

Justiça social e equidade em saúde: uma abordagem centrada nos funcionamentos

Social justice and equity in health: an approach centered in the functionings

Carlos Dimas Ribeiro

Universidade Federal Fluminense. Instituto de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: dimasmribeiro@gmail.com

Resumo

Trata-se de um ensaio de natureza teórica que objetiva defender uma concepção de justiça social voltada aos funcionamentos dos indivíduos, articulando a discussão da justiça com o debate sobre equidade em saúde. Na introdução, são discutidas as circunstâncias da justiça, abordando a questão da escassez dos recursos no campo da saúde. No primeiro item, analisa-se a noção da equidade em saúde, apresentando os principais enfoques abordados, em particular o conceito de equidade em saúde proposto por Margaret Whitehead, amplamente utilizado na saúde coletiva. No segundo item, apresenta-se, brevemente, a Abordagem das Capacitações desenvolvida por Amartya Sen e Martha Nussbaum, que recuperam a noção aristotélica de funcionamento. Ao final, critica-se essa abordagem e defende-se a Perspectiva dos Funcionamentos (PF), proposta por Maria Clara Dias, aplicada ao campo da saúde. Dessa forma, os concernidos da justiça são sistemas funcionais e o que se quer igualar para propósitos de justiça é a integridade funcional dos seres vivos. São apresentadas algumas vantagens dessa perspectiva, considerada aquela que melhor preenche os requisitos de uma concepção de justiça extensiva a todos no Brasil.

Palavras-chave: Justiça Social; Políticas Públicas; Equidade em Saúde; Abordagem das Capacitações; Perspectiva dos Funcionamentos.

Correspondência

Rua Pareto, 4, apto. 101, Tijuca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP 20550-120.

Abstract

This is a theoretical article that aims to defend a conception of social justice facing functionings of individuals, articulating the justice discussion with the debate on health equity. In the introduction, we discuss the circumstances of justice, addressing the issue of lack of resources in the health field. The first item analyzes the concept of health equity, presenting the main approaches used, in particular, the concept of health equity proposed by Margaret Whitehead, widely used in public health. The second item presents briefly the Capability Approach developed by Amartya Sen and Martha Nussbaum, which recover the Aristotelian notion of operation. Finally, this approach is criticized and the Perspective of Functionings (PF), proposed by Maria Clara Dias, applied to the field of health, is defined. Therefore, the justice concerned are functional systems and what we want to match for justice purposes is the functional integrity of living beings. Some advantages of this perspective—considered the one that best meets the requirements of a broad conception of justice to all individuals in Brazil—are exposed. **Keywords:** Social Justice; Public Policy; Equity in Health; Capability Approach; Functioning Approach.

Introdução

A justiça social relaciona-se, de uma forma ou de outra, à noção de igualdade na distribuição de bens na sociedade, entre eles a saúde, requerendo um conjunto de instituições, normalmente vinculadas ao Estado, responsáveis por essa distribuição.

Dessa forma, as teorias de justiça procuram responder a duas questões fundamentais: quem são os concernidos e o que igualar para propósitos de justiça. Em relação à primeira, a teoria pode contemplar em seu escopo, por exemplo, apenas os seres humanos, ou incluir também os animais não humanos.

Em relação à segunda, como observa Sen (2001), toda concepção de justiça valoriza a igualdade em determinado espaço. Mas, sendo os indivíduos tão diferentes em diversos aspectos - nas condições socioeconômicas, nas biológicas, nos talentos e nos planos de vida etc. - o que se deve igualar para que haja justiça? As teorias de justiça divergem sobre o espaço avaliatório, dentro do qual se especifica o objeto de valor que deve ser igualado. Esse espaço avaliativo determina o conjunto de informações que serão incluídas - e as que serão excluídas - para o processo de análise. Assim, para Rawls, o que deve ser igualado são os bens primários, para Nozick são as liberdades, para Dworkin são os recursos e para Sen e Nussbaum são as capacitações, caracterizando um contexto contemporâneo de pluralidade de concepções de justiça distributiva (Sen, 2001).

Dois são as circunstâncias, sem as quais não emergiria um problema de justiça: a condição subjetiva do pluralismo moral e a condição objetiva da limitação de recursos (Rawls, 2003). Se tivéssemos todos os recursos necessários para satisfazer nossas necessidades e se estivéssemos de acordo sobre quais necessidades devem ser satisfeitas, não teríamos um problema de justiça.

O pluralismo moral pode ser exemplificado quando observamos as diferentes teorias de justiça distributiva e suas aplicações ao campo da saúde, as quais adotam diferentes concepções de saúde e respondem de maneiras diversas à questão do que deve ser igualado para alcançar a justiça no campo da saúde.

