

PRIORIDADES EM CUIDADOS DE SAÚDE: O “JOVEM” E O “IDOSO”

HEALTH CARE PRIORITIES: THE “YOUNG” AND THE “OLD”

BEN DAVIES¹
(Oxford/Inglaterra)

RESUMO

Alguns filósofos e segmentos do público pensam que a idade é relevante para o estabelecimento de prioridades na assistência à saúde. Um argumento construído para discorrer sobre essa questão está baseado na equidade: pacientes “idosos” já tiveram ou um bem mais relevante do que pacientes “jovens” ou o suficiente desse bem e, portanto, têm reivindicações mais fracas de tratamento. Esse artigo, num primeiro momento, observa que algumas das discussões sobre prioridade baseada na idade que se concentram no binômio pacientes idosos e jovens, exibem uma ambiguidade entre duas reivindicações: que os pacientes classificados como idosos devem ter baixa prioridade, e que os pacientes classificados como jovens devem ter alta prioridade. A seguir, o autor argumenta, com base em um problema levantado por Christine Overall, que a equidade não pode justificar dar-se baixa prioridade aos pacientes “idosos”, uma vez que há grande variedade em relação ao tempo de vida e as experiências vividas por pessoas mais velhas, parcialmente influenciadas pela injustiça de gênero, raça, classe, e injustiça por deficiência. Por fim, o autor sugere que pode haver um papel limitado para a priorização com base na idade no contexto referente à morte na infância, já que aqueles que morrem nessa etapa da vida estão sempre e, incontroversamente, entre os em pior situação.

Palavras-chave: Expectativa de vida equitativa; Etarismo; Definição de prioridade.

ABSTRACT

Some philosophers and segments of the public think age is relevant to healthcare priority-setting. One argument for this is based in equity: “Old” patients have had either more of a relevant good than “young” patients or enough of that good and so have weaker claims to treatment. This article first notes that some discussions of age-based priority that focus in this way on old and young patients exhibit an ambiguity between two claims: that patients classified as old should have a low priority, and that patients classified as young should have high priority. The author next argues, drawing on a problem raised by Christine Overall, that equity cannot justify giving “old” patients low priority, since there is wide variety in the total lifetime experiences of older people, partly influenced by gender, race, class, and disability injustice. Finally, the author suggests that there might be a limited role for age-based prioritization in the context of infant and childhood death, since those who die in childhood are always and uncontroversially among the worst-off.

Keywords: fair innings; ageism; priority-setting.

Introdução

Alguns teóricos e segmentos do público² consideram que a idade é um critério válido para definir prioridades na alocação de recursos em saúde. A versão comum dessa visão é denominada "microetarismo", segundo a qual, quando da possibilidade de profissionais médicos poderem prolongar a vida tanto de pacientes "jovens" quanto de "idosos", eles devem priorizar o jovem. Além disso, em saúde pública os gastos podem visar condições de saúde que afetam diferentemente as várias faixas etárias, ou podem priorizar membros de certas faixas etárias para tratamentos que prolongam a vida. Embora menos comumente proposto, alguém pode pensar que, se devemos priorizar pacientes jovens em vez de idosos, como no microetarismo, também devemos priorizar jovens a nível de saúde pública. Chame isso de "macroetarismo".

Existem duas justificativas possíveis para usar a idade como critério de alocação de recursos³. A primeira é uma justificativa da eficiência⁴, também chamada (um tanto enganosamente) de "etarismo utilitarista"⁵. Nesta visão, deve-se maximizar o benefício para a saúde produzido por um conjunto de recursos. Normalmente, prolongar a vida de pacientes idosos produz menos bem total do que prolongar a vida de pacientes jovens. Em alguns casos, como na terapia intensiva, os pacientes idosos têm menores chances de se beneficiar do tratamento. E mesmo quando eles se beneficiam, geralmente, estenderão suas vidas por menos tempo, e com mais complicações de saúde do que pacientes jovens. Tais justificativas têm sido objeto de considerável oposição⁶. Meu foco, no entanto, está em uma segunda justificativa, que apela à equidade e as vezes é chamada "etarismo igualitário"⁷. Nessa visão, devemos priorizar a extensão da vida dos pacientes mais jovens - por meio de microetarismo e ou macroetarismo - porque isso é mais justo. A partir daqui, então, quando eu falar sobre priorização baseada na idade, assumo uma justificativa de equidade.

A versão mais simples de um argumento para prioridade baseada na idade assume o seguinte princípio:

Apenas o Tempo de Vida: Os princípios de justiça distributiva se aplicam ao longo da vida das pessoas e não num momento específico.

Para os propósitos deste artigo –para argumentar contra o padrão de justificativa para o etarismo igualitário –eu assumo que *Apenas o Tempo de Vida* é verdadeiro⁸. Se nos preocupamos com a igualdade, o argumento

Apenas o Tempo de Vida diz que o que nos importa é a igualdade na vida das pessoas (por exemplo, que tenham vidas igualmente boas ou oportunidades iguais durante suas vidas). A vida de duas pessoas pode correr igualmente bem quando consideradas em seu todo, mesmo que nunca sejam iguais em qualquer ponto no tempo, ou em qualquer estágio de suas vidas. Por exemplo, uma pessoa cuja vida começa muito bem e depois piora continuamente pode ter uma vida igualmente boa quando comparada com alguém cuja vida começa muito mal e fica cada vez melhor. Apenas o Tempo de Vida afirma que não há desigualdade relevante para a justiça. Assumir a verdade de Apenas o Tempo de Vida fortalece o argumento da prioridade com base na idade em comparação com uma perspectiva que também se preocupa com períodos mais curtos. Mesmo que os pacientes idosos tenham reivindicações mais fracas, a possibilidade de reivindicações relativas ao tempo complica a questão da prioridade geral. Assim, Apenas o Tempo de Vida fortalece o caso para a visão que eu critico.

A estrutura do artigo é a seguinte. Primeiro, delinheiro o argumento para o etarismo igualitário de forma mais detalhada. Em seguida, apresento um ponto que foi esquecido na discussão da priorização com base na idade. Ao compararmos jovens e idosos, estamos potencialmente conflitando duas ideias distintas: que as pessoas "idosas" têm prioridade mais baixa e que as "jovens" têm prioridade mais alta. Enquanto as categorias de jovens e idosos não são conjuntamente exaustivas (por exemplo, se houver também um grupo de "adultos maduros" ou de "meia idade"), então, essas ideias não são equivalentes.

A seguir, volto para o objetivo principal do artigo, que é argumentar que, se vamos adotar critérios baseados na priorização da idade, a primeira formulação –os idosos têm prioridade mais baixa– não se justifica por fundamentos igualitários. A segunda –os jovens têm maior prioridade– pode ser. A principal razão para isso é uma divergência, a qual aumenta com a idade, no bem-estar dos indivíduos, nas oportunidades e em outros bens que são relevantes para a justiça. Depois de esboçar este argumento e aplicá-lo à questão de dar menor prioridade aos idosos, considero como dar maior prioridade aos mais jovens pode evitar esse problema, e depois exploro brevemente como pode ser uma política para dar prioridade aos jovens. Finalmente, considero duas objeções.

