”.

James F. Drane -1990: 212.

“O problema da justiça distributiva – o paladino da bioética da justiça sanitária – é tanto ético quanto econômico; é uma questão de princípios e resultados; é um assunto deontológico e utilitarista com níveis de macro e micro-alocação de recursos. Frente a isto, as três principais doutrinas da justiça social – liberal, igualitária e redistribucionista – concorrem na fundamentação dos sistemas alternativos de acesso à saúde: livre, socializado e misto”.

José Alberto Mainetti -1990: 216.

Uma vez constituído o Estado moderno, surgiu a necessidade de encontrar o justo alcance de suas funções. Algumas das questões a respeito permanecem até hoje abertas: qual seria o papel do Estado na questão sanitária? A assistência sanitária é um dever do Estado ou uma questão de interesse privado?

Haveria três modelos clássicos para interpretar a relação do Estado com a justiça sanitária: o modelo livre (liberal), o modelo socializado/igualitarista (marxista) e o modelo misto (redistribucionista ou de bem-estar).

I – O modelo liberal: Entre o mercado livre e o “mínimo decoroso”.

“O enfoque liberal maximiza a livre eleição no sentido em que minimiza as intervenções na livre associação das pessoas e na disposição da propriedade privada. Ao não intervir, permite que as pessoas escolham como podem e como desejam o que acreditam ser melhor em termos de assistência a saúde”.

H. Tristram Engelhardt Jr. - 1986: 357

- **O direito natural à vida não obriga à assistência sanitária.**

Como já vimos ao analisar as teorias da justiça, a concepção de justiça distributiva como “liberdade contratual” teve um enorme impacto no pensamento liberal, caracterizado pela idéia de “Estado Mínimo”.

Segundo este modelo, a justiça social não tem outro objetivo do que proteger os “direitos naturais” que possui todo ser humano pelo simples fato de sê-lo (vida, integridade física, liberdade e propriedade); todos os outros direitos precisando ser criados pela comunidade (Engelhardt, 1998: 447).

O poder político recebeu a delegação do pacto social para exercer a proteção somente dos direitos naturais. Qualquer ação do Estado que exceda tais limites é considerada como um abuso injustificado de autoridade: *“os recursos a idéias de justiça social na formação das políticas de assistência à saúde podem ser desonestos ao sugerir um acordo canônico em uma reflexão secular moral. Acordos deste tipo não existem. Podem ser demagógicos, provocando o uso coercitivo da força não-justificada do Estado”* (Engelhardt, 1998: 448).

Podemos dizer, com James Drane (1990: 204), que os liberais duvidam da existência de uma justiça distributiva que suponha tirar algum bem de alguém que o ganhou legitimamente: *“se alguém tem propriedades da justa aquisição ou da justa transferência, então sua posse sobre aquela propriedade não poderá ser prejudicada pelas tragédias e necessidades dos outros”* (Engelhardt, 1998: 456).

H. Tristram Engelhardt, que, em seu livro *Fundamentos da bioética*, defende, com veemência, a aplicação das teses do liberalismo à questão da saúde, se pergunta ironicamente: *“até onde os Estados e seus representantes desfrutam de autoridade moral para regulamentar o caráter da assistência à saúde? Por acaso existe alguma força moral secular na massa de regulamentações governamentais da assistência à saúde? Por acaso os Estados possuem autoridade que os indivíduos não possuem?”* (Engelhardt, 1998: 213).

Este bioeticista norte-americano acredita que não pode haver justiça quando as pessoas são coagidas a tomar qualquer atitude sanitária; mesmo por um governo democrático apoiado pelas maiorias: *“a imposição de um sistema de saúde abrangente e único é moralmente injustificável”* (Engelhardt, 1998: 447). Obviamente, os liberais concordam com a participação do governo para afrontar ameaças públicas como certas endemias e epidemias e, também, apóiam as iniciativas de caridade (Drane, 1990: 205).

Os liberais, compenetrados pelo espírito protestante do capitalismo, acreditam que a maneira mais natural de satisfazer as necessidades cotidianas no Ocidente vem sendo as técnicas capitalistas desde a segunda metade do século XIX (Weber, 1980: 124). Para isso, existiria o mercado livre: “*o capitalismo existe onde quer que se realize a satisfação das necessidades de um grupo humano, com caráter lucrativo e por meio de empresas, qualquer que seja a necessidade de que se trate*” (Weber, 1980: 123). Não haveria, portanto, razão para que as necessidades em saúde fujam da regra.

Engelhardt Jr. acredita que a vantagem de aplicar as teorias liberais às questões de saúde se enraíza no fato de que o enfoque mercantilista é mais adequado para a satisfação das necessidades humanas, visto que respeita melhor a autonomia e a autoridade dos indivíduos sobre si mesmos e coloca “limites morais seculares” à autoridade do Estado (Engelhardt, 1998: 447).

- **As nuances do pensamento liberal respeito à saúde.**

Na atual discussão sobre justiça sanitária, o ponto de vista liberal tem importantes defensores mesmo que com diversas nuances.

D. Beauchamp, por exemplo, concorda com o caráter negativo do direito à saúde. Ele considera que o Estado deve nos proteger não só contra outrem que representem uma ameaça contra nossa vida e integridade física, mas também contra todos aqueles fatores nocivos de caráter coletivo e social. Se há doenças causadas pela sociedade, o Estado tem, portanto, a obrigação de dar assistência sanitária (Beauchamp, 1976: 3-14).

Por sua parte, para Baruch Brody a justiça sanitária deve ser considerada como uma parte da justiça distributiva, mas não como um direito separado e autônomo. Este autor analisa o critério do trabalho de Locke sobre o princípio de apropriação, mas o interpreta como critério de aquisição e não de propriedade. Assim, o trabalho apenas concederia a propriedade do valor agregado às mercadorias, mas não aos recursos naturais empregados, que teriam caráter social. Portanto, diz Brody, é justo que parte da renda obtida volte ao Estado em forma de impostos que possam ser utilizados em fundos de previdência que sejam igualmente distribuídos entre todos. Em outras palavras, não existiria um direito particular e específico à assistência sanitária, mas um direito genérico à distribuição de uma certa riqueza (Brody, 1981: 151-159).

A redução da justiça sanitária à autonomia do indivíduo implica uma firme crença na responsabilidade pessoal sobre os problemas de saúde. Para os liberais, a participação do

Estado na educação para a saúde é mais aceitável que a participação em serviços de atenção sanitária. Priorizando a liberdade individual sobre o compromisso social, os liberais preferem os sistemas de medicina privada em que cada pessoa compra a quantidade e qualidade que deseja ou que pode pagar. A teoria liberal, muito sensível ao mérito, supõe que o exercício do mercado livre é a única estratégia que garante uma distribuição justa de bens e acredita que as desigualdades de acesso à assistência sanitária devem ser resolvidas pelo próprio esforço dos menos favorecidos (Drane, 1990: 205).

Já para Nozick, não devem ser admitidas redistribuições estatais de nenhum tipo: *“ao ouvir a palavra ‘distribuição’, a maioria das pessoas supõe que existe um certo mecanismo que utiliza um determinado princípio ou critério para entregar uma provisão de coisas. É possível que neste processo de distribuição tenha se introduzido algum erro. Constitui uma questão saber se deve ser feita uma redistribuição: deve ser repetido o que já foi feito antes?”* (Nozick, 1974: 149-150). Para este autor, a única distribuição aceitável é aquela que acontece sem violência em relação à livre escolha dos proprietários. Em outras palavras, isto significa beneficência advinda de caridade voluntária e não beneficência compulsória de Estado.

Charles Fried explica este enfoque com mais detalhes. Para Fried, não é possível justificar a assistência sanitária como um direito à justiça distributiva, mas somente como um “dever de beneficência”. O autor acredita que este dever de beneficência gera um direito correlativo ao auxílio, um direito secundário à justiça distributiva. Com isto, o Estado ganha o direito e a obrigação de socorrer com assistência sanitária os mais necessitados. Como deveria ser este socorro? Quanto o Estado deve fornecer? Para Fried, o Estado deve cobrir um “mínimo decoroso” (Fried, 1976: 29- 34).

- **O mínimo decoroso.**

Uma característica comum dos autores que têm estudado a questão da justiça sanitária a partir do liberalismo é a apelação contínua aos fundamentos da ética kantiana. Sobre essa base não parece difícil justificar que toda sociedade está obrigada a cumprir com mínimos morais abaixo dos quais há imoralidade (Gracia, 1990(b): 195). Conseqüentemente, é preciso definir as características destes mínimos morais que o Estado deve a seus cidadãos.

Como foi mencionado no capítulo 1 desta dissertação, para John Rawls os mínimos morais obrigatórios correspondem à lista de bens sociais primários que devem ser

igualmente distribuídos; enquanto que para Amartya Sen, a igualdade dos mínimos morais corresponde à um índice de capacidades básicas.

Engelhardt Jr. se pergunta o que significa na prática um “mínimo decoroso”, isto é, qual é o limite mínimo e suficiente de assistência sanitária? Segundo este autor: *“a tarefa mais difícil consistirá em decidir a forma de estabelecer um mínimo decoroso como base de apoio para todos os membros da sociedade, entanto que se permite que o dinheiro e a livre escolha estabeleçam uma escala especial de serviços para os membros privilegiados da sociedade”* (Engelhardt, 1986: 361-2).

Contudo, ainda não se tem chegado a uma definição unânime para “mínimo decoroso”.

Como responde o liberalismo ao problema das diferenças naturais e sociais que impedem certas pessoas de participar do mercado?

Os liberais interpretam como a consequência de uma “loteria natural” o prejuízo produzido por forças naturais que deve ser diferenciada da “loteria social”, a qual não é causada pelo acaso, mas pela ação das pessoas. Engelhardt conclui que as loterias natural e social, junto com as livres decisões das pessoas, determinam a distribuição dos recursos naturais e sociais (Engelhardt, 1998: 454).

A base das desigualdades geradas desta maneira não é resultado de parcialidades ou imparcialidades, mas apenas uma questão de boa ou má sorte (Engelhardt, 1998: 455).

Frente às desigualdades lotéricas, o liberalismo continua insistindo que – ao menos idealmente e no longo prazo – o mercado livre continua a ser o melhor provedor de um alto nível de vida e atenção à saúde. Isto aconteceria, segundo a teoria liberal, porque ao maximizar a liberdade de quem deseja e pode participar, o mercado livre é capaz de criar mais recursos que qualquer outro sistema; conseqüentemente resultará mais vantajoso para os prejudicados pela loteria natural: *“ao criar uma classe média mais numerosa, o mercado pode garantir maior igualdade com um nível de vida e de atenção sanitária. [Mas] a caridade pode, ao menos, mitigar as graves perdas impostas pela loteria natural e social”* (Engelhardt, 1986: 357).

Com isto, as perguntas que nos formulamos são as seguintes: esta teoria liberal pode obter, na prática, os resultados justos que idealiza? Existe, na prática, um “mercado perfeito” de saúde?

A seguir, tentaremos explicar que resposta para ambas perguntas é não.

- **Porque não existe o “mercado (de saúde) perfeito” na prática.**

Para Nilson Holanda, o “mercado perfeito” é um modelo teórico em que existe competição pura (perfeita), regida pelas leis do mercado, sem a interferência de terceiros.

Segundo este autor, o conceito de “mercado perfeito” é inaplicável aos serviços de saúde, desde que, até os países com as economias mais liberais do mundo, têm algum tipo de intervenção ou financiamento por parte do Estado; seja para “proteger” o sistema privado seja para assistir aos que não podem pagar pelos serviços sanitários (Holanda, 1991: 289).

Na opinião de Holanda (1991: 289) e de Donaldson (1993: 20-25), existem certas condições indispensáveis para que um mercado seja perfeito, quais sejam:

- que os produtos em concorrência sejam homogêneos;
- que os compradores tenham certeza do que precisam, saibam como consegui-lo;
- que os compradores conheçam perfeitamente os preços, as características e a qualidade dos produtos oferecidos pelos provedores;
- que os consumidores estejam livres do assessoramento interessado por parte dos provedores;
- que exista um número de compradores e vendedores suficientemente grande para que nenhum deles tenha a capacidade de impor o preço do produto;
- que a competição seja exercida pelo preço sem influência de “externalidades”;
- que os custos sejam desembolsados exclusivamente pelos consumidores.

A partir daqui, analisaremos porque o mercado de saúde dificilmente consiga, na prática, ser um mercado perfeito.

Em primeiro lugar, a condição de “certeza” do consumidor não é aplicável ao mercado da assistência sanitária desde que os agravos à saúde são, geralmente, inesperados; conseqüentemente, o consumidor não tem como prever quando vai precisar consumir o serviço.

Por outro lado, se assume que o consumidor de um serviço sanitário deveria conhecer perfeitamente seu estado de saúde, assim como as opções de que dispõe para melhorá-la. Não é bem isto o que acontece na prática, feita exceção nos casos das doenças benignas muito comuns e em alguns casos de doenças crônicas em que os doentes estão organizados e instruídos. O que comumente acontece é que o consumidor desconhece as características (relevância, preço e qualidade) do produto que vai consumir. Como conseqüência disto os provedores estão em condições de influenciar substancialmente a demanda pelos serviços sanitários. No estudo da economia, isto é chamado de

“distribuição assimétrica da informação entre provedores e consumidores” (Stiglitz, 1998: 321). Inclusive, esta assimetria está, em certa medida, determinada pelo próprio Estado quando exige que os provedores (neste caso: os profissionais da saúde) devem estar licenciados para exercer sua atividade. Para Stiglitz, a falta de conhecimentos do consumidor sobre a vantagem do que está sendo induzido a consumir a respeito de outros serviços disponíveis, justifica a intervenção do Estado (ibidem, idem)

Uma situação especial que, segundo os autores, deve ser considerada corresponde ao que se conhece em economia da saúde como “situação catastrófica”, isto é, a situação em que o doente está impossibilitado para enfrentar os custos do tratamento de sua doença nem dispõe de riqueza suficiente para custeá-los (Donaldson, 1993: 20-5).

Outra condição de “mercado perfeito”, que dificilmente seja cumprida pelo mercado sanitário, é a de ter numerosos pequenos provedores sem que nenhum deles tenha o poder de determinar os preços por si próprio. O número de provedores de serviços de saúde estará estruturalmente limitado visto que para sê-lo, é preciso ter credenciais regulamentadas pelo Estado. Por outra parte, não devemos esquecer que o “campo sanitarista”, como todo “campo de práticas sociais”, será o cenário da luta de indivíduos e corporações pelo monopólio da prática das atividades profissionais relacionadas a esse campo (Bordieu, 1994).

Donaldson chama a atenção para a existência de “externalidades” inevitáveis no mercado sanitário. As externalidades podem ser definidas como atividades de produção, ou consumo, por parte de terceiros, sem que os custos ou benefícios destas atividades possam ser contabilizados nas transações de um determinado serviço de saúde; mas, mesmo assim, são capazes de influenciar de maneira positiva (como nas campanhas de vacinação) ou negativa (como nos juízos por negligência), sempre no sentido da perda de controle do preço dos serviços pelas leis do mercado (Donaldson, 1993: 20-5).

Stiglitz dá especial atenção aos juízos por negligência, pois para evitar possíveis ações judiciais, os profissionais optam por prestar uma assistência excessiva (muitas vezes totalmente desnecessária), o que acaba sendo incorporado aos preços dos serviços (Stiglitz, 1998: 320).

Embora na prática poucos mercados chegam perto das condições ideais, a maioria deles cumpre com alguns dos requisitos. Porém, o mercado de saúde tem a característica de não cumprir com nenhuma das condições necessárias, logo, *“isto é o que justifica a intervenção do governo no mercado de serviços de saúde”* (Donaldson, 1993: 26-7).

- **Sistemas liberais mistos: entre a permissão à beneficência e o direito à propriedade.**

Se os serviços de saúde não são totalmente regidos pelo mercado livre, nem totalmente assumido pelo Estado, forçosamente deverão ser sistemas mistos.

Este tipo de sistema é o mais comumente praticado nos países ocidentais.

Muitos autores do liberalismo aceitam as vantagens dos sistemas mistos com relação à saúde o que contrariaria a concepção radical de “Estado mínimo” de Nozick (Drane, 1990: 205).

Engelhardt, ideologicamente contrário às intervenções do Estado, fala na “inevitabilidade moral de um sistema de assistência à saúde de várias camadas” e os define como *“tentativas comunais de dar garantias contra as perdas nas loterias naturais e sociais, por meio da beneficência humana planejada”* (Engelhardt, 1998: 481) e os caracteriza, sarcasticamente, como *“uma dentre muitas tentativas de tornar a natureza adequada às pessoas”* (ibidem, idem). Porém, o autor vê uma importante vantagem no “sistema de várias camadas”, já que – embora permitam a assistência à saúde daqueles que não foram premiados pelas loterias natural e social - *“deve dar apoio a fornecedores e consumidores contra as tentativas de interferência na sua livre associação e no uso que fazem dos recursos próprios”* (Engelhardt, 1998: 483).

O exemplo típico de sistema de assistência à saúde, baseado no liberalismo individualista com uma mínima participação do Estado, é o sistema norte-americano. Utilizaremos o trabalho de Alicia Ugá para analisá-lo (Ugá, 2000).

Formado por uma rede de diversos planos e seguros de saúde privados, este sistema apresenta o grave problema de ter setores capazes de estabelecer preços unilateralmente.

A liberdade de escolha é, paradoxalmente, regida pelo bolso do consumidor o que determina diferenças de acesso à quantidade e qualidade dos serviços, logo, em situação de “liberdade reduzida”.

Atendendo ao pensamento liberal, o sistema apresenta diversas camadas. Desta maneira, a população inserida no mercado formal de trabalho tem acesso a sistemas de seguro privado contratado pelas firmas em que trabalham ou segundo sua escolha individual; assim, somente os extremamente pobres e os aposentados (ambos excluídos do mercado do trabalho) recebem atenção especial. A camada da população que não é suficientemente pobre para ser considerada indigente nem tem uma renda suficiente para dar cobertura

privada à sua família, está excluída do sistema. Estima-se que o número de pessoas nestas condições nos EUA está na faixa dos quarenta milhões de pessoas.

