

INTRODUÇÃO

Um dos temas mais inquietantes da filosofia moral e política do último século diz respeito a questão da distribuição justa dos recursos considerados escassos. Resolver o grande dilema sobre *o que é devido a quem e em que quantidade* cada um é merecedor¹ dos recursos disponíveis tem ocupado um grande espaço das teorias contemporâneas de justiça.

Entre as alegorias mais famosas utilizadas para ilustrar o dilema moral que enfrentam especialmente os profissionais da saúde, mas, de uma certa forma, também os governos, os filósofos costumam descrever a seguinte situação hipotética:

Imagine que uma pessoa em situação de rua adentre em uma sala de emergência de um hospital. Suponha que, após fazer um rápido *checkup*, e ser tratado de um simples resfriado, este paciente seja considerado completamente curado e saudável para deixar o hospital. Goza de plena saúde. Agora imagine que o hospital tenha outros cinco pacientes na fila do transplante de órgãos: dois precisam de um rim, outros dois precisam de um pulmão, e um último que necessita de um coração. Imagine ainda que, pelas informações adquiridas através do *checkup*, os médicos saibam que os órgãos daquele indivíduo em situação de rua são completamente compatíveis com os sistemas imunológicos dos outros cinco pacientes que necessitam do transplante. Digamos ainda que, ao menos que esses cinco pacientes recebam urgentemente o órgão que precisam, provavelmente terão poucas horas de vida. Não há tempo sequer para aguardar a fila da lista de transplante de órgãos.

Nessa situação, o médico responsável pelo atendimento daquele primeiro paciente, que chegou apenas para se tratar de um resfriado, poderia muito bem calcular as chances de salvar cinco vidas, ao custo de uma. Ou, por outro lado, acreditar que qualquer cálculo que envolva o sacrifício de uma única vida, não justifique moralmente salvar outras cinco².

¹ Quando digo “merecer” utilizo a expressão no sentido de “necessitar”, pois como abordarei mais adiante, me parece ser esse o sentido moderno de justiça distributiva (distribuir de acordo com as necessidades) e reflete melhor a virada que essa temática teve de Aristóteles (defensor da distribuição segundo uma noção de mérito) à John Rawls (defensor de uma distribuição de acordo com as necessidades). Para uma leitura mais detida sobre a evolução dos sentidos da justiça distributiva, vide: FLEISCHACKER, Samuel. *Uma breve história da justiça distributiva*. Tradução de Álvaro de Vita. São Paulo: Martins fontes, 2006.

² No caso hipotético narrado, o fato do paciente saudável ser um morador de rua, enfatiza ainda mais as desigualdades e torna mais dramática a escolha que o médico deverá tomar, ao confronta-lo com seus possíveis preconceitos morais.

Embora este caso seja de difícil solução (até porque comporta bem mais de uma única solução), e geralmente envolva uma série de variáveis que possam surgir da imaginação humana, ele reflete bem o dilema político (e moral) distributivo que o Estado enfrenta. Com um pouco mais de imaginação poderíamos dizer que os pacientes representam a população, o médico representa o governo, e os órgãos representam os recursos a serem alocados. Como podem observar estes recursos são escassos³.

Da mesma forma como o caso do paciente na sala de emergência, o Estado encontra-se diante de um problema distributivo semelhante: gerir os recursos escassos da saúde, de forma que possam atender a todos os indivíduos, de maneira suficientemente bem⁴. Nessa afirmação gostaríamos de destacar duas questões. A primeira, que afirma que é necessário atender a todos os indivíduos. E a segunda, que afirma ser necessário também que o atendimento seja suficientemente bom. Sobre essas duas afirmações, podem ser levantadas uma série de questões que dizem respeito desde a concepção de igualdade considerada (primeira questão), até o conceito de saúde e dignidade humana adotados (segunda questão). Para nenhuma dessas duas questões parecem existir respostas fáceis, e essas são apenas algumas das perguntas que enfrentaremos aqui.

Nesse sentido, nossa missão é de explorar os princípios fundantes e diretrizes estruturantes do Sistema Único de Saúde - SUS e tentar descobrir a concepção de justiça que parece fundamentar o artigo 196 da Constituição Federal do Brasil (direito à saúde⁵). São princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. Estes três primeiros princípios correspondem, respectivamente, a perguntas que dizem respeito a: (i) “quem deve ter acesso a serviços de saúde?”; (ii) “em que medida esses serviços devem ser concedidos a cada um?”; e (iii) “quais serviços devem ser disponibilizados para atender as necessidades dos indivíduos”.

Por sua vez, são diretrizes organizadoras do SUS a: descentralização, regionalização, hierarquização e participação social. Essas diretrizes correspondem a forma de organização dos serviços de saúde, no âmbito organizacional-administrativo e regional. Contudo, o fato de se evidenciar a distributividade regional e administrativa

³ E permaneceremos pressupondo, conforme acreditamos que sejam evidências globais, que os recursos referentes a saúde, tais como medicamentos, equipamentos, hospitais, leitos e todo o resto, sejam, de fato, inafastavelmente escassos.

⁴ Estamos tomando como pressuposto, também, o fato de que o constitucionalismo social contemporâneo inclui o direito universal à saúde como um de seus principais pilares de cidadania.

⁵ Artigo 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

desses recursos, não importa necessariamente dizer que a saúde possa ser manejada tendo como foco prioritário apenas as demandas coletivas. Continuamos a considerar que, em alguma medida, esses serviços têm como destinatário os indivíduos, e, portanto, podem ser inseridos naquilo que se costuma denominar de “direito subjetivo”. Ainda assim, a três primeiras diretrizes, ao elegermos como foco a observação das coletividades regionais, facilita a identificação de padrões de qualidade da saúde para indivíduos que se encontram situados em determinadas regiões de risco e, portanto, dizem respeito a questões atinentes a alocação e administração de recursos para populações, considerando as particularidades dos aglomerados demográficos que habitam cada região.

Por fim, a última diretriz, que prevê a participação popular na tomada de decisões referentes a política nacional de saúde, buscar situar o cidadão no centro da deliberação sobre todas as questões formuladas anteriormente. Cabem aos indivíduos responder, levando em consideração toda uma série de circunstâncias orçamentárias, técnicas, regionais, políticas e morais, todas as questões apresentadas antes, oferecendo respostas para problemas tais como: “podemos/devemos/temos que negar serviços de saúde à alguém?”; “quem podemos/devemos/temos que sacrificar?”; “quanto de recursos estamos dispostos a investir na saúde pública?”; e “quanto de recursos próprios estamos dispostos a investir na nossa própria saúde?”; entre outras questões.

