

PORQUE A JUSTIÇA É IMPORTANTE PARA A NOSSA SAÚDE*¹

por Norman Daniels²

Justiça e desigualdades em saúde

Nós aprendemos ao longo dos últimos 150 anos que as chances individuais de vida e morte estão dadas de acordo com a classe social: quanto melhor o nível econômico e educacional de uma pessoa, mais longa e mais saudável será sua vida³.

¹ Este artigo é um resumo de um artigo mais longo publicado com o mesmo título em *Daedalus*, 1999; 128 (4), 15 – 52. Eu omiti as seções pelas quais meus co-autores foram responsáveis e que fornecem base empírica e as implicações políticas a respeito dos achados sobre os determinantes sociais da saúde, aqui me concentro nas questões filosóficas desenvolvidas no artigo citado.

* O artigo aqui traduzido foi publicado em: Publication Series – 2002 of Regional Program on Bioethics. Under the title: *Interfaces of Bioethics and the Social Science*. It contains the documents elaborated by the members of the International Bioethics Advisory Committee of PAHO, that was established in the first official meeting held on October 2-3, 2001 in Buenos Aires, Argentina.

² Mary B. Saltonstall Professor; Professor de Ética e Saúde Populacional da Escola de Saúde Pública de Havard.

³ Villerme LR. Tableau de l'État Physique et Moral des Ouvriers, vol. 2, Paris: Renourard; 1840. Localizado em: Link BG, Northridge ME, Phelan JC, Ganz ML. Epidemiologia Social e suas causas fundamentais: sobre a realização de diagnósticos de câncer considerando o status sócio-econômico. *Milbank Quartely* 1998; 76(3): 375-402. Na maioria da vezes entendemos doenças e deficiências como alterações no funcionamento normal de um organismo, e também entendemos saúde e funcionamento normal como equivalentes.

Este padrão permanece mesmo quando o acesso à serviços de saúde é garantido – um fato bastante surpreendente para aqueles que consideram que ter condições financeiras que garantam o acesso a serviços médicos é o primeiro determinante do status de saúde. De fato, evidências recentes sugerem que quanto mais profunda a desigualdade econômica existente em uma sociedade, maior é o gradiente de desigualdade em saúde. Como resultado, os grupos de renda mediana em uma sociedade desigual terão piores condições de saúde do que grupos semelhantes, ou ainda, em piores situações de renda, em uma sociedade com maior índice de igualdade. Óbvio, não podemos inferir *causa* de *correlação*, mas existem hipóteses plausíveis, que nos permitem relacionar desigualdade social com saúde e, mesmo que sejam necessárias mais pesquisas para esclarecermos exatamente tais mecanismos, não é desarrazoado falar aqui de determinantes da saúde (1).

Nós precisamos responder uma pergunta básica sobre justiça distributiva: quando uma desigualdade em condições de saúde entre diferentes grupos sócio-econômicos é injusta?⁴

Uma abordagem da justiça poderá nos ajudar a determinar quais desigualdades em saúde são injustas e quais são aceitáveis. Muitos, apesar de não terem problemas decorrentes de alguma desigualdade estão, particularmente, envolvidos em problemas causados por desigualdades em saúde. Estes acreditam que desigualdades sócio-econômicas, que poderiam ser consideradas justas em outros contextos, tornam-se injustas quando contribuem para desigualdades em saúde. É injusta toda desigualdade em saúde causada por uma distribuição desigual de bens sociais? Se existisse um gradiente de saúde considerado irreduzível, independentemente do grupo sócio-econômico, a existência destas desigualdades seria injusta?

⁴ Para evitar uma complexidade adicional, neste artigo nos concentraremos em desigualdades de classe ou sócio-econômicas, considerando que muitos de nossos pontos também generalizam para desigualdades de raça e gênero.

Por outro lado, será que algumas desigualdades em saúde não são resultado de padrões aceitáveis? Talvez, elas sejam apenas um resultado indesejável de desigualdades que, de outras maneiras, funcionam a favor dos mais desfavorecidos. Por exemplo, é comum afirmar que permitir a existência de desigualdades é uma forma de incentivar o trabalho, e portanto, de estimular o crescimento que irá, conseqüentemente, beneficiar os grupos mais pobres. Para quem estes padrões devem ser aceitáveis caso sejam considerados justos? Eles são aceitáveis somente por serem parte de uma estratégia maior, cuja finalidade é tornar o arranjo social mais justo? O que exatamente importa para nossos julgamentos a respeito da justiça no como determinados arranjos sociais causam desigualdades em saúde?

Estas são questões difíceis. Infelizmente, elas têm sido praticamente ignoradas pela bioética, bem como pela ética e pela filosofia política de maneira mais geral. A bioética tem focado em novos medicamentos exóticos e em como eles podem afetar nossas vidas, bem como, tem dedicado considerável atenção para a relação entre o médico e o paciente e em como mudanças no sistema de saúde podem afetá-la. Entretanto, não tem olhado para cima, desde o oferecimento de serviços médicos até o papel dos sistemas de saúde ao propiciarem melhores condições de saúde para a população. E, tem se ocupado menos ainda, de discutir como os arranjos sociais determinam a realização da saúde nas sociedades (2 - 4).

Esta omissão é curiosa, já que considerações sobre equidade em saúde e seus determinantes sociais surgiram como relevantes questões de políticas públicas em muitos países europeus nas últimas duas décadas (3). A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem dedicado uma crescente atenção para as desigualdades no "status de saúde" e na discussão de políticas voltadas para mitigá-las. E existem também, iniciativas voltadas para a produção de pesquisas, como as da "Global Health Equity Initiative", da Agência de Desenvolvimento Internacional Sueca e da Fundação Rockefeller.

A falha da bioética em não voltar-se para os determinantes sociais da saúde de uma população não é uma falha filosófica, muito menos uma simples cegueira da disciplina para com as ciências sociais ou para com a literatura sobre saúde pública. Ao contrário, por complexas razões, sociológicas, políticas e ideológicas, que podemos apenas mencionar aqui, pesquisadores na bioética, bem como o público de forma mais geral, concentram-se mais nos serviços médicos do que nas políticas intersetoriais de saúde pública e nos determinantes sociais da saúde. Encorajado por cientistas e pela mídia, o público é fascinado por cada nova descoberta biomédica – o que talvez seja um imperativo do mito de Prometeu – e é levado a acreditar que o nosso sucesso em melhorar a saúde da população deve-se, em grande parte, aos resultados de uma “ciência exótica”, foco que beneficia uma vasta gama dos interesses econômicos. Os incentivos econômicos à aqueles que trabalham na bioética provêm em sua maioria da medicina e de instituições que lidam com o fornecimento de serviços médicos.