No caso da limitação de recursos na saúde, isto é, da lacuna entre os recursos disponíveis e as deman-

das existentes, devem ser destacados seus componentes externo e interno (Denier, 2007). O primeiro refere-se à natureza limitada dos recursos, em que sua utilização para obter determinados benefícios significa excluir outros benefícios que adviriam se os recursos fossem investidos de forma diferente. Em outros termos, trata-se da relação entre os recursos e o conjunto dos bens a ser distribuídos pelas instituições do Estado, que incluem não apenas a saúde, mas outros bens igualmente importantes, como a educação e o trabalho, entre outros.

O segundo relaciona-se à intensificação, produzida socialmente, de nossas necessidades e desejos, de modo que a experiência da escassez se origina na impossibilidade de satisfazer nossas demandas ilimitadas (Denier, 2007). Nesse contexto, devem ser ressaltados os processos sociais de medicalização da vida operados pelo Complexo Médico-Industrial, que adota uma visão do progresso médico pautada pela concepção da saúde como o principal bem a ser promovido e por uma produção imaginária da saúde perfeita e da imortalidade (Callahan, 1998). Para tanto, utiliza várias estratégias para ampliar as demandas por tecnologias médicas, entre elas a transformação de problemas sociais em doenças, a criação de novas doenças ou a ampliação da definição de doenças já conhecidas para abarcar novos pacientes, e a extensão do uso de determinadas tecnologias para problemas não originalmente incluídos em seu escopo (Camargo Jr., 2003).

As abordagens para lidar com a limitação de recursos podem ser agrupadas em três modalidades (Denier, 2007). A abordagem utópica, que questiona se existiria, de fato, limitação de recursos e acredita que seja possível construir uma condição futura de abundância, seja no sentido de uma mudança da sociedade em que os recursos não seriam desviados para fins privados, mas, sim, priorizados de forma adequada para a satisfação das verdadeiras necessidades dos indivíduos, seja no sentido de uma transformação econômica, social e cultural radical da sociedade em que as circunstâncias da justiça seriam, de alguma maneira, profundamente alteradas.

A abordagem econômica aceita a escassez de recursos e propõe otimizar o uso dos recursos e estabelecer limites para sua utilização, por meio de adequados mecanismos de racionalização e priori-

zação, que realizem a combinação mais satisfatória entre eficiência, efetividade e equidade.

Finalmente, temos a abordagem filosófica, que compreende a limitação de recursos como expressão da finitude dos seres humanos, buscando uma valorização positiva dos limites humanos e uma atitude equilibrada para com as possibilidades das tecnologias médicas.

Não penso que essas três abordagens precisem ser necessariamente incompatíveis. Elas parecem apontar aspectos complementares do problema da escassez dos recursos bastante importantes. Podemos adotar uma perspectiva utópica e lutar para uma transformação profunda da sociedade que altere, de alguma forma, as circunstâncias da justiça, sem que isso signifique que precisemos negar a natureza finita da condição humana. Também podemos lutar por uma sociedade em que os recursos não sejam usados indevidamente para fins privados, sem excluir o uso de estratégias centradas na eficiência, embora elas devam ser reguladas por princípios de justiça.

A tomada de decisão para a alocação de recursos no campo da saúde ocorre em dois níveis básicos (Engelhardt, 1998). Na macroalocação ocorrem as decisões referentes aos recursos que serão alocados na saúde, em relação aos outros bens, considerando o orçamento global do Estado, nas instâncias nacional, estadual e municipal, e a divisão dos recursos no interior do orçamento da saúde, que deve contemplar as áreas da promoção da saúde e prevenção da doença, da cura e da reabilitação, entre outras.

Na microalocação operam determinados padrões para as decisões sobre a alocação de recursos, que tem características próprias em cada modalidade assistencial, como o transplante ou a medicina intensiva, por exemplo, determinando-se o que será oferecido a cada paciente específico.

O objetivo deste trabalho é discutir uma concepção de justiça no campo da saúde humana voltada às capacidades ou funcionamentos dos indivíduos. Para tal, analiso, em primeiro lugar, a questão da equidade em saúde, apresentando os principais enfoques utilizados. Em seguida, apresento, brevemente, a Abordagem das Capacitações, desenvolvida por Amartya Sen e Martha Nussbaum, que recuperaram a noção aristotélica de funcionamento. Ao final,

discuto os argumentos que nos levam a eleger a Perspectiva dos Funcionamentos (PF), proposta por Maria Clara Dias, como aquela que melhor preenche os requisitos de uma concepção de justiça extensiva a todos no Brasil.