Etarismo Igualitário

Os jovens viveram menos tempo do que os idosos. Assim, afirmam os etaristas igualitários, é justo priorizar o prolongamento de suas vidas. Observe que isso obviamente não se aplica a intervenções que não

prolongam a vida. Se um paciente jovem sobreviverá até tornar-se idoso, não importa o que façamos, não conseguir tratá-lo pode não criar injustiça. Partindo de uma perspectiva igualitária, assumindo Apenas o Tempo de Vida como verdade, vamos querer saber como será o resto de sua vida; pode ser que mesmo sem tratamento o paciente jovem tenha uma vida melhor, no geral, do que o paciente idoso. Isso não quer dizer que um argumento semelhante não possa ser desenvolvido para pelo menos algumas condições de saúde, particularmente aquelas que se espera que tenham efeitos negativos, significativos, ao longo da vida. Mas, vou me ater em minha discussão às intervenções sem as quais um paciente provavelmente morreria.

Existem diferentes maneiras pelas quais podemos entender o argumento da equidade. O argumento da equidade para a priorização da idade pode apelar para:

Igualdade: Prolongar a vida dos idosos aumenta a desigualdade; prolongar a vida dos jovens diminui a desigualdade. Portanto, temos uma razão igualitária para preferir prolongar a vida dos jovens a prolongar a vida dos idosos⁹.

Prioridade: Uma pessoa que morre jovem está não-comparativamente pior do que uma pessoa que morre em idade avançada. Assim, reivindicações de intervenções que prolongam a vida são mais fortes para os jovens.

Suficiência: Existe alguma linha-limite baseada na idade, a partir da qual os idosos estão acima, e os jovens estão abaixo, que marca o ponto em que as pessoas viveram o suficiente. Aqueles que viveram tempo suficiente têm reivindicações mais fracas para intervenções de saúde que prolonguem a vida¹⁰. As reivindicações daqueles que não viveram o suficiente não estão sujeitas a tal fraqueza. Enquanto alguns entendem que essa visão foca puramente na quantidade de tempo que alguém viveu, outros têm enfoques mais complexos onde a completude significa atingir certos tipos distintos de bem.

Volto a essas formulações a seguir. Na próxima seção, porém, mostro que a priorização com base na idade pode focar em um ou ambos, jovens e idosos, e que esses focos não são equivalentes.

"Priorizar o Jovem" e "Preterir o Idoso" Não São Equivalentes

Os pontos de vista sobre a priorização com base na idade são algumas vezes obtidos considerando grupos etários levando em conta a duração da vida inteira (*lifespan*)¹¹. Mas, tais reivindicações também são por vezes demandadas, ou formuladas, comparando o que poderíamos pensar enquanto indivíduos ou grupos de "jovens" e de "idosos". Isso inclui

trabalho empírico sobre as atitudes do público relacionadas à priorização com base na idade, que pede aos entrevistados que comparem pacientes em faixas etárias distantes. Por exemplo, P. A. Lewis e M. Charny, fizeram com que os entrevistados comparassem pacientes com idades entre 5 e 70 anos; 35 e 60 anos; e 2 e 8 anos¹². Os entrevistados preferiram predominantemente pacientes com 5 anos de idade (94%); preferiram fortemente pacientes de 35 anos de idade (80%) e, fracamente, preferiram pacientes com 8 anos de idade (21%, com 54% sem resposta). Enquanto a maioria (74%) achou a primeira comparação fácil, caiu para 40% na segunda comparação e para 8% na terceira. Da mesma forma, Jana Rogge e Bernhard Kittel comparam pacientes de 30 e 70 anos de idade¹³; Daniel Eisenberg e coautores compararam pacientes de 10 e 60 anos de idade¹⁴. Erik Nord e coautores sugerem que o suporte para a priorização baseada na idade provém das preferências do público por "crianças e jovens em detrimento de idosos", e pede aos inqueridos que comparem pacientes de 20 anos com pacientes de 10, 60 ou 80 anos de idade¹⁵. Markku Myllykangas e coautores simplesmente pedem aos inqueridos que avaliem as alegações comparativas de "crianças e jovens" contra as de "pessoas idosas"¹⁶, enquanto Paul Dolan e coautores, descobriram em vários estudos que "a idade era claramente importante, mas não havia um consenso real sobre quando a idade importava para o desenvolvimento de políticas e quando não –exceto no caso de crianças versus adultos"¹⁷.

Assuma que devemos usar tais evidências como um guia para a alocação de recursos de saúde. Comparações de pacientes idosos e jovens nos proporcionariam, então, a seguinte reivindicação:

Prioridade Jovem-Idoso: Ao decidir entre pacientes "jovens" e "idosos" para intervenções que prolongam a vida, a equidade exige que priorizemos jovens.

Partindo das definições mais amplas do trabalho citado acima, suponha que "jovem" signifique "35 anos de idade ou menos", enquanto "idoso" significa "60 anos de idade ou mais"; definições mais restritas desses grupos tornariam meu ponto de vista mais forte. Mesmo com essas definições amplas, ficamos com um terceiro grupo, a "meia idade": aquelas pessoas com idade entre 36 e 59 anos. A Prioridade Jovem-Idoso não nos diz o que fazer quando comparamos pessoas jovens e de meia idade, ou pessoas de meia idade e idosos. Para ambas as comparações, obtemos duas visões possíveis. Por exemplo, um defensor da Prioridade Jovem-Idoso pode pensar que devemos sempre priorizar pacientes mais jovens em detrimento dos pacientes idosos, seja qual for a idade:

Prioridade Jovem-Meia Idade: Ao decidir entre pacientes "jovens" e de "meia idade" para a realização de intervenções que prolongam a vida, a equidade exige que priorizemos pacientes jovens.

Prioridade Meia Idade-Idoso: Ao decidir entre pacientes de "meia idade" e "idosos" para as intervenções que prolongam a vida, a equidade exige que priorizemos pacientes de meia idade.

Dessas três afirmações, pode-se aceitar todas, rejeitar todas ou aceitar algum subconjunto. Nem todos os subconjuntos é racional aceitar. Por exemplo, alguns podem dizer que, embora devamos priorizar os jovens em detrimento dos idosos, devemos evitar priorizar os jovens em detrimento dos de meia idade, ou os de meia idade em detrimento dos idosos, porque a prioridade deve ser dada apenas quando há desigualdade "significativa". Mas isso gera um paradoxo, se devemos escolher entre um paciente jovem, de meia idade ou idoso, visto que, enquanto o paciente jovem deve ser preferido em relação ao paciente idoso, o paciente jovem não tem maior prioridade do que o paciente de meia idade, que, por sua vez, não recebe prioridade maior do que o paciente idoso. Assim, aqueles que aceitam a Prioridade Jovem-Idoso devem aceitar pelo menos uma entre Prioridade Jovem-Meia Idade e Prioridade Meia Idade-Idoso.

Concentro-me, portanto, em duas possíveis combinações de pontos de vista, uma das quais é popular na literatura sobre priorização com base na idade, e a outra não. A primeira combinação visa avaliar a Prioridade Jovem-Idoso e a Prioridade Meia Idade-Idoso, mas rejeita a Prioridade Jovem-Meia Idade. Esse é, essencialmente, o ponto de vista da Expectativa de Vida Equitativa (*fair innings*) e pode ser resumido como:

Preterir o Idoso: pacientes idosos recebem uma prioridade menor para intervenções de saúde que prolonguem a vida do que pacientes de outras faixas etárias. A idade não é relevante de outra forma, pelo menos por razões de equidade.