Trataremos desses princípios e diretrizes individualmente mais adiante. Como ficará claro ao longo do texto, cremos que o chamado igualitarismo deontológico⁶, concepção de justiça defendida por autores como John Rawls, Ronald Dworkin, Amartya Sen (filósofos que fazem parte da tradição liberal igualitária) e Derek Parfit (autor que defende uma visão de justiça que podemos denominar de “*prioritarismo*”), apresenta-se como um marco teórico adequado para dar racionalidade ao Sistema Único de Saúde.

Esses autores comungam de algumas percepções, tais como a crítica ao utilitarismo e ao *welferismo*, porém divergem especialmente sobre quais predicados devem ser igualados entre os indivíduos, entre outras questões periféricas que teremos oportunidade de abordar. De toda forma, tratam-se de teóricos que pertencem a um tronco comum de pensamento. Ainda assim, podemos destacar que os três primeiros (Rawls, Sen e Dworkin) compartilham de algumas perspectivas que estão mais bem alinhadas, razão pela qual os classificamos como liberais igualitários (apesar da diferença das abordagens e do foco da igualdade que cada um possui). Por essa razão, acreditamos que é

⁶ Termo cunhado por Derek Parfit para agrupar o conjunto de pensadores que atribuem à igualdade um valor intrínseco e moral.

fundamental começar por uma breve exposição sobre os traços comuns e gerais da concepção liberal igualitária, situando as razões pela qual corresponde a uma teoria moral deontológica, colocando em contraste com outras teorias, tanto do campo deontológico, como de razões teleológicas.

TEORIAS DEONTOLÓGICAS DE JUSTIÇA E O LIBERALISMO IGUALITÁRIO

Para explicar como se desenvolve o pensamento liberal igualitário em contraste com outras duas concepções de justiça, recorreremos mais uma vez ao dilema da sala de emergência apresentado anteriormente. Lembrem-se que, dentre as diversas respostas possíveis, duas delas consistem em: (i) sacrificar o paciente saudável, para salvar os outros cinco; (ii) ou ainda, deixar que as coisas tomem o seu rumo natural (assumindo o risco de morte iminente daqueles cinco pacientes doentes), poupando a vida daquele único paciente saudável.

Se você, refletindo sobre o dilema enfrentado pelo médico, se inclinou a responder à pergunta a partir da primeira decisão, e fez isso com base no cálculo de que “mais valem cinco vidas do que uma”, seu argumento é consequencialista⁷, e pode muito bem fundamentar determinadas concepções de justiça distributiva que são comumente empregadas no dia a dia de uma gestão sobre situações deste tipo. Nos referimos, por exemplo, ao *utilitarismo*, o qual abordaremos com um pouco mais de detalhes adiante.

Mas se, ao contrário disso, sua resposta é de que não há cálculo algum que justifique trocar a vida de uma única pessoa pelas de outras cinco, que, por questões de arbitrariedade da vida (como a má sorte, por exemplo) encontram acometidas de doença, seu argumento pode ser compreendido como deontológico⁸, e por consequência fundamenta concepções de justiça distributiva de tradição liberal, como o liberalismo igualitário ou o *libertarianismo*.

⁷ Como argumento consequencialista, considero aqueles que proponham uma prevalência da concepção de bem sobre a de justiça. Quero dizer, que submetam o que é justo àquilo que a sociedade julga como bom. Tudo será justo se realizar aquilo que a sociedade (a maioria) elegeu como sua concepção de bem. Esses argumentos geralmente são colocados no senso comum sob a clássica máxima de que “os fins justificam os meios”.

⁸ Ao contrário da defesa consequencialista, um argumento deontológico baseia-se na antecedência da concepção de justiça sobre a concepção de bem. Em outras palavras, são argumentos que se baseiam em imperativos morais que devem ser tomados independentemente de suas consequências. Isso por julgar que certas virtudes são intrinsecamente valiosas e, portanto, independentemente dos resultados que podem advir da escolha, devem ser cultivadas e preservadas.

Esses dois tipos de argumentos diferentes, que possuem fundamentações de matizes tão antagônicos, servem também para justificar diferentes formas de alocação de recursos. Formas essas que podem dar mais ênfase na satisfação coletiva, ou na satisfação individual das necessidades.

Começemos pelo *utilitarismo* – e aqui vamos nos permitir não fazer uma exposição tão exaustiva de todas as possibilidades de concepções teóricas que adotem o princípio da *utilidade* como norte⁹. Nos concentraremos apenas na forma mais conhecida, e provavelmente a mais vulnerável, que foi alvo das principais críticas dos filósofos liberais igualitários. Assim John Rawls (2008, p. 27) acredita que para o *utilitarismo*:

“(...) a sociedade está ordenada de forma correta e, portanto, justa, quando suas principais instituições estão organizadas de modo a alcançar o maior saldo líquido de satisfação, calculado com base na satisfação de todos os indivíduos que a ela pertencem”.

Em outras palavras, na visão utilitarista, há um bem supremo desejado pelos indivíduos, o qual pode ser descrito como a felicidade (ou a satisfação dos desejos) e, em última instância, este bem é também atribuído ao desejo coletivo da sociedade. Dessa forma, se é correto afirmar que o indivíduo, isoladamente considerado, julga o que é correto para sua vida, conforme as ponderações e cálculos sobre a satisfação de seus desejos e as dores e perdas que sofrerá em contrapartida, assim também deveria agir a sociedade. Se os indivíduos fazem sacrifícios pessoais em determinados momentos, pensando em um saldo maior de satisfação de seus desejos em um momento posterior, assim também deveria agir a sociedade (RAWLS, 2008, p. 28). Logo, baseado no princípio da utilidade¹⁰, a sociedade, assim como o indivíduo, deve sempre agir em busca da máxima satisfação do bem-estar.