Para tanto, utilizamos uma bibliografia especializada que, por um lado, contextualiza o problema da justiça e da equidade em saúde e, por outro, permite analisar a Abordagem das Capacitações e a Perspectiva dos Funcionamentos, defendendo-se esta última perspectiva. Em especial, consultamos, para os propósitos deste artigo, autores representantes de duas importantes teorias de justiça contemporâneas, a Justiça como Equidade de Rawls (2003), e sua extensão para o campo da saúde, realizada por Daniels (2008), e a Abordagem das Capacitações, proposta por Sen (2010) e Nussbaum (2007), e sua aplicação à saúde elaborada por Venkatapuram (2011), além da produção referente à perspectiva aqui defendida. Tomamos como fio condutor na contraposição entre a Abordagem das Capacitações e a Perspectiva dos Funcionamentos, as duas questões mencionadas anteriormente, isto é, quem são os concernidos e o que igualar para propósitos de justiça. Nos limites deste trabalho, não foi possível discutir qual concepção de saúde seria mais coerente com a Perspectiva dos Funcionamentos, o que fizemos de forma introdutória em outro trabalho (Ribeiro; Dias, 2014).

Equidade em saúde

Conforme o exposto anteriormente, podemos pensar a relação entre equidade e igualdade em termos de meios e fins. A igualdade diz respeito ao que se pretende alcançar com a justiça - quais são os concernidos e o que igualar para propósitos de justiça -, ao passo que a equidade está relacionada às estratégias de pesquisa ou às políticas públicas que visam a superar a desigualdade entre aqueles que alcançaram e os que não alcançaram a igualdade pretendida.

Em certo sentido, pode-se dizer que a equidade introduz a diferença em questões de justiça, na medida em que, tomando Aristóteles como referência, significa tratar os iguais de forma igual - equidade horizontal - e os desiguais de forma diferente - equidade vertical (Lues, 2003). Trata-se de realizar uma “justa distribuição desigual”, estando sensível para

as singularidades dos contextos concretos e atento para as diferenças entre os indivíduos e grupos sociais que possam impedir a igualdade, em conformidade com a teoria de justiça utilizada (Siqueira-Batista; Schramm, 2005). No campo da saúde, a equidade horizontal pode ser exemplificada na diretriz “igualdade de tratamento para necessidades iguais”, e equidade vertical na diretriz “desigualdade de tratamento na medida em que os que recebem tratamento são desiguais” (Denier, 2007, p. 44).

De modo geral, no campo da saúde coletiva, existe uma dissociação entre as discussões sobre teorias de justiça distributiva e as políticas públicas, excluindo algumas poucas contribuições. O próprio termo “equidade em saúde” é pouco encontrado na legislação brasileira relativa à saúde, tendo mais destaque os conceitos de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, embora alguns componentes da legislação pudessem ser interpretados do ponto de vista da equidade em saúde (Campos, 2006; Duarte, 2000). Da mesma maneira, o termo não é muito tematizado nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, não se destacando os grupos sociais desfavorecidos e suas necessidades em saúde (Pinheiro; Westphal; Akerman, 2005).

Nas pesquisas acadêmicas quanto à equidade em saúde, predominam estudos empíricos sobre a desigualdade em saúde, sobretudo em relação ao acesso à saúde e aos serviços de saúde, que não explicitam um conceito de equidade em saúde. Paim (2006) avalia que, embora a maioria dos trabalhos não tenha por objetivo uma análise teórica, predominam duas abordagens.

Por um lado, temos o enfoque econômico, que prioriza a eficiência na distribuição dos recursos e tem na economia da saúde, como disciplina acadêmica, um objeto privilegiado. No plano das políticas públicas financiadas pelos organismos internacionais, como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento, empreendidas na América Latina na década de 1990, essa abordagem vem patrocinando políticas de ajuste macroeconômico, defendendo a redução do papel do Estado e o fortalecimento do mercado (Paim, 2006). Em relação à esfera da saúde, esse enfoque promove políticas de focalização em oposição às políticas universais, concentrando os recursos em “pacotes

básicos de intervenções em saúde pública e assistência médica comprovadamente custo-efetivas para os mais pobres” (Duarte, 2000, p. 459).

Por outro lado, temos o enfoque centrado na ideia de justiça, encontrado em alguns trabalhos que, recorrendo a autores como Aristóteles, Rawls e Sen, discutem as diferenças conceituais entre igualdade e equidade, embora maiores aprofundamentos sejam necessários sobre o tema (Paim, 2006).