Para atender estes dois setores, o governo Kennedy criou, em 1965, dois programas de “atenção comunitária”: MEDICAID e MEDICARE, com níveis de cobertura e de financiamento diferenciados.

As principais características destes sistemas são:

- **Medicaid:** trata-se de um programa de responsabilidade estadual, mas financiado com recursos fiscais das esferas do governo federal. Criado nos moldes típicos da política assistencialista de beneficência, o medicaid se destina exclusivamente à população de baixa renda (mediante apresentação de atestado de pobreza). As unidades prestadoras são hospitais privados. É um programa com resultados heterogêneos em termos de extensão e qualidade visto que depende da política de cada estado da união.
- **Medicare:** concebido como um seguro social de responsabilidade do governo federal, se destina à cobertura médico-hospitalar dos aposentados e seus dependentes. Os serviços são prestados pelos hospitais privados e compreendem dois sistemas de cobertura:
 - o **Básico de adesão obrigatória:** cobre apenas parcialmente os gastos de hospitalização (financiados por contribuições compulsórias de empregados e empresas sobre a folha de salário) e requer o co-pagamento por parte do usuário nos serviços efetivamente usados.
 - o **Complementar de adesão obrigatória:** cobre o resto dos possíveis gastos, mas mesmo assim, requer co-pagamento de um valor prefixado do usuário cada vez que utilize esses serviços.

Segundo Ugá, o sistema norte-americano exibe o maior gasto *per cápita* do mundo e, ao mesmo tempo, indicadores epidemiológicos altamente insatisfatórios como, por exemplo, a maior taxa de mortalidade infantil dos países do G7. (Ugá, 2000).

Mas as críticas não são apenas de estrangeiros aos EUA, o norte-americano Michael Walzer também afirma que “os EUA mantêm um dos mais deficientes sistemas de previsão comunitária do mundo ocidental” (Walzer, 2001: 95).

- **A justiça sanitária de John Rawls: uma releitura da ética liberal.**

Destacaremos agora alguns pontos de interesse especial da teoria da justiça de John Rawls. Neste sentido, é conveniente lembrarmos que, para Rawls, é possível conceber uma sociedade justa, ordenada e regida pelos princípios de liberdade e igualdade consentidos por pessoas morais, livres e iguais.

Como vimos, Rawls utiliza uma figura metafórica – o véu da ignorância – para gerar valores e princípios básicos. Para ele, uma sociedade justa seria aquela regida pelos princípios e valores que são criados por pessoas racionais e naturalmente morais na situação hipotética de “ignorância velada”.

Porém, a racionalidade que se oculta sob o “véu de ignorância” gera também o dever de minimizar as desigualdades causadas pelas loterias natural e social; pois não é o acaso lotérico por si mesmo que produz desigualdades. Como observa de Vita: *“as desigualdades sociais sempre resultam de instituições e convenções humanas, que premiam de forma muito desigual os diferentes talentos e capacidades naturais”*. (de Vita, 1999: 493). Com este intuito, o princípio da igualdade de Rawls exige que a comunidade compense as pessoas com capacidades diferentes.

A novidade introduzida pelo princípio de igualdade da teoria de Rawls se enraíza no fato de não interpretar a justiça como igualdade, mas como equidade. Isto significa que aceita o “tratamento desigual” como moralmente pertinente, sempre que as desigualdades favoreçam aos menos privilegiados.

Embora Rawls, pessoalmente, não aplique sua teoria da justiça às questões da prestação de serviços de saúde, outros filósofos o fazem. Um deles é Norman Daniels, que afirma que o direito à assistência sanitária seria um bem primário subsidiário do princípio de igualdade de oportunidades proposto por Rawls. Segundo Daniels, a justiça social mandaria a distribuir os benefícios da sociedade (como os serviços sanitários) de maneira que estes alcancem o maior número de pessoas possíveis. Para este autor não deve haver nenhum tipo de obstáculos (nem financeiros) que impeçam o acesso inicial aos serviços de saúde (Daniels, 1981: 146-179).

Mas, para ser factível, isto exige definir, com precisão, quais são as necessidades de assistência médica (mais uma vez: a questão do mínimo decoroso). Daniels tenta responder a esta questão utilizando como critério o funcionamento típico da espécie. Este critério

permite só considerar como doenças que merecem a assistência todas as que representem “*desvios da organização funcional natural de um membro da espécie*” (Daniels, 1985: 28).

Além disso, no seu livro *Am I my parents keeper?* (Oxford University Press, 1988), Daniels sustenta que para cada etapa da vida deve haver uma medida aproximada de igualdades de oportunidades. Porém, o autor sugere a necessidade de reformular o planejamento financeiro das políticas públicas, desde que os idosos, por exemplo, exigiriam, proporcionalmente, maiores recursos para atenção de saúde.

Daniels afirma que a sociedade deve garantir esses benefícios sem criar conflitos com as outras gerações. Para isso, propõe uma reestruturação das finanças públicas que seria justificada pela aplicação direta da teoria de Rawls, especialmente pela idéia rawlsiana de “*divisão social da responsabilidade*” que, nas palavras do próprio Rawls: “*apóia-se na capacidade das pessoas de assumir a responsabilidade pelos próprios fins e de moderar as exigências que fazem às instituições sociais de acordo com o emprego dos bens sociais*” (Rawls, 1982: 170).

Por sua parte, Engelhardt coloca como modelos conflitantes de justiça os livros: *A theory of justice* de John Rawls e *Anarchy, state and utopia* de Robert Nozick. Segundo este autor, os livros oferecem contrastantes interpretações do que deveria ser considerado justiça ou imparcialidade na assistência à saúde. Para Engelhardt, Rawls, partindo de uma perspectiva a-histórica, considera que os direitos baseados na sociedade têm prioridade moral. Nozick, por sua parte, apresenta uma explicação histórica das negociações e eleições que os indivíduos devem fazer para alcançar distribuições justas. Sob este enfoque, Nozick conclui que os direitos baseados no indivíduo têm prioridade moral sobre os direitos baseados na sociedade (Engelhardt, 1998: 470-1).

Engelhardt contrapõe o pensamento de Rawls – para quem existe uma obrigação moral para compensar os outros pelos infelizes resultados das forças naturais (loteria natural) ou da decisão dos indivíduos (loteria social) – ao pensamento de Nozick, para quem não existe a obrigação dos agentes morais para compensar a má sorte lotérica dos outros: “*os resultados das loterias natural e social são desastrosos, embora não injustos, desde que não tenham sido influenciados por força não-justificada [de terceiros], coerção, ou abuso de poder*” (Engelhardt, 1998: 476).

Finalmente, ambos os autores concordam que, desde que não existe uma visão canônica essencial sobre o bem ou a justiça, a autoridade para a distribuição dos bens precisa ser derivada do acordo comum. Embora Nozick sugere, de acordo com sua

coerência liberal, que “terão de ser feitas cuidadosas distinções entre propriedades comuns e privadas” (Engelhardt, 1998: 481).

II – O modelo igualitarista: a atenção universalista das necessidades

“Todas as necessidades que o povo se outorga constituem tantas cadeias com as que se sufoca. Efetivamente, que jugo poder-se-ia impor aos homens que nada necessitam?”.

Jean-Jacques Rousseau

Discurso sobre as ciências e as artes
(1996: 89)

- **A concepção marxista: o igualitarismo materialista.**

Como já foi mencionado, o modelo marxista de justiça distributiva está orientado à atenção das necessidades do indivíduo com base na igualdade. O princípio que rege o pensamento marxista é bastante simples: “cada um deve ser requerido segundo suas capacidades e atendido segundo suas necessidades” (Gracia, 1990(b): 191)

Este enfoque pode ser abraçado para a questão da justiça sanitária.

A saúde seria uma “capacidade” (por exemplo, para trabalhar); pelo contrário, a doença seria uma “necessidade” (de cuidados e assistência). A partir daqui, a equação marxista transforma a capacidade para trabalhar (saúde) em um “bem de produção” (de propriedade social) e a assistência sanitária em um “bem de consumo”, que deve ser igualmente distribuído entre todos.

O Estado, para atender às necessidades, tem a obrigação de dar assistência sanitária total e gratuita a todos os cidadãos (visão universalista).

Este modelo de política sanitária pode ainda proibir a existência do mercado privado para concorrer com os serviços estatais de saúde, representando, assim, o caso mais extremo da interpretação da justiça como igualdade.

- **O igualitarismo teológico.**

Por outro lado, não devemos esquecer que existem outras posições que também interpretam a justiça sanitária como um direito universal à assistência igualitária, sem ser adeptos da “utopia” marxista. Trata-se das posturas igualitaristas religiosas que, sob a consigna de que todos os homens são iguais aos olhos de Deus, reconhecem a dimensão da loteria natural e social e, portanto, são chamados à caridade: “a tarefa da religião e da

justiça está centrada no trabalho que permita vencer as desigualdades naturais e sociais mediante políticas altruístas racionais” (Drane, 1990: 206).

Segundo Campbell, algumas tradições teológicas, especialmente na América Latina, têm conseguido compatibilizar a tradição religiosa e o marxismo (como a “teologia da libertação”) ao interpretar a justiça como uma “opção preferencial” pelos pobres. Desde esta perspectiva se interpreta que existe uma obrigação moral (cristã e social) para o atendimento prioritário das necessidades dos membros mais “vulneráveis” da sociedade (Campbell, 1990: 34). Ainda nesta dissertação analisaremos o que significa ser “vulnerável” na sociedade.

- **As políticas igualitaristas e os escassos recursos sociais.**

Muitas críticas ao pensamento igualitarista estão dirigidas à idéia de “atenção das necessidades”, a qual, se, por um lado, é considerada como um conceito ambíguo, por outro, pressiona no sentido de um compromisso dificilmente realizável por parte do Estado: *“mesmo que seja possível a identificação dos cidadãos mais necessitados, a verba necessária para atender esse grupo poderia esgotar rapidamente qualquer orçamento”* (Drane, 1990: 207).

Precisamente esta é a questão que nos interessa nesta dissertação.

Segundo nosso ponto de vista, os teóricos do igualitarismo (religiosos ou seculares) deveriam perceber que os custos da atenção sanitária universalista, que garanta a total assistência a todos por igual, nunca parecem ser suficientes. A partir disso, o que fazer?

Em geral, os autores igualitaristas insistem em que os recursos escassos devem ser empregados onde exista “a maior necessidade” e não “a maior força do mercado”. Assim, *“a comunidade moral não pode suportar um sistema de assistência sanitária em que a vida e a morte dependam da riqueza e em que apenas as pessoas ricas tenham um tratamento adequado”* (Drane, 1990: 213). Porém, para levar à prática uma assistência universalista no contexto de recursos escassos, os igualitaristas se deparam com a imperiosa necessidade de definir exatamente o que significa “a maior necessidade”. Com isto, nos encontramos com o mesmo tipo de dificuldade teórica que enfrentam os liberais quando tentam definir “o mínimo decoroso”.

Confrontando este dilema, Robert Veatch começa por definir o deveria ser uma comunidade moral. Na sua opinião, e diferentemente de Engelhardt uma comunidade moral

é um grupo em que o bem-estar de cada pessoa deve ser igualmente considerado, sem aceitar as desigualdades como um “ato divino”. A idéia de igualdade, defendida pelo autor, considera que todas as pessoas têm o mesmo direito (sempre que isto seja possível) a um “igual bem-estar nato”, entendido como uma “qualidade de vida” comparável à dos outros membros da mesma comunidade. Neste sentido, as desigualdades flagrantes deveriam ser consideradas imorais, e remedia-las seria o dever da política social justa. Segundo Veatch, o objetivo das políticas públicas deveria ser “igualar o bem-estar nato” pois, só assim se avançaria sobre o egoísmo no sentido de um ponto de vista moral. Frente à questão dos recursos escassos, o autor não propõe prover a todas as pessoas com a mesma atenção médica, mas oferecendo atenção diferenciada aos mais necessitados. (Veatch, 1981, 265-275).

Pode-se concluir que Veatch concorda com o enfoque proposto por John Rawls de justiça entendida como equidade; ambos coincidem em defender a legitimidade do tratamento desigual, sempre que a desigualdade beneficie aos socialmente menos privilegiados: *“as pessoas devem dispor dos serviços que sejam necessários para garantir que possam estar [sempre que possível] tão saudáveis quanto as outras”* (Veatch, 1981, 275).

- **Michael Walzer: A esfera das necessidades e a justiça sanitária.**

“Ao menos nos EUA, o mercado continua a ser hoje o principal concorrente da esfera da necessidade; isto porque o Estado de bem-estar se apropria do mercado com prioridade sobre qualquer particular. Porém, as necessidades não podem ser deixadas aos caprichos de algum poderoso grupo de proprietários e praticantes da medicina, nem podem ser distribuídas segundo seu interesse”.

Michael Walzer – 2001: 100

Como foi mencionado oportunamente, Judith Shklar, se preocupa com “a justiça que os cidadãos se devem entre si”, fundamentalmente, o respeito e a tolerância. Com o mesmo enfoque, Michael Walzer afirma que aquilo de mais importante que os cidadãos se devem entre si é a previdência social e o bem-estar.

O autor, desconfiado com a eficácia da “ignorância velada”, afirma que a busca pela previdência comunitária é o fundamento mais racional que justifica um pacto social.

Segundo esta perspectiva, nós, cidadãos, assinamos, ratificamos e valorizamos o contrato

: *“a cultura, a religião e a política. Somente sob a influência destes três aspetos é que qualquer requerimento particular pode ser convertido em uma necessidade socialmente reconhecida”* (Walzer, 2001: 75). Para este autor, a pertença obriga apenas à assistência mútua dentro da própria comunidade: *“os membros da comunidade se devem o fornecimento mútuo de todo aquilo em função do qual escolheram se separar do resto da humanidade”* (Walzer, 2001: 75).

Contudo, o contrato social, ao ser assinado em busca da previdência comunitária, obriga aos assinantes a chegarem a um acordo para decidir quais serão os bens necessários para a vida em comum e, posteriormente, gerar os mecanismos para a distribuição justa desses bens entre todos. Nas palavras de Walzer: *“toda comunidade política deve atender às necessidades dos seus membros tal e como estas são coletivamente entendidas; e a distribuição deve reconhecer e apoiar a igualdade subjacente”* (Walzer, 2001: 94).

Desde que “a necessidade” opera de maneira geral e particular respeito a outros bens sociais, a previdência comunitária teria, também, duas dimensões: Uma dimensão geral (como no caso da saúde pública) definida como aquela na que são invertidos fundos públicos para beneficiar todos ou grande parte dos membros da comunidade. E uma dimensão particular, quando os bens são efetivamente entregues (direta ou indiretamente) a todos ou a qualquer membro da comunidade (como no caso dos cuidados em saúde) (Walzer, 2001: 76-7).

Entretanto, as pessoas não têm somente “necessidades”; têm também idéias sobre suas necessidades. As pessoas possuem diferentes prioridades e graus de necessidades que, em teoria, estarão determinados pela natureza, pela história e pela cultura da comunidade. Porém, como os recursos são escassos, é certamente impossível satisfazer toda necessidade no mesmo grau ou até o último grau possível (Walzer, 2001: 77).

Na formulação de Walzer “a necessidade” (assim como “o mérito” e “o mercado”) requer uma esfera da justiça autônoma (livre da influência das outras). Na opinião de Walzer, a idéia de estabelecer uma esfera que contenha os bens sociais a serem distribuídos em função da necessidade (“esfera da previdência e bem-estar”), permite liberar este processo distributivo de todo fator externo que vier a interferir nele. Todo critério distributivo que não seja a necessidade em si mesma é considerado como uma alteração do processo e, portanto, como possível gerador de injustiças (Walzer, 2001: 85).

Para este autor, uma vez que a comunidade empreende o fornecimento de algum bem em particular, deve proporcioná-lo a todos os membros que o necessitem, e fazê-lo em

proporção às necessidades reais desses membros. Mas, quais seriam os bens sociais cuja privação justificaria a existência de uma “necessidade real” e obriga a comunidade a atendê-la? O que seria uma “necessidade real” de alguém? Segundo Walzer, visto que as necessidades não são apenas físicas, mas também culturais, devem ser consideradas “necessidades reais” todas aquelas socialmente reconhecidas por essa comunidade: *“a categoria das necessidades socialmente reconhecidas é aberta, pois o que as pessoas sentem respeito ao que necessitam inclui não só à vida, mas também a boa vida; o equilíbrio adequado entre ambas é controverso em si mesmo”* (Walzer, 2001: 94).

Nas sociedades pluralistas caracterizadas pela diversidade de valores e, conseqüentemente, de necessidades, haverá dificuldades para determinar o que significa ser uma necessidade “socialmente reconhecida” e, a partir daí, exigir seu financiamento e igual atenção para todos.

Outro dos problemas que se colocam a esta teoria – na verdade, a todas as teorias de justiça distributiva – é a questão da escassez dos recursos.

Perante este problema, Walzer insiste em que os bens devem sempre ser distribuídos em proporção às necessidades, mas reconhece que a distribuição será limitada pela disponibilidade.

Segundo Walzer: *“os recursos disponíveis da comunidade são simplesmente o produto do passado e do presente, a riqueza acumulada por seus membros, mas não um superávit dessa riqueza. (...) As necessidades socialmente reconhecidas representam o primeiro encargo contra o produto social: não haverá superávit real até que tenham sido satisfeitas”* (Walzer, 2001: 86).

Para Walzer, aquilo que o superávit financia é a produção e o intercambio de mercadorias que por definição, não pertencem à esfera da necessidade, mas à esfera do mercado.