De maneira prática, podemos elucidar essa visão teórica a partir do exemplo utilizado por José Claudio Monteiro de Brito Filho (2014, p. 177), ao explicar que age de maneira utilitária um governo que:

“(...) afirma, normalmente de forma triunfante, que a medida que vai adotar possibilitará, por exemplo, que 90% das crianças tenham educação básica. Aparentemente tem-se aqui uma boa medida, pois a maioria das crianças será alfabetizada. O problema é que, na verdade, o que se está a dizer é que, por causa da medida adotada para cumprir uma obrigação essencial do Estado,

⁹ Quero dizer que existem diversas variações possíveis de teorias utilitaristas.

¹⁰ Segundo esclarece Jeremy Bentham, um dos maiores expoentes da corrente utilitarista: “Entendemos o princípio segundo o qual toda ação, qualquer que seja, deve ser aprovada ou rejeitada em função de sua tendência de aumentar ou reduzir o bem-estar das partes afetadas pela ação. (...) Designamos por utilidade a tendência de alguma coisa em alcançar o bem-estar, o bem, o belo, a felicidade, as vantagens, etc”. (*Uma Introdução aos Princípios da Moral e da Legislação*. Tradução de Luiz João Baraúna. São Paulo: Abril Cultural, 1979. p. 15.)

10% de todas as crianças serão excluídas do direito de ter educação formal, normalmente as mais necessitadas”.

Isso significa dizer, em outras palavras, que a sociedade está disposta a sacrificar parcela da população para que um saldo maior de satisfação possa ser alcançado pela maioria. Nesse sentido, o utilitarismo passa a ter uma concepção coletiva/majoritária, e acima de tudo elitista, do que deve ser distribuído aos indivíduos.

Essa concepção demonstra ser frontalmente oposta a uma ideia de direitos fundamentais universais baseados em atributos intrinsecamente valiosos, como a dignidade. A crítica a essa lógica utilitarista demonstra-se contundente na afirmação de Rawls (2008, p. 4):

“Cada pessoa possui uma inviolabilidade fundada na justiça que nem o bem-estar de toda a sociedade pode desconsiderar. Por isso, a justiça nega que a perda da liberdade de alguns se justifique por um bem maior desfrutado por outros. Não permite que os sacrifícios impostos a poucos sejam contrabalançados pelo número maior de vantagens de que desfrutam muitos”.

Observa-se da afirmação de Rawls que a dignidade de nenhum indivíduo pode ser violada em benefício da realização da felicidade da maioria dos demais. A ideia extraída dessa afirmação, aliada a toda construção teórica da “justiça como equidade”¹¹, a qual não cabe agora aqui detalhar, nos parece ser totalmente compatível com o modelo constitucional brasileiro vigente, que estabelece a saúde como um direito fundamental universal, portanto, independente da concepção majoritária de bem da sociedade brasileira.

Assim, a preocupação com os direitos e as liberdades individuais iguais, se demonstra na medida em que Rawls busca justificar porque a justiça adquire primazia sobre qualquer cálculo ou jogo de interesses que sonegue a atribuição desses valores a todos os indivíduos em nome de um saldo maior dos interesses de alguns outros. Ao contrário dos utilitaristas, Rawls não ignora as aspirações individuais que pessoas distintas costumam ter, e por essa razão desacredita que um único bem supremo possa conduzir de forma uniforme a vida em sociedade.

A ideia *rawlsiana* de que todos os indivíduos são intrinsecamente iguais, e que, portanto, os encargos e benefícios da cooperação social devem ser distribuídos de maneira equitativa entre todos, segundo princípios de justiça que levem em consideração essa

¹¹ Justiça como equidade é o nome atribuído pelo próprio Rawls à sua concepção ideal de justiça. Uma concepção de justiça que, ao contrário do utilitarismo, respeite a pluralidade de concepções de bem e leve a sério a diferença entre os indivíduos.

igualdade moral¹², funda o que Roberto Gargarella (2008) denomina de “liberalismo igualitário”.

A partir dessa visão teórica¹³, conforme nos explica Samuel Fleischacker (2006, p. 12), a temática da justiça distributiva passa a se erguer de acordo com seguintes premissas básicas:

- “1. Cada indivíduo, e não somente sociedades ou a espécie humana como um todo, tem um bem que merece respeito, e aos indivíduos são devidos certos direitos e proteções com vistas à busca daquele bem;
2. Alguma parcela de bens materiais faz parte do que é devido a cada indivíduo, parte dos direitos e proteções que todos merecem;
3. O fato de que cada indivíduo mereça isso pode ser justificado racionalmente, em termos puramente seculares;
4. A distribuição dessa parcela de bens é praticável: tentar conscientemente realizar essa tarefa não é um projeto absurdo nem é algo que, como ocorreria caso se tentasse tornar a amizade algo compulsório, solaparia o próprio objetivo que se tenta alcançar; e
5. Compete ao Estado, e não somente a indivíduos ou organizações privadas, garantir que tal distribuição seja realizada”.

Notem que o verbo “merecer” assume outro valor semântico, pois está relacionado, pelo contexto, com o ideal liberal igualitário de que “alguma distribuição de bens é devida a todos os seres humanos, em virtude apenas de serem humanos” (FLEISCHACKER, 2006, p. 12) e, portanto, dotados de dignidade. Logo, não está relacionada a nenhuma concepção moral de mérito. Em segundo, lugar, gostaria de chamar atenção também para o uso insistente, especialmente nas premissas 1, 2 e 3, do termo indivíduo. De acordo com a ideia contida nestas premissas reunidas, a noção de direitos fundamentais, que é derivada desse atributo inerente a todos (o qual identifico genericamente como dignidade), deve ser atribuída em caráter individual. Por fim, a partir do que se constata na quinta premissa, fica evidente que a satisfação individual desses direitos é atribuição também, e especialmente, do Estado.

Essa última observação se faz importante para justificar o por quê da última concepção teórica de justiça que citamos, o *libertarianismo*, não ser capaz de fundamentar a norma constitucional que prevê o direito universal à saúde. Isso se deve ao simples fato de que *libertarismo*, especialmente o de Robert Nozick, não acredita que o estado deva interferir na distribuição dos bens sociais, como o direito a saúde, mas tão somente

¹² Rawls elabora um experimento mental, descrevendo uma situação hipotética em que os indivíduos de uma dada sociedade devam escolher princípios de justiça que se apliquem posteriormente à estrutura básica da sociedade. Nessas condições imaginárias, os indivíduos escolheriam dois princípios, que sinteticamente são descritos pelo autor da seguinte maneira: “Todos os valores sociais – liberdade e oportunidade, renda e riqueza, e as bases sociais do auto-respeito – devem ser distribuídos de forma igual, a não ser que uma distribuição desigual de um ou de todos esses valores seja vantajosa para todos”.