A ideia de que a medicina científica é responsável por nossa saúde nos cega para a noção de que as desigualdades sócio-econômicas são a causa dos problemas de saúde da população. A ciência, nos disseram, pode nos salvar de nosso destino biológico, portanto, devemos focar na medicina e, se nos importamos com a justiça, em garantir igual acesso aos seus benefícios. Entretanto, enfrentar profundas desigualdades em uma sociedade divide, ao invés de unir, e ainda ameaça aqueles com maior poder, os que têm mais a perder. Na ausência de movimentos sociais bem organizados, capazes de enfrentar tais desigualdades, reclamar por saúde pública mostrando a necessidade por mudanças mais básicas – ao invés de juntar-se a forças existentes reclamando por mais e melhores serviços médicos – pode parecer utópico.

No que se segue, buscarei preencher esse vazio bioético trazendo algumas destas questões sobre justiça e desigualdades em saúde. Em razão das limitações de espaço, omitirei uma revisão da literatura empírica, contida na versão ampliada deste artigo,

irei brevemente apontar alguns achados empíricos pressupostos na discussão que se seguirá. A seguir, farei alguns breves esforços intuitivos na tentativa de responder, “Quando desigualdades em saúde são iniquidades?”, buscarei apresentar brevemente duas abordagens promissoras, em responder esta questão, que nos oferecem suporte a partir da teoria da ética. O trabalho de Sen sobre a liberdade positiva tem atraído considerável atenção, mas este ignora várias questões sistemáticas sobre justiça. A meu ver, mais promissora, é a abordagem Rawlsiana que desenvolverei, embora, ênfase desde o início, minha leitura de Rawls faz com que sua abordagem se aproxime consideravelmente da de Amartya Sen.

Minha hipótese é a de que, praticamente sem intenção, a teoria de Rawls nos oferece uma abordagem plausível a respeito de como distribuir justamente os determinantes sociais da saúde. Se eu estiver correto, esta inesperada aplicação a um novo problema denota uma frutífera capacidade de generalização da teoria, análoga a extensão do poder de uma teoria não moral, e nos permite pensar mais sistematicamente sobre as disciplinas da saúde pública, da medicina, das ciências sociais e da filosofia política.

Embora fortuito, o resultado desta surpresa não é somente agradável. A justiça como equidade foi formulada para especificar os termos de uma cooperação social que cidadãos livres e iguais podem aceitar como justos. Especificamente, ela assegura que pessoas com liberdades básicas iguais, incluindo a participação política, garantem uma igualdade de oportunidades mais robusta, e impõe limites à desigualdade. Juntos, estes princípios buscam garantir os “bens de cidadãos livres e iguais”, uma forma de igualitarismo que Rawls chamou de “igualdade democrática”(5)⁵. Um componente crucial da igualdade democrática é prover a todos as bases sociais do auto respeito e a convicção de que suas

⁵ Daniels N. Democratic Equality: Rawls’ Complex Egalitarianism. In: Freeman S, (ed.) The Cambridge Companion to Rawls, 2003.

possibilidades de vida são justas. Como nos mostra a literatura empírica, instituições em conformidade com tais princípios, focam em padrões e costumes cruciais, pois, para vários pesquisadores, estes padrões e costumes colaboram com a produção de desigualdades em saúde. Lógico, esta teoria não responde a todas as nossas perguntas sobre justiça e desigualdades em saúde, já que existem alguns pontos cruciais sobre os quais ela não se manifesta, mas, nos fornece um suporte considerável para tratarmos de questões essenciais.

Determinantes sociais da saúde: algumas descobertas básicas

A argumentação que se segue é base de quatro argumentos centrais da literatura a respeito dos determinantes sociais da saúde. Irei aqui apresentá-las brevemente e remeter o leitor para um artigo mais abrangente com citações que fornecem base para este resumo. Primeiro, o gradiente de saúde, que observamos, não é resultado de determinadas regras e leis do desenvolvimento econômico, mas influenciado por escolhas políticas. Estudos em várias nações mostram uma relação entre a renda per capita e mortalidade que desaparece após um pequeno aumento de \$ 6 – 8000, e mesmo entre os países mais pobres, bem como entre os mais ricos, há uma significativa variação nas condições de saúde da população dependendo de outras políticas públicas.

Segundo, os gradientes de renda e saúde não são apenas resultado da privação dos grupos mais pobres. Ao contrário, o gradiente de saúde pode ser observado em todo o espectro sócio-econômico da sociedade, tanto que a distância dentre os gradientes de renda e saúde são afetados pelo grau de desigualdade de uma sociedade. Terceiro, a renda relativa ou o status sócio-econômico é tão importante quanto, e talvez, até mais importante do que o nível absoluto de renda ao determinar o status de saúde, pelo menos, desde que as sociedades tenham passado por certo estágio. Considerando que o apoio inicial para a tese da renda relativa está baseada em estudos em nações da OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, este apoio vem sendo

questionado. A tese sobre a renda relativa apoia-se em estudos dentro dos EUA sobre a variação da desigualdade e a correlação entre as desigualdades tanto com as condições de saúde como com questões referentes a participação política, coesão social e investimento em capital humano. Quarto, há padrões sociais e psicossociais através dos quais a desigualdade produz efeitos sobre a saúde (e pouco apoio para uma “seleção em saúde”, o argumento de que o status de saúde determina a posição econômica) (1, p. 6-7) (6). Tais padrões podem ser amenizados por escolhas políticas específicas que deverão ser baseadas em considerações de justiça.

Como podemos integrar estas quatro teses que destacamos da literatura científica sobre determinantes sociais com nossa abordagem sobre a aceitabilidade moral de desigualdades em saúde? Historicamente, as fronteiras disciplinares têm constituído um obstáculo para o desenvolvimento de uma perspectiva integrada. As ciências sociais e a literatura sobre saúde pública clarearam nosso entendimento sobre as causas das desigualdades em saúde, mas não oferecem uma maneira de avaliarmos a justiça destas desigualdades e das desigualdades sócio-econômicas produzidas pelas primeiras. A filosofia tem produzido teorias voltadas para a avaliação de desigualdades sócio-econômicas, mas têm ignorado as desigualdades em saúde e suas causas. Para produzir uma abordagem integrada, nós provavelmente precisaremos dos recursos de uma teoria da justiça mais geral. Podemos vislumbrar melhor a necessidade de tal teoria se examinarmos primeiro as análises sobre iniquidades em saúde que vêm sendo desenvolvidas pelos estudos de políticas de saúde pública.

Desigualdades e Iniquidades em saúde

Quando uma desigualdade em saúde entre dois grupos é injusta?