Segundo este autor, quanto mais amplo e inclusivo seja o reconhecimento das necessidades, maior poderá ser o número de bens sociais incluídos na esfera da previdência e do bem-estar. Walzer entende que a previdência social sempre tem um caráter redistributivo, mas redistribuir riqueza é sempre uma questão política complexa. Devemos considerar que os principais beneficiários destas redistribuições são os mais pobres, visto que as pessoas ricas podem se ajudar a si mesmos; porém, prefeririam não ter que ajudar a mais ninguém (Walzer, 2001: 92-3).

Para Walzer, na previdência comunitária os cidadãos deveriam se alternar para contribuir e receber; portanto, é preciso estar atentos para a ameaça da exclusão social na hora de receber: *“há doenças que são uma ameaça geral, assim como a velhice, que é uma probabilidade geral; mas não acontece igual com a pobreza e o desemprego, que, provavelmente, estejam fora da realidade cotidiana das pessoas com recursos financeiros suficientes. Os pobres sempre podem ser isolados, culpados e punidos por seu próprio infortúnio”* (Walzer, 2001: 91).

Walzer condena a coexistência da acumulação de riqueza e de necessidades insatisfeitas: *“homens e mulheres que se apropriam de grandes sumas de dinheiro para benefício pessoal, enquanto que as necessidades continuam sem serem satisfeitas, atuam como tiranos, dominando e deformando a distribuição de previdência e bem-estar”* (Walzer, 2001: 86).

Em função da ameaça de possíveis injustiças cometidas contra a esfera da previdência e o bem-estar, Walzer justifica a coação por parte do Estado para defender o cumprimento do contrato social, entendido como vínculo moral de benefícios mútuos (Walzer, 2001: 93).

Como escreve o autor: *“A coação só é necessária porque há uma minoria de indivíduos que não entende quais são seus interesses reais. Apenas o insensível e o imprudente necessitam ser obrigados a contribuir, e poderia ser afirmado que estes indivíduos se incorporaram ao pacto social precisamente para se defender de sua própria insensibilidade e imprudência”* (Walzer, 2001: 91)

Walzer conclui que, assim como não é possível conhecer *a priori* o tipo de necessidades que devem ser reconhecidas pela comunidade, também não é possível conhecer *a priori* o nível adequado de previdência a ser provida.

Finalmente, Michael Walzer contesta a tradição judaico-cristã (aproveitada explicitamente pelos liberais) de assistir aos pobres através da caridade.

De fato, para Walzer a caridade constituiria um exemplo particularmente doloroso do poder do dinheiro fora da sua esfera: *“todo nosso esforço moral está dirigido à supressão do paternalismo inconsciente e prejudicial do rico que dá esmolas. A caridade pode ser também uma maneira de comprar influências ou estimação”* (Walzer, 2001: 102).

É bom lembrar que, na opinião de John Rawls, embora os atos beneficentes que vão além de nossos deveres naturais sejam boas ações e estimulem nossa estima, eles não são exigidos em termos do que é justo (Rawls, 1997: 637).

Walzer critica o método da caridade porque gera dependência, condescendência, passividade e submissão por um lado, e arrogância, por outro lado. O autor afirma que estes vícios devem ser superados para que a previdência comunitária respeite, de fato, a pertença. Com isto se justificam os programas que se propõem a inclusão, reabilitação, capacitação, assim como os subsídios àqueles que os precisam, pois só assim será garantida a realização concreta da pertença: *“é igualmente importante que qualquer programa de previdência comunitária deixe espaço para diversas formas de auto-ajuda e associação voluntária”* (Walzer, 2001: 103).

Para Walzer, o mercado continua sendo o principal rival da esfera da necessidade, mas o autor também se preocupa com a existência de interesses políticos, burocráticos e corporativos a respeito da organização e administração dos recursos da previdência e do bem-estar.

Em função destas ameaças de interferências entre esferas, a questão da participação da cidadania passa a ser de fundamental importância: *“assim como o bem-estar geralmente é orientado a superar o predomínio do dinheiro, a participação ativa dos cidadãos nas questões relativas ao bem-estar se propõe evitar o predomínio do poder político na esfera da necessidade”* (Walzer, 2001: 105).

III – O modelo redistribucionista (ou de Bem-estar) e sua crise atual.

“O fato do Estado-Providência ser uma forma política muito complexa e contraditória não significa só por si que tivesse que entrar em crise. Uma situação contraditória não produz uma crise se poder continuar a reproduzir-se como uma contradição. E assim teria sido se o fundamento em que se assenta o Estado-Providência não tivesse, a certa altura, dado sinais de grande fragilidade. Como se sabe, o Estado-Providência assenta que há correspondência entre

os imperativos do crescimento econômico e as exigências da equidade social; em suma, que entre a economia e a política há um jogo de soma positiva, ou seja, que entre acumulação e legitimação não há contradição”.

Boaventura de Sousa Santos

1987: 22

“Nenhuma questão polarizou esquerda e direita mais profundamente em anos recentes que o welfare state, exaltado por um lado e violentamente acusado por outro”.

Anthony Giddens

2001: 121

A linha de pensamento do chamado “socialismo democrático” – como seu nome indica – segue um modelo misto, uma mistura de democracia liberal e de Estado social. E entende a justiça distributiva em termos de “bem-estar coletivo”.

Produto político e cultural do século XX, o chamado *welfare State*, ou Estado de Bem-estar, tem como objetivo corrigir a teoria liberal mediante a introdução de um princípio de igualdade redistributiva. Atualmente, esta interpretação da justiça social talvez seja a de maior vigência nos países ocidentais e será o modelo que escolheremos como o arcabouço mais adequado para desenvolver nossa análise e proposta de justiça sanitária.

- **Afinal, de que trata a justiça sanitária?**

Embora outras expressões tenham sido sugeridas e até mesmo utilizadas, tais como “direito aos cuidados em saúde”, “direito à proteção da saúde” ou “direito a condições saudáveis”, a expressão “direito à saúde” continua, sem dúvidas, a mais utilizada nos diferentes âmbitos de debate sobre a justiça sanitária – médicos ou políticos, profissionais ou particulares, leigos ou acadêmicos. Talvez isto seja assim porque a expressão “direito à saúde” é a forma verbal mais simples – mais condensada – de referir-se as condições necessárias à saúde e o seu caráter imperativo na vida social (CNECV, 1995: 62).

Em nossa opinião, devemos diferenciar rigorosamente o “direito à vida e à integridade física”, que é um direito negativo – formal – prévio ao pacto social que o Estado não pode fazer mais do que proteger; do “direito à assistência sanitária”, que é um direito positivo – real – que o Estado deve formular em seu conteúdo e efetivar na prática.

Neste contexto, achamos que a expressão “direito à saúde”, mantém-se ainda ambígua, dado o âmbito alargado em que se inscreve e a formulação abstrata em que se enuncia. Principalmente pela dificuldade de definir “saúde” de maneira inequívoca.

A Constituição da Organização Mundial da Saúde, em julho de 1948, interpretou a “saúde” como “(...) *um estado de bem-estar físico, mental e social, e não unicamente a ausência de doença ou enfermidade*”, e proclamou o que seria o “direito à saúde”: “*o poder gozar do mais elevado nível de saúde possível é um dos direitos fundamentais de cada ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia políticas, condições econômicas e sociais*” (OPS, 1990: 241). Por sua parte, a Declaração Universal dos Direitos do Homem da ONU, também assinada em 1948, no comumente apontado artigo 25, refere-se ao “*direito a um nível de vida que lhe permita assegurar a saúde para si e para sua família [cujas condições indispensáveis de efetivação apontam] a alimentação, o vestuário, a habitação, os cuidados médicos, assim como os serviços necessários*” (OPS, 1990: 242).

Desde este enfoque, a “saúde” apresenta-se indissociável de outros bens de ordem social e vem, conseqüentemente, a integrar a categoria dos direitos sociais.

Esta concepção, humanista e universal, introduz de maneira direta a questão da “assistência sanitária” na agenda da justiça social que deve ser garantida pelo Estado.

A saúde já não é mais uma questão privada, do âmbito da relação médico-paciente, mas uma questão de política pública, orquestrada pelo Estado de Bem-estar.

- **Os fundamentos do Estado de Bem-estar.**

O direito à atenção sanitária e as políticas de saúde que as concretizam são uma das dimensões básicas do chamado Estado de Bem-estar. Ao contrário do conceito, em voga a partir da virada do século XX, de “Estado Social” enquanto forma política do Estado que asseguraria a transição para o socialismo, o conceito de Estado de Bem-estar designa a forma política do Estado dos países capitalistas do ocidente europeu num período em que o socialismo deixa de estar na agenda política de curto e médio prazo. Tal como afirma Giddens, as origens do Estado de Bem-estar foram muito distantes dos ideais da esquerda: “*na verdade, ele foi criado para dispensar a ameaça socialista. (...) O welfare state, tal como existe hoje na Europa, foi produzido por e pela guerra, tal como o foram tantos outros aspectos da cidadania*” (Giddens, 2001: 121).

O Estado de Bem-estar é o resultado de um compromisso, ou de um certo pacto teorizado no plano econômico por Keynes, entre o Estado, o capital e o trabalho, nos termos do qual os capitalistas renunciam a parte da sua autonomia e seus lucros (no curto prazo, não no médio) e os trabalhadores às reivindicações que dizem respeito à subversão da sociedade capitalista e à sua substituição pela sociedade socialista. Esta dupla renúncia é gerida pelo Estado. O Estado transforma os recursos financeiros que lhe advêm da tributação do capital privado e dos rendimentos salariais em “capital social”. Este capital social, por sua parte, assume duas formas fundamentais: o “investimento social” (conjunto de despesas de bens e serviços que aumentam a produtividade do trabalho e, portanto, da rentabilidade do capital investido) e o “consumo social” (conjunto das despesas de bens e serviços consumidos gratuitamente ou a preços subsidiados pelos trabalhadores e suas famílias) (Santos, 1987: 14).

O capital social tem uma tripla função: em primeiro lugar, permite ao Estado criar as condições gerais de acumulação (aumento de produtividade junto à diminuição dos custos da reprodução da força de trabalho); em segundo lugar, as despesas em capital social aumentam a procura interna de bens e serviços (criando mais mercados); em terceiro e último lugar, permite ao Estado harmonizar os conflitos entre capital e trabalho: *“enquanto gestor global deste sistema, o Estado afirma-se portador do interesse geral, acima e além dos interesses particulares das diferentes classes sociais. O Estado-Providência assenta, assim, na idéia de compatibilidade (e até complementaridade) entre crescimento econômico e políticas sociais, entre acumulação e legitimação, ou mais amplamente, entre capitalismo e democracia”* (Santos, 1987: 15-16).

Por outra parte, o desenvolvimento do capital social significou uma profunda alteração qualitativa nos modos de intervenção do Estado. As novas despesas do capital social não significaram simples dispêndios de dinheiro; também desenvolveram uma estrutura burocrática para regulamentar a concessão dos direitos sociais (Santos, 1987: 17).

- **Um Estado para distribuir ou para produzir Bem-estar?**

Segundo Santos, na medida em que se foi consolidando o Estado de Bem-estar, as suas políticas mudaram de natureza. As políticas iniciais de tipo “alocativas” (redistribuição de recursos já existentes segundo critérios próprios do Estado) foram progressivamente sendo

substituídas por políticas “produtivas” (conjunto de bens e serviços produzidos diretamente pelo Estado).

Como afirma o autor: *“A saúde é uma área em que é fácil observar a progressiva mudança das medidas distributivas para as medidas produtivas. Esta mudança, ao aprofundar a atuação do Estado, provocou uma enorme expansão da burocracia e, ao mesmo tempo, tornou obsoletos os critérios de racionalidade que até então tinham dominado a atuação estatal”* (Santos, 1987: 18).

O Estado de Bem-estar “produtor”, especialmente no ocidente europeu, chegou a alcançar dimensões enormes, proporcionais aos problemas conseqüentes.

Anthony Giddens percebe algumas formas de instituição do Estado de Bem-estar como burocráticas, alienantes e ineficientes, mas coloca que, contudo, esses problemas não são uma razão para desmantelá-lo, mas, sim, para reconstruí-lo. Segundo este autor, no Reino Unido, os gastos com a previdência social cresceram mais de 100% no período entre 1973 e 1996 (incluindo o emblemático período neoliberal de Thatcher). A explicação encontrada para isto foi um aumento da demanda produzida pelo crescente desemprego, o aumento do número de empregados pobres e, também, por mudanças nos padrões demográficos, especialmente o aumento no número de pais e mães solteiros e de idosos (Giddens, 2001: 123-124).

Na última década, uma das soluções encontradas (com duvidosos resultados em termos de qualidade) para controlar a atividade produtora do Estado de Bem-estar foi delegar,

direitos, uma vez criados, são independentes da conjuntura econômica que os tornou necessários ou possíveis. Posteriormente, não haveria atitude política para eliminá-los ou alterá-los, uma vez passada essa conjuntura (Santos, 1987: 19).

Como o critério de distribuição de recursos pelo Estado é a luta política, os diferentes critérios setoriais são contemplados segundo seu peso político (e conseqüente poder de barganha). Muitas vezes, em uma determinada conjuntura, o poder de barganha de um setor consegue transformar uma reivindicação em um direito. Na interpretação de Santos, o Estado de Bem-estar (que sem resolver as contradições sociais, as interioriza) frente à rigidez dos direitos sociais, tentará “flexibilizá-los”. Para isso, precisa diminuir o poder político dos grupos sociais neles interessados. Para produzir esta flexibilização, o Estado deve dificultar, ou restringir, o acesso a um determinado direito social (como o direito à assistência sanitária). Isto se consegue, entre outros mecanismos, através da redução de oferta de serviços, a deterioração da qualidade das prestações ou, em casos mais extremos, não regulamentando as leis que garantam esses direitos (Santos, 1987: 20). Mas, como os direitos continuam a existir, haverá uma forte contradição no papel do Estado como árbitro dos conflitos, o que redundará em uma situação de crise, no sentido da insatisfação de alguma das partes envolvidas no pacto político que origina este modelo redistribucionista.

Outro fator que aumenta o caráter contraditório do Estado de Bem-estar é aquilo que Santos define como “contingência burocrática”, ou seja, o fenômeno pelo qual, os novos organismos estatais, criados em função de administrar o capital social, “interiorizam” a concessão dos direitos sociais e atuam na base da rigidez destes (Santos, 1987: 33).

Devemos considerar que cada setor administrativo dos Estado tende a criar uma autonomia própria, traduzida na capacidade que desenvolve para substituir, modificar, neutralizar ou torpear os objetivos que lhe são impostos pelo governo, de modo a fazer aumentar seu peso relativo no conjunto da administração estatal. Esta autonomia é ainda potencializada pelo modo com que os interesses setoriais pressionam o Estado.

Segundo Santos, o caráter repetitivo das solicitações e a organização de grupos de pressão contribuem para estabelecer formas de convivência e conivência entre certos interesses setoriais e alguns aparelhos políticos do Estado. Estas formas de interação continuada, seletiva e privilegiada, tornam ainda mais heterogênea a atuação do Estado (Santos, 1987: 20).

- **Entendendo a crise do Estado de Bem-estar.**

No início do Estado de Bem-estar, e durante muito tempo (décadas de 50 e 60), o modelo redistribucionista cumpriu com dois objetivos: por um lado, as despesas com o capital social eram indiretamente produtivas pois, embora não criassem diretamente mais-valia, aumentavam a produtividade, faziam baixar os custos de produção da força do trabalho e alargavam o mercado interno; em suma, criavam melhores condições para a acumulação. Por outro lado, as mesmas despesas, especialmente as de consumo social, permitiam às camadas populares aumentar em seu consumo, quer através de pagamentos (pensões, subsídios, etc.), quer através do acesso a valores de uso (bens e serviços gratuitos ou subsidiados em saúde, educação, transporte, moradia, etc.). Desta maneira, obtinha-se a harmonia social e, portanto, a legitimação do Estado (Santos, 1987: 22).

Já no início dos anos 70 – segundo Santos – se começou a notar que o jogo entre acumulação e legitimação não sempre era de soma positiva (em que todos ganham), mas um jogo de soma zero (quando um ganha o outro perde). Santos afirma que o desenvolvimento do capital social fez o Estado crescer, independentemente das conjunturas econômicas, por três razões principais. Em primeiro lugar, porque os direitos sociais, uma vez reconhecidos ou conquistados, são rígidos e não recíprocos; *“constituem um interesse egoístico ao que não se renuncia porque simplesmente a ele se tem direito”* (Santos, 1987: 23). Em segundo lugar, a concessão de direitos tende a criar necessidades que suscitam a exigência de novos direitos. Em terceiro e último lugar, dado o caráter geral e abstrato dos direitos sociais, os dispêndios tendem a aumentar em períodos de crises econômicas (inflação, desemprego, etc.). Podemos dizer, com Santos, que: *“A necessidade de políticas sociais é tanto maior quanto menos são os recursos financeiros para as levar cabo”* (Santos, 1987: 23).

A crise do Estado de Bem-estar – conclui Santos – deriva da desvinculação das despesas do Estado dos limites impostos pela disponibilidade da acumulação. Em outras palavras, o Estado tende a fazer despesas acima dos seus recursos (Santos, 1987: 24).

Finalmente, Santos coincide com Giddens em dizer que o Estado de Bem-estar merece uma transformação que o atualize e o vigore: *“isto, porque não descortinamos no horizonte nenhuma alternativa política a esta forma de atuação estatal”* (Santos, 1987: 30).

TERCEIRA PARTE

PROBLEMAS E PROPOSTAS

“A reflexão ética intervém quando o ‘dever ser’ se diferencia ‘do que é’, e se torna importante a definição de regras de conduta, prescrições práticas, enfim, devem ser definidas ‘normas de ação’ que garantam a ‘harmonização’ das condutas do indivíduo com a vida da sociedade como um todo”.

Jean-Pierre Changeux - 1999: 14.

“A justiça não consiste apenas na obediência aos princípios morais, mas também na maximização das boas conseqüências das ações”.