¹³ Partilhada e continuada, em grande medida, por outros filósofos como Ronald Dworkin e Amartya Sen.

garantir a ampla liberdade de mercado para que este sim atue distribuindo os recursos disponíveis segundo suas próprias regras. Trata-se, portanto, de uma concepção que advoga a ideia de um Estado mínimo “limitado às funções estritas da proteção contra a violência, roubo, fraude, execução de contratos” (NOZICK, 2009, p. 21)¹⁴. Numa linha parecida com a de Nozick, poderíamos citar também o austríaco Friedrich Hayek.

Os libertários, na descrição de Will Kymlicka (2006, p. 119), “defendem as liberdades de mercado e exigem limitações ao uso do Estado para a política social”. Dessa forma, provavelmente os libertários não apoiariam um sistema de saúde pública universal que se mantém a base de tributos compulsórios e proporcionais a capacidade contributiva de cada indivíduo, tais como defendem os liberais igualitários, como Rawls. Para o autor, os indivíduos não são merecedores de certas qualidades moralmente arbitrárias, como a sorte e os talentos, ou a deficiência e a falta de saúde. Essa noção também se encontra presente em Dworkin, ao tratar do esquema de seguros. Retornaremos a este argumento quando formos abordar os aspectos relacionados aos demais princípios e diretrizes. Por ora, cabe apenas destacar que, para os libertários, a saúde provavelmente só poderia ser defendida em termos de um mérito próprio, baseado unicamente na responsabilidade individual de cada um e na própria sorte. Se torna incompreensível para os libertários a defesa de um sistema público e universal de saúde, na medida em que este só pode existir sob a intervenção do Estado, medida não apoiada e até mesmo rejeitada por eles.

Diante dessas três compreensões teórico filosóficas de justiça, nos parece claro afirmar que apenas o liberalismo igualitário responderia que, a despeito da comparação do dilema da sala de emergência com a gestão da saúde por parte de um governo, a alocação de recursos deve ser feita de maneira igualitária, ou seja, **universal**, levando em consideração a dignidade dotada em cada indivíduo. Essa concepção teórica é a que nos parece melhor justificar a norma fundamental do direito à saúde¹⁵. Por essa razão, cremos que o liberalismo igualitário responde bem à pergunta sobre “quem deve ter acesso aos

¹⁴ Diz ainda Nozick (2009, p. 21) que: “o estado mínimo, além de correto, é inspirador; duas implicações dignas de nota são a de que o estado não pode usar os seus instrumentos coercitivos com o objetivo de obrigar alguns cidadãos a ajudar outros, ou de proibir determinadas atividades às pessoas para o próprio bem ou proteção delas”.

¹⁵ Acredito também que outras correntes filosóficas, como o *comunitarismo*, teriam boas razões para defender direitos sociais universais, como o direito à saúde. Ocorre que, da mesma forma como o *utilitarismo*, pode ser considerado com uma concepção teleológica, justificando a subordinação do justo ao bem, a partir da ideia de que não existe um valor intrínseco da justiça, e que são os valores e tradições de cada comunidade que devem determinar o justo. Penso que, por defender a prevalência de valores locais, o *comunitarismo* não oferecia segurança suficiente para defender direitos sociais universais, muito embora não descarte que fosse possível.

serviços públicos de saúde?”, com um sonoro: “Todos os indivíduos!”, que é, em outras palavras, a expressão mais clara da máxima universalista.

Mas então surge outra indagação. Se respondemos que todos possuem direito à saúde, e reconhecemos que este é um recurso escasso, devemos nos preocupar em responder “em que medida esses serviços devem ser concedidos a cada um?”. Aqui, devemos considerar que os indivíduos não possuem exatamente a mesma demanda, o que para complicar a questão significa dizer que dependem dos serviços de saúde em quantidades distintas. É inegável que os indivíduos possuem demandas distintas, e que podem possuir os mais variados padrões de saúde ou graus diferentes de patologias. Assim, ao mesmo tempo em que um tratamento médico contra uma simples amigdalite pode custar pouco aos cofres públicos, a realização de uma cirurgia no coração, com a inserção de equipamentos de ponta para manutenção de uma vida, pode demandar centenas de milhares de reais.

Diante dessas circunstâncias, devemos tratar os indivíduos igualmente de acordo com suas peculiaridades e, portanto, oferecer o tratamento ideal para cada um, independentemente de quanto eles custem para a sociedade? Em outras palavras, como justificar que a sociedade arque com os custos de um tratamento médico que extrapola sobremaneira a média de gastos com saúde da maioria da população?

UNIVERSAL E ABSOLUTO? A DIVERGÊNCIA DENTRO DO LIBERALISMO IGUALITÁRIO

Creemos que o liberalismo igualitário também oferece uma resposta a essas questões, embora de maneira não uníssona, como no problema anterior, de fundamentação da universalidade. Da mesma forma como para o universalismo, aqui também podemos retornar ao exemplo da sala de cirurgia e colocar em perspectiva a conduta que seria adotada por alguém que compartilhasse de uma visão ética teleológica. Ou seja, ao reconhecer que os recursos são escassos, um utilitarista poderia muito bem defender que se salvassem o maior número possível de vidas com os recursos que poderiam ser empregados para salvar uma única vida. O cálculo aritmético funciona mais ou menos assim: se um tratamento de tuberculose custa aos cofres públicos (com consultas, medicamentos e acompanhamento) apenas R\$ 1.000,00 ao passo que 30% da população enfrenta este problema, nada justifica que eu empregue os recursos que poderiam conferir bem-estar a essa parcela da população para salvar outra, menor,

correspondente apenas a 0,1%, que sofre de uma síndrome rara e cujos medicamentos ultrapassam o custo mensal de \$ 2,000,000 por mês por cada indivíduo.