Muitas das pesquisas empíricas tomam como referência o artigo “The concepts and principles of equity and health” de Margaret Whitehead (1992, p. 433), no qual a equidade em saúde é definida como aquelas desigualdades que são desnecessárias, evitáveis e injustas, e objetiva que “todos devem ter uma justa oportunidade para atingir seu total potencial de saúde”. Embora possamos reconhecer os méritos da autora em contribuir para uma definição de equidade em saúde que pudesse ser operacional, orientando as pesquisas empíricas sobre o tema, algumas críticas podem ser levantadas (Daniels, 2008; Venkatapuram, 2011).

A primeira é que falta, nesse trabalho, uma teoria de justiça que forneça os critérios para julgar se determinada desigualdade é injusta ou não. E mais, a determinação do que seja evitável antecede ao que seja justo, expressando uma total confiança na ciência e, em particular, na epidemiologia, para determinar quais desigualdades em saúde são evitáveis. Não se deve esquecer que a epidemiologia não é, como qualquer ciência, um empreendimento neutro ou livre de valores, mas um produto social e, no caso da epidemiologia hegemônica, incorpora um conjunto particular de doenças reconhecidas pela biomedicina. Nesse sentido, o escopo ou conteúdo da justiça é determinado pela epidemiologia, quando a justiça é que deveria guiar os esforços da epidemiologia.

A segunda é que, para a autora, o teste crucial para se distinguir se uma desigualdade em saúde é injusta ou não depende do grau de escolha ou controle direto que uma pessoa possui em relação à situação que provocou o adoecimento. Assim, a autora exclui das considerações éticas relativas à justiça as desigualdades advindas da “loteria natural” e os comportamentos prejudiciais livremente escolhidos. Contudo, a ênfase no grau de escolha do indivíduo e sua responsabilidade pela sua saúde,

além de ser complexas e difíceis de determinar, tendem a justificar formas de culpabilização dos indivíduos pelos seus comportamentos não saudáveis e restrições ao direito de acesso a determinados serviços, invertendo-se a fórmula preconizada pela constituição brasileira de “direitos de todos e dever do Estado” para a fórmula “direitos do Estado e dever dos cidadãos” (Schramm, 2007).

A terceira é que não fica claro se as situações consideradas inevitáveis devem-se à escassez de recursos disponíveis, insuficiência de conhecimento sobre a etiologia, controle ou tratamento da doença ou limitações tecnológicas para atuar no problema de saúde que se quer modificar. Um dos determinantes para a saúde deficiente da população de alguns países é justamente o limitado investimento de recursos na saúde e o não domínio de determinadas tecnologias que estão disponíveis em outros países. Um exemplo são as chamadas doenças negligenciadas, como tuberculose e hanseníase etc., em que faltam recursos tanto para a assistência quanto para a pesquisa. Nesses casos, seria extremamente inapropriado avaliar que as desigualdades em saúde são inevitáveis e, portanto, injusta, mesmo que sejam situações difíceis de modificar a curto ou médio prazo.

Três enfoques principais para a equidade em saúde podem ser identificados, se considerarmos os objetos de valor que devem ser igualados (Denier, 2007).

No enfoque da igualdade em saúde, o objeto de valor são os resultados em saúde. Nesse caso, argumenta-se que os serviços de atenção à saúde são meramente instrumentais, isto é, têm por objetivo a promoção da saúde, e, dessa forma, a equidade em saúde deve ser concebida em termos da igualdade dos resultados em saúde que deverão ser alcançados. Contudo, não é uma visão nem realística nem desejável. Não é realística porque a saúde é afetada por um conjunto bastante amplo de determinantes - incluindo componentes sociais e biológicos -, e pode ser promovida de diversas maneiras e em muitas direções - em virtudes das possibilidades das tecnologias médicas -, de modo que seria impossível alcançar a igualdade nesse espaço avaliativo. Não é desejável porque para alcançar a igualdade poderia ser necessário forçar os indivíduos a adotar o mesmo padrão de comportamento em relação à saúde, em detrimento de seus próprios valores e escolhas.

O segundo enfoque estabelece como objeto de valor o uso dos serviços de saúde para igual necessidade. Nesse caso, teremos o mesmo tipo de problema relatado no enfoque anterior, na medida em que para igualar o uso dos serviços poderia ser necessário desconsiderar os valores e escolhas dos indivíduos em relação à sua utilização, impondo uma adesão dos pacientes às tecnologias médicas.

Finalmente, para o terceiro enfoque, o objeto de valor é o acesso aos serviços de saúde para igual necessidade, implicando que todos na sociedade têm igual oportunidade de utilizar esses serviços. Dessa forma, o espaço avaliativo diz respeito às condições econômicas, sociais, culturais e de organização dos serviços, entre outros fatores, para sua utilização, respeitando os valores e escolhas das pessoas em relação ao uso dos serviços.