Diego Gracia - 1990(b): 196.

“Deve-se alertar, como alertam posições divergentes ao domínio da linha utilitarista, que a utilização de critérios como magnitude, força produtiva, transcendência, prejuízo econômico, custos/benefícios, deva ser avaliada com a devida ética, pois pode resultar em discriminação de grupos minoritários, tais como idosos, deficientes e portadores de patologias menos prevalentes”.

Paulo Antônio de Carvalho Fortes – 2001: 146

“No âmbito da saúde as escolhas só se justificam eticamente se procedentes do imperativo da justiça”.

Maria do Céu Padrão Neves – 1999: 159

CAPÍTULO 6:

A ALOCAÇÃO DE RECURSOS PARA A SAÚDE EM UM CONTEXTO DE ESCASSEZ

“Tudo indica que a pressão para controlar os custos será ainda maior no futuro e que haverá uma discussão muito mais direta e franca sobre seu racionamento”

Daniel Callahan - 1990: 169.

“Além da teoria, é preciso criar uma práxis da justiça distributiva, entendida como a maneira mais adequada de alocar recursos escassos”.

José Alberto Mainetti - 1990: 216.

- **A teoria utilitarista: a busca do máximo benefício ao mínimo custo.**

Uma vez que a assistência sanitária é definida como prática social contextualizada historicamente, observa-se a constante emergência de novos dilemas éticos que, na maioria das vezes, evidenciam a insuficiência da visão deontológica tradicional (caracterizada por “princípios” abstratos que estabelecem o que é justo ou injusto, independentemente das conseqüências) e obrigaram a considerar às teorias teleológicas (do grego telos, “fim”, finalidade) que avaliam as conseqüências práticas dos atos.

Também chamada de “conseqüencialista”, a ética teleológica centra sua atenção na finalidade do ato e suas conseqüências, isto é, na qualidade do que é feito.

Identificam-se com este tipo de enfoque conseqüencialista, as chamadas teorias “utilitaristas”.

No âmbito da saúde, os utilitaristas acreditam que a justiça sanitária não é uma normativa ética independente, mas a obrigação moral de evitar as conseqüências indesejáveis e de promover as desejáveis. Segundo a teoria utilitarista, a justiça obriga às pessoas a evitar, sempre que possível, que as mazelas apareçam (Drane, 1990: 209).

Na visão conseqüencialista, é considerada injusta toda prática que não consegue alcançar o máximo benefício ao menor custo. Isto significa que para avaliar a justiça de uma prática, é preciso, de alguma maneira, quantificar tanto os benefícios quanto as cargas

e os riscos para adotar as “opções justas”. Em geral, as quantificações são feitas considerando só a população em geral, sem levar em conta os casos particulares ou excepcionais.

Talvez a maior dificuldade do utilitarismo sanitário seja a quantificação dos benefícios (como quantificar a dor ou o sofrimento?). Drane observa que os utilitaristas, ao comparar benefícios e cargas, estão comparando “o subjetivo mais do que o objetivo”. Para este autor, na prática, qualquer tentativa para estimar objetivamente cargas e benefícios será, inevitavelmente, apenas uma aproximação à realidade: *“ao equilibrar os custos, perde-se o contato com os beneficiados e os prejudicados”* (Drane, 1990: 210). Todavia, as políticas que produzem o maior benefício nato para a maioria das pessoas podem significar elevados custos para pequenos grupos desatendidos. Este é o ponto mais polêmico em torno da teoria utilitarista. A grande preocupação de Rawls em sua crítica ao utilitarismo é, como vimos, a defesa dos grupos menos privilegiados que veriam suas reivindicações adiadas pelo interesse da maioria.

Com respeito ao debate ideológico, os utilitaristas respaldam o altruísmo dos igualitaristas ao compará-lo com o egoísmo dos liberais, mas se diferenciam daqueles nos critérios de alocação dos recursos para a saúde. Por sua parte, os liberais parecem ser mais sensíveis que os utilitaristas aos prejuízos sobre indivíduos ou grupos minoritários. Os primeiros exigem que o Estado adote medidas compensatórias, ao passo que os últimos poderiam aceitar que alguns se prejudiquem se isso traz como consequência um benefício social (Drane, 1990: 210).

O bioeticista Tom L. Beauchamp – partidário do utilitarismo –nega qualquer possibilidade de aplicação das teorias deontológicas da justiça aos assuntos práticos de alocação de recursos sanitários: *“as políticas que regem os assuntos práticos de grande complexidade não podem derivar diretamente (nem coerentemente) de princípios altamente abstratos. Esta derivação não pode ser alcançada no direito, muito menos na filosofia. Não existe um único conjunto coerente de princípios materiais de justiça distributiva que possa ser aplicado com confiança quando aparecem questões concretas de justiça”* (Beauchamp & Faden, 1979: 127).

Beauchamp concentra-se nas exigências financeiras e nos grupos de pressão política. Acredita que o método para alcançar a justiça não corresponde à aplicação de princípios morais, mas a análise dos benefícios em função dos custos. Para este autor, as situações de conflito envolvendo recursos para a saúde podem ser avaliadas e equilibradas, mas só

através da realização prática. Até não termos a evidência dos resultados práticos, não poderemos dizer se a política sanitária praticada é justa ou injusta (Beauchamp & Childress, 1979). Rawls utiliza um critério semelhante através do já citado conceito de “justiça procedimental pura”: *“um procedimento eqüitativo traduz a sua eqüidade no resultado apenas quando é levado a cabo”* (Rawls, 1997: 93).

Segundo Beauchamp, não existe um direito positivo à atenção da saúde; porém, reconhece o “benefício social” do Estado oferecer serviços sanitários. Contudo, a quantidade de serviços sanitários disponíveis não dependerá de obrigações criadas por princípios morais, mas da cuidadosa avaliação do equilíbrio da relação custo-benefício (Beauchamp & Childress, 1979).

Para os defensores das obrigações morais deontológicas, os utilitaristas não conseguem resolver as ambigüidades relacionadas com as dificuldades para ponderar tanto as cargas quanto os benefícios. Por sua parte, os utilitaristas apontam a ambigüidade das teorias deontológicas na utilização de conceitos tais como: “necessidade” e “mínimo decoroso” (Drane, 1990: 210).

Beauchamp & Faden insistem sobre o fato de que, para garantir os “direitos à atenção da saúde”, devemos nos preocupar com a sustentabilidade dos serviços sanitários. Para estes autores, a bioética deve se concentrar tanto na limitação desses direitos quanto na especificação de quais serviços sanitários podem ser efetivamente custeados: *“as questões principais do direito à saúde e a atenção sanitária concentram-se mais na possibilidade de justificar os gastos sociais do que em direitos naturais, inalienáveis ou pré-existentes”* (Beauchamp & Faden, 1979: 130).

- **Os princípios e as conseqüências.**

Sem dúvidas, o dever moral obriga a respeitar todos e cada um dos princípios e, ao mesmo tempo, otimizar todas e cada uma das conseqüências. Mas, na prática, isto dificilmente acontece. O mais freqüente nas sociedades pluralistas, com diversidade de valores e interesses em um contexto de escassez de recursos, é o conseqüente “conflito” entre as partes que reclamam esses recursos para si apoiados em concepções da justiça distintas e, até, contrapostas. Qual o procedimento para a resolução dos conflitos em que se enfrentam princípios morais?

Normalmente, assumimos que todos os princípios deontológicos (p.ex.: o princípio de equidade na atenção à saúde) são deveres *prima facie*.

Quando estes deveres morais não entram em conflito entre si, então obrigam moralmente e, conseqüentemente, passam a ter caráter de deveres reais e efetivos. Porém, se dois ou mais deles resultam incompatíveis numa situação concreta, de tal modo que o cumprimento de um resulta na lesão do outro, então é indispensável ordená-los hierarquicamente (p.ex: qual o princípio que deve priorizar-se no caso dos pacientes testemunhas de Jeová que precisam de transfusão de sangue para salvar suas vidas: o princípio de autonomia do paciente que nega a realização do procedimento ou o princípio de beneficência que obriga moralmente o médico a realizá-lo para salvar a vida do paciente, mesmo contra sua vontade?).

Às vezes, o critério de hierarquização é puramente deontológico (p.ex.: considera-se que os direitos civis têm prioridade sobre os direitos sociais). Mas, em geral, os critérios deontológicos não são suficientes e é preciso levar em conta as conseqüências dos distintos atos possíveis.

Podemos concluir que, frente ao conflito moral, não é possível negar nem os princípios nem as conseqüências, mas também não é conveniente dar-lhes um valor absoluto.

- **Macro-alocação: A racionalidade econômica e a racionalidade ética.**

O constante e progressivo incremento dos gastos sanitários em um contexto de escassez de recursos financeiros tem obrigado políticos e sanitaristas a refletir sobre a racionalidade ética e econômica das políticas públicas de saúde, a racionalidade da organização (e gestão) dos sistemas sanitários e sobre a responsabilidade do Estado (e dos particulares) sobre a saúde. O processo decisório que determina como deve ser utilizado o total dos recursos financeiros da sociedade chama-se “macro-alocação”. No caso da política sanitária, a macro-alocação diz respeito a toda decisão política que tenha impacto direto ou indireto sobre a saúde coletiva, tais como as políticas de emprego e a política ambiental (Wikler & Marchand, 1998: 306).

Por sua parte, na ciência econômica – que está regida por princípios de rendimento e de utilidade – existem muitas formulas de racionalização com base ética; uma delas é o critério denominado “ótimo de Pareto”. O “ótimo de Pareto” representa o ponto em que todos os sujeitos resultam beneficiados sem que nenhum deles seja prejudicado. Posteriormente,

John Hicks e Nicholas Kaldor elaboraram um critério (mais amplo que o de Pareto) que permite aceitar uma situação como eficiente ou eficaz não só quando aparece como um benefício para cada um, mas também quando poderia melhorar a situação de cada um, mesmo que, de fato, não o faça. Esta idéia sobrevive hoje na forma das análises de custo-benefício e de eficácia em função dos custos. Deles derivam outros índices, dos quais, o mais conhecido talvez seja o QALY (*Quality Adjusted Life Years*) (*apud* Gracia, 1990(b): 196). Não sendo o objetivo desta dissertação descrever os diversos métodos e instrumentos da avaliação médico-econômica, somente mencionaremos que a economia da saúde tem desenvolvido diferentes modelos que permitem o estudo do equilíbrio custo-conseqüência defendido pelos utilitaristas. Dentre os citados por Béresniak & Duru (1999: 157-162) aparecem:

- **os estudos custo-benefício:** destinam-se a associar os custos de uma ação médica às suas conseqüências, expressas em unidades monetárias.
- **os estudos custo-eficiência:** relacionam-se os custos de uma ação médica às suas conseqüências, expressas em unidades físicas (anos de vidas, número de casos, etc.).
- **os estudos custo-utilidade:** associam-se os custos de uma ação médica às suas conseqüências qualitativas. Foram ensaiados vários métodos, entre eles o já mencionado QALY (em português: AVAQ – anos de vida ajustados pela qualidade); o HYE – *Healthy Years Equivalent* – ou o método utilizado pelo Banco Mundial, o DALY – *Disability Adjusted Lived Years* – (em português: AVAI – anos de vida ajustados pela incapacidade).

Todos estes métodos de avaliação são relativamente recentes. “*Foi só no início dos anos setenta quando os economistas começaram a colocar o problema do aumento insuportável dos gastos sanitários*” (Gracia, 1990(b): 196)

Até então, estes gastos vinham aumentando ininterruptamente, mas sem detonar uma crise sanitária visto que, em certa medida, o aumento nas cargas acompanhava o crescimento da riqueza. Com a chegada das crises recessivas da década de Setenta, a economia mundial e o produto bruto interno (PIB) da maioria dos países estancou ou começou a decrescer. Foi a oportunidade de conferir, numa conjuntura histórica real, o fato de que a contenção dos gastos sanitários é difícil, quase impossível (Giddens, 2001: 123).

Frente às crescentes (e cada vez mais sofisticadas) necessidades físicas, psíquicas e sociais, contrapõe-se a inexistência de recursos suficientes destinados a atender a totalidade

da demanda. Desta equação deriva ser evidentemente necessária uma mudança radical nas políticas sanitárias assumindo a possibilidade da emergência de conflitos éticos conseqüentes na hora de serem estabelecidas prioridades na alocação dos recursos.

Escrevendo para o contexto brasileiro, Fermin Roland Schramm se preocupa com a situação complexa e “supostamente” dilemática que devem enfrentar os gestores da saúde pública: *“instados a respeitar e aplicar a lei – que garante o caráter universal da assistência e o acesso igualitário dos usuários aos serviços – e, ao mesmo tempo, torná-la viável, através de ações concretas que permitam que a política sanitária implementada seja eficaz (pode funcionar?); efetiva (funciona de fato?) e eficiente (vale a pena utilizá-la?)”* (Schramm, 2000: 41).

Afirma Schramm: *“A alocação de recursos para a saúde torna-se um problema complexo, cuja solução deve ter em conta, simultaneamente, os aspectos sanitários, econômicos, políticos e morais, que não são comensuráveis entre si, a priori, visto que seu correto equacionamento deve satisfazer as necessidades de saúde da população; otimizar os meios disponíveis para tal satisfação; e construir o consenso social sobre as modalidades da alocação, baseado no princípio moral da justiça, que permite tornar a política sanitária legítima. Isto suscita debates éticos e políticos sobre quais seriam as escolhas mais razoáveis, moralmente legítimas e politicamente aceitáveis a serem feitas”* (Schramm, 2000: 41).

- **O desafio da cronificação de doenças.**

“Se a natureza, segundo Darwin, seleciona os mais aptos para viver e condena os mais fracos a morrer, a medicina atua exatamente no sentido contrário. Isto faz com que o número de doentes crônicos irrecuperáveis seja cada vez maior, o que tem contribuído dramaticamente no estouro dos custos sanitários”.

Diego Gracia – 1990(b): 197

“Em um Estado bem-ordenado, cada pessoa deve desempenhar seu ofício. Ninguém tem tempo de passar a vida doente e recebendo cuidados”.

Platão - *A República* - 1992: 136

“Que morram os fracos e os fracassados! Eis o primeiro princípio de amor ao homem, e que sejam assistidos a morrer”.

Friedrich Nietzsche – *O Anticristo* – 1993: 14

As reflexões a respeito das dificuldades em limitar o uso da assistência sanitária têm uma origem muito antiga e revelam um vínculo bastante estreito com a observação de adiar a morte a todo custo (Engelhardt, 1998: 452).

No livro terceiro da *República*, Platão já reconhece o dilema das infinitas expectativas e dos finitos recursos que caracterizam o desafio das decisões da assistência em saúde. Nesse livro, Platão critica a atitude de Herodicus, um antigo mestre de ginásio que, na tentativa de adiar a morte a qualquer custo, ocasionou inúmeros tormentos a si próprio e a outrem a seu redor (Platão, 1992: 136). Platão conclui que o tratamento prolongado de doenças crônicas é inútil quando a medicina não pode “restaurar” os indivíduos em suas ocupações e responsabilidades. Esses indivíduos deveriam, segundo o filósofo grego, aceitar a morte: “(...) ou bem recobrirá a saúde e volta ao seu ofício ou, caso contrário, se seu corpo não pode resistir ao esforço por causa da doença, a morte virá no seu auxílio” (Platão, 1992: 137).

Na atualidade, a situação dos portadores de doenças crônicas apresenta uma combinação de “fatores problemáticos” que merecem uma abordagem especial na questão da justiça sanitária. Estes fatores são:

- O diagnóstico e tratamento destas doenças são, em geral, extremamente onerosos (e com tendência a encarecer ainda mais), o que pressiona no sentido do aumento dos custos sanitários;
- a característica da cronicidade e complexidade destas doenças, que obriga a fazer grandes gastos e investimentos para a manutenção de onerosos tratamentos especializados durante anos, sendo que este esforço irá beneficiar poucas pessoas com relação à população geral. Como consequência disso, muitas destas doenças (especialmente as menos comuns) dificilmente sejam consideradas pelas políticas utilitaristas que avaliam a relação custo-benefício;
- o número de doenças e de doentes crônicos, por razões diversas, não para de crescer. Isto representa um problema para a sustentabilidade financeira das políticas sanitárias;
- muitas vezes, a condição de portador de doença crônica é causa de discriminação;
- são doenças que dificilmente tenham cobertura nos planos de saúde privados.

Por outra parte, o fenômeno epidemiológico das doenças crônicas é, muitas vezes, acompanhado de um fenômeno sociológico: a construção de “associações de portadores de doença crônica”, muitas vezes ampliadas pela incorporação de familiares e amigos. Estas associações não são, de fato, meros grupos de auto-ajuda ou de terapia coletiva, mas verdadeiros centros de luta pela cidadania das pessoas afetadas na sua saúde.

A característica destas doenças de perdurar, ao tempo que prolonga a dor e sofrimento físico e psicológico, permite que a organização de atividades comuns na tentativa de reduzi-los seja possível.

Algumas destas associações optaram pelo formato jurídico das ONGs (organizações não governamentais), especialmente a partir da década de Oitenta, com o advento da HIV/Aids. Segundo Miriam Ventura, a década entre 1980 e 1990 foi marcada pelos conflitos *“entre as abordagens ditas tradicionais de saúde pública e as pressões pelo respeito aos direitos humanos”* (Ventura, 2000: 111). Este fenômeno é particularmente interessante se levamos em conta que *“a década de Oitenta, ao contrário das duas décadas anteriores, não é uma década de forte mobilização social contestatária”* (Santos, 1987: 72).

É notável que, apesar da heterogeneidade a respeito da etiologia, frequência, gravidade e conseqüências das doenças crônicas, as associações de doentes têm vários pontos de interesse comuns: todas elas são grupos de vítimas do infortúnio e/ou de discriminação (Shklar, 1997: 89) e, portanto, se propõem lutar para ter melhores tratamentos que lhes aliviem o sofrimento físico e, ao mesmo tempo, lutam contra a discriminação que os prejudica, não só psiquicamente, mas como cidadãos com direito a ter capacidades diferentes.