Esta versão da questão inicialmente formulada sobre desigualdades em saúde e justiça tem sido o foco dos esforços

Europeus e da OMS, como citado anteriormente. Uma resposta inicial e útil a esta questão é, que tem influenciado nos programas da OMS, baseia-se no reclamo intuitivo de que desigualdades em saúde contam como iniquidades quando estas são evitáveis, desnecessárias e injustas (2,7,8). Se concordamos que é evitável, desnecessário e injusto, e se esta análise for correta, então podemos concordar sobre quais desigualdades são injustas.

A análise de Whitehead e Dahlgren é intencionalmente mais abrangente do que a nossa questão central a respeito das diferenças de status socioeconômico. Diferenças de idade, gênero, raça, etnia existem e incidem de modo diverso sobre o status de saúde, elas são independentes das diferenças socioeconômicas e geram questões distintas no que concerne a equidade ou justiça. Por exemplo: nós deveríamos compreender a menor expectativa de vida dos homens, em comparação com as mulheres, nos países desenvolvidos como iniquidade? Se isto está de algum modo pré determinado por uma diferença biológica que não sabemos como evitar ou reduzir, então, de acordo com esta análise trata-se de uma situação não evitável e, portanto, não é uma iniquidade. Esta controvérsia não é inútil: considerando o resultado, desde que a diferenciada expectativa de vida entre os gêneros em países desenvolvidos seja tomada como uma meta que poderá proporcionar uma diferente estimativa do grau de iniquidade que as mulheres enfrentam nos países desenvolvidos. De qualquer maneira, a análise da iniquidade até aqui é tão boa quanto o nosso entendimento do quê é evitável e desnecessário.

O mesmo argumento se aplica a julgamentos sobre justiça. O status de saúde, pior e mais vulnerável, de determinadas classes sociais ou grupos étnicos que leva ao consumo que de álcool é injusto? Nós poderemos ficar tentados a dizer que não é injusto, já que assumir comportamentos de risco ou evitá-los é uma escolha totalmente voluntária. Mas, se muitas pessoas de um mesmo grupo ou classe possuem um comportamento semelhante, então haverá também fatores em jogo que mostrarão o quão voluntário é este comportamento e qual responsabilidade devemos

realmente atribuir às pessoas que o assumem (9, 10). A análise ainda nos deixa com uma complexidade de julgamentos sobre a responsabilidade, e, como resultado, em uma situação de desacordo quanto a justiça (ou inevitabilidade).

Os pobres em muitos países sofrem com a falta de acesso à água limpa, saneamento básico, moradia adequada, educação básica, vacinação, pré natal e cuidados à maternidade. Como resultado, de todos ou alguns destes fatores, temos diferentes taxas de mortalidade infantil entre os grupos mais pobres e o mais ricos. Sendo que políticas sociais possam suprir os danos causados por condições de saúde na infância, essas desigualdades são evitáveis.

Estas desigualdades também são injustas? Muitos de nós imediatamente pensarão que são, talvez porque acreditamos que políticas que geram e mantêm a pobreza são injustas, e nós iremos também acreditar que políticas sociais que resultem em pobreza por não garantirem o acesso à determinantes da saúde são duplamente injustas. Lógico, libertarianos discordariam. Eles insistiriam que aquilo que é um mero infortúnio não é injusto; de acordo com este ponto de vista nós não temos nenhuma obrigação com a justiça, em oposição a caridade, de garantir aos pobres o que eles não têm. Muitos de nós estaríamos inclinados a rejeitar o argumento libertariano como injusto em si em razão de nosso dramático conflito entre nossas crenças sobre a pobreza e nossa obrigação social de garantir às pessoas bens que atendam a necessidades básicas.

Entretanto, o problema se torna mais complicado quando nos lembramos de um dos achados básicos da literatura sobre os determinantes sociais: nós não podemos eliminar desigualdades em saúde simplesmente eliminando a pobreza. Desigualdades em saúde persistem mesmo em sociedades que provêm aos mais pobres acesso a todos os determinantes da saúde citados anteriormente, e persistem como um gradiente da saúde por toda a hierarquia social, não somente entre os grupos mais pobres como entre aqueles acima destes.

Neste ponto, muitos de nós precisaremos rever nossas crenças acerca da justiça em permitir desigualdades

socioeconômicas. Ao menos que acreditemos que *todas* as desigualdades socioeconômicas (ou pelo menos aquelas que não pudermos escolher) são injustas – e poucos assumem este ponto de vista igualitário radical – então nós precisamos considerar com mais cuidado o problema criado pelo gradiente de saúde e pelo fato de este tornar-se cada vez maior sob um arranjo social desigual. Nossos julgamentos sobre justiça, para os quais, correta ou incorretamente, nós nos sentimos confiantes em apelar para rejeitar a posição libertariana, nos proporciona uma base menor para pensarmos uma questão que é mais abrangente como os determinantes sociais de desigualdade em saúde. Além do mais, nós podemos inclusive acreditar que algum grau de desigualdade socioeconômica não deva ser evitado, e seja inclusive necessário, e portanto, não injusto.

Justiça, liberdade positiva e capacidades

O filósofo e economista Amartya Sen é quem mais tem influenciado internacionalmente no debate sobre a teoria que nos serve de base para a discussão acerca da distribuição de saúde. Em uma série de trabalhos que datam desde os anos 1980, até o seu mais recente *Desenvolvimento como Liberdade* (2000), Sen tem argumentado que nossas preocupações sobre a igualdade precisam focar em um determinado espaço, que ele chama de distribuição de capacidade. As capacidades para fazer ou ser alguém, de que Sen fala, são uma outra maneira de descrever o que outros filósofos chamam de “liberdade positiva”, esta não se trata simplesmente de estar livre da interferência dos outros, mas do poder efetivo de fazer ou ser aquilo que desejamos. Em “*Desenvolvimento como Liberdade*”, Sen fornece um claro suporte para a primeira tese empírica resumida anteriormente, criticando políticas de desenvolvimento que priorizam um crescimento irrefreável em detrimento de uma igual distribuição de capacidades. Ele também argumenta que a liberdade política e investimento em capital humano através da educação e, outras medidas, fortalecem a liberdade positiva.

Por ser inovador e inspirador o trabalho de Sen não nos fornece uma estrutura sistematizada que nos permite responder as questões deixadas sem resposta por uma abordagem intuitiva tal como a que foi descrita na última sessão. Quando, por exemplo, devemos aceitar desigualdades em saúde – e em distribuição de capacidades – que resultam de uma distribuição desigual de fatores sociais controláveis que determinam a saúde da população? Se nossa meta é mais igualdade com liberdade positiva, então devemos lutar por mais igualdade em saúde, mas, e quando vamos alcançar um ponto no qual mais igualdade em saúde vier a um custo – de outros bens fundamentais – que consideramos inaceitável até mesmo do ponto de vista da justiça?