A segunda combinação também aceita a prioridade Jovem-Idoso. No entanto, rejeita a prioridade Meia Idade-Idoso e avalia a prioridade Jovem-Meia Idade, dando-nos:

Priorizar o Jovem: pacientes jovens possuem uma prioridade mais alta para intervenções de saúde que prolonguem a vida do que pacientes de outras faixas etárias. A idade não é relevante de outra forma, pelo menos por razões de equidade.

É óbvio, mas importante, destacar que essas ideias são diferentes. Elas também são facilmente confundidas se apenas comparamos as reivindicações de pacientes jovens e idosos. Encontrar apoio público para priorizar uma criança em detrimento de alguém com 70 anos de idade é consistente com ambos os pontos de vista e, portanto, não é evidência direta para Preterir o Idoso. Da mesma forma, abordagens filosóficas que visam ampliar as nossas intuições sobre casos para desenvolver propostas éticas e políticas não podem apelar para casos que comparam apenas pacientes jovens e idosos. Agora, como reconheci acima, há muitos trabalhos sobre priorização de idade que não fazem isso; e tais trabalhos podem apoiar as conclusões sobre a opinião pública reivindicada por comparações mais limitadas. Desse modo, uma conclusão preliminar deste artigo é que precisamos ter cuidado ao usar dados ou pensamentos filosóficos experimentais que são ambíguos entre se os entrevistados que valorizam a priorização de pacientes jovens, preterem pacientes idosos, ou ambos (por exemplo, por meio de uma ponderação etária prioritária contínua, como no debate entre Greg Bognar e Iwao Hirose)¹⁸. Se quisermos testar um limite de idade, acima da qual pacientes –classificados como "idosos"– obtêm prioridade reduzida, então a melhor maneira de testar isso não é comparando esses pacientes com crianças ou adultos jovens, mas sim com aqueles logo abaixo do corte. Se quisermos testar se existe uma preferência geral e contínua por pacientes mais jovens sobre os mais idosos em todas as fases da vida, então precisamos fazer várias comparações. Finalmente, se a comparação feita é entre o indiscutivelmente jovem e o indiscutivelmente idoso, então o que podemos concluir sobre as preferências públicas é limitado a essa comparação, ou seja, que as pessoas priorizem salvar os jovens em detrimento dos idosos.

A partir daqui, defendo uma segunda conclusão. Mesmo que o público prefira Priorizar o Jovem e Preterir o Idoso, isso não significa que ambas as políticas sejam justificadas. Na próxima seção, eu me baseio no trabalho da filosofia feminista e antirracista para argumentar que qualquer visão que nos diga para Preterir o Idoso não é justificada por motivos igualitários. Vou então sugerir, no entanto, que esses argumentos obviamente não minem a Priorização do Jovem; assim, se qualquer versão de priorização com base na idade é plausível, não é uma versão que olha para o fim da vida, mas que olha para o começo. Terminando fazendo algumas sugestões de como pode ser a prioridade dos jovens e considero algumas objeções.

Preterir o Idoso não é justificado pelo apelo à Equidade do Tempo de Vida

Christine Overall considerou a ideia de aprimoramentos humanos direcionados ao processo de envelhecimento e, portanto, chegando a, potencialmente, estender radicalmente o tempo de vida humana¹⁹. Baseando-se em trabalhos anteriores em filosofia feminista²⁰, e ecoando outras discussões²¹, Overall responde à acusação de que uma prorrogação da expectativa de vida seria injusta porque favorece quem já é idoso. Ela percebeu que essa crítica comete um erro ao assumir "que somente os jovens ainda não tiveram oportunidade de usufruir o bem da vida humana"²². A razão pela qual isso é um erro é, em grande parte, por causa de várias formas de injustiça, incluindo, mas não se limitando somente ao racismo, sexismo e discriminação de portadores de necessidades especiais. Da mesma forma, Ian Dey e Neil Fraser²³ questionam por que devemos olhar apenas para a idade como um marcador para aqueles que estão em melhor situação em termos de vida, e não a outros fatos demográficos, como gênero, classe ou condição de deficiente. Mais recentemente, Luís Cordeiro-Rodrigues e Cornelius Ewuoso²⁴ sugeriram que usar a idade em protocolos de triagem é uma forma de "racismo sem racistas", uma vez que tais abordagens prejudicam sistematicamente os pacientes negros –embora seu argumento seja enquadrado como envolvendo pontos de vista consequentialistas, eles também discutem argumentos que se enquadram no etarismo "igualitário".

Meu interesse não está tanto nas conclusões de Overall sobre a extensão radical da vida, mas antes na forma geral do argumento que ela elabora contra essa crítica baseada na justiça de prolongar a vida dos idosos. É um argumento que pode ser generalizado para pensar sobre a priorização relacionada à idade de forma mais geral.

No início do artigo, descrevi várias interpretações diferentes de uma justificativa de equidade para a priorização, baseada respectivamente em apelos à igualdade, prioridade e suficiência. Cada interpretação começou com uma afirmação empírica. Por exemplo, a versão prioritária afirma que aqueles que morrem jovens ficam numa situação pior do que aqueles que morrem velhos. A versão da suficiência postula a existência de um limiar a partir do qual as pessoas idosas estão acima e os jovens (atualmente) abaixo, marcando o ponto em que alguém "viveu o suficiente". A versão da igualdade afirma que prolongar a vida dos idosos aumenta a desigualdade, enquanto prolongar a vida daqueles que de outra forma morreriam jovens, a diminui.

O problema central, seguindo Overall e outros, é que essas afirmações empíricas são todas falsas, pelo menos em muitas maneiras de se entender os termos "jovem" e "idoso". Eles são falsos porque para a maioria dos *adultos* (falarei sobre crianças em um momento), para quaisquer duas

idades que escolhermos, haverá muitas pessoas na faixa etária mais jovem que teriam tido uma experiência de vida melhor, caso morressem hoje, do que muitas pessoas no grupo de idade avançada. Por exemplo, se eu morresse hoje aos 34 anos, não teria tido uma vida no geral pior do que algumas pessoas com 70 anos ou mais. Assim, se um sistema de saúde tivesse que escolher entre prolongar a minha vida e a de algum homem de 70 anos escolhido aleatoriamente, não podemos saber se salvar o homem de 70 anos aumentaria a desigualdade e, pode não ser verdade que o paciente mais jovem (eu) estaria, não-comparativamente, pior em termos de vida do que o paciente mais velho.

Essas observações valem para quase todo parâmetro de justiça que escolhermos. Há indivíduos com 34 anos de idade que desfrutaram maior bem-estar total ao longo da vida do que algumas pessoas muito mais velhas. Eles já tiveram mais oportunidades, e usufruíram do uso de uma quantidade total maior de recursos. Em algumas medidas óbvias de saúde, como Anos de Vida Ajustados pela Qualidade (QALYs), um jovem que teve uma saúde muito boa pode ter desfrutado de um número total maior de QALYs do que uma pessoa muito mais idosa com uma saúde consideravelmente pior.