Um liberal igualitário, como Rawls, que reconhece que nenhuma espécie de cálculo que produza um saldo agregado de satisfação superior, possa justificar o sacrifício de uma vida (ou de um plano de vida) não poderia endossar outra resposta que não a de que a saúde (ou melhor, os serviços de saúde) deve ser um bem fundamental que, além de estar disponível a todos, deve também estar disponível na medida de suas necessidades, conforme vimos com as premissas de Fleischacker a respeito da visão contemporânea de justiça distributiva. Realmente Rawls não situou direitos sociais, tais como saúde ou previdência, literalmente no rol de bens primários. Talvez sua teoria da justiça não alcance esses direitos (mas apenas os assim chamados direitos de liberdade). O fato é que se aplicarmos mesma construção que expusemos anteriormente, dificilmente chegaríamos a outro resultado que não considerar que a saúde seja distribuída de maneira absoluta, a partir da seguinte construção lógica: (1) sendo a saúde um bem básico para que os indivíduos realizem quaisquer planos de vida que venham a traçar¹⁶; (2) o acesso a esse bem, portanto, deve ser distribuído igualmente a todos, pela atuação dos princípios de justiça na estrutura básica da sociedade.

Ocorre que, diferentemente de Rawls, outro autor liberal igualitário, enfrentou especificamente o problema em tela. Dworkin se propôs a responder, entre outras questões de nossos dias, como sua teoria da igualdade de recursos se aplicaria a distribuição dos recursos investidos na saúde. E a resposta elaborada por Dworkin¹⁷ é bem diferente daquela suposição que acabamos de apontar como se fosse a interpretação correta da teoria *rawlsiana*.

Embora Dworkin e Rawls compartilhem do mesmo enfoque *recursista*, e preocupem-se em apresentar uma teoria da justiça que reconhece a arbitrariedade moral de certas circunstâncias que estão além da vontade dos indivíduos, e que geram déficits na conversão dos bens/recursos em bem-estar, Dworkin oferece uma resposta para o problema da saúde que pode, em certa medida, ser equiparada a visão utilitarista. Faço

¹⁶ Conforme adverte Amartya Sen (2010, p. 76): “(...) a saúde está entre as mais importantes condições da vida humana e é um constituinte criticamente significativo das capacidades humanas que temos razões para valorizar. Qualquer concepção de justiça social que aceite a necessidade de uma distribuição equitativa e também de uma exploração eficiente das capacidades humanas, não pode ignorar o papel da saúde na vida humana e as oportunidades das pessoas obterem uma vida saudável, sem doenças e sofrimentos evitáveis e mortalidade prematura. Equidade na realização e na distribuição da saúde, portanto, está incorporada e embutida em uma ampla noção de justiça”.

¹⁷ Cf. *A virtude Soberana: a teoria e a prática da igualdade*. São Paulo: Martins Fontes, 2011. Caps. 8 e 9.

essa observação com a ressalva de que o argumento de Dworkin não é equivalente ao argumento que um utilitarista utilizaria (embora o autor não deixe isso claro no texto), mas ambos atingem o mesmo resultado, qual seja, o de negar a determinadas pessoas, afetadas por certas enfermidades que demandam uma quantidade exacerbada de recursos que eles devam ter acesso a tratamentos médicos gratuitos, pagos pelo restante da sociedade.

Dworkin cria uma espécie de seguro que pode ser adquirido junto com o pacote inicial de recursos fundamentais com os quais a pessoa inicia sua jornada em busca do plano de vida traçado. Se algo der errado no meio do caminho, o seguro serve para cobrir os prejuízos, recompor as perdas, e reposicionar a pessoa com o mínimo necessário para que volte a perseguir suas metas. Ocorre que, assim como qualquer outro recurso disponível na ilha hipotética criada por Dworkin, os seguros também estarão sujeitos ao mercado de preços e valores.

Logo, se muitas pessoas pagam pelo seguro e a utilizam, seus custos serão bastante elevados. Assim, em vez de apelar para cálculos sobre saldos médios de felicidade entre as pessoas, como fariam os utilitaristas, Dworkin nos convida para fazer uso de nossa racionalidade e nos imaginarmos em outra situação hipotética: na posição de um participante do leilão que não sabe se possui, de antemão, alguma doença grave, mas em compensação é um indivíduo suficientemente informado dos riscos que suas escolhas podem impactar em sua saúde. Com isso, Dworkin evita, assim como Rawls com seu véu da ignorância, que o participante do leilão tenha conhecimento de circunstâncias que o fariam adquirir seguros médicos na máxima medida que suas fichas (conchas) permitissem, e ao mesmo lhe mune de informações suficientes para que não opte por não se precaver, deixando de adquirir algum seguro.

Nessas circunstâncias, portanto, o indivíduo da situação hipotética de Dworkin escolheria adquirir o seguro, mas sem, contudo, investir todas as suas fichas nisso. É que, como ressalta o filósofo, é razoável que pessoas saudáveis, porém conscientes dos riscos de saúde contemporâneos, adquiram um seguro médico, e ao mesmo tempo invistam suas fichas também em outros recursos fundamentais, tais como moradia, educação, lazer, segurança contra outras intempéries, e assim por diante. Diante desse cenário, se não é razoável que um indivíduo invista todas as suas fichas na aquisição de recursos de saúde, como poderia então a sociedade endossar um esquema de seguro médico que lhe desse em retorno atenção absoluta a saúde?

Nesses termos, podemos dizer que, segundo a teoria da igualdade de recursos, o princípio da **equidade**, presente no SUS, significaria o dever do Estado em assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar (conforme ainda veremos), sem privilégios e sem barreiras, sendo considerado todo cidadão igual, e devendo ser atendido conforme suas necessidades, **até o limite do que o sistema puder oferecer para todos**. Observe portanto, que embora universal, o SUS possui limites impostos não pela produção consequencialista/teleológica da maximização da felicidade, mas pela própria racionalidade humana, considerando o fato de que há uma escassez moderada dos recursos.

Ainda assim, deveríamos indagar a Dworkin sobre como esta escolha trágica deve ser realizada. Ou seja, se cabe aos indivíduos, racionalmente, decidir sobre como investir suas fichas para adquirir entre os mais variados recursos fundamentais, e essa seria também a racionalidade que a sociedade deveria adotar (nesse ponto a estratégia de transpor o aspecto individual para o coletivo é semelhante à dos utilitaristas), como esses indivíduos poderiam fazer isso na prática das democracias modernas?