Para Jon Elster, os doentes organizados em associações ganham uma coisa muito importante: a possibilidade de “barganhar” recursos para atender suas reivindicações (Elster, 1997: 142).

Em função desta capacidade de “barganha setorial” nos perguntamos: será que todos os grupos de doentes têm a mesma capacidade para se organizarem e negociar recursos na barganha? Como se pode garantir a equidade nestes processos de negociação?

Contudo, uma coisa importante que as associações vêm produzindo diz respeito á luta contra a discriminação e a inclusão cidadã de pessoas que foram afetadas pela loteria natural.

- **A loteria natural e as situações catastróficas.**

“John F. Kennedy disse: ‘ a vida é injusta’, mas isto poderia ter sido dito por qualquer médico. As doenças atingem as pessoas de maneira injusta, inequívoca e implacável”.

Daniel Callahan – 1998: 240.

Na Grécia antiga, Platão não aceita o tratamento das doenças crônicas precisamente porque escreveu sua *República* pensando na *polis* e não no indivíduo. Mas, na atualidade, não é o indivíduo a fonte da autoridade moral? Ou, por acaso, para os doentes crônicos que não podem enfrentar as cargas de sua doença não há relevância moral alguma em função desta incapacidade?

O prejuízo produzido por forças naturais, e não diretamente da ação de pessoas, é considerado, como já explicamos, a consequência de uma “loteria natural” que, de maneira imprevisível e aleatória, atinge algumas pessoas.

É conveniente perceber que a loteria natural nem sempre condena a uma inexorável prostração. Ser portador de uma doença crônica pode não afetar todas capacidades de funcionamento (no sentido seniano), mesmo que estas capacidades sejam distintas daquelas da maioria das pessoas. *“não é a loteria natural, por si mesma, que produz desigualdades. São os arranjos socioeconômicos e políticos os que premiam de forma muito desigual os diferentes talentos e capacidades naturais. Desigualdades sociais sempre resultam de instituições e convenções humanas”* (De Vita: 1999: 493).

Precisamente, a principal crítica que Sen faz à teoria rawlsiana de justiça, como analisamos no capítulo 2, consiste em que não devem ser os bens primários os que devem ser igualmente distribuídos, mas as melhores condições possíveis de desenvolver capacidades de funcionamento para alcançar bem-estar. No caso dos portadores de doença crônica fica claro o porquê desta objeção: *“para Sen, uma mesma disponibilidade de renda não garante que uma pessoa que necessite de cuidados médicos especiais – por exemplo, um portador de doença renal crônica – e uma pessoa saudável terão uma capacidade igual para alcançar bem-estar”* (De Vita, 1999: 482-483).

Em geral, os custos dos tratamentos necessários em caso de doenças crônicas podem ser caros demais e, pior, podem persistir durante um período de tempo muito prolongado (se não o resto da vida) impossibilitando ao doente custeá-los (situação catastrófica). Para vários autores, isto obriga moralmente à intervenção do Estado para auxiliar estas pessoas,

nas palavras de Walzer: “*a pesquisa médica é muito onerosa e o tratamento de muitas doenças concretas está além dos recursos financeiros dos cidadãos comuns. Por isso, a comunidade democrática deve assumir a responsabilidade*” (Walzer, 2001:98).

- **Recursos financeiros e tecnológicos: o problema da escassez.**

O problema da escassez dos recursos para a saúde, tanto financeiros quanto tecnológicos, acarreta um dos primeiros dilemas da bioética: quem deve viver quando todos não podem viver? Paulo Fortes chama a atenção para a realidade de, afinal, os primórdios da bioética estarem “*intrinsecamente ligados ao princípio ético da justiça distributiva; pode-se recordar que um dos fatos apontados como parte do seu nascimento foi o dilema da escolha de critérios de seleção de pacientes renais crônicos que deveriam beneficiar-se da utilização dos equipamentos de hemodiálise, recém instalados em Seattle*” (Fortes, 1997: 71)

Segundo o bioeticista norte-americano Daniel Callahan (1990: 169), junto com o incremento significativo dos gastos sanitários no final da década de Setenta foram feitos grandes esforços para encontrar uma maneira, pragmaticamente eficaz e eticamente legítima, de reduzi-los. Este debate tentava formular princípios e procedimentos que permitissem o acesso equitativo aos cuidados de saúde frente a uma provável escassez dos recursos existentes. Mas os esforços, na verdade, não tiveram muito sucesso, e isso foi principalmente pela dificuldade de compatibilizar o que seria um acesso justo aos cuidados de saúde com o que seria um nível adequado de atenção.

Na década de Oitenta, com o objetivo de controlar os gastos, vários Estados tentaram pôr limites aos programas de direitos regulamentares, principalmente os sanitários. Callahan comenta que foi sugerido, entre outras alternativas, a de reduzir os direitos de alguns setores da sociedade, baseando-se em algum critério de exclusão (por exemplo: idade) e obrigar os doentes a maiores contribuições do seu próprio bolso. Por outro lado, a maioria das corporações médicas privadas começou a buscar os meios para restringir o tipo e alcance dos serviços sanitários que deveriam proporcionar a seus clientes (Callahan, 1990: 169).

Nessa mesma década, no Reino Unido, o governo de Margaret Thatcher cortou radicalmente o orçamento do enorme *welfare* nacional (Giddens, 1998: 123).

Em termos gerais, pode-se dizer que, na atualidade, políticos e sanitaristas aceitam a vigência da chamada “crise sanitária” como sendo implicada pela “transição epidemiológica” (que muda a prioridade da saúde pública com as epidemias de doenças infecciosas para centrar-se nas doenças crônicas), o conseqüente envelhecimento da população, a incorporação acelerada (porém, nem sempre eficaz) de novos procedimentos no campo biomédico e o encarecimento de tais procedimentos.

Porém, a demanda pelos finitos recursos sanitários é bem mais ampla, como mostra a lista exaustiva de encargos para a saúde elaborada em novembro de 1993 pelo Comitê Permanente dos Médicos da União Européia. Os membros deste comitê propuseram o seguinte ordenamento:

- a- encargos dificilmente contornáveis**, tais como: incremento constante do número de medicamentos eficazes, porém mais caros; utilização crescente de transplante de órgãos em procedimentos de rotina; aumento do número de deficientes físicos e mentais, conseqüência do aumento da esperança de vida; aumento da longevidade dos doentes crônicos; maior predomínio das afecções crônicas e de câncer na população, especialmente nos idosos; tratamento da AIDS; necessidade para as equipes médicas de disporem, para o bem dos doentes, de pessoal mais numeroso e mais qualificado e, por conseguinte mais dispendioso; aumento dos prêmios de seguro de responsabilidade profissional devido a uma medicina mais eficaz e mais arriscada (o que provoca o aumento dos procedimentos de controle médico); procura permanente, por parte do público, de uma medicina preventiva que, se é certo que pode gerar economias, custa, no entanto, caro;
- b- causas decorrentes da própria sociedade podendo ser parte dos Governos de ações preventivas**, tais como: morbidade crescente devida a acidentes de trânsito; aumento das doenças devido à poluição ou às condições de trabalho; aumento do número de alcoólatras, de fumantes e de consumidores de drogas;
- c- outras causas originadas em tendências que deveriam ser encaradas**, tais como: exigências suplementares dos cidadãos sem o sentimento de responsabilidade face aos gastos por causa da quase gratuidade dos cuidados de saúde, o que na economia da saúde se conhece como “Perigo moral” (1);
- d- fatores que necessitariam de ações radicais**, tais como: politização dos serviços sanitários, sistemas de gestão que atuam para seu próprio benefício; inflação das

cargas administrativas correntes; reembolso de cuidados prestados por medicina alternativas sem fundamentos científicos;

- e- **fatores em que os médicos ou as instituições têm responsabilidades**, tais como: publicidade que incita a população a recorrer a cuidados médicos em ausência de necessidades reais; práticas médicas desviadas dos seus objetivos e visando essencialmente o lucro (CNECV, 1995: 67-68).

(1) A idéia de “Perigo moral” é amplamente utilizada em discussões sobre risco nas companhias privadas de seguro. O perigo moral existe quando as pessoas usam a proteção do seguro para alterar seu comportamento, redefinindo com isto o risco pelo qual estão seguradas (Giddens, 2001: 123).

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) de Portugal considerou, no seu Parecer 14 de 1995, que o levantamento feito pelo Comitê Permanente dos Médicos da União Européia merece uma importante reflexão. Isto, porque alguns dos problemas citados pelo comitê europeu nem sempre são considerados na abundante literatura existente sobre o assunto. Todavia, *“a correção destes problemas é tão urgente como o é equacionar, em termos concretos, os problemas emergentes do efeito conjunto dos progressos médicos e do envelhecimento da população”* (CNECV, 1995: 68).

O referido parecer português realça os problemas de desorganização; de fraca disponibilidade para a iniciativa legislativa reguladora do consumo; de deficiente distribuição dos agentes sanitários pelo território nacional; de pouco cuidado na educação da população para a saúde; de não-cooperação com a população na determinação das condições do exercício da sua própria responsabilidade na defesa e promoção da saúde.

Para o CNECV, os problemas gerais que pressionam o gasto sanitário fazem apelo a princípios éticos que se traduzem em normas simples: *“a adequação das instituições aos seus objetivos, a organização racional dos serviços e a eliminação das condições que favorecem a corrupção”* (CNECV, 1995: 69).

Contudo, frente à extensão, durabilidade, gravidade e raras expectativas de solução da crise de financiamento dos cuidados sanitários surgem perguntas tais como: pode-se aceitar que outros serviços sociais e públicos (como a segurança e a educação) sejam deixados de lado para atender exclusivamente às demandas sanitárias? Todo gasto sanitário está eticamente justificado? A partir de que ponto a obrigação deixa de ser perfeita, ou de justiça, para se converter em imperfeita ou de caridade? É sustentável a política universalista que pretende dar total cobertura sanitária a todo aquele que a necessite? Em

outras palavras: o direito à assistência sanitária deve ser garantido em toda sua inesgotável extensão ou há limites de exigência, ultrapassados os quais já nada pode ser exigido em justiça? Quais são esses limites?

- **A cultura dos limites.**

“Tanto na prática quanto na teoria, admite-se que é preciso estabelecer limites na alocação de recursos para a atenção sanitária”.

Daniel Callahan – 1990: 169.

No seu livro *Fundamentos da Bioética*, Engelhardt (1998: 452) coloca os seguintes pontos gerais: 1) os seres humanos têm dificuldades em aceitar seus próprios limites; 2) deveriam ser reconhecidos os limites relativos à quantidade de recursos a ser investida na assistência à saúde; 3) os recursos investidos em assistência à saúde muitas vezes não garantem uma alta qualidade de vida para aqueles que são tratados; e 4) esses investimentos constituem uma grande sangria dos recursos comuns e podem prejudicar outros empreendimentos sociais também importantes.

Por outra parte, Engelhardt afirma que há, por causa dos limites da razão secular, uma impossibilidade teórica de descobrir um tipo de alocação de recursos que seja obrigatória de uma maneira geral (p.ex.: deve-se priorizar o investimento no tratamento das crianças com leucemia ou no tratamento das dores dos idosos com osteoartrite degenerativa?). Conseqüentemente, na opinião do autor, a escassez de recursos limita a legitimidade moral secular das tentativas diretas de obter sistemas ideais para a alocação de recursos para a assistência sanitária (1998: 453).

Em 1990, Callahan escreveu: *“Neste momento, praticamente não há um consenso definitivo sobre quanto dinheiro deve ser gasto na atenção da saúde em comparação com outros bens, nem sobre qual é a melhor maneira de limitar os custos desta atenção”* (Callahan, 1990: 169).

Em 1998, este mesmo autor publicou seu livro *“False hopes”* em que afirma que, nos EUA, o “sonho de progresso” que leva as pessoas à busca utópica pela “saúde perfeita” constitui uma receita para ir à falência sanitária. Nesta obra, o autor propõe a fundação de uma medicina sustentável, ao mesmo tempo em que chama a atenção sobre a responsabilidade pessoal com a própria saúde e manifesta sua desconfiança frente à constante inovação tecnológica na área médica: *“eu não luto contra a medicina em si*

mesma, mas contra as distorções introduzidas pela medicina científica que, freqüentemente, esquece da força de algumas velhas tradições e práticas” (Callahan, 1998, 22). Callahan (1998, 50-1) chama de “sonho de progresso” os objetivos tradicionais (e utópicos, segundo ele) da medicina, a saber:

- entender as causas biológicas das doenças;
- reduzir a taxa de mortalidade e, conseqüentemente, prolongar a expectativa de vida em geral e de indivíduos em particular;
- alcançar um maior equilíbrio nas taxas de doença e morte entre diferentes grupos de pessoas;
- reduzir ou eliminar as causas das doenças;
- diminuir os efeitos das doenças através da reabilitação e dos tratamentos paliativos;
- liberar da dor e do sofrimento produzido pelos acidentes ou doenças;
- desenvolver cada vez melhores métodos de diagnóstico;
- prever a probabilidade de futuras doenças.

Segundo Callahan, estes objetivos constituem o “sonho utópico” de utilizar o conhecimento da medicina para satisfazer o desejo de resolver problemas que excedem a capacidade física e psicológica do ser humano, tais como eliminar as doenças, conseguir melhor memória e inteligência, viver mais e melhor, etc. (Callahan, 1998, 51).

Para este autor, a medicina moderna tem um objetivo “revelado”: alcançar uma “normal” boa saúde. Porém, também tem um objetivo “velado”: obter “cada vez mais” boa saúde; portanto, a medicina não tem limites em suas expectativas (Callahan, 1998, 51-52).

Como escreve o autor: “*o custo – econômico, social e psicológico – do sonho utópico da medicina moderna, na sua forma original inflexível, não é mais sustentável*” (Callahan, 1998, 73). A idéia central da obra de Callahan é a de “medicina sustentável” que, segundo o autor, deve possuir três características:

- a- deve atender a população com um nível de cuidados sanitários suficientes para garantir o bem-estar físico e mental das pessoas, tal que possam usar plenamente seus “funcionamentos” (*functioning*, no sentido seniano);
- b- deve ser eqüitativamente distribuída, custeada sem maiores conflitos pela sociedade;

c- deve propor-se objetivos sanitários concretos, no alcance dos recursos disponíveis, e deve limitar suas aspirações de inovações tecnológicas (Callahan, 1998: 35).

A medicina sustentável, segundo o autor, só poderá ser implementada através de um diálogo entre a medicina e a sociedade. Um diálogo que permita repensar o significado e o papel social da medicina. Porém, Callahan suspeita que o mercado e os governantes, seguindo seus interesses, poderiam dificultar este processo (Callahan, 1998: 39).

O autor propõe dois caminhos complementares para alcançar a medicina sustentável:

d- através da prevenção, da promoção da saúde e da priorização da saúde pública de maneira de reduzir os problemas sociais e ambientais que são fonte de doenças evitáveis. A ênfase está dada no caráter social dos procedimentos sanitários e a concepção de saúde como bem-estar comum;

e- e através da discussão acerca da responsabilidade pessoal sobre a própria saúde, estimulando os hábitos saudáveis e combatendo os não-saudáveis, tanto os de caráter individual quanto os de caráter social (Callahan, 1998: 40).

Callahan prioriza os elementos da saúde pública na criação de uma política sanitária sustentável, alguns deles tradicionais e outros sugeridos pelo autor (Callahan, 1998: 176):

1. **visão científica:** desenvolvimento de eficientes programas de prevenção de doenças e de promoção da saúde apoiados em sólidas bases educacionais, sociais, econômicas e ambientais;
2. **ideal social** da saúde como bem-estar comum: a luta contra as doenças, os acidentes e outros agravos à saúde representam um assunto que requer solidariedade, esforço e sacrifício comunitário;
3. **racionalidade econômica:** apenas uma medicina economicamente sustentável, orientada à saúde populacional deve ser politicamente aceitável no futuro; e
4. **ideal moral:** os indivíduos devem reconhecer que seu comportamento determina em grande parte sua saúde e, portanto, tem a obrigação de cuidar de si mesmo e do próximo a seu alcance.

Para Callahan, a vigência de uma “cultura dos limites” obriga a medicina moderna a compreender que suas expectativas, nem sempre equivalem ao bem da sociedade (Callahan,

1998: 155). Escreve o autor: “*neste momento, [a medicina moderna] deve reconsiderar seu papel, entender que a felicidade não depende apenas de maiores progressos tecnológicos*” (Callahan, 1998: 289).

- **Progresso tecnológico na escassez: um desafio à justiça distributiva.**

“Médico e paciente são, ambos, participantes e atores de um processo cultural com uma mentalidade pós-moderna fundamental, sobrevalorizando as contribuições da ciência médica e da tecnologia na perseguição da felicidade e do bem-estar humanos, e acreditando na promessa da medicina para eliminar o sofrimento humano e a mortalidade”.

Henk ten Have - 1995

O avanço tecnológico nas áreas biomédicas não se deteve por causa da escassez dos recursos sanitários; pelo contrário, cada vez mais sofisticados e caros procedimentos tecnológicos são oferecidos à população. Callahan suspeita da eficácia de muitas inovações tecnológicas sobre a saúde da população (entendida como o bem-estar que garante o “funcionamento” normal das pessoas) e observa que a busca por estes procedimentos pode estar mais relacionada à satisfação de “desejos pessoais” do que a necessidades de saúde em si mesmas (Callahan, 1998: 85).

Desde o enfoque de Callahan, como vimos, não há possibilidade de sustentar a incorporação infinita de tecnologia onerosa em busca de “cada vez mais” boa saúde e, conseqüentemente, se faz necessária a colocação de limites.