A falsidade da interpretação da suficiência é diferente em estrutura. A visão de suficiência afirma que existe uma idade em que as pessoas tiveram uma vida plena ou viveram o suficiente. Considere, primeiro, uma visão de suficiência que define seu limite de idade em um ponto onde os indivíduos tiveram uma vida em sua totalidade boa o suficiente com um parâmetro de justiça, como o bem-estar. Digamos que o limite escolhido seja 70. O suficientismo avalia se priorizar o Idoso e, então, enfrenta um dilema: 70 é o limite relevante em virtude do bem-estar cumulativo daqueles com 70 anos entre os em melhor situação, os medianos ou os piores? Se for os melhores ou os da média, haverá algumas, talvez muitas, pessoas de 70 anos que ainda não atingiram o total cumulativo que supostamente fundamenta uma vida plena. Se for o pior, então o melhor, e muitos outros, terão atingido esse limiar muito antes dos 70. Deixando de lado a aparente arbitrariedade de escolher qualquer idade em particular como suficientemente relevante, nenhuma idade marca um limite onde todos, ou mesmo a maioria das pessoas realmente atingem um determinado nível de bem-estar, oportunidade ou uso de recurso.

Um parâmetro potencial de justiça em que os idosos invariavelmente se saem melhor do que os jovens é a idade em si mesma: se o mero número de anos vividos fosse um indicador de justiça, então é verdade, por definição, que as pessoas idosas estão em melhor situação do que aquelas que morrem jovens. Mas, a idade em si não é um parâmetro de justiça, ou

é uma referência cuja importância para a justiça é diminuída por outras considerações. O simples fato de alguém ter vivido muito tempo não é tão significativo para as suas reivindicações.

Um segundo parâmetro potencial²⁵, que se relaciona mais obviamente com certos tipos de visão "narrativa" sobre uma vida completa (que classifiquei acima como *suficientarista*), diz respeito à ideia de que existem certos bens humanos centrais que só podem ser alcançados em certas idades. Os proponentes de tal perspectiva vislumbram duas possibilidades. Uma opção é sugerir certos bens específicos da idade que são comuns a todos os indivíduos²⁶. Isso pode incluir, por exemplo, ver os netos crescerem ou desfrutar de alguns anos de aposentadoria depois de uma carreira gratificante. No entanto, esses benefícios podem vir em idades significativamente diferentes, incluindo idades em que alguém pode não ser evidentemente "idoso". Além disso, algumas pessoas não querem esses bens de forma alguma: se "acompanhar o crescimento dos netos" é um componente *necessário* de uma vida completa, então a pessoa que decide não ter filhos nunca terá uma vida completa. Claro, podemos corrigir esse problema dizendo que uma pessoa deve ter tido a oportunidade de alcançar tais bens. Mas, isso não é obviamente muito melhor. Nem todo mundo *teve* essas oportunidades ao atingir a terceira idade; e essa mudança não resolve o problema daqueles que tiveram essas experiências muito mais jovens ou muito mais idosos do que o normal.

Uma opção alternativa é sugerir uma ampla variedade de *possíveis* componentes de uma vida plena e dizer que os componentes relevantes dependem do indivíduo. Em um extremo, podemos dizer que uma pessoa é "idosa", e, portanto, que suas reivindicações de cuidados para prolongar a sua vida têm menos peso quando ela viveu uma vida plena na sua própria concepção²⁷. Mas, isso é inútil para a política de saúde: os provedores de cuidados que prolongam a vida não podem ir perguntando às pessoas se elas viveram uma vida plena na sua própria visão; e tal abordagem descartaria completamente a idade como critério de macroalocação: não existe uma idade específica em que possamos ter certeza de que todas ou mesmo a maioria das pessoas considerarão sua vida completa. Assim, o fato de alguém ser idoso não é intrinsecamente relevante para a justiça, nem uma boa referência (*proxy*) para a comparação dos fatos, que são intrinsecamente relevantes.

As razões para as disparidades que vemos dentro das faixas etárias e entre os jovens ricos e os idosos pobres, são várias. Alguns idosos tiveram uma vida de má qualidade devido à injustiça, como observa Overall. Tais injustiças podem ser pessoais; frequentemente, elas são estruturais. Talvez as afirmações empíricas sobre pessoas idosas e jovens feitas pelas versões

igualitária, prioritária e suficientista do argumento da equidade seriam mais plausíveis se controlássemos vários fatores demográficos, como classe econômica, raça, gênero e necessidades especiais. Mas, eles não são verdadeiros em nenhuma sociedade e certamente não em nível global, se ignoramos esses fatores.

No entanto, outros podem ter tido vidas ruins em parte devido às suas próprias escolhas. Greg Bognar (comunicação pessoal) sugere que meu argumento pode ignorar esse fato importante. Talvez contanto que todos tenham uma *chance* razoável de viver uma vida boa, então o fato de que alguns idosos tiveram vidas piores do que alguns jovens não importa²⁸. Se as pessoas acabam mal por causa de suas escolhas, talvez isso não seja injusto. Essa é uma visão suficientarista com a oportunidade como moeda (*currency*).

Há duas observações a fazer sobre essa sugestão. Em primeiro lugar, não é óbvio que a responsabilidade seja relevante para a justiça em saúde em um grau tão abrangente. Em segundo lugar, mesmo que a afirmação normativa seja verdadeira, o antecedente da condicional é falso. Não é verdade que todos tiveram uma chance razoável de viver uma vida boa e que normalmente podemos explicar o fracasso em fazê-lo por escolha individual.

Isso levanta um ponto importante sobre o meu argumento. Não estou afirmando – pelo menos não aqui – que seja necessariamente injusto usar a senilidade como critério de alocação de cuidados de saúde. Por necessariamente injusto quero dizer que seria injusto em todas as sociedades, em todas as situações realistas. Minha posição é mais limitada, embora ainda razoavelmente forte: eu afirmo que em muitas sociedades contemporâneas, incluindo a minha própria sociedade do Reino Unido, tal política é injusta por causa da injustiça real que muitas pessoas mais idosas enfrentaram. Meu interesse neste artigo é em políticas que possam ser adotadas. Assim, concluo esta seção reiterando que a política de “Preterir o Idoso” é injusta, ou pelo menos não justificada por referência à igualdade no tempo de vida. Este argumento também levanta problemas para pontos de vista como o Enfoque Prudencial Baseado na Duração da Vida, de Norman Daniels, que nos pede para observar nossas escolhas interpessoais baseadas na idade à luz do que elegeríamos *intrapessoalmente* ao longo da vida inteira²⁹. Onde as pessoas têm qualidade de vida, oportunidades e, assim por diante, muito diferentes, existem problemas consideráveis em traduzir prudência intrapessoal para justiça interpessoal³⁰.

Acumular um número significativo de anos de vida pode ser “extremamente valioso”³¹, mas seu valor é primariamente, talvez, apenas instrumental. Uma vez que diferentes indivíduos têm oportunidades

significativamente diferentes e resultados na conversão de anos de vida em outros bens, sugiro que Preterir o Idoso não pode ser justificado por referência à igualdade no tempo de vida.