Dworkin chega a sugerir que a escolha sobre o quanto investiríamos, e onde investiríamos, no tocante à atenção a saúde só seria uma escolha legítima se houvesse ampla **participação popular**. Em outras palavras, o simples modelo de democracia representativa não seria capaz de conferir legitimidade para escolhas tão drásticas, devendo haver a criação de um órgão de deliberação para a tomada de decisões a respeito dos rumos da política sanitária. No Brasil, com algumas dificuldades e falhas, podemos utilizar como exemplos de órgãos dessa natureza os Conselhos (Nacional, Estaduais e Municipais) de Saúde, que possuem composição tripartite e paritária, sendo compostos por membros da sociedade civil (profissionais de saúde/prestadores de serviço e usuários dos serviços) e do Governo.

Sobre a integralidade da atenção à saúde, que está intrinsecamente relacionado ao princípio anterior (da equidade), creio que qualquer dos autores da tradição liberal igualitária que foram invocados até aqui poderiam apresentar bons argumentos em defesa de uma política de saúde que: (a) considerasse o indivíduo uma unidade indivisível; e que, portanto, (b) a atenção à sua saúde forma um todo unitário e indivisível; e, por fim, (c) que estender um serviço integral impõe um dever que vai além do mero tratamento ostensivo de doenças, mas compreende também outros serviços como prevenção e cura.

É especialmente sobre essa última característica que nos desperta o interesse na argumentação elaborada por Amartya Sen. Acredita o autor que, sendo a saúde uma realização alcançável por meio de uma capacidade respectiva, ou melhor, um conjunto de capacidades, devemos ter em mente quais capacidades são impostas como demandas de justiça social para fins de distribuição da saúde. Assim, diz Sen (2010, p. 77) que:

O argumento pela equidade na saúde não pode ser apenas uma exigência sobre como o atendimento de saúde, especificamente, deve ser distribuído. Os fatores que podem contribuir para a conquista e a perda de saúde vão muito além do atendimento de saúde, e incluem muitas influências de diversos tipos, variando desde predisposições genéticas, renda individual, hábitos alimentares e estilos de vida, por um lado, até o ambiente epidemiológico e condições de trabalho, por outro.

O argumento do autor revela que as ações de atenção à saúde vão muito além dos simples atendimentos clínicos e cura de doenças. Devemos considerar também um conjunto de outras ações que influem em outras áreas da justiça social, mas que causam impactos sobre a saúde. Assim, não apenas a saúde é essencial para que possamos ter uma vida satisfatória, mas também existe uma quantidade enorme de variáveis que nos possibilitam gozar de uma boa saúde. A exigência de equidade que observamos anteriormente impõe também esse dever. Qual seja, o de que os indivíduos tenham suas demandas atendidas integralmente, conforme suas necessidades. Logo, a integralidade na atenção à saúde está vinculada ao princípio da equidade, na medida em que aquele será determinado de acordo com a métrica desse.

Obviamente, podemos também retornar ao argumento de Dworkin e defender que apenas os tratamentos, serviços e ações que forem eleitos pelos membros da comunidade serão oferecidos público e gratuitamente a todos os cidadãos. Mas isso é apenas uma extensão da questão que enfrentamos no princípio da equidade e que aqui se repete. Mas sobre a integralidade, devemos tomar a advertência de Sen para que não esqueçamos que a saúde não é distribuída tendo-se como foco apenas o atendimento à saúde. Outros bens (ou capacidades, para Sen) estão em disputa e podem exercer um papel relevante na realização dessa capacidade. Dessa forma, priorizando algumas ações em detrimento de outras, não apenas tendo em vista seus custos, mas também a eficiência desses serviços, podemos concentrar mais esforços na atenção básica e primária, em vez de expender muitos recursos em tratamentos sofisticados e que talvez ainda não tenham sua eficácia comprovada.

Assim, devemos considerar que a integralidade atenção à saúde, além de sofrer forte influência da concepção de equidade que adotaremos, impõe também um dever de

hierarquização do Sistema Único de Saúde. É que para que a integralidade possa tornar a alocação de recursos mais eficiente, faz-se necessário estabelecer uma ordem de preferência entre as diversas esferas de atenção. Nesse sentido, podemos observar que o SUS encontra-se dividido em três níveis, a saber: setor primário (onde se resolvem a maior parte dos casos, nas Unidades Básicas de Saúde); setor secundário (representado pelos Centros de Especialidades, e onde se resolvem uma parte dos casos mais peculiares); e, por fim, o terceiro setor (onde encontram-se os hospitais de referência) e que são acessados apenas por uma pequena minoria.

Diante desse cenário e dessa estrutura hierarquizada, estrategicamente adotada para garantir um atendimento integralizado, onde o primeiro nível antecede hierarquicamente o segundo, e assim por diante, fazer as escolhas sobre como alocar os recursos escassos pode ser uma tarefa mais fácil. Se tomarmos a advertência de Sen a sério para decidirmos como podemos distribuir nossos esforços entre esses três níveis, devemos considerar que a saúde é um problema multidimensional, e que sua má distribuição está relacionada a outras variáveis, como por exemplo, e especialmente, a renda e a riqueza. Assim, diz Sen (2010, p. 74): “ela [a distribuição da saúde] deve estar em sintonia com a questão mais ampla de justiça social, incluindo a distribuição econômica, dando a devida atenção ao papel da saúde na vida e na liberdade humana”.

É por esta razão que cremos que a estruturação hierárquica possibilita uma leitura da integralidade da atenção à saúde, na medida em que nos fornece informações sobre quem são e quantos são os usuários em cada um dos três níveis. Assim, não apenas pela quantidade, mas também pela qualidade desses usuários é possível determinar o montante de recursos a serem empregados em cada nível. Com base nisso, se observa que no primário nível, que precede hierarquicamente os demais e onde situam-se as Unidades Básicas de Saúde encontram-se atendidas as camadas mais pobres da população, ou seja, justamente aquelas que não dispõem de recursos para despende planos de saúde particulares e arcar com seus próprios tratamentos, é exatamente ali que investirei mais recursos. De outro modo, se também observa que, naquela faixa primária, estão sendo tratados doenças e enfermidades que possamos, de maneira evidente, relacionar com problemas de má distribuição de renda, riqueza, acesso ao espaço urbano, água potável e até saneamento básico, também ali devo priorizar o investimento.