Uma proposta sobre como tornar mais abrangente, ou refinar, o foco do argumento de Sen é considerar que as capacidades são necessárias para o funcionamento de cidadãos livres e iguais (11). Concordo que focando desta maneira, temos uma considerável promessa para a abordagem de Sen, mas prefiro um caminho indireto, estabelecendo um ponto de intercessão com a teoria da justiça como equidade de John Rawls, e provendo argumentos que atendam a ideia de que esta abordagem, que fornece princípios que protegem as capacidades de cidadãos livres e iguais, converge com a abordagem de Sen (embora Sen ainda negue este ponto).

Justiça como Equidade e Desigualdades em saúde

Uma razão pela qual desenvolvemos teorias éticas gerais, incluindo teorias da justiça, é prover uma base sobre a qual resolver importantes disputas contidas nos questionamentos feitos a crenças morais ou instituições tais como as que levantamos aqui. Por exemplo, em Uma Teoria da Justiça, Rawls tentar conduzir nossa relativa concordância liberal acerca dos princípios que garantem certos direitos básicos à igualdade através da concordância em um princípio que limita as desigualdades socioeconômicas, questão sobre a qual os liberais têm uma

considerável discordância (12). Sua estratégia é mostrar que um contrato social que foi desenhado para ser justo com pessoas livres e iguais (“justiça como equidade – procedimental”) deverá não somente justificar a escolha dessas liberdades básicas iguais como também a escolha dos princípios que garantam a igualdade de oportunidades e limitem as desigualdades para aqueles que trabalham para tornar a situação daqueles que possuem o menor quinhão tão justa quanto for possível.

Meu argumento é que a abordagem de Rawls, pensada para desenvolver respostas a questões gerais sobre justiça social, acaba por prover princípios para uma justa distribuição dos determinantes sociais da saúde, o que inesperadamente também adiciona ao seu escopo e empodera a própria teoria. O poder extra da teoria é uma surpresa, já que Rawls deliberadamente evita falar em doença ou saúde em sua abordagem original. Para simplificar a construção de sua teoria, Rawls assume que seus contratantes teriam garantidas a plenitude de suas funções ao longo de suas vidas, ninguém adoeceria ou morreria prematuramente.

Esta idealização por si mesma nos fornece uma pista sobre como estender a teoria de Rawls ao mundo real, mundo da doença e da morte prematura. O objetivo da política pública de saúde e da medicina é manter as pessoas o mais próximo possível do ideal de um funcionamento normal, sob uma limitação razoável de recursos. (Recursos são necessariamente limitados considerando que manter a saúde não pode ser nossa única meta ou bem social). Desde que manter um funcionamento normal contribua, de maneira limitada, porém, significativa para proteger o leque de oportunidades acessível aos indivíduos, é plausível vermos o princípio garantidor da igualdade equitativa de oportunidades como apropriado para governar a distribuição de serviços de saúde, pensados de maneira mais abrangente, incluindo prevenção em saúde tanto quanto serviços médicos (13, 14). Esta maneira de estender a teoria de Rawls também sugere que o status de saúde deve ser incorporado, por seus efeitos sobre a oportunidade, no índice de bens primários, utilizado para avaliar o bem estar

dos contratantes e cidadãos. (Nós retornaremos a este ponto em breve.)

O que torna particularmente interessante examinar os determinantes da desigualdade em saúde a partir da perspectiva teórica de Rawls é que esta é ao mesmo tempo uma teoria de orientação igualitária e ao mesmo tempo justifica determinadas desigualdades que poderiam contribuir para a desigualdade em saúde. Mais, minha primeira extensão da teoria de Rawls liga a proteção da saúde com a proteção da igualdade de oportunidade, novamente estabelecendo o conflito interno em potencial. Para vermos se esta combinação de fatores não leva simplesmente a contradições dentro da teoria, ou a uma melhor compreensão do problema, precisamos examinar este item mais detalhadamente.

Como Rawls justifica as desigualdades sócio econômicas? Os contratantes livres e iguais não deveriam simplesmente insistir em uma distribuição estritamente igual de todos os bens sociais, como o fazem com a igualdade de liberdades básicas e com a igualdade de oportunidade?

A resposta de Rawls é que é irracional para os contratantes insistir na igualdade se esta os colocasse em pior posição. Especificamente, ele argumenta que os contratantes escolheriam seu Princípio da Diferença, que permite a desigualdade desde que esta aconteça em favorecimento, melhorando – o quanto for possível – as perspectivas de vida daqueles que se encontram nas posições mais desfavoráveis da escala de quinhões distributivos (6, 12, 15)⁶. O argumento do Princípio da Diferença aparenta sugerir que a desigualdade relativa é menos importante do que o bem-estar absoluto, sugestão que entra em conflito com outros

⁶ Uma discussão mais cuidadosa sobre o argumento do princípio da diferença em Rawls e a extensa literatura crítica que tem sido produzida estão para além dos limites deste artigo. Entretanto, é importante distinguir o argumento inicial de Rawls sobre o contrato social das muitas reformulações intuitivas e informais. Veja, 6, 12, 15 e Barry B. Theories of Justice. London: Harvester Wheatsheaf; 1989: 213-34.

aspectos da teoria de Rawls. Mas Rawls também insiste que a desigualdade permitida pelo Princípio da Diferença não enfraquecerá o valor da liberdade política e os requerimentos para a igualdade equitativa de oportunidades. A prioridade dada a estes outros princípios sobre o Princípio da Diferença também limita a inferência de que Rawls não tem preocupações sobre a desigualdade relativa. Especificamente, como veremos, estes princípios funcionam juntos para limitar a desigualdade e preservar a base social do auto respeito para todos.