Priorizar o Jovem *pode* ser justo

A objeção para Preterir o Idoso, que está no cerne do meu argumento na seção anterior, baseia-se em uma reivindicação empírica de divergência crescente. Em termos de bem-estar total ao longo da vida, oportunidade e recursos usufruídos, a diferença entre os melhores e os piores em uma determinada geração cresce à medida que as pessoas envelhecem; assim, a idade não é o único, nem o mais relevante fato sobre as pessoas³². Tomemos como exemplo os QALYs. Imagine duas pessoas. Uma experimenta boa saúde, deixando-a com uma média de 0,95 QALYs por ano. Outra tem experiências significativas, mas, de forma alguma as piores possíveis, com problemas de saúde durante grande parte de sua vida — para simplificar, desde o nascimento— deixando-os com uma média de 0,6 QALYs por ano. Depois de viverem por 1 ano, há uma disparidade de 0,35 QALYs: o equivalente a cerca de um terço de um ano de plena saúde. Na idade de 90 anos, a disparidade é de 31,5 QALYs: a pessoa em melhor situação desfrutou de 85,5 QALYs ao longo de sua vida, enquanto a pessoa em pior situação teve apenas 54. De fato, em termos de vida QALY, o indivíduo em melhor situação já teve um total cumulativo maior aos 57 anos do que o outro indivíduo terá ao longo de toda a sua vida. Embora menos mensurável formalmente, o mesmo se aplica as pessoas com diferentes níveis médios de bem-estar, em geral, ou que desfrutam de diferentes níveis de recursos. A oportunidade é talvez menos diretamente cumulativa por natureza: mas, muitas vezes, é verdade que aqueles que aproveitam as oportunidades no início da vida obtêm acesso a novas oportunidades enquanto aqueles que enfrentaram desvantagens, não.

Além dessa divergência cumulativa nas vidas, muitas sociedades são marcadas por desigualdades significativas, desde o nascimento. De uma perspectiva do tempo de vida, uma criança de origem privilegiada que vive até uma idade avançada tem muito mais probabilidade de estar entre os mais favorecidos em termos de vida do que uma criança com um passado de privações. Agora, porém, concentre-se em um subconjunto de indivíduos: aqueles que enfrentam a possibilidade de morte em seus primeiros anos de vida ou em toda a sua infância. De uma perspectiva cumulativa ao longo da vida, alguém que morre na infância está entre os em pior situação, mesmo que, se tivessem sobrevivido e vivido até uma idade avançada, estariam entre os melhores. Se os nossos indivíduos em

melhor situação acima tivessem morrido aos 2 anos de idade, eles teriam acumulado apenas 1,9 QALYs em toda a sua vida, muito menos do que o indivíduo que desfruta de menos QALYs por ano, mas vive muito mais.

A pessoa que morre muito jovem está, em termos de tempo de vida, muito mal dentro das perspectivas que são relevantes para os prioritaristas, e pior do que a maioria dos outros, no sentido que os igualitaristas se preocupam. Em qualquer perspectiva plausível de tempo suficiente de vida, aqueles que morrem na infância não cruzaram o limite relevante. Os vários desacordos sobre valor que complicam concepções de vida completas axiologicamente substantivas, a potencial arbitrariedade que se liga à escolha de uma idade particular como limite: isso não prejudica a afirmação de que aqueles que morrem muito jovens não tiveram uma vida suficientemente longa. Assim, enquanto a questão da divergência cria um problema significativo para uma visão de prioridade baseada na idade que se concentra nos idosos, obviamente não o faz para uma visão focada nos jovens.

Vale a pena notar, brevemente, a distinção entre Priorizar os Jovens e uma visão alternativa, proposta por Persad *et al.*, o "sistema de vidas plenas"³³. O sistema de vidas plenas prioriza permitir que pessoas vivam vidas completas. Como tal, uma diferença fundamental entre ele e Priorize os Jovens é que ele dá prioridade aos adolescentes e jovens sobre os bebês, em parte porque estes últimos "investiram" em viver de uma forma que dá maior valor à realização de uma vida completa. Persad *et al.* afirmam que o objetivo de seu sistema é "alcançar vidas plenas". Uma compreensão superficial disso é vê-lo como uma versão qualificada de uma abordagem suficientarista de "contagem per capita", onde o que importa é fazer com que as pessoas ultrapassem o limiar de uma vida plena. Portanto, vale a pena abordar uma questão levantada por Hirose e Bognar, que tal visão dá apenas tenta dar apoio para priorizar pacientes mais jovens (mesmo adolescentes e adultos jovens). Por exemplo, assumindo que uma vida plena é fixada em 70 anos, uma visão que genuinamente prioriza vidas plenas preferiria prolongar a vida de uma pessoa de 69 anos em 1 ano do que prolongar a vida de uma pessoa de 20 anos em 49 anos. Isso diverge tanto de eficiência quanto razões baseadas na equidade para priorização relacionada à idade³⁴. Suspeito que os defensores da perspectiva de vidas plenas não concordariam com essa conclusão³⁵ e que é realmente uma forma de etarismo igualitário com categorias mais refinadas do que aquelas que considero.

Assim, faço a seguinte reivindicação condicional. Se a priorização com base na idade é justificável, é apenas na forma de Priorizar o Jovem, não

de Preterir o Idoso. Isso é consistente com a visão de que a priorização com base na idade não é justificável de forma alguma.

O Conteúdo da "Prioridade para a Juventude"

Uma política de Priorizar os Jovens precisa estipular pelo menos duas coisas: quem contabilizar como jovem e em que aspectos devem ser priorizados em relação aos pacientes que não são jovens. Eu sugeri que o papel mais plausível para a idade na priorização em saúde é como uma variável facilmente julgada que não tem valor moral intrínseco, mas que rastreia imperfeitamente fatos que têm valor moral intrínseco. Em idades muito jovens, há uma convergência pragmática adicional: em quase qualquer ponto de vista de justiça relacionada ao tempo de vida, aqueles que morreriam na infância ou quando bebês têm uma reivindicação muito forte de ter suas vidas prolongadas. À medida que envelhecemos, essa sobreposição pragmática enfraquece. Um jovem de 20 anos muito abastado pode já ter chegado a um ponto em que não é mais vítima de uma grave desigualdade de *bem-estar* ao longo da vida caso morresse, mas provavelmente não conseguirá alcançar um tempo de vida suficiente numa perspectiva de que uma vida completa requer certos bens ou oportunidades específicas para a idade. Além disso, aos 20 anos, a vida das pessoas teve bastante tempo para divergir sem culpa em termos de qualidade, de modo que sem uma investigação significativa sobre a natureza da vida de alguém até o momento (uma investigação que vai pragmaticamente além de qualquer sistema de saúde), não podemos ter certeza de que o paciente à nossa frente cruzou um limite relevante.

Assim, ao olharmos para pacientes "jovens" cada vez mais velhos, enfrentamos dois tipos de incerteza: incerteza normativa sobre qual é a visão correta de justiça e incerteza empírica sobre o status de um determinado paciente ou grupo de pacientes dentro dessa visão de justiça. Isso fala a favor da adoção de uma linha-limite baixa para classificar os pacientes como "jovens". Ao fazer isso, devemos reconhecer que alguns que estão classificados como "não jovens" seriam qualificados para priorização se tivéssemos mais informações. Aqueles que ficam do lado errado do limiar de priorização neste caso são tratados como o resto da população adulta; isso difere daqueles que são classificados erroneamente em Preterir o Idoso. Ainda assim, admito que esse é um golpe ético contra o que parece ser a versão mais plausível de Priorize os Jovens.