Neste item, procuramos caracterizar, de modo geral, a equidade em saúde, discutindo seus principais enfoques e criticando o conceito de equidade proposto por Whitehead. Entre as insuficiências dessa concepção, destaca-se a dissociação entre uma abordagem de justiça e a equidade em saúde. Nos dois próximos itens, contrapomos a Abordagem das Capacitações e a Perspectiva dos Funcionamentos, em termos de qual das duas seria mais satisfatória para aplicar ao campo da saúde.

A abordagem das capacitações: uma apresentação

A Abordagem das Capacitações (*capability*), desenvolvida por Amartya Sen e Martha Nussbaum, pode ser definida como uma perspectiva para “avaliar a qualidade de vida e teorizar sobre justiça social básica” (Nussbaum, 2011, p. 18). Estabelece como espaço avaliatório o que cada pessoa é capaz de “fazer” e “ser”, focalizando sobre a escolha ou liberdades substantivas que as pessoas podem ou não exercer (Nussbaum, 2011).

Trata-se de uma concepção de justiça que concentra sua atenção em comparações relativas entre sociedades ou alternativas sociais mais ou menos justas, dentro de determinada sociedade. Dessa forma, pretende enfrentar as demandas sociais reais das sociedades relacionadas à justiça, afastando-se de teorias abstratas alijadas da experiência humana

concreta (Sen, 2010). Situa-se entre as abordagens da justiça orientadas para o resultado, centrando-se na vida que as pessoas são efetivamente capazes de levar, diante das instituições existentes (Nussbaum, 2007).

Capacitações, capacidades e funcionamentos, pelo menos no modo como são apresentados por Sen, são conceitos correlacionados, porém, distintos. As capacitações correspondem à liberdade de realizar ou alcançar uma combinação de funcionamentos que expressem oportunidades reais para realizar modos de viver, dentro de um leque de alternativas disponíveis. As capacidades referem-se às várias combinações de estados e ações inter-relacionados que uma pessoa pode realizar. Os funcionamentos referem-se a cada ação ou estado que compõe as diversas opções de combinações disponíveis.

Nussbaum (2007) propõe uma lista de capacitações centrais que caracterizariam toda e qualquer vida humana, de modo que estaria sendo violada a própria noção de dignidade humana se o indivíduo não pudesse exercê-las. Tais capacitações seriam reconhecidas como essenciais nas diferentes esferas em que os seres humanos atuam (saúde, trabalho, educação, lazer, política, etc.), considerando os vários estágios de um ciclo de existência (nascimento, infância, adolescência, fase adulta, velhice e morte). Para o exercício dessas capacitações são necessárias certas condições sociais, econômicas, culturais, entre outros fatores, de modo que o indivíduo possa efetivamente escolher e realizar um modo de vida determinado.

Com base nessa perspectiva, Nussbaum (2007) propõe dez capacitações centrais - (1) vida, (2) saúde corporal, (3) integridade física, (4) sensações, imaginação e pensamento, (5) emoções, (6) racionalidade prática, (7) afiliação, (8) relação com seres de outras espécies, (9) lúdico e (10) controle sobre o ambiente (político e material) -, incluindo funcionamentos tais como a liberdade de viver uma vida com longevidade normal, de ter boas condições de saúde, de estar bem nutrido e abrigado, de não ser acometido por doenças evitáveis ou morrer prematuramente, de usufruir da liberdade sexual e reprodutiva, liberdade de expressão e associação, de estabelecer vínculos afetivos com pessoas e coisas, de interagir socialmente, colocando-se no lugar do outro, de desenvolver autorrespeito etc.

Perspectiva dos funcionamentos aplicada ao campo da saúde

Na abordagem adotada neste trabalho, os organismos vivos são concebidos como sistemas funcionais complexos, dotados de um conjunto de capacidades ou funcionamentos que os caracterizam (Dias, 2014a, 2014b). Nesse sentido, a justiça requer a igual promoção da integridade funcional dos seres vivos, de modo que eles possam expressar sua natureza própria, sendo eticamente errado impedir que possam florescer. Isso inclui um conjunto amplo e variado de sistemas funcionais, não apenas entre os seres humanos - indivíduos autônomos, crianças, idosos com demência grave, indivíduos dependentes de tecnologias médicas etc. -, mas, também, incorporando outros seres vivos não humanos.