Dois pontos ajudarão a evitar uma má interpretação do Princípio da Diferença e sua justificativa. Primeiro, este não é simplesmente um efeito cascata, mas sim requer máximo esforço para ajudar aqueles que estão nas posições mais desfavoráveis. O grupo dos mais desfavorecidos, seguidos dos próximos desfavorecidos e assim por diante (o que Rawls chamou de “chain connectedness”) (5, p81 ff) precisam ter suas vidas melhoradas o quanto for possível, e não somente que pequenas melhorias ocorram como sugere o efeito cascata. Ademais, este é muito mais igualitário que os princípios alternativos que procuram apenas assegurar aos mais desfavoráveis um mínimo “decente” ou “adequado”. Parte da razão para um princípio mais exigente, é que este poderá resultar em um senso de responsabilização mais fraco, bem como poderá diminuir a sensação de estar sendo injustamente posto de lado, ao menos para aqueles que estão nos grupos mais desfavorecidos, do que princípios que permitem uma desigualdade maior. Mais, pelo o que temos aprendido a respeito dos determinantes sociais da saúde, a maior demanda do Princípio da Diferença poderá também produzir menos desigualdades em saúde do que qualquer outro princípio alternativo que permita desigualdades. Destruindo o gradiente de saúde os grupos de renda média também serão beneficiados e não somente os mais desfavorecidos. Desta maneira, seus benefícios são importantes também para além do nível no qual propiciamos condições aos mais desfavorecidos de serem auto-suficientes. Este ponto nos fornece uma resposta para aqueles que sugeriram que o Princípio da Diferença não tem apelo uma vez que demonstra que o princípio provem melhorias aos mais desfavorecidos (16, p. XXX).

Segundo, quando os contratantes avaliam o quanto os princípios que escolheram poderão melhorar suas condições, eles estão julgando seu bem estar a partir do índice de bens primários. (5, p. 62) (14, ch. 5) Os bens primários são pensados por Rawls como aquilo de que os cidadãos necessitam, incluindo liberdades, poderes, oportunidades, renda e riqueza, e as bases sociais do auto respeito. (Estas medidas objetivas de bem estar devem ser contrastadas com medidas de felicidade ou desejo de satisfação que são familiares as abordagens utilitaristas e do bem estar econômico). Em sua exposição do Princípio da Diferença, Rawls ilustra como este se aplica solicitando que consideremos apenas o simples caso da desigualdade de renda. Fazendo isso, ele assume que o nível de renda será correspondente com o nível dos demais bens sociais do índice.

Esta simplificação não pode nos enganar, pois, em casos cruciais, a correlação pode não ser obtida. Por exemplo, vamos supor que ter um controle democrático sobre o local de trabalho é crucial para a auto realização e para a auto estima⁷. Suponha que locais de trabalho hierarquizados são mais eficientes do que aqueles que são democráticos, e portanto, locais de trabalho hierarquizados terão mais recursos para redistribuir, o que significa uma renda maior para os trabalhadores mais desfavorecidos do que em locais democráticos. Aqui, o Princípio da Diferença não nos diz claramente se locais de trabalho hierarquizados têm desigualdades que devemos permitir já que os mais desfavorecidos estão em melhores condições em determinados fatores mas em piores condições em outros. Sem saber o peso dos itens do índice, não podemos usá-lo para dizer claramente quais desigualdades são permitidas. Quando estamos avaliando quais desigualdades de renda são permissíveis, perguntando qual delas melhorará ao máximo, possível, as condições do grupo mais desfavorecido, precisamos, que qualquer

⁷ Cohen, J. The Pareto Argument.

modo, analisar como os mais favorecidos estão tomando como referência *todo* o índice de bens primários e não, simplesmente, o resultado com relação à renda.

Este ponto é de particular importância para esta discussão. A extensão de Daniels da teoria de Rawls trata o status de saúde como um determinante do leque de oportunidades disponível para cada um. Desde que oportunidade esteja incluída no índice, os efeitos das desigualdades em saúde também estão, portanto, inclusos no índice.

Infelizmente, Rawls diz muito pouco sobre como os itens do índice devem ser considerados. Este é um dos pontos cruciais sobre os quais a teoria diz menos do que gostaríamos. Entretanto, nós temos alguma indicação sobre como esses bens primários devem ser disponibilizados uns perante os outros na sua construção. Este silêncio pertence não somente ao uso do índice na posição original no estabelecimento do contrato, mas também para seu uso por um legislativo tentando aplicar os princípios da justiça em um contexto no qual várias características específicas de uma sociedade são conhecidas. Retornaremos a este ponto em breve.

Nós agora podemos dizer mais diretamente porque a justiça, como descrita pelos princípios de Rawls, é importante para nossa saúde.

Para entender esta afirmação, vamos começar por um caso ideal, uma sociedade governada pelos princípios de Rawls que pretende alcançar uma “democracia igualitária”. Considere o que é necessário para a distribuição dos determinantes sociais da saúde. Em uma sociedade como esta, todos têm garantidas as mesmas liberdades básicas, incluindo a liberdade de participação política. Somam-se garantias institucionais que visam assegurar a todos, ricos e pobres, o preço ou o valor dos direitos de participação política. Sem essas garantias as capacidades básicas dos cidadãos não podem se desenvolver. O reconhecimento de que todos os cidadãos têm suas capacidades protegidas é de suma importância para proteger a auto estima, de acordo com Rawls.

Ao requerer apoio institucional aos direitos de participação política, Rawls rejeita o argumento de que a liberdade de discurso dos ricos é injustamente restringida ao limitar seus investimentos em suas próprias campanhas, uma limitação que a Suprema Corte julgou inconstitucional no caso de Buckley e Valeo (14). Além do mais, esta limitação não aprofunda a responsabilidade dos ricos em comparação com a dos outros. Desde que haja evidências de que a participação política em si é um determinante da saúde (veja acima), o ideal Rawlsiano assegura uma proteção institucional que se opõe aos efeitos das desigualdades econômicas na participação e portanto na saúde.

O ideal Rawlsiano de democracia igualitária também envolve a conformidade com o princípio que garante a igualdade equitativa de oportunidades. O princípio proíbe não somente as barreiras discriminatórias como também requer que medidas robustas sejam tomadas para mitigar os efeitos das desigualdades sócio-econômicas e de outras contingências sociais sobre a oportunidade. Soma-se a isso uma educação pública justa e universal, tais medidas poderiam ser incrementadas com a provisão de creches e intervenções na infância voltadas ao desenvolvimento de capacidades independentemente de suas condições familiares. Tais medidas se ajustam, ou vão além dos melhores modelos que temos visto na Europa voltados para a intervenção e educação na infância. Notamos também que a estratégica importância da educação na proteção da igualdade de oportunidades tem implicações em todos os níveis de formação, incluindo o acesso à universidade e à educação profissional.

O princípio da igualdade equitativa de oportunidades também requer uma saúde pública universal, ou que ao menos garanta à maioria o acesso aos serviços médicos e sociais voltados à proteção do funcionamento normal da espécie (13)(17, p. 41-44). Isto também fornece um parâmetro para se chegar a um acordo razoável quanto aos custos sociais de doenças incuráveis, como é exigido pelo *Americans with Disabilities Act*. (18) Porque o princípio objetiva promover um funcionamento normal

a todos como uma maneira de proteger a oportunidade de todos, ele objetiva de imediato melhorar a saúde da população e reduzir as desigualdades em saúde. Obviamente, este foco abrange da provisão de acesso universal à saúde à serviços de saúde completos, que incluam desde saúde pública, serviços primários de saúde, serviços médicos e sociais.