Suponha, então, que podemos chegar a um limite adequado para determinar quem conta como "jovem". O que Priorizar o Jovem implica na prática? Sugeri no início do artigo que existem pelo menos dois níveis em

que tal princípio pode operar: o micro e macro. No nível macro, Priorizar os Jovens sugeriria dar o que de outra forma seria um financiamento desproporcional para condições que ameaçam predominantemente a vida dos jovens (mesmo antes de considerar a relativa eficácia de tais tratamentos) e direcionar desproporcionalmente o financiamento para intervenções que salvam vidas que podem beneficiar todos os pacientes de populações jovens.

E o nível micro? Muitos trabalhos empíricos sobre atitudes em relação à idade consideram cenários em que podemos salvar apenas um dos dois pacientes que diferem apenas em idade. Esses cenários não são de todo realistas enquanto representativos da tomada de decisão na vida real. Ainda assim, Priorizar os Jovens sugeriria que deveríamos dar peso adicional ao fato de alguém ser jovem, mas de outra forma ser indiferente entre salvar as vidas de pacientes que diferem apenas em idade. Talvez seria mais realista considerar a idade como um fator entre muitos em casos de triagem –como admissão na UTI durante situações de emergência, onde mais pacientes poderiam ser beneficiados por cuidados intensivos do que os que podem ser admitidos– ou ser colocados em listas de espera³⁶.

Objecções:

Termino este artigo considerando duas objeções.

O Escopo da Justificação

A primeira objeção diz respeito à estrutura da minha resposta às várias formas de entender Preterir o Idoso. Sugeri, por exemplo, que uma visão que estipula certos bens como componentes de uma vida não é plausível porque nem todo mundo que chega à terceira idade terá conseguido ou teve oportunidade de alcançar esses bens. No entanto, pode-se objetar que, se meu interesse é em sistemas de saúde do mundo real, não é razoável insistir em um padrão 100% preciso. Nenhuma maneira de priorizar intervenções de saúde poderia atender a esse critério. O que precisamos, pode-se dizer, é construir nossa priorização de cuidados de saúde em torno de indicadores razoavelmente confiáveis.

De acordo com essa objeção, embora nem todos os idosos tenham vivido vidas plenas (ou tenham atingido critérios alternativos de justiça), a proporção dos que o fizeram é grande o suficiente para que um sistema de saúde, que classifica *todos* os adultos idosos como pessoas que viveram a plenitude de suas vidas, será mais justo do que aquele que não o faz. Alguns indivíduos que ainda não viveram uma vida plena serão tratados

injustamente como se a tivessem. Mas, segundo essa objeção, é inevitável que qualquer sistema de alocação cometa erros lamentáveis. O objetivo é minimizá-los.

Essa objeção não é igualmente plausível como defesa do microetarismo e do macroetarismo. É mais plausível que decisões em nível macro, como as tomadas por governos ou grandes órgãos de saúde pública, não podem levar em conta todas as características moralmente relevantes de cada indivíduo³⁷; em vez disso, aqueles que fazem tais decisões de nível macro precisam criar regras que sejam melhores do que alternativas plausíveis. Essa reflexão não é para dizer que a objeção *não* tem força no nível micro. Mesmo as decisões de micro nível não podem considerar todos os detalhes; ainda pode ser bom para aqueles que operam na triagem de emergência, por exemplo, ter regras genéricas que possam ser aplicadas facilmente e que tenderão a produzir resultados mais justos do que as alternativas. Até o momento, outros tipos de decisões de micro nível parecem mais passíveis de consideração de outros fatos, e reconhecer que embora um indivíduo se encaixe em uma categoria particular (como "idoso"), não se enquadra normativamente no estereótipo típico dessa categoria. Assim, mesmo que a objeção funcione, ela tem alguns limites em seu escopo.

No entanto, essa objeção enfrenta uma questão mais ampla. Embora seja verdade que nenhum método de alocação de recursos em saúde possa esperar evitar erros morais, é de maior importância evitar o que John Harris denomina de forma influente "ameaça dupla", ou a composição de injustiça³⁸. Em outras palavras, aqueles que perdem em uma política como "Preterir o Idoso" incluem aqueles que *já* suportaram o peso da injustiça social em suas vidas. Embora seja impossível evitar toda classificação incorreta, é de particular importância evitar a classificação incorreta que agrava a injustiça. Assim, sugiro que, embora o princípio de não alocação possa alcançar a justiça perfeita, Preterir o Idoso provavelmente irá piorar as coisas, não melhorar.

Os mais desfavorecidos não conseguem fazer isso

Govind Persad e Steven Joffe³⁹ defendem a priorização com base na idade contra o tipo de argumento que tenho feito ao observar que injustiças semelhantes também afetam o quanto as pessoas vivem. O argumento deles é focado no acesso a ventiladores durante a pandemia de COVID-19, mas pode ser generalizado⁴⁰. Por exemplo, eles observam que "78% dos afetados por COVID-19 nos EUA com menos de 21 anos pertenciam a minorias" e que "disparidades nas mortes por COVID-19 no Reino Unido,

também parecem ter se intensificado em idades mais jovens". Eles explicam que isso se deu porque é improvável que os mais desfavorecidos tenham sobrevivido até tornarem-se idosos. Assim, devemos avaliar ambos, Priorizar os Jovens e Preterir os Idosos porque não fazer isso resultará em mortes mais prematuras que afetarão desproporcionalmente aqueles que foram injustamente desfavorecidos.

Vale a pena notar que Persad e Joffe estão respondendo a um argumento de Dave Archard, que defende explicitamente a alegação de que é "errado priorizar pacientes mais jovens com COVID-19"⁴¹. O argumento que apresentei oferece algum suporte limitado para a posição de Persad-Joffe, uma vez que sugere que pode ser aceitável priorizar pacientes jovens. Essa prioridade baseada na idade deve ter como objetivo, como Persad e Joffe sugerem, que mitigar a "desvantagem de abreviação da vida" é consistente com um foco nos jovens em vez de nos idosos, ou com uma prioridade ao longo da vida de pacientes mais jovens em relação aos mais idosos.

Archard sugere que alguns merecem viver mais do que outros devido às suas escolhas, sugerindo que "importa que tipo de vida foi levado e ainda pode ser levado". Acho que Persad e Joffe estão certos em rejeitar tal apelo à responsabilidade pessoal em situações de emergência, como alocação de ventiladores. Mas, é digno de nota que a frase de Archard aqui pode ser interpretada de forma diferente: embora Persad e Joffe tenham o direito de dizer que um efeito sério da desvantagem injusta é o "encurtamento da vida", também devemos estar preocupados com a desvantagem do *agravamento* das condições de vida, que afeta até mesmo aqueles que chegam à terceira idade. Isto é o sentido em que "importa que tipo de vida foi levado". Mesmo que aqueles que chegam a uma idade avançada não estejam em condições muito pior (uma vez que os em pior situação morrem desproporcionalmente na juventude), é possível viver para ser idoso e estar muito mal⁴². A gravidade dependerá, em parte, do que o diagnóstico baseado na idade, priorizado por uma sociedade, precisa para recusar tratamento; mas a morte prematura não é a única injustiça digna de consideração.