Uma possível aplicação da Perspectiva dos Funcionamentos (PF) para o campo da saúde foi proposta em trabalho anterior (Ribeiro; Dias, 2014), incorporando o conceito de normatividade vital de Georges Canguilhem (2009). Essa proposta pode ser caracterizada em quatro componentes fundamentais:

- I. A saúde é a capacidade normativa dos seres humanos, operando por meio de um conjunto de funcionamentos básicos - como um sistema dinâmico e interativo - que, para ser desenvolvidos e exercidos, precisam de determinadas condições materiais de existência.
- II. O que caracteriza um funcionamento como básico é sua centralidade como requisito para uma vida digna. Nesse sentido, tal funcionamento poderia ser reconhecido tanto como condição ou meio para a realização de outros funcionamentos, quanto algo valorável em si mesmo.
- III. O que é básico apenas pode ser determinado, empiricamente, por meio escuta apurada de diferentes vozes e uma atenção refinada às circunstâncias particulares vivenciadas pelos diversos indivíduos, de modo que possamos incluir várias formas de funcionamentos que, do ponto de vista da constituição da identidade do próprio indivíduo, devem ser reconhecidas como fundamentais.
- IV. Todos os indivíduos devem ter direito à saúde e uma qualidade de vida que ofereça as condições para o desenvolvimento e exercício de seus funcionamentos básicos. Tanto a determinação do que em cada caso será um funcionamento básico quanto o nível a ser atingido em cada funcionamento dependerá da natureza específica de cada indivíduo. Saúde, nesse sentido, não pode ser considerada sinônimo de qualidade de vida, mas um dos aspectos constituintes de uma noção satisfatória de qualidade de vida.

A abordagem adotada, aqui, distingue-se das posições de Sen e Nussbaum em duas direções.

Diferencia-se de Sen porque eleger como espaço avaliativo, para propósitos de justiça social e políticas públicas, os próprios funcionamentos e não a liberdade de funcionamentos. A liberdade de escolha é, na PF, um dos funcionamentos relevantes a ser promovidos naqueles indivíduos que têm a possibilidade de exercê-la, desde que certas condições econômicas, sociais e culturais sejam satisfeitas. Contudo, a escolha dos funcionamentos como o objeto de valor nos permite incluir aqueles que jamais desenvolverão essa capacidade. Em um idoso em estágio avançado de demência, por exemplo, a capacidade de fazer escolhas não será o funcionamento mais fundamental a ser promovido, mesmo que consideremos, no cuidado prestado, os valores e preferências que o idoso expressou, quando não tinha demência. Outros funcionamentos podem adquirir uma importância muito maior para a qualidade de vida do idoso, como os funcionamentos elementares relacionados às atividades diárias, entre eles a higiene pessoal, a vestimenta, a alimentação e as atividades fisiológicas, entre outras.

Em outra direção, distingue-se de Nussbaum porque não estabelece uma lista universal de funcionamentos para todos os seres humanos. Para a PF, a determinação de quais funcionamentos são básicos para cada indivíduo é sempre empírica, pois depende de circunstâncias específicas vivenciadas pelos indivíduos. Nesse sentido, a PF está permanentemente aberta à inclusão de diferentes tipos de funcionamentos, desde os mais elementares, como estar bem nutrido, locomover-se adequadamente e ter satisfação sexual, até os mais complexos, como

a capacidade de estar empregado, a liberdade de expressão ou a participação política.

Dois aspectos devem ser sublinhados sobre a abordagem defendida neste trabalho. Por um lado, incorpora a visão de que a universalidade das políticas públicas seria garantir um limiar mínimo de exercício das capacidades e funcionamentos básicos para todos os indivíduos e grupos sociais, como seu critério de igualdade, podendo utilizar-se da focalização como estratégia vinculada à equidade que pudesse contribuir para o alcance da justiça. Trata-se de uma forma de pensar a focalização de forma complexa e ampla, considerando os sujeitos da focalização (o tratamento prioritário aos excluídos) e o conjunto das capacidades e funcionamentos (que se pretende que todos exerçam acima de um limiar mínimo), na qual se deve ser sensível às diferenças que podem existir entre os indivíduos e grupos sociais. Uma pessoa, por exemplo, pode ter um plano de saúde que supra razoavelmente suas necessidades de serviços de saúde, mas ter dificuldade de ingressar no Ensino Superior como condição para acessar a profissão escolhida, sendo necessárias políticas públicas que permitam lidar com essas singularidades.

Por outro lado, a abordagem se inscreve em uma forma de igualitarismo que denominamos igualitarismo das condições básicas de vida, para distinguir de um igualitarismo dos mínimos e de máximos. Em primeiro lugar, a PF afasta-se de um igualitarismo de mínimo, como a proposta neoliberal de um Estado mínimo, que sustenta que cabe ao Estado apenas garantir direitos formais, restringidos aos direitos civis e políticos. Na esfera da saúde, distingue-se do enfoque econômico da equidade, que defende uma focalização residual e seletiva, determinada pelo ajuste econômico como estratégia central da reforma do Estado.