Para mostrar que a saúde deve adotar uma visão ampla (e leia-se também integral), em seu texto sobre a equidade na saúde, Sen discute uma solução que é comumente levantada por alguns defensores da igualdade, ao citar o exemplo de dois

homens, um rico e outro pobre, ambos com a mesma tendência para uma doença dolorosa, o autor observa que o homem rico poderá pagar por um tratamento melhor e, assim, estará em situação de vantagem ao outro. Ninguém discordaria que a posição do homem pobre é injusta. Mas poderíamos dizer que a liberdade que goza o homem rico, em poder pagar seu próprio tratamento, é injusta? Se assim o fosse, deveríamos concordar com uma política que restringisse, e até mesmo proibisse que o homem rico pudesse gastar seu dinheiro com o tratamento para sua doença. Em vez disso, teria que ser tratado sob as mesmas condições de atendimento que o homem pobre.

Nesse caso, haveria uma igualdade de atendimento, sem dúvidas, mas não haveria equidade na saúde, e menos ainda uma atenção integral. Isso porque o homem rico continuaria rico, e poderia muito bem com seu dinheiro investir em momentos de lazer que tornariam o sofrimento de sua doença menos gravosa. Já o homem pobre, continuaria pobre, e não teria nenhum ganho com a obrigatoriedade do homem rico realizar o tratamento de saúde da mesma forma que ele. Sen, com esse exemplo, deseja demonstrar que a igualdade de atendimento não é o suficiente para gerar a igualdade desejada. No caso acima, seria muito mais produtivo que se criassem políticas e arranjos em que o homem rico pudesse arcar não apenas com seu próprio tratamento, mas também custear os daqueles que não podem pagar (SEN, 2010).

Esse exemplo elaborado por Sen demonstra, ao mesmo tempo, não apenas a necessidade de uma visão integral da questão da saúde, que envolva também uma análise da pobreza, por exemplo, mas também demonstra a prioridade que se deve dar a determinadas camadas que se encontram em situação de destacada vulnerabilidade social. São sobre essas pessoas que mais pesam certas doenças e enfermidades. Claro que muitas doenças atingem invariavelmente, ricos e pobres, mas não podemos negar que, sobre certas circunstâncias de renda, urbanização, regionalização e nível de acesso a saneamento e água limpa, o grau de enfermidades é bem maior. Essa é a razão, conforme já apontamos, para escalar a integralidade da saúde em um espectro hierárquico, que se distribua conforme a urgência de certas demandas e a necessidade dos assistidos.

Mas o que justificaria essa priorização em camadas mais pobres e onde as enfermidades são mais comuns? Ou ainda, o que justificaria que os ricos ou o restante da sociedade arcasse com os custos de saúde da população que não pode pagar por um serviço privado de saúde?

SAÚDE E DISTRIBUIÇÃO DE DEMANDAS POR REGIÕES DE ACORDO COM AS NECESSIDADES

Ao contrário do que são acusados, os liberais igualitários podem oferecer uma resposta as demandas diferenciadas de saúde, conforme a necessidade de cada, desde que limitadas (como já vimos) aos serviços que são eleitos pela comunidade. Conforme já foi visto antes, tanto Rawls, quanto Dworkin, e mesmo Sen, oferecem respostas consistentes para o problema da má distribuição desse atributo. Em todos podemos observar uma preocupação com as diferenças entre os indivíduos. Assim como todos defendem algum mecanismo de redistribuição daquilo que acreditam que deve ser igualdo (com exceção de Sen, que não possui um mecanismo explícito e concreto de correção dessas injustiças). O princípio da diferença em Rawls, ou o seguro hipotético de Dworkin, penso, são boas respostas para a questão da desigualdade no acesso a saúde, mesmo que se pensássemos sob a ótica regional. Colocariam a questão sob a aba da tributação proporcional e de outros esquemas redistributivos.

Mas nesse ponto, gostaríamos de lançar mão de outro argumento, que embora também seja em favor da igualdade, tem como foco principal o que podemos chamar de *prioritarismo*. Em poucas palavras, trata-se de reconhecer, em determinadas circunstâncias, que a igualdade não é a melhor métrica para solucionar um conflito distributivo. Podemos utilizar a noção de urgência para designar quais escolhas alocativas faremos. Nesse sentido, Derek Parfit, analisa o exemplo elaborado por Thomas Nagel, em que duas crianças, uma saudável e contente, e outra sofrendo de uma doença incapacitante, possuem necessidades dispares, sendo que a primeira irá progredir consideravelmente ao ir para uma área suburbana, ao passo que a segunda poderia receber um tratamento especial caso fosse para a cidade. Para complicar a questão, Nagel argumenta que, neste caso hipotético, o ganho que a primeira criança (saudável e contente) terá ao ir para o subúrbio, é consideravelmente maior que o ganho que a segunda criança (que sofre da doença incapacitante) terá ao ir para a cidade (PARFIT, 2000).

Diante de tal situação, é possível visualizar pelo menos duas escolhas: (1) a escolha que se mostra mais igualitária, qual seja, ir para o subúrbio e fazer com que o filho saudável possa progredir, ao passo que o filho doente continue nessa condição; ou (2) optar por uma outra saída, levando o filho doente para a cidade, onde há um tratamento especial para sua doença, ainda que aquilo não agregue para a igualdade, na medida em

que as perdas do filho saudável serão consideravelmente maiores ao ir para a cidade, sendo que a situação do filho doente nem melhorará tanto assim.

Peguemos esse exemplo utilizado por Nagel e transportemos para realidade da saúde brasileira. Substituamos o exemplo óbvio, com pacientes que precisam de tratamento médico, para o de regiões territoriais que demandam maior ou menos atenção de saúde, segundo sua vulnerabilidade para certas enfermidades e epidemias. De um lado a região norte do Brasil, onde as condições de saneamento, estrutura hospitalar e urbana, bem como níveis de renda e riqueza são consideravelmente mais precários do que da região norte. Podemos supor que, investir recursos na região norte, mais especificamente nas zonas rurais, teria um impacto muito pequeno sobre a melhoria da qualidade de vida daqueles habitantes, ao passo que destinar esses recursos para o Sudeste pudesse gerar maior prosperidade aquela região já agraciada com outras vantagens.