Conclusão

Priorização baseada na idade - que na prática é frequentemente interpretada como dando menor prioridade aos pacientes e grupos de pacientes classificados como idosos - muitas vezes baseia-se em considerações de justiça ao longo da vida. Tive como objetivo mostrar, primeiro, que é importante distinguir entre diferentes formas de classificar

uma população por idade e não assumir que todas as formas de Priorização Baseada na Idade são equivalentes. Em segundo lugar, argumentei que, se quisermos dar um papel à idade na alocação de recursos relacionados à saúde, esse papel deve ser focado em dar maior prioridade para pacientes jovens, em vez de menor prioridade para pacientes idosos. Este segundo argumento é importante em termos condicionais; pode ser que, considerando todas os aspectos envolvidos, seja melhor evitar argumentos fundados na equidade para priorização baseada na idade.

Agradecimentos

Agradeço aos participantes do workshop *Fair Priority Setting* (2021) realizado em Nyborg, Dinamarca, especialmente Greg Bognar, Dorte Gyrd-Hansen, Anders Herlitz, Kasper Lippert-Rasmussen, Lasse Nielsen, Astrid Oredsson e Aksel Sterri. Este trabalho contou com uma bolsa de suporte financeiro do Wellcome Trust, N^o221220/Z;20/Z.

Notas

¹ Ben Davies foi pesquisador do The Uehiro Centre for Practical Ethics (Oxford University) e publicou este artigo originalmente no *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 32 (2):174-185 (2023) a quem agradecemos a autorização para publicar esta tradução que possui relação com vários artigos publicados neste volume. (Tradução de Mário Machado Filho). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4612-7894>.

² Harris J. *The Value of Life: An Introduction to Medical Ethics*. London: Routledge; 1985:94; Daniels N. *Am I My Parents' Keeper? An Essay on Justice Between the Young and the Old*. Oxford: OUP; 1988; Veatch RM. *Justice and the economics of terminal illness*. The Hastings Centre Report 1988; 18:34-40; Kappel K, Sandøe P. *QALYs, age and fairness*. *Bioethics* 1992; 6:297-316; Kappel K, Sandøe P. *Saving the young before the old: A reply to John Harris*. *Bioethics* 1994; 8:84-92; Callahan D. *Setting Limits: Medical Goals in an Ageing Society*. Washington, DC: Georgetown University Press; 1995; Nilstun T, Ohlsson R. *Should health care be rationed by age?* *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1995; 23:81-4; Singer P, McKie J, Kuhse H, Richardson J. *Double jeopardy and the use of QALYs in healthcare allocation*. *Journal of Medical Ethics* 1995; 21:144-50; Nord E, Street A, Richardson J, Kuhse H, Singer P. *The significance of age and duration of effect in social evaluation of health care*. *Health Care Analysis* 1996; 4:103-11; Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. *Principles for allocation of scarce medical interventions*. *The Lancet* 2009; 373:423-31; Fleck LM. *Just caring: In defense of limited age-based healthcare rationing*. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2010; 19:27-37; Lazenby H. *Is age special? Justice, complete lives and the*

prudential lifespan account. *Journal of Applied Philosophy* 2011; 28:327–40; Tallman R. Valuing lives and allocating resources: A defense of the modified youngest first principle of scarce resource distribution. *Bioethics* 2014; 28:207–13; Gipe K, Kelstein S. Let us be fair to 5-year-olds: Priority for the young in the allocation of scarce health resources. *Public Health Ethics* 2018; 11:325–35; Persad G, Joffe S. Allocating scarce life-saving resources: The proper role of age. *Journal of Medical Ethics* 2021;47: 836–8; See Bognar G. Fair innings. *Bioethics* 2015; 29:251–61 for discussion of empirical work on public attitudes; See also Battin MP. Age rationing and the just distribution of health care: Is there a duty to die? *Ethics* 1987; 97:317–40; Hardwig J. Is there a duty to die? *Hastings Center Report* 1997; 27:34–42; and Though see Kuylen MNI, Kim SY, Keene AR, Owen GS. Should age matter in COVID-19 triage? A deliberative study. *Journal of Medical Ethics* 2021; 47:291–5.

³ Bognar G. Age-weighting. *Economics and Philosophy* 2008; 24:167–89.

⁴ Tschuyia A. QALYs and ageism: Philosophical theories and age weighting. *Health Economics* 2000; 9:57–68.

⁵ Veja a nota 2, Nord et al. 1996.

⁶ Leach Scully J. Disability, disablism, and COVID-19 pandemic triage. *Journal of Bioethical Inquiry* 2020; 17:601–5.

⁷ Veja a nota 2, Nord et al. 1996 and note 3, Tschuyia 2000.

⁸ Na verdade, acredito que Apenas O Tempo de Vida é falso. Temos razões baseadas na justiça para nos preocuparmos com o quão bem ou mal as pessoas estão em determinados momentos de uma forma que não é redutível ao efeito desses momentos na sua vida em geral. Veja: McKerlie D. Equality and time. *Ethics* 1989; 99:475–91; Jecker N. Age related inequalities in health and healthcare: The life stages approach. *Developing World Bioethics* 2018; 18:144–55; and Davies B. Health(care) and the temporal subject. *The Ethics Forum* 2018; 13:38–64.

⁹ A justificação de igualdade para a prioridade baseada na idade também nos diz, tomada por si só, que prolongar a vida de pessoas idosas é, de certa forma, ruim, mesmo quando não competem com as pessoas mais jovens. Essa é uma forma de “nivelar por baixo” e pode ser evitada de forma típica, adotando uma visão pluralista onde a igualdade não é a única coisa que importa.

¹⁰ Tal qual a visão igualitária, a versão mais forte desse ponto de vista —a de que aqueles que já viveram o suficiente não reivindiquem mais tempo de vida— implica que não temos razões de justiça para prolongar a vida de uma pessoa idosa. Ao contrário da visão igualitária, não é tão claro que isso possa ser resolvido de forma pluralista. Embora alguém possa, naturalmente, sustentar que temos razões de beneficência para ajudar pessoas, não está claro se um sistema de saúde financiado com recursos públicos pode ser, preferencialmente, justificado por razões de beneficência e não de justiça. Sugiro que os idosos, pelo menos,

reivindiquem, de modo mais seguro, acesso a intervenções que prolonguem suas vidas, se as suas demandas forem fundamentadas na justiça.

¹¹ Veja a nota 2, Nord et al. 1996. Also Jelsma J, Shumba D, Hansen K, de Weerd W, De Cock P. Preferences of urban Zimbabweans for health and life lived at different ages. *Bulletin of the World Health Organisation* 2002; 80:204–9; Olsen JA. Priority preferences: "End of life" does not matter, but total life does. *Value in Health* 2013; 16:1063–6; Petrou S, Kandala N, Robinson A, Baker R. A person trade-off study to estimate age-related weights for health gains in economic evaluation. *Pharmacoeconomics* 2013; 31:893–907; Neuberger J, Adams D, MacMaster P, Maidment A, Speed M. Assessing priorities for allocation of donor liver grafts: Survey of public and clinicians. *BMJ* 1998; 317:172–5 oferece um princípio baseado na idade que foca em priorizar o jovem ao invés de Preterir o Idoso perguntando aos entrevistados se "pacientes abaixo de 5 anos deveriam ter prioridade" para transplante de fígado.