Desde uma posição filosófica diametralmente oposta àquela de Callahan, Engelhardt denuncia a existência de um “igualitarismo de inveja” que “*prefere um mundo no qual ninguém teria acesso a transplantes dos pulmões (ou outras intervenções de custo elevado), ao invés de um mundo em que apenas os ricos teriam acesso*” (Engelhardt, 1998: 464). O autor define a atitude do igualitarismo de inveja como “*uma sensação moral de desprazer ou má vontade por causa da superioridade da outra pessoa em felicidade, sucesso, reputação ou pela posse de qualquer coisa desejável*” (ibidem, idem).

Segundo este autor, a aceitação de um princípio de igualdade que coloque limites ao uso de tecnologia onerosa (sob pretexto que não é possível financiar o acesso de todos a ela) é imoral em termos seculares gerais, porque sustenta a má vontade no sentido de uma aprovação da força coerciva para tirar daqueles que têm mais, de maneira que fiquem nivelados na posição daqueles que têm menos. Engelhardt argumenta que estas

interpretações levam ao uso não-justificado da força do Estado proibindo os ricos de comprarem melhor assistência à saúde ou desacelerando o desenvolvimento tecnológico para garantir que ele estivesse disponível apenas quando puder ser proporcionado a todos, mesmo que isto leve à morte e ao sofrimento (Engelhardt, 1998: 464).

Em função desta preocupação de Engelhardt, Jr para que ao menos os ricos possam usufruir dos avanços tecnológicos nos coloca uma dúvida: será que Engelhardt, Jr considera o fato que tanto a pesquisa que permite desenvolver novas tecnologias quanto a formação de grande parte dos recursos humanos envolvidos nos serviços sanitários é financiada principalmente pelo Estado? Isto não obrigaria moralmente a estender os benefícios a todos os contribuintes?

Mais perto de Callahan que de Engelhardt o CNECV sugere que é preciso trabalhar sobre a educação das pessoas para preveni-las de “*mecanismos de lucro desenfreado*” que se aproveitam das “*ilusões de cura fácil tão conhecidas em todas as culturas*” (CNECV, 1995: 68). Também Maria do Céu Patrão Neves considera que, freqüentemente, a expressão “direito à saúde” é distorcida e interpretada como um direito (individual) que permitiria a cada um exigir para si a mobilização incondicional de recursos – técnicos, humanos e financeiros – necessários para a restauração da sua saúde: “*esta errônea concepção do direito à saúde é reforçada, no atual contexto problemático, ao ser associada aos avassaladores progressos da biomedicina – os quais, muitas vezes, por seu surpreendente ineditismo, constituem verdadeiros milagres contemporâneos. Alimentam, assim, a criação de uma realidade utópica em que todas as necessidades de saúde viriam a ser satisfeitas, resultando no prolongamento indefinido da vida*” (Patrão Neves, 1999: 157).

O progresso técnico-científico parece oferecer possibilidades ilimitadas; simultaneamente, também o acesso de todos a tudo parecer estar franqueado, especialmente nos regimes de segurança social desenvolvidos segundo a dupla tendência: da “universalização” pela qual procuram abranger toda a população e da “gratuidade” do acesso aos serviços.

Para Schramm (2000: 41): “*Os sistemas de saúde com vocação universalista não podem incorporar despesas indefinidamente, sob o risco de irem à falência; e ao mesmo tempo, não podem ignorar a sua vocação universalista fundamentada na integridade da atenção médico-hospitalar principalmente, para não perder sua identidade e legitimidade*”.

Em outras palavras, na cultura dos limites – caracterizada pela escassez de recursos e a crescente demanda que obriga a racionalizar os encargos sanitários - o respeito do princípio da justiça distributiva implica em ter que se optar entre políticas de Universalização (que deve fornecer todos os serviços disponíveis a todos os que precisam deles) e políticas de Focalização (que deve decidir o que fornecer e para quem). Segundo Schramm, ambas soluções têm seus méritos e defeitos: *“a solução Universalista tem o mérito de respeitar o princípio de justiça entendido como igualdade de oportunidades, mas tem o defeito de desconhecer as diferenças de condição entre indivíduos e classes sociais, além de não poder oferecer todos os serviços para todos (...) A solução Focalizadora tem o mérito de considerar as críticas movidas à primeira solução e de aplicar o princípio de justiça entendido como equidade (tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais), mas tem o defeito de introduzir um fator de “discriminação”, que contradiz o direito universal à assistência”* (Schramm, 2000: 42).

Para Schramm, neste debate, destaca-se a questão ética de como distribuir de maneira justa os recursos disponíveis, pois a vigência da “cultura dos limites” traz a consequência inevitável de algumas demandas serem atendidas e outras não. Por isso, a questão de saber quem vai se beneficiar das novas tecnologias torna-se fundamental e põe, com nova acuidade, os problemas das prioridades a serem estabelecidas e das escolhas a serem feitas (Schramm, 2000: 41).

Patrão Neves (1999:158) comenta que o relatório da Comissão para Escolhas nos Cuidados da Saúde, do governo holandês (1992), exorta a uma alteração de terminologia na abordagem do problema da alocação de recursos, substituindo “estabelecer limites” (*setting limits*) por “fazer escolhas” (*making choices*). A ação preconizada liberta-se de uma conotação negativa e assume uma outra, positiva. Porém, para a autora: *“a existência de limites é constitutiva da finitude de nossa própria natureza humana, pelo que não podem ser eliminados. Face ao caráter indelével dos limites, a única atitude afirmativa é a de proceder a escolhas, as quais se tornam, aliás, imperiosas”* (Patrão Neves, 1999: 158). Para esta autora e para o CNECV português, o dever de fazer escolhas e de estabelecer prioridades na alocação de recursos sanitários chama à “participação” (entendida como obrigação que todos temos de concorrer para promover o bem-estar comum) e à “responsabilidade moral”. Desde esta perspectiva, tanto a participação com a responsabilidade moral se relacionam com os objetivos da justiça social e com o “princípio

da dignidade humana” na exigência de igual respeito por todos os homens (CNECV, 1995: 75-85; Padrão Neves, 1999: 158).

- **Os alcances da responsabilidade moral.**

Em termos gerais, no âmbito da prestação de cuidados sanitários, a responsabilidade moral é entendida quase exclusivamente como uma responsabilidade pessoal, isto é, o dever que cada um têm de cuidar da própria saúde. Por sua vez, a responsabilidade pessoal pode assumir um sentido duplo: prospectivo e retrospectivo. No sentido prospectivo, a atribuição da responsabilidade pela saúde é individual e pode e deve influenciar o estilo de vida da pessoa, na justa medida em que condiciona o seu estado de saúde; no sentido retrospectivo, o indivíduo pode vir a ser culpado por seus problemas de saúde; mas esta é uma visão restrita e reducionista da responsabilidade moral (Padrão Neves, 1999: 156).

Uma conceituação mais ampla sobre a noção de responsabilidade foi elaborada por Hans Jonas. Para este autor, a responsabilidade não se restringe apenas à esfera individual, mas ganha uma dimensão coletiva, estendendo-se à comunidade e ao próprio Estado; tampouco se esgota na ratificação da autoria da causa, mas uma solicitude, reconhecida como dever, de um outro ser que não é o próprio, que quando a vulnerabilidade desse ser é ameaçada se transforma em preocupação (Jonas, 1995: 301).

Segundo Padrão Neves é conveniente estabelecer três diferentes níveis de relações a que a responsabilidade moral assiste:

- (a) nas relações do indivíduo, que deve responder por sua saúde no que esta depende dele (neste ponto a responsabilidade moral obriga à revisão dos estilos de vida adotando hábitos e comportamentos que promovam à própria saúde);
- (b) nas relações entre os indivíduos em sua existência comunitária, que devem reconhecer que a saúde não resulta exclusivamente de um processo individual, mas de um projeto social que exige o concurso de todos, obriga à educação sanitária e a conscientização da finitude do homem e dos limites inerentes a toda atividade humana; e
- (c) nas relações do Estado com o indivíduo ou com a comunidade (que não corresponde meramente à inversa da anterior numa relação recíproca), que obriga a implementar uma prática sanitária equitativa, realizar escolhas ponderadas e

promover debates alargados em caso de conflito de valores ou interesses (Padrão Neves, 1999: 156-158).

Para Callahan, a saúde pública tem um papel fundamental na construção da responsabilidade moral, especialmente no que diz respeito à educação sanitária tendente a evitar comportamentos de risco à saúde. Porém, o autor se pergunta se a insistência sobre a mudança individual de comportamentos e a responsabilização pela própria saúde não significa, de alguma maneira, culpabilizar a vítima. Segundo Callahan, esta pergunta envolve duas outras questões: (1) até que ponto o ser humano é dono da sua livre vontade (*free will*)? Segundo o autor a dilemática questão se a vontade humana é livre ou determinada é tão antiga quanto a própria filosofia. Porém, segundo ele não há uma boa razão para assumir que pessoas morais não sejam capazes de tomar conta da sua própria saúde; e (2) até que ponto a responsabilização de indivíduos é capaz de produzir melhoras na saúde da população como um todo? Segundo o autor, deve ser considerado que muitas vezes as condições sociais e econômicas, alheias à vontade dos indivíduos, podem afetar profundamente a saúde pública. Porém, para Callahan, um ambiente de pobreza só aumenta a probabilidade de maus hábitos sanitários, o que não significa que todo aquele que nasceu e cresceu na pobreza deva ser condenado a uma vida de doença assim como não vai, obrigatoriamente, se transformar em um criminoso. Todavia, o autor confirma que um grande número de problemas sanitários poderia ser evitado com a mudança voluntária de comportamentos individuais de risco, e que isto deve ser preocupação da saúde pública. Finalmente, conclui que não há argumentos que justifiquem que pedir às pessoas que tomem cuidado da sua saúde e adquiram hábitos saudáveis signifique “culpabilizar a vítima” (Callahan, 1998: 188-191).

Por sua parte, a Comissão sobre Governança Global da ONU relaciona a “responsabilidade” com a “sustentabilidade”, expressando no seu relatório final: “*a longo prazo, os direitos só serão preservados se forem exercidos com responsabilidade e com o devido respeito aos direitos recíprocos dos demais*” (CGG – ONU, 1996: 41).

CAPÍTULO 7: A BIOÉTICA DA PROTEÇÃO.

“O desconforto, o inconformismo ou a indignação face ao que existe é o que inspira o impulso para teorizar sua superação”.

Boaventura de Sousa Santos - 1997: 37.

“A mudança mais importante que as pessoas podem fazer é mudar sua maneira de ver o mundo. Podemos mudar de curso, de emprego, de bairro, até mesmo de país e de continente e ainda assim permaneceremos praticamente como sempre fomos. Mas, basta mudar nosso ângulo fundamental de visão e tudo se transforma: nossas prioridades, nossos valores, nossas convicções e nossas metas”.

Relatório da Comissão sobre a Governança Global - 1996: 35.

- **Schramm & Kottow: princípios bioéticos em saúde pública.**

“O específico da reflexão em saúde pública é que tanto agentes como destinatários não são indivíduos, mas instituições e coletivos”.

Schramm & Kottow, 2001: 954.

Segundo Schramm, a questão da alocação de escassos recursos sanitários atendendo as demandas da justiça pertence ao âmbito da bioética “pública” que, por sua parte, deve ser “laica”. Para este autor, a fase pública da bioética começa no início dos anos 90 e pode ser chamada de “fase dos conflitos” visto que vê em campo uma série de valores e princípios inconciliáveis, que adquirem paulatinamente relevância pública. Esta fase seria consecutiva a uma primeira fase “privada” da bioética, também conhecida como “bioética clínica”. Esta fase privada é aquela que diz respeito aos conflitos da relação entre médico e paciente e se caracteriza pela utilização do “princípioalismo” (aplicação de quatro princípios: “não-maleficência”, “beneficência”, “autonomia” e “justiça”) como instrumento teórico para resolver conflitos (Schramm, 1997(b): 227).

Este autor, junto com o médico e bioeticista chileno, Miguel Kottow, critica a possibilidade de estender o princípioalismo ao âmbito dos conflitos da bioética pública por considerá-lo uma ferramenta imprópria para abordar os dilemas da saúde coletiva

(Schramm & Kottow, 2001: 950). Frente as limitações do modelo principialista, Kottow e Schramm, analisaram a pertinência dos princípios de “solidariedade” e de “responsabilidade” para abordar os conflitos públicos da bioética.

- **A insuficiência do “princípio de solidariedade”.**

A “solidariedade” parte do pressuposto de que a atomização de um coletivo vulnerabiliza cada um dos seus membros, pelo qual é conveniente entender o coletivo como um “sólido” que reúne os esforços de todos para paliar infortúnios, se defender das agressões, constituir um sistema de proteção e colaborar para a obtenção de bens comuns (Schramm & Kottow, 2001: 951).

Daniel Callahan, como vimos, considera imprescindível a aplicação do “princípio de solidariedade” para alcançar uma medicina sustentável e equitativa.

Para Padrão Neves, a exigência da promoção da justiça social, como domínio próprio da efetivação do “direito à saúde” obriga a consideração de dois princípios éticos – da “equidade” e o da “solidariedade”. Segundo a autora: *“a igualdade de direito entre todos os homens só pode ser restabelecida de fato se também todos os homens redistribuem os bens entre si”* (Padrão Neves, 1999: 159-161).

Para o CNECV português, a solidariedade constitui um princípio ético fundamental para a vida em sociedade e adquire especial ressonância na questão do financiamento de serviços sanitários: *“a vulnerabilidade de todo ser humano perante a doença, colocando-o na situação de pessoa-em-necessidade, reclama a solidariedade como princípio operativo da vida em sociedade, e não só como um princípio filosófico. Por isso, o corpo social tem, como um todo, uma responsabilidade direta na manutenção da saúde de todos os indivíduos”* (CNECV, 1995: 85-86).

Porém, para Schramm & Kottow, frente ao reconhecimento da finitude e escassez dos recursos sanitários, o princípio de solidariedade é insuficiente para formular políticas de alocação visto que obriga a ser solidário com o outro em situações de profunda diversidade de necessidades, sendo, portanto, um princípio *supererrogatório* (i.e.: que se atribui a capacidade de distribuir) de moralidade, certamente louvável, mas de difícil aplicação prática (Schramm & Kottow, 2001: 951).

- **A responsabilidade ôntica e a responsabilidade diacónica.**

O termo “responsabilidade”, tal como explicam Schramm & Kottow, procede do verbo “responder” e significa, em ética, assumir as conseqüências da ação realizada frente ao afetado. Segundo os autores, a ética aplicada atribui responsabilidades aos indivíduos a partir do pressuposto de que cada ato humano corresponde a livres escolhas de agentes morais, mas também pode obrigar a cuidar de outro ser humano quando está ameaçado em sua vulnerabilidade: *“igual que a liberdade, a responsabilidade está na raiz da ética como elemento constitutivo, sendo exigível mesmo sem estar explicitamente formulada como um princípio adicional”* (Schramm & Kottow, 2001: 951-2).

Schramm e Kottow (2001: 953) consideram que, de todos os tipos de responsabilidades reconhecidos na literatura, dois parecem ser os de maior importância para a saúde pública: a responsabilidade ôntica e a responsabilidade diacónica.

(1) A responsabilidade ôntica de Hans Jonas.

Trata-se de uma responsabilidade para com a “totalidade do ser” que deve ser preservado dos processos de aniquilamento. Isto significa atuar de tal maneira que os atos não sejam destrutivos para as possibilidades futuras de vida digna na terra.

Schramm e Kottow analisaram a formulação de Jonas e perceberam que esta apresenta três considerações que a tornam impraticável aos fins da bioética pública: em primeiro lugar, deve observar-se que não é possível identificar o agente moral que deve atuar responsabilizando-se pela natureza e pelas futuras gerações; em segundo lugar, Jonas enfoca a responsabilidade em situações de incerteza (como são muitas das situações de desenvolvimento das biotecnologias, o meio ambiente e as gerações futuras) que obrigariam a adotar condutas de precaução (como restrição dos investimentos para o desenvolvimento tecnológico) que, se adotadas, poderiam ter efeitos sociais tais como desemprego e menores recursos para distribuir; em terceiro e último lugar, não é fácil estabelecer a relação causal entre atos individuais e conseqüências coletivas a fim de adjudicar as responsabilidades correspondentes. Conseqüentemente, segundo os autores, se não se dispõe de dados confiáveis para avaliar as ações, a responsabilidade não pode atuar como um princípio moral legítimo (Schramm & Kottow, 2001: 252).

(2) A responsabilidade diacónica de Emmanuel Lévinas.

Trata-se de uma “responsabilidade para com o outro”. Um exemplo disto seria o caso do desamparado que instiga a assumir a responsabilidade de socorrê-lo. Na análise dos autores, esta responsabilidade pelo “outro” somente é possível em uma relação assimétrica

e de não reciprocidade em que o “eu” se define eticamente em função do “outro”. Trata-se em definitiva, de uma ética individual que não poderia aplicar-se ao âmbito público (Schramm & Kottow, 2001: 253).

Finalmente, os autores concluem que, em ambos os casos, a responsabilidade deixa de ser uma obrigação de responder frente alguém pela ação realizada, para transformar-se em um ato ético *supererrogatório* forte demais para ser requerido por uma ética convencional. Por isso, os autores propõem substituir o “princípio de responsabilidade” (que não pode ser aplicado de forma operativa a ações coletivas nem a políticas sanitárias desde que nem os agentes nem os afetados podem ser identificados) pelo “princípio de proteção” (ibidem, idem).

- **O princípio de proteção e o papel protetor do Estado.**

“(...) A cultura dos limites pode ter efeitos negativos sobre a própria qualidade de vida das pessoas e, portanto, de sua saúde; em particular, das pessoas mais vulneráveis, como idosos, pobres e, de forma geral, todas aquelas que precisam da intervenção do Estado para ter uma vida minimamente digna, ou considerada como tal”.