Para agir de forma justa em política de saúde, precisamos identificar através de quais fatores, e como, as desigualdades socioeconômicas (e outras) produzem diferentes realidades em saúde. Suponha que aprendamos, por exemplo, que determinados fatores estruturais e organizacionais do local de trabalho induzem ao stress e que a perda de controle tende a produzir desigualdades em saúde. Nós deveríamos então compreender a modificação destes fatores no local de trabalho, uma forma de mitigar os efeitos negativos na saúde, como uma exigência de saúde pública feita pela abordagem da igualdade de oportunidades; isto está, inclusive, de acordo com a exigência de redução de exposição à toxinas no ambiente de trabalho (13).

Finalmente, no ideal Rawlsiano de sociedade, o Princípio da Diferença impõe restrições significativas às desigualdades de renda e riqueza que são permitidas⁸. As desigualdades permitidas por este princípio (em conjunto com os princípios que garantem igualdade de oportunidade e o valor da participação política) são, provavelmente, mais restritas do que o observado em muitas de nossas sociedades industrializadas. E se for isso, as desigualdades que estiverem em conformidade com as exigências do Princípio da Diferença produzirão um gradiente de desigualdade em saúde menos profundo do que o observado em sistemas de bem estar mais extensos, como os do Norte Europeu.

Em suma, os princípios da justiça de Rawls regulam a distribuição dos principais determinantes sociais da saúde,

⁸ G. A. Cohen tem argumentado que uma interpretação estrita do Princípio da Diferença poderia permitir poucos incentivos a desigualdade, para uma abordagem mais permissiva, ver 6.

incluindo as bases sociais do auto respeito. Não há nada na teoria, ou em sua extensão feita por Daniels, que nos faria focar de maneira mais estreita em serviços médicos. Propriamente entendida, a justiça como equidade nos diz o quê a justiça requer da distribuição de todos os fatores controláveis determinantes da saúde.

Ainda estamos enfrentando um item teórico interessante. Mesmo que a distribuição Rawlsiana dos determinantes da saúde diminua o gradiente de saúde, mais do que o observado em muitos dos países desenvolvidos e igualitários, devemos ainda esperar por alguma desigualdade em saúde. Em parte, isto pode acontecer por não termos conhecimento suficiente de todos os fatores sociais casuais relevantes, ou, das intervenções que modicam os padrões. A questão teórica é se a teoria requer que reduzamos ainda mais essas desigualdades, embora permitidas e justificáveis, por causa das desigualdades em saúde que estas criam.

Não devemos reduzir estas desigualdades sócio-econômicas se fazê-lo provoca uma redução de produtividade até um ponto no qual não poderemos mais suportar as medidas que já são empregadas para a promoção da saúde e redução das desigualdades em saúde. Nosso compromisso em reduzir as desigualdades em saúde não pode requerer que tomemos medidas que piorem o status de saúde daqueles com status de saúde abaixo do ideal. Então a questão teórica se resume em: seria razoável e racional aos contratantes aceitar termos para os quais determinadas desigualdades em saúde são permitidas visando produzir outros benefícios, não voltados para a saúde, para aqueles com as piores perspectivas de saúde?

Nós sabemos que na vida real as pessoas rotineiramente trocam bens/fatores que garantem a saúde por outros benefícios. Isso acontece quando percorrem longas distâncias para garantirem um trabalho melhor, ou tiram férias em uma estação de esqui. Algumas dessas trocas fazem surgir questões de justiça. Por exemplo, quando é apropriado pagar um benefício social aos trabalhadores somente porque suas oportunidades foram

injustamente restringidas e quando isto é importante para que eles exerçam sua autonomia? (13) A restrição de muitas dessas trocas é normalmente vista por nós como injustificada; outras nós vimos como injustas.

Os contratantes de Rawls, entretanto, não podem realizar estas trocas com base em seus próprios valores. Eles não podem decidir se unir-se a um grupo de esquiadores aumentará os riscos para seus joelhos ou pescoços. Para tornar o contrato justo a todos os participantes e alcançar imparcialidade, Rawls impôs um fino “véu da ignorância” que os deixa cegos com relação ao conhecimento de si mesmos, incluindo suas opiniões acerca de uma boa vida. Ao contrário, eles devem julgar seu bem-estar tomando como referência o índice de bens primários (discutido acima) que já incluí uma medida acordada dos direitos, oportunidades, poderes, renda e bens, a das bases sociais do auto respeito. Quando Kenneth Arrow (19) revisou a teoria de Rawls pela primeira vez, argumentou que este índice era inadequado porque não nos diz como comparar o rico doente com o pobre saudável; Sen (20, 21) argumentou que o índice é insensível para com o modo como doenças, deficiências, ou outras variações pessoais podem gerar desigualdades de capacidade entre pessoas que têm os mesmos bens primários. Com a extensão da teoria de Rawls incluindo a saúde através da abordagem da igualdade de oportunidades, algumas das críticas de Arrow e Sen, são eliminadas (22). Mas, nossa questão teórica sobre desigualdades residuais de saúde nos lembra que a teoria diz pouco sobre a construção do índice para fornecer os elementos necessários para que elaboremos nossa resposta.

Um dos argumentos centrais de Rawls para destacar um princípio protegendo as liberdades básicas e lhe atribuir prioridade (léxica) sobre os demais princípios da justiça é que para ele, para que as pessoas atinjam um nível aceitável de bem estar é preciso que elas não abram mão da importância fundamental da liberdade e a troquem por outros bens(5). A realização de tal troca poderia lhes negar o direito a sustentar seus mais valorosos ideais, incluindo suas crenças religiosas, ou seja lá o que desejassem ser.

Podemos propor o mesmo argumento para trocas de saúde por outros bens?

Há alguma plausibilidade no argumento de que pessoas racionais não realizariam, de forma similar, trocas entre a saúde e outros bens. Perdas em saúde podem nos impedir de possuir o que mais valorizamos para nossas vidas. Por isso, não raro presenciamos pessoas que tiveram perdas em saúde desejarem trocar quase tudo, ou qualquer bem por saúde.

Se levarmos este argumento a sério, podemos concluir que deveria ter sido atribuído à oportunidade, incluindo os efeitos no status de saúde, um peso maior na construção do índice do que à renda.⁹ Tal peso pode significar que um crescimento absoluto na renda poderá justificar, de acordo com o princípio da diferença, um aumento da desigualdade relativa de renda, mas esta justificativa é falha porque os efeitos sobre a oportunidade são negativos. Embora a renda daqueles que se encontram em piores condições no último quinhão seja incrementada, eles não estão dentre os que possuem melhores condições sociais de acordo com o índice de bens primários, e então uma desigualdade mais profunda não é permitida. Rawls simplifica o enfoque que recai sobre a renda correlacionando-a com outros bens que falham nesse caso (como ele o fez com o exemplo hipotético sobre a democracia no ambiente de trabalho citado anteriormente).