Em segundo lugar, diferencia-se de um igualitarismo de máximos, segundo o qual todos os cidadãos têm o direito a todos os bens produzidos pela sociedade e o Estado deve garantir que esses bens sejam distribuídos igualmente entre todos os seus membros. No contexto brasileiro, o igualitarismo de máximos pode ser expresso na fórmula “o Estado deve oferecer tudo para todos”, justificada em função da integralidade e da universalidade em saúde, independentemente de qualquer ponderação relativa à razoabilidade ou legitimidade da demanda

imposta ao Estado ou de avaliação sobre a maior ou menor necessidade dos indivíduos e grupos sociais. No campo da saúde, esta última perspectiva parece desconhecer as demandas sociais impostas pelo Complexo Médico-Industrial nos processos de medicalização da vida e da saúde.

Algumas vantagens podem ser elencadas em relação à proposta que estamos defendendo. Em primeiro lugar, também considera, como faz Sen (2010), que os problemas de justiça não se restringem aos arranjos institucionais – sendo as instituições entendidas como instrumentos para promover as capacidades e os funcionamentos básicos dos indivíduos e grupos –, mas, também, aos comportamentos adotados pelas pessoas em suas interações sociais e aos padrões de comportamento dos atores sociais no cumprimento da justiça, o que incluiria todos aqueles que tivessem o poder efetivo para realizá-la, incluindo os gestores e os profissionais da saúde.

A segunda é que a PF adota uma concepção de vida digna multidimensional, não elegendo apenas a racionalidade como o critério fundamental para defini-la, mas incorporando o exercício de um conjunto amplo, variado e complexo de capacidades e funcionamentos. Nessa direção, a capacidade de ser saudável assume um lugar fundamental, seja porque tem um valor em si mesma, no sentido de que, de modo geral, valorizamos funcionamentos tais como estar bem nutrido, livre de doenças evitáveis e de morte prematura, mas, também, porque possui um valor instrumental, sendo uma condição essencial para o exercício de outras capacidades.

Essa perspectiva se coaduna com a concepção de saúde como uma das dimensões essenciais da qualidade de vida, sustentando uma abordagem multidimensional para a equidade em saúde que contempla tanto as necessidades de saúde quanto as necessidades de serviços de saúde (Coelho, 2010). Assim, compreendem-se as desigualdades em saúde em termos dos determinantes da saúde – incluindo o modo de produção e reprodução social, as condições de vida e trabalho, a divisão social do trabalho, a posição social dos indivíduos, as redes de apoio social, os estilos de vida, as predisposições biológicas – e as diferenças que podem existir no acesso à saúde e aos serviços de saúde, considerando-se os grupos étnico-raciais, o gênero, os grupos etários, as regiões

geográficas, entre outras variáveis (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

A terceira é que embora a perspectiva focalize, predominantemente, as capacidades e funcionamentos, ela não exclui uma abordagem multifocal que incluísse, por exemplo, os recursos. Nesse caso, a insuficiência de se concentrar nos recursos é que uma pessoa pode possuí-los, mas não ter outras condições necessárias para convertê-los em exercício efetivo das capacidades e funcionamentos relevantes, como assinala Sen (2010) em relação às capacitações.

Por outro lado, a base informacional necessária para avaliar capacidades e funcionamentos - sobretudo se estivermos interessados nos indivíduos e não apenas nos grupos sociais - é mais ampla e exigente, nem sempre está disponível, sendo razoável trabalhar complementarmente com uma abordagem baseada nos recursos. Dessa forma, importa avaliar tanto os processos quanto os resultados alcançados, enfatizados na distinção feita por Sen (2010) entre os "resultados compreensivos" - que incluiria as condutas adotadas, as agências envolvidas, os processos empregados, as relações interpessoais, entre outros componentes - e os "resultados de culminação", entendidos como separados desses componentes.

Finalmente, dentro de uma perspectiva multidimensional para a equidade em saúde que estou defendendo, não considero absolutamente opostos os enfoques para a equidade em saúde discutidos anteriormente, particularmente em relação ao contraponto entre uso e acesso aos serviços de saúde. Em primeiro lugar, ambos os enfoques estão centrados nos recursos, um dos componentes fundamentais para o exercício das capacidades e funcionamentos, embora seja limitado para propósitos de justiça, conforme discutido. Em segundo lugar, a oposição entre os dois enfoques relaciona-se ao problema da liberdade de escolha que, para a perspectiva que defendemos neste trabalho, é um dos funcionamentos relevantes, de modo que para alguns grupos de indivíduos o foco no acesso ao serviço de saúde pode ser o mais adequado, enquanto para outros vai importar o uso desses serviços.