Se optássemos pela solução mais igualitária, segundo este exemplo, seríamos conduzidos a escolher a destinação dos recursos para a região sudeste, pois isso traria grande impacto sobre aquela região, e ao mesmo tempo isso poderia ser revertido em benefício posterior das classes e regiões mais vulneráveis, parecido com a proposição elaborada por Rawls em seu princípio da diferença e com uma solução semelhante aquela sugerida por Sen alguns parágrafos acima em seu exemplo sobre a distribuição do atendimento à saúde. Ainda que os recursos fossem melhor empregados na região sudeste, considerando que se o fossem na região norte pouco impacto teriam naquela realidade, e ainda que a região sudeste pudesse produzir mais riqueza e reverter isso em benefício das regiões menos favorecidas, devemos reconhecer que, embora este possa ser um arranjo igualitário, ele viola em parte nosso senso de justiça.

Tem algo nestas noções de justiça que vão além da mera igualdade. Parfit observa que, em determinadas situações, embora devamos sempre reconhecer o valor da igualdade, se faz necessário a compreensão de um senso de emergência que nos conduz ao que ele denomina de “*the priority view*”, a qual nos demanda a beneficiar, independentemente dos ganhos em termos de igualdade que possam advir dessa escolha, necessariamente aquele que se encontra em pior situação.

É verdade que em determinados casos, o enfoque da prioridade, pode equivaler ao princípio da diferença de Rawls, uma vez que, em última análise, este também requer que os benefícios sejam revertidos prioritariamente aos que se encontram em posição de desvantagem. Contudo, cremos que o *prioritarismo* de Parfit oferece uma solução além daquela para a qual as teorias liberais igualitárias podem trabalhar, quando ainda que uma

escolha produza maior igualdade, você deva optar em beneficiar aquele que se encontra em pior situação.

Essa argumentação poderia ser utilizada para justificar a **regionalização** do SUS, com a destinação de recursos específicos para regiões que se encontrem em pior situação no tocante a determinadas demandas de saúde. Ainda que outro arranjo seja possível, e que gere mais igualdade, os benefícios alcançados pelo enfoque do *prioritarismo* são mais imediatos que aqueles alcançados por uma política tributária de redistribuição de riquezas.

Assim como a regionalização se situa nesse meio termo entre uma justificação liberal igualitária de um lado (quando a igualdade beneficiar diretamente os Estados menos favorecidos), e prioritarista do outro (quando a igualdade relegar a ajuda imediata dos Estados menos favorecidos), a descentralização pode ser fundamentada na mesma rubrica. Ambas diretrizes correspondem a medidas de descentralização do pacto federativo, garantindo a atenção à saúde de regiões segundo a sua diversidade e também descentralizando da União para os Municípios os serviços de saúde.

Ocorre que, para a **descentralização**, a fundamentação teórica da concepção de justiça que melhor explica essa diretriz, cremos, seja a de uma política fiscal de repasse dos recursos arrecadados pelos entes federativos (especialmente os Estados e União) e redistribuídos para os Municípios. Observe-se que, tal política fiscal é bastante semelhante aos esquemas de arrecadação tributária e redistribuição dos benefícios que já havia sido sugerido por Rawls e Dworkin. É dizer, embora os Municípios mais pobres arrecadem menos, em comparação aos demais Entes Federados, o pacto federativo brasileiro prevê a concentração da atividade fiscal para posterior redistribuição de acordo com as necessidades, especialmente aquelas referentes a saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, vimos que o as teorias liberais igualitárias podem servir como fundamento da racionalidade do Sistema Único de Saúde, tal qual insculpido na Constituição Federal de 1988. Há certa segurança de que tais teorias são capazes de justificar a principal base normativa do SUS, qual seja a universalidade.

Contudo, restam ainda algumas incertezas e inconsistências nas teorias analisadas quanto a perguntas que surgem da derivação da necessidade de universalidade. O problema distributivo, pragmaticamente considerado, continua a desafiar tais teorias.

Como vimos, não basta apenas afirmar a universalidade do SUS e ignorar os problemas óbvios da escassez e das diferenças entre as demandas.

Uma visão purista do liberalismo igualitário poderia ser insensível a esses problemas. Nesse sentido, cremos que Dworkin e Amartya Sen, bem como Derek Parfit, avançam um degrau a mais ao transporem a barreira da mera filosofia moral, para a filosofia política (dos problemas reais). Não que Rawls possa ser acusado de ter uma teoria puramente moral. Certamente sua teoria é política (com base na filosofia moral). Mas por não ter se debruçado especificamente sobre o problema da distribuição de um recurso escasso tão essencial quanto a saúde, geralmente a leitura feita de Rawls aponta na direção de ser a saúde não apenas um direito universal, como também absoluto.

Como demonstramos, essa leitura não parece adequada, especialmente quando analisada juntamente com os outros princípios e diretrizes do SUS que sugerem que as demandas de saúde sejam também administradas de forma coletiva e regionalizada. Tal evidência, aponta para a necessidade de uma reconstrução das bases morais do liberalismo igualitário, a fim de evitar que entre em contrassenso com sua base deontológica.

REFERENCIAS

BENTHAM, Jeremy *Uma Introdução aos Princípios da Moral e da Legislação*. Tradução de Luiz João Baraúna. São Paulo: Abril Cultural, 1979.

BRITO FILHO, José Claudio Monteiro de. *Direito Fundamental à Saúde: propondo uma concepção que reconheça o indivíduo como seu destinatário*. Revista de Direito Internacional dos Direitos Humanos, v. 2, p. 168-182, 2014.

DWORKIN, Ronald. *A virtude Soberana: a teoria e a prática da igualdade*. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FLEISCHACKER, Samuel. *Uma breve história da justiça distributiva*. Tradução de Álvaro de Vita. São Paulo: Martins fontes, 2006.

GARGARELLA, Roberto. *As teorias da justiça depois de Rawls: um breve manual de filosofia política*. Tradução de Alonso Reis Freire. São Paulo: WMF Martins fontes, 2008.

KYMLICKA, Will. *Filosofia política contemporânea: uma introdução*. Tradução de Luis Carlos Borges. São Paulo: Martins Fontes, 2006

NOZICK, Robert. *Anarquia, estado e utopia*. Tradução de Vitor Guerreiro. Lisboa – Portugal: Edições 70, 2009.

PARFIT, Derek. “Equality or Priority”, in Matthew Clayton and Andrew Williams (eds.), *The ideal of Equality*, New York: Palgrave Macmillan, 2000. p. 81-126.

RAWLS, John. *Uma Teoria da Justiça*. Tradução de Jussara Simões. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

SEN, Amartya; KLIKSBURG, Bernardo. *As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.