De qualquer maneira, há também uma forte razão para pensarmos a prioridade dada à saúde e também à oportunidade, que não é assim tão óbvia quanto o argumento anterior sugere, especialmente quando a troca se coloca entre o risco a saúde e outros bens aos quais as pessoas atribuem um alto valor. A recusa em permitir qualquer troca (*ex ante*) entre bens que previnem os riscos saúde por outros bens, mesmo quando as condições de

⁹ Rawls sugere que, desde que a igualdade equitativa de oportunidades tem prioridade sobre o princípio da diferença, considerando o índice, podemos assumir que a oportunidade tem um maior peso. Ver (5, p. 93).

escolha são justas, pode parecer injustificavelmente paternalista, talvez, de uma maneira que a recusa de se permitir trocas entre as liberdades básicas não seja.

Proponho uma saída pragmática para esta questão, uma que tem um precedente em Rawls. A Igualdade Equitativa de Oportunidades, admite Rawls, é apenas aproximada, mesmo em um sistema ideal, justo, porque só podemos mitigar, e não eliminar, os efeitos da família e de outras contingências sociais (23). Por exemplo, somente se estivermos propensos a violar a respeitada liberdade parental é que poderemos intervir na vida familiar e resgatar as crianças dos valores parentais que interferem na igualdade de oportunidades. Similarmente, considere que damos à igualdade de oportunidades prioridade sobre o princípio da diferença, não poderemos alcançar completa igualdade em saúde se não conquistarmos, completamente, a igualdade de oportunidades. Até mesmo uma teoria ideal não produz justiça. A justiça nunca possui contornos bem definidos. Especificamente, se temos boas razões para achar que de acordo com os princípios da justiça a igualdade democrática enfraquece as desigualdades, então poderemos estar inclinados a pensar que já fizemos o suficiente para tornar as desigualdades em saúde justas para todos. As desigualdades residuais que surgem em conformidade com os princípios não são um compromisso idealmente requerido pela justiça, elas são aceitas como justas.

Até agora, nos perguntamos se questões teóricas podem ser respondidas, resolvidas, da perspectiva dos contratantes individuais. Ao contrário, suponha que a decisão acerca das trocas deva ser tomada por uma sociedade em seu estágio legislativo tal como colocado pelos princípios de Rawls. Como esses princípios requerem a efetividade da participação política de todos os grupos socioeconômicos, podemos supor que os grupos que são mais diretamente afetados pelas decisões acerca das trocas/negociações entre os bens tenham voz no processo de decisão. Desde que haja um gradiente residual de saúde, os grupos afetados pela negociação não são apenas aqueles que se encontram em pior

situação, mas aqueles que estão em uma situação mediana também. Um processo democrático que envolva deliberação acerca destas trocas e suas consequências será provavelmente o melhor que podemos fazer para solucionar as questões teóricas para as quais não temos resposta. (24)

Em contraste, quando o justo valor da participação política não é adequadamente garantido, e duvidamos que o seja na maioria de nossas sociedades democráticas – temos muito menos confiança quanto a justiça das trocas entre saúde e outros bens. É muito mais provável, sob as atuais condições, que aqueles que mais se beneficiam das desigualdades, que são os que estão em melhor condições, e que possuem maior poder político, influenciarão as decisões acerca das trocas de bens de acordo com seus próprios interesses. Ainda assim, o uso de um processo de decisão democrático em condições não-ideais pode ser a solução mais justa que podemos alcançar, mas seus resultados ainda estarão bem distantes daqueles que poderiam ser obtidos em um processo democrático justo em condições ideais.

Tenho focado na teoria rawlsiana porque esta fornece, mesmo que fortuitamente, uma abordagem madura sobre como distribuir os determinantes sociais da saúde. Outras teorias similares, incluindo algumas propostas recentes a respeito da “igual oportunidade para o bem estar ou vantagem” (10, 25, 26) não oferecem uma abordagem a partir da qual é possível pensar a distribuição dos determinantes sociais da saúde. Por um lado, a abordagem de Sen (21) sobre a importância de uma igual distribuição de capacidades – bem como a de Nussbaum, (27) que em parte advém da discussão de Sen – na realidade é muito mais próxima do conceito de igualdade de oportunidade e normalidade de funcionamento de Rawls e Daniels do que aparenta ser a primeira vista (22, 28). Anderson tem, de forma imaginativa, focado a discussão sobre capacidades ao pensar os bens que os cidadãos necessitam se desejam a igualdade democrática. O resultado é uma convergência com o entendimento de Rawls sobre a igualdade democrática, considerando que o que permite

a Rawls falar sobre a justa distribuição dos determinantes sociais da saúde advém diretamente de seus princípios, enquanto Anderson necessita intuitivamente recorrer a uma abordagem sobre as capacidades das quais os cidadãos necessitam.

Uma agenda para pesquisa em bioética

O tema deste encontro é a relação entre as ciências sociais e a bioética. Tenho argumentado que trabalhos em ética sobre a saúde da população devem integrar as considerações das ciências sociais sobre os determinantes da saúde. Se a saúde da população e sua distribuição é resultado de diferentes bens intersetoriais e sua distribuição, então, por exemplo, necessitamos modificar o rudimentar apelo ao “direito à serviços de saúde” entendendo que este apelo deva incluir o direito a uma apropriada distribuição de fatores sociais controláveis que afetam a saúde da população e sua distribuição. A bioética precisa apoiar-se na filosofia política e nas ciências sociais se se dispuser a esclarecer as crenças mais básicas que as pessoas possuem sobre a importância da saúde e seus direitos no que se refere a saúde.

Correndo o risco de ser muito sucinto e até mesmo opaco, proponho algumas questões que acredito que a bioética deva assumir. Propô-las irá exigir que estes expandam seu entendimento sobre os métodos das ciências sociais bem como os resultados e as ferramentas a respeito das trocas de bens na filosofia política.