Fermin Roland Schramm – 1997(b): 236

Segundo Schramm & Kottow, é importante resgatar as características comuns da responsabilidade ôntica e da responsabilidade diacônica, a saber: (a) elas não são fruto de uma solicitude explícita, mas da vulnerabilidade do sujeito que insinua uma necessidade de amparo que é oferecido pelo agente moral; (b) ambas são assumidas livremente, pelo qual não podem ser consideradas como deveres nas sociedades seculares e laicas; finalmente, (c) nada específico está sendo solicitado e nenhuma ação particular é requerida; portanto, resulta difícil exigir o cumprimento de qualquer responsabilidade concreta (Schramm & Kottow, 2001: 953).

Para estes autores, a “ética da proteção” é mais adequada aos propósitos da saúde pública visto que permite guiar as ações destinadas a cobrir necessidades sanitárias efetivamente sentidas pela população de uma maneira mais comprometida e viável. Isto porque possibilita a identificação dos objetivos e dos atores envolvidos na implementação de políticas públicas moralmente corretas e pragmaticamente efetivas. *“entendemos por proteção a atitude de dar resguardo ou cobertura a necessidades essenciais, isto é, aquelas*

necessidades que devem ser satisfeitas para que o afetado possa atender outras necessidades ou outros interesses” (Schramm & Kottow, 2001: 953).

A preocupação bioética pela proteção pode inferir-se da definição de bioética que o próprio Kottow propõe: *“o conjunto de conceitos, argumentações e normas que valoram e legitimam eticamente os atos humanos cujos efeitos influem profundamente e de maneira irreversível, de um modo real ou potencial, sobre os processos vitais”* (Kottow, 1995: 53).

Esta conceição se inscreve na própria tradição das éticas aplicadas, que consideram que a bioética tem duas tarefas: descrever (e compreender) os conflitos de um lado, e prescrever os comportamentos que podem eventualmente resolver os conflitos, de outro. Porém, visto que descrição e prescrição têm como objetivo comum defender os interesses legítimos dos afetados por um conflito, a bioética tem também uma função “protetora” (Schramm, 2002: 2). Precisamente, um dos significados da palavra “ética” é “guarita, refugio, proteção” (Schramm & Kottow, 2001: 953).

Neste sentido, a “ética da proteção” é uma versão atualizada e pragmaticamente viável da ética da responsabilidade, pois recupera o sentido de “responder” voluntariamente às necessidades dos outros (sem que exista *a priori* um compromisso de assumir atitudes protetoras), mas, também vincula, no sentido de que, uma vez assumido livremente este “responder”, se transforma no compromisso irrenunciável de dar cobertura das necessidades entendidas desde o afetado (diferentemente do paternalismo em que o agente protetor determina qual a necessidade do afetado) (Schramm & Kottow, 2001: 953-954).

Como já foi discutido nesta dissertação, o Estado (mesmo o Estado mínimo do pensamento liberal) tem a obrigação contratual de proteger a vida e a integridade física dos cidadãos. Para estes autores, o Estado deve, portanto, assumir obrigações sanitárias que implicam uma “ética da responsabilidade social” entendida como “princípio de proteção”, o que significa que as instituições públicas são responsáveis pela implementação de políticas sanitárias legítimas e eficazes (Schramm & Kottow, 2001: 954).

Dito isto, a introdução do princípio da proteção para avaliar moralmente as políticas públicas em saúde deverá ser feita sob as seguintes condições concretas:

- considerar a proteção toda vez que determinados objetivos sanitários são publicamente aceitos como moralmente obrigatórios por serem indispensáveis;
- aceitar de programas saúde pública que implicam a certeza – ou uma grande probabilidade de certeza – de que as medidas propostas sejam realmente necessárias e suficientemente razoáveis para prevenir os problemas sanitários abordados;

- uma vez aceito como pertinente, o princípio de proteção deve cumprir seu papel cabalmente, não podendo ser subestimado por razões secundárias (Schramm & Kottow, 2001: 954).

Em resumo, para Schramm & Kottow, as políticas de proteção de saúde pública aparecem como propostas frente a necessidades sanitárias coletivas. Uma vez aceitas, passam a ser obrigatórias e permitem que o cumprimento das medidas de resguardo legitime o exercício do poder de disciplina e autoridade para que as medidas protetoras sejam efetivadas. Também justificam submeter, quando preciso, a autonomia individual aos requerimentos do bem-estar coletivo; em princípio, sem admitir exceções. Em outras palavras, segundo este enfoque a justiça sanitária prevalece sobre a autonomia individual. *“a legitimidade das ações sanitárias e a inevitável restrição da autonomia individual constituem características dos atos protetores”* (Schramm & Kottow, 2001: 954).

- **Justiça sanitária nos países em desenvolvimento.**

“Cada um deveria dar à bioética sua própria realidade, se é disfarçar com ela os problemas de um país, por ser a bioética uma disciplina nova e elegante, é necessário parar e não fazer mais bioética; se, ao contrário, é um modo inteligente de discutir os verdadeiros problemas sensíveis de uma sociedade porque não fazê-lo? ”

Christian Byk

<http://www.cuadernos.bioetica.org/doctrina6.htm>.

Nesta última parte da dissertação, tentaremos explicar uma proposta de macro-alocação de recursos sanitários baseada na bioética, elaborada por Miguel Kottow.

Aderimos a esta proposta porque, além de concordar com os princípios éticos em que se sustenta, ela foi elaborada pensando na crise sanitária dos países em desenvolvimento, em que a questão da justiça social é mais vívida.

Wilker & Marchand (1998: 306) consideram que a injustiça sanitária é uma expressão da falta de equidade que gera todas as grandes injustiças sociais. Para estes autores, desde que a qualidade da saúde alcançada por um indivíduo está em correlação com a sua posição social, a política sanitária deve considerar questões que estão além das estritamente médicas (educação, condições sócio-econômicas, gênero, raça, etc.). No mesmo sentido, Kottow desconfia da eficácia dos sistemas de saúde centrados exclusivamente na medicina: *“uma política sanitária que não considere o acesso dos*

pobres e que permaneça cega ao fato de que a justiça sanitária requer da justiça nas outras áreas é apenas um exercício teórico” (Kottow, 1998: 46).

Para Kottow, ao abordar a justiça sanitária, deve ser feita uma distinção entre os conflitos sanitários típicos das sociedades desenvolvidas e os conflitos que aparecem nos contextos de escassez das sociedades não-desenvolvidas. Segundo este autor, não todo o chamado “terceiro mundo” é necessariamente pobre, mas a riqueza não está bem redistribuída. Como consequência desta má redistribuição existem três setores sociais claramente diferenciados: os ricos, a esforçada-mas-vulnerável classe média e um numeroso número de excluídos (assustadoramente pobres) (Kottow, 1999: 45).

Kottow propõe que o Estado estenda suas funções tradicionais (segurança e proteção da cidadania contra agressões externas ou internas) para atender a necessidade de cuidados sanitário, que por sua vez têm prioridade visto que a saúde é indispensável para poder dar cobertura às outras necessidades: *“quando o esforço individual é insuficiente, a demanda pela intervenção do Estado torna-se universal. Nos países com grande população de pobres e excluídos, o Estado deve estender a proteção para garantir atendimento sanitário, educação, moradia e oportunidade de emprego digno” (Kottow, 1999: 46).*

Kottow propõe uma “focalização” da atenção sanitária que substitua as políticas universalistas, que tentam dar total cobertura para todos, mas que na prática apresentam uma duvidosa acessibilidade. Para este autor, não há argumentações morais convincentes que justifiquem o Estado oferecer um serviço básico em saúde e negar o acesso a procedimentos ou tratamentos mais caros: *“no lugar de colocar limites nos gastos sanitários, é mais importante definir que população vai requerer uma cobertura total do Estado e quem vai precisar de subsídios para custear procedimentos muito caros, porém necessários” (Kottow, 1999: 46).*

Segundo o autor, um serviço sanitário financiado pelo Estado só é eticamente aceitável se é realmente acessível e der total cobertura às necessidades dos menos privilegiados. Assim sendo, desde a concepção da justiça sanitária de Kottow, o “direito à saúde” que o Estado deve garantir perde sua universalidade tradicional: *“o direito à saúde é reconhecido àquele que precisa de atenção sanitária e que não pode pagá-la” (Kottow, 1999: 46).*

Respeito a que qualidade e quantidade de serviços o cidadão tem direito a exigir do Estado, Kottow argumenta que os cidadãos podem exigir somente serviços sanitários já existentes e com eficácia comprovada. Por exemplo, podem ser exigidos antibióticos, mas

não um transplante multi-órgãos, pois este procedimento ainda não apresenta resultados satisfatórios. Kottow afirma que o critério para a alocação dos recursos sanitários deve ser a eficácia do tratamento e não seu custo. (Kottow, 1999: 46-47).

Norman Daniels acrescenta outros limites às exigências de assistência sanitária; para este autor não haveria obrigação moral de custear um procedimento ou tratamento que não tivesse um grande impacto na recuperação das oportunidades do afetado. Com uma visão consequencialista, Daniels afirma que: *“o efeito sobre as oportunidades deve guiar o critério com que são alocados os recursos sanitários”* (Daniels, 1998: 322). Devemos explicar que para, Daniels, o “direito à saúde” procede porque a doença e a incapacidade física reduzem as “oportunidades” de duas maneiras: uma, porque os problemas de saúde dificultam o normal “funcionamento” do indivíduo (afetam suas “capacidades”) e outra, porque o prejudicam na concorrência pelos bens sociais frente a outros indivíduos “saudáveis” (Daniels, 1998: 319).

Até aqui, a proposta de Kottow para conceber a justiça sanitária em sociedades com sérios problemas de escassez de recursos pode ser resumida em três pontos:

1. a reconhecida função protetora do Estado deve ser estendida para incluir os serviços sanitários que a população não pode pagar com seu próprio esforço;
2. os cuidados sanitários devem ter prioridade dentre os serviços providos pelo Estado desde que a saúde é um pré-requisito para alcançar outros bens e serviços;
3. O direito à saúde não pode ser limitado pelo tipo de doença nem pelo custo do tratamento, sendo o único limite a considerar a eficácia do procedimento.

Porém, durante a I jornada da Sociedade de Bioética do Estado de Rio de Janeiro em junho de 2002 – cujo assunto era precisamente, “A Bioética, a Proteção e o Estado” – Kottow apresentou uma nova perspectiva da sua proposta de focalização em função das “vulnerabilidades”.

O autor definiu “vulnerabilidade” como uma fragilidade, um risco de lesão por uma ameaça específica, conhecida e provável, frente à qual a vítima é indefesa. Também explicou que a vulnerabilidade é uma “condição humana” produto dos sistemas culturais: tanto a vulnerabilidade quanto a necessidade de compensação são conceitos construídos socialmente. Neste sentido, devem ser diferenciadas as “vulnerabilidades sociais” (p.ex.: física, patrimonial, etc.) que devem ser protegidas pelo Estado, das “vulnerabilidades existenciais” (p.ex.: projeto de vida frustrado) que carecem de proteção.

Mas o que deve ser claramente diferenciado, segundo Kottow, é a “vulnerabilidade como fragilidade” da “necessidade como deficiência”.

Em termos de saúde, isto significa que é preciso diferenciar o “vulnerável” do “atingido”.

Qualquer indivíduo “saudável” pode ser “vulnerável”, desde que é “frágil” frente a diversas doenças e agravos que o ameaçam. Para o “vulnerável”, devem ser implementadas políticas sanitárias de “proteção preventiva”.

Pelo contrário, o indivíduo que perdeu sua saúde já não é mais vulnerável, passou a ser um “atingido”, um “necessitado” de cuidados para recuperar sua saúde, ao passo que está “privado” de utilizar a pleno suas capacidades de funcionamento. Para o “atingido”, devem ser implementadas políticas sanitárias de “proteção restaurativa”

Feita esta diferenciação, o autor afirmou que, para ser justa uma política sanitária deve ser:

- **Universalista enquanto preventiva.**
 - As medidas sanitárias preventivas devem ser universais (igualitárias) porque a vulnerabilidade, entanto fragilidade intrínseca a condição humana do indivíduo, é comum a todos.
 - As ações preventivas podem ser restritivas da autonomia.
 - A proteção preventiva relaciona-se com a responsabilidade ôntica de Jonas (no sentido de conservação da humanidade)
- **Focalizada enquanto restaurativa.**
 - A política sanitária restaurativa deve ser focalizada (equitativa) para aqueles que não podem custear os procedimentos que necessitam para recuperar sua saúde, e com ela, sua capacidade de funcionamento.
 - As ações restaurativas permitem que o necessitado recupere sua autonomia.
 - A proteção restaurativa relaciona-se com a responsabilidade diacónica de Lévinas (no sentido de auxílio ao próximo com necessidades).

Em resumo, para Kottow, uma sociedade justa é aquela que garante proteção preventiva a todos seus cidadãos – enquanto vulneráveis – e proteção restaurativa aos necessitados – enquanto prejudicados em sua autonomia.

Tal como colocamos no capítulo 3, Affichard afirma que uma teoria da justiça social deve passar pelo “teste da exclusão”, que define se uma teoria é exclusiva ou inclusiva.

Para Giddens (2001: 120), uma sociedade inclusiva deve prover as necessidades básicas dos menos privilegiados, e deve reconhecer a diversidade mais ampla de metas que a vida tem a oferecer.

Esta proposta de atenção sanitária financiada pelo Estado é diametralmente oposta à “saúde para pobres” da revolução industrial inglesa do século XIX, descrita por Foucault no capítulo 4 que tinha por objetivo o controle dos pobres para torná-los mais aptos para o trabalho e menos perigosos à saúde das classes mais ricas.

Trata-se, também, de uma proposta feita desde a bioética laica. Aqui o auxílio ao necessitado não se relaciona com aquele requerido ao “bom samaritano” do cristianismo, mas com a obrigação moral de procurar pela justiça, neste caso, pela justiça sanitária garantida pelo Estado protetor.

Dado que nem todas as pessoas nascem com a mesma capacidade de opção, riqueza e atitude, a aplicação de uma política preferencial pelos pobres deve ser entendida como uma tentativa de corrigir as desigualdades naturais e sociais que existem por causas alheias à vontade dos afetados e que os privam de uma participação plena na vida e nos benefícios da sociedade.

CONCLUSÕES

*“(...) Si el tiempo es una cueva de ladrones.
Los aires ya no son tan ‘Buenos Aires’.
La vida es nada más que un blanco móvil.
Usted preguntará: ¿ porqué cantamos?*

*Cantamos porque llueve sobre el surco.
Y somos militantes de la vida.
Y porque no queremos, ni debemos,
dejar que la canción se haga cenizas”.*

Porqué cantamos.

Mario Benedetti.

Poeta e escritor uruguaio.

Porque lutamos?

Lutamos porque acreditamos que viver uma “boa-vida” vale a pena.

Lutamos porque acreditamos que uma boa-vida só pode ter sentido na vigência da justiça.

Lutamos pela justiça sanitária porque temos certeza que é preciso proteger e promover a saúde desde que a boa-vida tem prioridade lexical enquanto condição de realização de todos os outros valores, sendo a própria saúde condição de realização da humanidade do homem.

Embora “boa-vida”, “saúde” e “justiça” sejam conceitos tão abstratos quanto ambíguos, o bom senso – que ironicamente Descartes diz ser a coisa melhor distribuída do mundo – os coloca como valores desejáveis, como objetivos pelos quais valeria a pena lutar.

Mas sabemos que existem a injustiça social, as desigualdades e a exclusão; e que as medidas que poderiam revertê-las encontram muitas e variadas dificuldades. A dificuldade que aqui nos ocupou particularmente é a escassez de recursos. Somos obrigados a reconhecer que os recursos, tanto humanos como técnicos e financeiros, são inexoravelmente limitados, pelo que importa geri-los eticamente.

Acreditamos que introduzir exigências morais na gestão de recursos sanitários não implica negligenciar os custos, mas tão somente subordinar os interesses econômicos, políticos e corporativos à relevância moral da pessoa humana.

Lutamos para que a gestão dos recursos para a saúde seja moralmente legítima e temos certeza que isto se alcança através de uma política pública de alocação equitativa.

Entendemos que a “equidade” é, hoje, uma noção fundamental no âmbito problemático da alocação de recursos em saúde. Afirmamos que a equidade deve ser considerada como um princípio moral, isto é, como uma idéia reguladora da ação humana e dos procedimentos das instituições sociais e políticas.

No domínio específico ao qual nos dedicamos, o “princípio da equidade” deve relacionar-se a uma aplicação casuística da justiça que, ratificando a igual dignidade de todos os homens, estabelece uma “igual acessibilidade aos cuidados de saúde” através de uma redistribuição diferenciada ou “focalizada”, constituindo uma ação antidiscriminatória, reguladora das desigualdades.

A política sanitária focalizada, que estamos propondo, interpreta a justiça como “equidade vertical” (tratamento desigual aos desiguais) e “equidade horizontal” (tratamento igual aos iguais).

Temos certeza que este poderia ser um procedimento de grande impacto para a justiça social, especialmente em países menos desenvolvidos em que o problema do acesso aos cuidados em saúde se coloca com maior acuidade; embora saibamos que uma política focalizadora é contrária ao modelo universalista – fortemente incorporado na cultura ocidental a partir das revoluções democráticas modernas que deram origem à declaração dos Direitos Humanos; e influenciado pelo humanismo cristão europeu – compreendemos a dificuldade que representará a aceitação de uma política que contrarie a tradicional concepção de justiça como “igualdade”.

Concordamos com Boaventura de Sousa Santos quando afirma que a “rigidez” dos direitos e instituições, construídos a partir desta concepção, tem sido uma das causas da atual crise sanitária; sem deixar de considerar, também, as conseqüências da transição epidemiológica, os problemas ambientais, os hábitos não-saudáveis da população, a corrupção política e os interesses mesquinhos de indivíduos e corporações.