¹² Lewis PA, Charny M. Which of two individuals do you treat when only their ages are different and you can't treat both? *Journal of Medical Ethics* 1989; 15:28–32.

¹³ Rogge J, Kittel B. Who shall not be treated: Public attitudes on setting health care priorities by person-based criteria in 28 nations. *PLoS One* 2016; 11:1–15.

¹⁴ Eisenberg D, Freed, GL, Davis MM, Singer D, Prosser LA. Valuing health at different ages. *Applied Health Economics and Health Policy* 2011; 9:149–56.

¹⁵ Veja nota 2, Nord et al. 1996.

¹⁶ Myllykangas M, Ryyänen O, Kinnunen J, Takala J. Comparison of doctors', nurses', politicians' and public attitudes to health care priorities. *Journal of Health Services Research & Policy* 1996; 1:212–6.

¹⁷ Dolan P, Edlin R, Tsuchiya A. The relative societal value of health gains to different beneficiaries. HEDS Discussion Paper 08/12. *White Rose Research Online*; 2008; available at <http://eprints.whiterose.ac.uk/10902/> (last accessed 23 May 2022).

¹⁸ Bognar G, Hirose I. *The Ethics of Health Care Rationing: An Introduction*. Abdingdon: Routledge; 2014:94.

¹⁹ Overall C. Life enhancement technologies: Significance of social category membership In: Bostrom N, Savulescu J, eds. *Human Enhancement*. Oxford: OUP; 2009:327–40; Overall C. *Aging, Death and Human Longevity*. London: University of California Press; 2005.

²⁰ Bell NK. If age becomes a standard for rationing health care. In: Holmes HB, Purdy LM, eds. *Feminist Perspectives in Medical Ethics*. Indiana: Indiana University Press; 1992:82–90; Silvers A. *Aging fairly: Feminist and disability perspectives on intergenerational justice*. In: Walker MU, ed. *Mother Time: Women, Aging, and Ethics*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield; 1999:203–26; Nelson JL, Nelson HL.

Justice in the allocation of healthcare resources: A feminist account. In: Susan W, ed. *Feminism and Bioethics: Beyond Reproduction.* New York: OUP; 1996:351–70; Nelson JL. Death's gender. In: Walker MU, ed. *Mother Time: Women, Aging, and Ethics.* Lanham, MD: Rowman & Littlefield; 1999:113–29; See also Nielsen L. Contractualist age rationing under outbreak circumstances. *Bioethics* 2021; 35:229–36. Um argumento similar ao meu parece ter sido mencionado por Lesser H. Aldershot: Ashgate; 1998, cited in Rivlin MM. Why the fair innings argument is not persuasive. *BMC Medical Ethics* 2000; 1:1–6.

²¹ Clark Miller S. The invisibility of gender: A feminist commentary on age-based healthcare rationing. *Journal of Philosophical Research* 2005; 30:263–74.

²² Veja a nota 19, Overall 2009, at 335.

²³ Dey I, Fraser N. Age-based rationing in the allocation of health care. *Journal of Aging and Health* 2000; 12:511–37, at 519. Healthcare Priorities 11 <https://doi.org/10.1017/S0963180122000299> Published online by Cambridge University Press

²⁴ Cordeiro-Rodrigues L, Ewuoso C. Racism without racists and consequentialist life-maximizing approaches to triaging. *Bioethics* 2022; 36:243–51.

²⁵ Existem outras visões como a delineada por Williams A. Intergenerational equity: An exploration of the 'fair innings' argument. *Health Economics* 1997; 6:117–32, que o argumento da expectativa de vida equitativa (*fair innings*) não deve fazer referência à idade cronológica, mas à "expectativa de vida ajustada pela qualidade" (QALE), ou seja, ao número de QALYs que se pode esperar desfrutar ao longo da vida. Quaisquer que sejam os méritos de tal perspectiva, o meu interesse nesse artigo reside na utilização da idade, quer como parâmetro direto da justiça, quer como substituto adequado, e Williams reconhece explicitamente que a idade cronológica não é um bom substituto para o QALE.

²⁶ Veja a nota 2, Callahan 1995.

²⁷ Rivlin MM. Can age-based rationing of health care be morally justified? *Mount Sinai Journal of Medicine* 1997; 64:113–9, cited in Dey, Fraser 2000, at 519 (see note 22); Jecker N. Should we ration health care? 1989; 10:77–90, at 84. Callahan D. *What Kind of Life: The Limits of Medical Progress.* New York: Simon and Schuster; 1990:153, cited in Bell 1992 (see note 19). See note 1, Tallman 2014.

²⁸ Caplan A. Is it wrong to prioritise younger patients with COVID-19? No. *BMJ* 2020; 369:2.

²⁹ Veja a nota 2, Daniels 1988; Persad, Joffe 2021.

³⁰ Veja a nota 2, Lazenby 2011. Also Davies B. Ageing and terminal illness: Problems for Rawlsian justice. *Journal of Applied Philosophy* 2017; 35:775–89.

³¹ Veja a nota 2, Persad et al. 2009.

³² Veja a nota 20, Nelson 1999.

³³ Veja a nota 2, Persad et al. 2009, at 428. See also Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of COVID-19. *The New England Journal of Medicine* 2020; 382:2049–55; note 1, Tallman 2014.

³⁴ Veja a nota 18, Bogner, Hirose 2014.

³⁵ Veja a nota 2, Gipe, Kerstein 2018, at 328.

³⁶ Uma outra questão, que foge ao escopo desse artigo, é o que uma política como Priorizar o Jovem significa para os pacientes jovens cujas vidas podem ser prolongadas, mas não muito, por exemplo, os pacientes jovens com doenças terminais incuráveis. Uma possibilidade é que a lógica por trás de Priorizar o Jovem também fale a favor do que, de outra forma, seriam gastos desproporcionais mesmo para pequenos prolongamentos da vida desses pacientes, ou para pequenas melhoras na qualidade, porque eles estão inevitavelmente entre os que estão em pior situação no que se refere a tempo de vida.

³⁷ Wolff J, de Shalit A. *Disadvantage*. Oxford: OUP; 2007.

³⁸ Harris J. QALYfying the value of life. *Journal of Medical Ethics* 1987; 13:117–23.

³⁹ Veja a nota 2, Persad, Joffe 2021.

⁴⁰ No entanto, veja a nota 20, Nielsen 2021.

⁴¹ Archard D. Is it wrong to prioritise younger patients with COVID-19? Yes. *BMJ* 2020; 369:1–2.

⁴² Veja a nota 21, Clark Miller 2005. Veja também a nota 20, Nelson, Nelson 1996, at 361–2. Also Jecker N. Age-based rationing and women. *Journal of the American Medical Association* 1991; 266:3012–5.