1 – Como podemos resolver as demandas conflitantes por recursos entre o setor médico e os demais setores que impactam a saúde e sua distribuição? Minha opinião é a de que a saúde da população e os serviços médicos não são um problema do tipo ou uma coisa ou outra. Embora muitos cientistas sociais nos ensinem sobre a importância de políticas públicas de saúde intersetoriais e sobre os determinantes sociais da saúde, muitos ficarão doentes e necessitarão de serviços médicos. Recursos gastos em diversas formas de serviços médicos e sua justa distribuição

podem fazer menos pela população do que a alocação de outros bens que possamos vir a possuir, mesmo assim há uma forte razão moral para priorizarmos a garantia de que aqueles que estão doentes tenham acesso a esses serviços. Parte da importância dos serviços médicos pode ser explicada por nossa preocupação relativa ao agente que nos conecta com quem está doente. Neste ponto, a questão da alocação de recursos está conectada a importantes questões da teoria sobre a ética, por isso debates políticos acerca da identificação versus estatísticas de vítimas não podem ser conduzidos sem ir a fundo em questões apontadas primeiro pelas ciências sociais, incluindo as bases de nossos laços psicológicos, e segundo em recentes trabalhos da teoria ética. Quais ferramentas podem os bioéticos desenvolver para responder a problemas como a alocação de recursos, e até que ponto tais soluções variarão de país para país dependendo de sua riqueza e nível de desenvolvimento?

2 – Quais são os processos causais através dos quais os determinantes sociais da saúde agem e como compreendê-los com base em questões éticas levantadas por debates políticos na medicina e entre medicina e saúde pública? Algumas evidências empíricas nos Estados Unidos sugerem que há uma relação entre a desigualdade em participação política e a distribuição de saúde. Isto significa que os bioéticos precisam acompanhar os debates em torno das campanhas para financiamento e liberdade de expressão bem como os achados das ciências sociais sobre os obstáculos à participação popular? Bioéticos preocupados com as disparidades em saúde podem estar errados em focar sua atenção em questões de saúde, especialmente se o fizerem porque isto é o que melhor conhecem.

3 – Como os bioéticos poderão incluir considerações melhor fundamentadas sobre as disparidades em saúde em suas reflexões acerca de um leque mais abrangente de questões, incluindo aquelas sobre o setor médico e sobre a pesquisa em medicina?

4 – Como os bioéticos nos países mais desenvolvidos poderão basear-se na literatura das ciências sociais sobre a saúde da

população e sua distribuição em países desenvolvidos e no crescente trabalho em justiça global que pode orientar a discussão da bioética em torno da justiça internacional para saúde? As áreas específicas que já atraíram considerável atenção envolvem pesquisa internacional e política farmacêutica, mas o leque de opções é muito mais amplo e deve ser expandido para incluir: o impacto da globalização sobre as trocas e outras políticas que impactam a saúde da população e sua distribuição; a erosão em muitos países do sistema público de saúde em decorrência de privatizações ou outras reformas estruturais, e a relação entre política de desenvolvimento e os resultados em saúde.

Espero que nossa discussão possa colaborar para incluir na agenda de pesquisa elementos que mais cuidadosamente articulados sejam úteis para a OPAS (Organização Pan Americana de Saúde) e para a OMS (Organização Mundial da Saúde) de um modo geral.

Referências

1. Marmot M. *Social Causes of Social Inequalities in Health*. Harvard Center for Population and Development Studies, Working Paper Series 1999;01.
2. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute of Future Studies; 1991.
3. Benzeval M, Judge K, Whitehead M, (eds.). *Tackling Inequalities in Health: An Agenda for Action*. London: King's Fund; 1995.
4. Marchand S, Wikler D, Landesman B. *Class, Health, and Justice*. *Milbank Quarterly* 1996; 76:449-468
5. Rawls J. *Theory of Justice*. Cambridge(MA): Belknap Press of Harvard University Press;1971. (sect 12-13)
6. Marmot M. *Social Differentials in Health Within and Between Populations*. *Daedalus* 1994; 123(4):197-216.
7. Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services* 1992; 22:429-445.

8. Braveman P. *Monitoring Equity in Health: A Policy-oriented Approach in Low-and Middle-income Countries*. Geneva: World Health Organization; 1999.
9. Wikler D. *Persuasion and Coercion for Health: Issues in Government Efforts to Change Life Style*. *Milbank Quarterly* 1978; 56:303-338.
10. Roemer JE. *Equality of Opportunity*. Cambridge (MA):Harvard University Press; 1998.
11. Anderson E. What is the Point of Equality? *Ethics* 1999; 109(2):287-337.
12. Cohen J. Democratic Equality. *Ethics* 1989; 99:727-754.
13. Daniels N. *Just Health Care*. New York: Cambridge University Press; 1985.
14. Rawls J. *Political Liberalism*. New York: Columbia University Press; 1993.
15. Cohen GA. The Pareto Argument for Inequality. *Social Philosophy and Policy* 1995;12: 160-185.
16. Gutmann A, Thompson D. *Democratic Disagreement*. Cambridge: Harvard University Press; 1995.
17. Daniels N, Light DW, Caplan RL. *Benchmarks of Fairness for Health Care Reform*. New York: Oxford University Press; 1996.
18. Daniels N. Mental Disabilities, Equal Opportunity, and the ADA. In: Bonnie R, Monahan J, (eds.). *Mental Disorder, Work Disability and the Law*. Chicago: University of Chicago Press; 1996. p. 282-297.
19. Arrow K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* 1963; 53:941-973.
20. Sen AK. Equality of What? In: McMurrin SM, (ed.). *Tanner Lectures on Human Values*, vol.1. Cambridge: Cambridge University Press; 1980.

21. Sen AK. *Inequality Reexamined*. Cambridge(MA): Harvard University Press; 1992.
22. Daniels N. Equality of What: Welfare, Resources, or Capabilities? *Philosophy and Phenomenological Research* 1990; 50:273-296.
23. Fishkin J. *Justice, Equal Opportunity, and the Family*. New Haven(CT): Yale University Press; 1983.
24. Daniels N, Sabin JE. Limits to Health Care: Fair Procedures, Democratic Deliberation, and the Legitimacy Problem for Insurers. *Philosophy and Public Affairs* 1997; 26:303-350.
25. Arneson RJ. Equality and Equal Opportunity for Welfare. *Philosophical Studies* 1988; 54:79-95.
26. Cohen GA. On The Currency of Egalitarian Justice. *Ethics* 1989; 99:906-944.
27. Nussbaum MC. *Women and Human Development*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
28. Buchanan A, Daniels N, Wikler D, Brock DW. *From Chance to Choice: Genetics and Justice*. New York: Cambridge University Press; 2000.

Traduzido por Camila Gonçalves De Mario**
Revisado por Cesar Eduardo Duarte Elizi***

** Doutoranda em Ciências Sociais, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP.

*** Doutorando em Linguística Aplicada, Instituto de Estudos da Linguagem, UNICAMP. Professor da FATEC Mogi-Mirim.