Acreditamos que em contextos de injustiça social e distribuição assimétrica da riqueza, tal como acontece nos países não-desenvolvidos, a tradição universalista de distribuir os recursos de maneira igualitária conduz, de fato, à acentuação das desigualdades entre a população com diferentes necessidades desigualmente insatisfeitas.

Este paradoxo conseqüencialista do modelo universalista o destitui, na prática, dos princípios morais que, em teoria, o legitimam.

Considerando as condições próprias da elaboração de uma dissertação de mestrado, acreditamos que de toda a bibliografia consultada, sempre limitada e particular, a proposta

de justiça sanitária baseada no “princípio de proteção”, elaborada por Kottow e Schramm, é a que melhor se ajusta às exigências de equidade em contextos de escassez, especialmente para países não desenvolvidos, nos quais a dívida com a saúde vem a somar-se à lista da dívida pública que o Estado não consegue pagar.

Entendemos que esta proposta é fortemente equitativa ao diferenciar entre “vulneráveis” (iguais) que precisam prevenir os problemas de saúde e os “atingidos” (desiguais) que precisam de cuidados sanitários para recuperar sua saúde.

Por outra parte, concordamos com Kottow & Schramm em que o princípio de proteção representa, *a priori*, um dever do Estado e que a justiça sanitária tem prioridade sobre a autonomia individual, pelo menos do ponto de vista da bioética pública laica.

Respeito aos “limites” que devem ser considerados na incorporação de novas biotecnologias sanitárias, acreditamos que deve ser exaustivamente analisada a eficácia dessas antes de oferecê-las à população. Portanto, a obrigação do Estado tem como únicos limites: a real eficácia do procedimento solicitado e a efetiva disponibilidade de recursos.

Pensamos que não existe um “imperativo categórico” que permita, no sentido kantiano, estabelecer uma fórmula para escolher quem deve viver ou quem merece morrer em função do tipo de doença, custo do tratamento, característica pessoal (idade, raça, religião, gênero, sexualidade, etc). A dignidade da pessoa humana é igual para todos. Acreditamos que é preciso reestabelecer um pacto político que compatibilize os interesses particulares com os interesses públicos e que permita a inclusão das extensas camadas de excluídos sociais em um projeto de desenvolvimento “saudável” e “sustentável”.

Temos certeza que todo investimento em saúde está eticamente legitimado sempre que permita que todo indivíduo afetado em sua saúde possa ter os cuidados necessários para voltar a ter sua autonomia, sua capacidade de funcionamento e possa, por si mesmo, alcançar os bens e os valores que deseja possuir para que sua vida seja digna de ser vivida.

Para que uma política pública seja moralmente legítima, deve ser percebida como justa e democrática. Portanto, pensamos que a crise sanitária, educativa e de segurança (dentre outras) obriga a manter um constante debate a respeito da alocação dos recursos públicos e a sustentabilidade do seu financiamento. No caso específico da alocação de recursos para a saúde, o debate deve dar-se no âmbito da bioética pública e laica.

Não pensamos que os conflitos possam ser evitados, mas sim que os acordos são possíveis.

Finalmente, acreditamos que numa sociedade que tem como uma de suas características fundamentais o pluralismo de valores morais, cabe à própria sociedade, através dos mecanismos democráticos de participação, a construção de uma política sanitária em que não existam excluídos nem pessoas negligenciadas.

É por isso que compartimos a utopia do cantor catalão Joan Manuel Serrat quando diz: *“seria fantástico que todos fuésemos ‘hijos de Dios’, que no perdiesen siempre los mismos, y que heredasen los desheredados”*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA:

AFFICHARD, J., 1997, Acerca del Debate sobre las Desigualdades en el Pluralismo Controlado, In: Affichard, J. & Foucauld, J. (dir.) *Pluralismo y equidad. La justicia social en las democracias*, Nueva Visión, Buenos Aires. p 11- 27.

ARISTÓTELES, 2001, *Ética a Nicómaco*, Editora Martín Claret, São Paulo.

ARNESON, R, 1995, Against 'complex' equality. In: *Pluralism, Justice, and Equality*, Miller, D. & Walzer, M.(org), Oxford UP, New York. p.226-252.

BEAUCHAMP, D. 1976 , Public health and social justice. *Inquiry*, 13: 3-14.

BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, J.F., 1979, *Principles of Medical Ethics*. Oxford University Press, New York.

BEAUCHAMP, T.L. & FADEN, R.R., 1979, The right to health and the right to the health care, *J Med. Philos.* 4 (2). p 121-136.

BÉRESNIAK, A.& DURU, G.,1999, *Economia da saúde.*, CLIMEPSI Ed., Lisboa.

BORDIEU, P., 1994, El campo científico, *Revista redes*, Universidad Nacional de Quilmes, vol 1, nro2, diciembre 1994, 131 – 160.

BRODY, B., 1981, Health care for the haves and the haves not: Toward a just basis of ditribution.

In: *Justice and Healthn care*, Shelp, E.E. , Dordrecht – Reidel, p 151-159

CAMPBELL, C., 1990, El significado de la religión para la bioética. In: *Bioética: temas y perspectivas*. OPS. Washington, D.C., p 31-38 .

CALLAHAN, D., 1998. *False Hopes: Why America's quest for a perfect health is a recipe for failure*. Simon & Schuster. New York..

CALLAHAN, D., 1990, Tendencias actuales de la ética biomédica en los Estados Unidos de América, In: *Bioética: temas y perspectivas*. OPS. Washington, D.C. p. 166-170

CALLAHAN, D., 1987, *Setting limits. Medical goals in an aging society*. Washington, DC.,Georgetown UP.

CARENS, J., 1995, Complex Justice, Cultural Difference, and Political Community, In: *Pluralism, Justice, and Equality*, Miller, D. & Walzer, M.(org), Oxford UP, New York. p. 45-66.

CEREIJIDO, M., 1997, *Por qué no tenemos una ciencia*. Editora siglo XXI, México.

CHANGEUX, J. P., 1999, O debate ético em uma sociedade pluralista, In: Changeux, J P. (org.) *Uma ética para quantos?*, EDUSC, Bauru.p. 11-34.

CGG – COMISSÃO SOBRE GOVERNANÇA GLOBAL, 1996, *Nossa Comunidade Global (relatório)*, FGV Editora, Rio de Janeiro.

CHRISTIAN BIK, Realidad y sentido de la bioética en el plano mundial, Disponible en *Cuadernos de Bioética* [versión digital], sección Doctrina ISSN 0328-8390.
<http://www.cuadernos.bioetica.org/doctrina6.htm>.

CNECV - CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA, 1995, Parecer 14. *Questões Éticas na Distribuição e Utilização dos recursos para a saúde*, Lisboa, Portugal. P.51-93

DANIELS, N., 1981, Health care needs and distributive justice. *Philos. Public Aff* - 10 (2) 146-179.

DANIELS, N., 1985, *Just health care*. Cambridge University Press, Cambridge.

DANIELS, N., 1998, Is there a right to health care and, if so, what does it encompass?, In: *A Companion to Bioethics*. Kuhse, H. & Singer, P., Oxford, New York, p. 317 – 325.

DONALSON, C, 1993, *Economics of Health Care Financing: The visible hand*. Mac Millan Press, New York

DRANE, J., 1990. Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud. In: *Bioética: temas y perspectivas*. OPS. Washington, D.C. p. 202-214

ENGELHARDT, H. T. Jr. 1986. *The Foundations of Bioethics*, (first edition) Oxford University Press, New York

ENGELHARDT, H. T. Jr. 1998. *Fundamentos da Bioética*. (tradução da segunda edição de 1996) Loyola, São Paulo.

ELSTER, J, 1997 Justicia Local y Reparto de los Bienes de la Medicina. In: Affichard, J. & Foucauld, J. (dir.) *Pluralismo y equidad. La justicia social en las democracias*, Nueva Visión, Buenos Aires. p. 129-145.

FORTES, P, 1997, A ética do controle social na saúde e os conselhos de saúde. In: *Bioética*. 1997;5:71-76.

FORTES, P, 2001, Dilemas éticos na alocação de recursos em saúde. In: *Ética, Ciência & Saúde*, Palácios, M., Martins, A., Pegoraro, O., Editora Vozes, Petrópolis.

FOUCAULT, M., 2002, *Microfísica do Poder*. Graal editora, Rio de Janeiro.

FRIED, C., 1976, Equity and right in medical care. *Hasting Center Report* 6 : 29 – 34.

GIDDENS, A., 1991. *As conseqüências da modernidade*, , Editora UNESP, São Paulo.

GIDDENS, A., 1998. *A terceira via: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia*. Record Ed. Rio de Janeiro.

GRACIA, D., 1990 (a) , La bioética médica. In: *Bioética: temas y perspectivas*. OPS. Washington, D.C., p 3-7 .

GRACIA, D., 1990(b), Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. In: *Bioética: temas y perspectivas*. OPS. Washington, D.C., p. 187 – 201

HARRIS, J., 1998, Micro-allocation: deciding between patients, In: *A Companion to Bioethics*. Kuhse, H. & Singer, P., Oxford, New York, p. 293 – 305.

HENK TEN HAVE. 1995. Allocation of scarce resources. *European Bioethics seminar*. The Neatherlands: Nijmegen.

HOLANDA, N., 1991, O mercado da saúde, In: *Equipe da USP de professores – Manual de Economia*, Editora Saraiva, São Paulo.

JONAS, H., 1995, *Le principe responsabilité: essai d'une éthique pour la civilization technologique*. Cerf, Paris.

KOTTOW, M., 1995, *Introducción a la bioética.*, Editorial Universitaria, Santiago.

KOTTOW, M., 1999, Sanitary justice in scarcity. *Cadernos de Saúde Pública*. 15 (Sup.1);, Rio de Janeiro. 43-50.

KOTTOW, M. 2002, “A Bioética e a proteção da vulnerabilidade”. Conferência na I Jornada da Sociedade de Bioética do Estado do Rio de Janeiro, 20 de junho de 2002.

LOCKE, J., 1969, *Dos ensayos sobre el gobierno civil*, Ed. Aguilar, Madrid.

MAINETTI, J, 1990, Bioética: uma nueva filosofía de la salud. In: *Bioética: temas y perspectivas*. OPS. Washington, D.C., p. 215 – 217.

MARGOTTA, R., 1998. *História Ilustrada da Medicina*. Editora Manole Ltda. São Paulo.

MILLER, D. & WALZER, M., 1995. *Pluralism; Justice & Equality*. OxfordUP. New York

NIETZSCHE, F. 1993, *O Anticristo*. Editores Mexicanos Unidos, México.

NOZICK, R., 1974, *Anarchy, State and Utopia*. Basic Books, New York.

OPS, 1990, *Bioética*. Publicação científica N°527 – Washington.

- PATRÃO NEVES; M C., 1999. Alocação de recursos em saúde: considerações éticas. In *Bioética. Vol 7 - N°2. 155-163.*
- PLATÓN, 1992, *La República*, Editores Mexicanos Unidos, México.
- PORTER, R., 2002, *Medicina. A história da cura das antigas tradições para as práticas modernas*, Livros e livros Editora, Lisboa.
- RAWLS, J. 1997. *Uma Teoria da Justiça*. Martin Fontes, São Paulo.
- RAWLS, J., 1993. *Political Liberalism*. Columbia University Press, New York.
- RAWLS, J., 1982, Social Unity and primary Goods, In Sen, A. & Williams, B. (orgs), *Utilitarianism and Beyond*. Cambridge University Press. Cambridge.
- ROUSSEAU, J.J., 1996 *El contrato social*, Editora Alba, Madrid
- SANTOS, Boaventura de Sousa, 1987, O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais: O caso das políticas de saúde. In: *Revista crítica de Ciências Sociais*. N°23 (13-74), Setembro 1987.
- SANTOS, Boaventura de Sousa, 1997, Why is so difficult to construct a critical theory?, In: Ana Nunes de Almeida (ed.) *Terra Nostra Challenges, Controversies and Languages for the Sociology and the Social Sciences in the 21 st Century*. ISA, Pre-congress Volumes.
- SCHRAMM, F.R., 1997 (a), Complejidad y conflictividad en la ética sanitaria de los años 90. Cuadernos de Medicina Social. XXXVIII, 2, 1997/23-27.
- SCHRAMM, F.R., 1997(b), Da Bioética privada à Bioética pública. In: *Saúde e democracia: a luta do CEBES*, Fleury, S.(org), Lemos, São Paulo, p 227 - 240
- SCHRAMM, F.R., 2000, Bioética, economia e saúde: direito à assistência, justiça social, alocação de recursos. In: *Revista brasileira de cancerologia*, 46 (1) 41-47.
- SCHRAMM, F.R. & KOTTOW, M., 2001. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de saúde pública*, 17 (4) 949 – 956, jul/ag. Rio de Janeiro.
- SCHRAMM, F.R., 2002, Bioética de la protección del embrión humano, de la reproducción asistida y de la propiedad y transformación del genoma humano. Una perspectiva laica. *Seminario internacional “Bioética y familia: los límites de la vida humana”* – Santiago de Chile, 14 de noviembre de 2002.
- SEN, A, 2001, *Desigualdade reexaminada*. Editora Record, Rio de Janeiro.
- SHKLAR, J., 1997, Ciudadania y Justicia, in: *Pluralismo y equidad. La justicia social en las democracias*, Joelle Affichard y Jean-Baptiste de Foucauld (dir.) Visión, Buenos Aires. P 77-90.

- SHKLAR, J., 1991, *American Citizenship: the Quest for Inclusion*. Harvard U.P., Cambridge. Mass.
- STIGLITZ, J., 1998, *La economia del sector público*, Antoni Bosch editor, Barcelona
- STORTINI, C, 1990, *Dicionário de Borges*. Editora Bertrand, Rio de Janeiro.
- UGÁ, A, et al. 2000, *Managed Care: A experiência Americana* (no prelo)
- VENTURA, M.,2000. Instrumentos jurídicos de garantia dos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS. In: Cserlrad, A (org.), *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. Editora Fiocruz., Rio de Janeiro.
- VEATCH, R.M., 1981, *A theory of medical ethics*. Basic Books, New York.
- VITA, A., 1999, Justiça distributiva: a crítica de Sen a Rawls. *Dados*. 42 (3).
- WALZER, M., 2001 *Las esferas de la justicia. Una defensa del pluralismo y la igualdad* , Fondo de Cultura Económica, México.
- WALZER, M., 1990, *Critique et sens commun*, Ed. Agalma La Découverte, Paris.
- WEBER, M, 1980, *História Geral da Economia*, Coleção “Os Pensadores”; Editora Nova Cultural, São Paulo
- WIKLER, D. & MARCHAND, S. 1998, Macro-allocation: dividing up the health care budget, In: *A Companion to Bioethics*. Kuhse, H. & Singer, P., Oxford, New York, p. 306 – 315.

2- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

ATLAN, H., 1999, Os níveis da ética, In: Changeux, J P. (org.) *Uma ética para quantos?*, EDUSC, Bauru.

BOBBIO, N., 1982. *O conceito de sociedade civil*. Graal, Rio de Janeiro

BOBBIO, N., 2000, *Igualdade e liberdade*. Ediouro, Rio de Janeiro.

BRICEÑO-LEÓN, R; MINAYO, M.C. DE S. & COIMBRA Jr C. (cord) 2000, *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro.

CARVALHO, A I., 1995. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. IBAM/FASE Ed. Rio de Janeiro.

DELMAS-MARTY, M., 1999. O direito é universalizável?, In: Changeux, J P. (org.) *Uma ética para quantos?*, EDUSC, Bauru. 35-48

ELIAS, N., 1994. *A sociedade dos Indivíduos*. Jorge Zahar Ed. Rio de Janeiro.

ELIAS, N., 2001. *A solidão dos moribundos*. Jorge Zahar Ed. Rio de Janeiro

ELSTER, J., 1994. *Peças e engrenagens das ciências sociais*. Relume-Dumará, Rio de Janeiro.

ELSTER, J, 1995, The Empirical Study of Justice, In: *Pluralism, Justice, and Equality*, Miller, D. & Walzer, M.(org), Oxford UP, New York. p. 81-98

GIDDENS, A., 1994. *Beyond left and right: the future of radical politics*. Stanford University Press. Stanford.

GIDDENS, A., 2000. *A terceira via e seus críticos*. Record Ed. Rio de Janeiro.

KOLM, S. 2000, *Teorias modernas da justiça*. Martin Fontes Ed. Sao Paulo.

LANDRIÈRE, J., *Ética e pensamento científico: abordagem filosófica da problemática da bioética.*, Letras&letras Ed. São Paulo.

LANDRIÈRE, J. 2000, “Do sentido da bioética”, *Acta Bioéthica*. VI (2) 2000, p.199-219, p 201-202.

PAIM, J.& ALMEIDA FILHO, N. 2000. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Casa da Qualidade Ed. Salvador.

RABELAIS DUARTE, C.M. , 2000. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?, In: *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol.5, N°2, 2000.

SAMAJA, J. 2000. *A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida*. Casa da Qualidade Ed. Salvador.

SANTOS, Boaventura de Sousa, 1994. *Pela mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade*. Porto: Edições Afrontamento.

SCHRAMM, F.R., 2000, “Acerca de los métodos de la bioética y la solución de los dilemas morales”, Jornadas de Bioética 2000, 22-23 de agosto de 2000, Asociación de Abogados de Buenos Aires, Facultad de Derecho, UBA, BsAs, Argentina.

SCHRAMM, F.R., 2000, “A questão dos fundamentos e métodos da bioética”, *Boletim da SBB*. Outubro de 2000, p 2 –4.

TEIXEIRA, C., 2001, *O futuro da prevenção*. Casa da qualidade Ed. Salvador.

TEIXEIRA, E., 2001, *O local e o global: limites e desafios da participação cidadã*. Cortez Ed. São Paulo.

TELLES, V., 1999, *Direitos Sociais, afinal do que se trata?* Editora UFMG, Belo Horizonte

TOURAINÉ, A., 1998. *Igualdade e diversidade*. EDUSC, Bauru.