Considerações finais

Neste trabalho procuramos discutir uma concepção de justiça no campo da saúde humana voltada aos fun-

cionamentos dos indivíduos, defendendo a PF como a mais satisfatória, particularmente em relação à Abordagem das Capacitações. Trata-se de uma perspectiva em que os concernidos para propósitos de justiça são sistemas funcionais e o que se pretende igualar é a integridade funcional desses sistemas, permitindo uma extensão daqueles que são incluídos no escopo da justiça. Procuramos mostrar as vantagens dessa perspectiva, aplicada ao campo da saúde, em particular sua concepção de vida digna multidimensional, coerente com a concepção de saúde como uma das dimensões essenciais da qualidade de vida.

Contudo, o artigo apenas apontou um caminho a ser trilhado, em relação à equidade em saúde, que merece mais aprofundamento por meio de estudos teóricos e empíricos. Deve-se refletir, por exemplo, que concepção de saúde é mais adequada para propósitos de justiça e mais coerente com a abordagem que estamos adotando. Também é fundamental elaborar métodos de investigação, de natureza quantitativa ou qualitativa, que permitam investigar as condições de vida dos indivíduos e avaliar as políticas públicas, centrados nos funcionamentos dos indivíduos. Modelos explicativos do processo saúde-doença devem contemplar as condições para o exercício dos funcionamentos básicos dos indivíduos, as interações entre os funcionamentos e as diferenças na distribuição dessas condições entre os grupos sociais e indivíduos no interior da sociedade. Além disso, deve-se utilizar estudos empíricos para avaliar tanto processos macros (políticas públicas etc.), como micros (serviços de saúde etc.), no sentido de analisar se os processos promovem ou não os funcionamentos. Finalmente, pesquisas qualitativas são necessárias para determinar quais funcionamentos são fundamentais, em diferentes grupos, ouvindo-se diferentes opiniões, entre elas, a dos usuários dos serviços de saúde, gestores e profissionais da saúde. Assim, podem ser elaboradas listas de funcionamentos que sirvam de parâmetros para os processos de avaliação indicados acima.

Referências

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

- CALLAHAN, D. *False hopes: why America's quest for perfect health is a recipe for failure*. New York: Simon & Schuster, 1998.
- CAMARGO JR, K. R. *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.
- COELHO, I. B. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 171-183, 2010.
- DANIELS, N. *Just health: meeting health needs fairly*. New York: Cambridge University, 2008.
- DENIER, Y. *Efficiency, justice and care: philosophical reflections on scarcity in health care*. Dordrecht: Springer, 2007.
- DIAS, M. C. Ethical foundations. In: _____. (Org.). *Functioning approach: for a more inclusive moral point of view*. Seattle: Amazon, 2014a. Não paginado. eBook.
- DIAS, M. C. Theories of justice. In: _____. (Org.). *Functioning approach: for a more inclusive moral point of view*. Seattle: Amazon, 2014b. Não paginado. eBook.
- DUARTE, C. M. R. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 443-463, 2000.
- ENGELHARDT, H. T. *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Loyola, 1998.
- LUES, M. F. Equidad y justicia en salud: implicaciones para la bioética. *Acta Bioethica*, Santiago de Chile, v. 9, n. 1, p. 113-126, 2003.
- NUSSBAUM, M. C. *Frontiers of justice: disability, nationality e species membership*. Cambridge: Harvard University Press, 2007.
- NUSSBAUM, M. C. *Creating capabilities: the human development approach*. Cambridge: Belknap of Harvard University, 2011.
- PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006.
- PINHEIRO, M. C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-458, 2005.
- RAWLS, J. *Justiça como equidade: uma reformulação*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- RIBEIRO, C. D.; DIAS, M. C. Health and disease in light of the functionings approach. In: DIAS, M. C. (Org.). *Functioning approach: for a more inclusive moral point of view*. Seattle: Amazon, 2014. Não paginado. eBook.
- SCHRAMM, F. R. Proteger os vulnerados e não intervir aonde não se deve. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, DF, v. 3, n. 3, p. 377-389, 2007.
- SEN, A. *Desigualdade reexaminada*. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- SEN, A. *A idéia de justiça*. Coimbra: Almedina, 2010.
- SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 129-142, 2005.
- VENKATAPURAM, S. *Health justice*. Boston: Polity Press, 2011.
- WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Service: Planning, Administration, Evaluation*, Los Angeles, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

Recebido: 16/07/2014
Reapresentado: 28/11/2014
Aprovado: 17/03/2015