

ESCASSEZ, DANO E AS CIRCUNSTÂNCIAS DA JUSTIÇA: QUANDO A TRIAGEM SE TORNA REALMENTE PROBLEMÁTICA?

SCARCITY, HARM, AND THE CIRCUMSTANCES OF
JUSTICE: WHEN DOES TRIAGE TRULY BECOME PROBLEMATIC?

MARCO ANTONIO AZEVEDO¹
(UNISINOS/BRASIL)

RESUMO

Triagens não são ordinariamente problemáticas. Elas só são problemáticas quando a decisão envolve uma distribuição desigual de recursos com prejuízos significativos a alguém; em circunstâncias normais, a triagem apenas garante uma melhor eficiência na gestão de recursos sem causar danos significativos a qualquer pessoa. Contudo, há situações críticas, e dramáticas, em que não é possível prestar um mesmo serviço a todos ao mesmo tempo sem deixar alguém em uma situação prejudicial. Nas situações ordinárias é preciso estabelecer prioridades que garantam priorização eficiente (máxima eficácia com o menor custo) de forma justa. Nessas circunstâncias, não há “problema de triagem”, pois mesmo que alguém esteja em desvantagem em relação a outro, a desvantagem não é significativa ou impossível de ser compensada. Um problema de triagem surge quando é necessário racionar o recurso, gerando um ônus significativo para alguma parte que não pode ser compensado. No caso das decisões sobre as prioridades de utilização dos recursos da UTI na recente pandemia, as decisões pareceram implicar aceitar que alguém possa receber um tratamento pior, com sério risco de morte ou dano, pela omissão do melhor tratamento disponível apenas para alguns. Neste artigo, pretendo investigar se a abordagem consequencialista que supostamente parece fundamentar as propostas para o problema da triagem na distribuição de ventiladores mecânicos a pacientes gravemente afetados pelo COVID-19 pode ser avaliada à luz de uma melhor interpretação do chamado *princípio do dano*. Pretendo avaliar porque pensamos que é correto alocar recursos vitais escassos para aumentar a chance de salvar mais pessoas em algumas circunstâncias, mas relutamos em aceitar como certo seguir esse mesmo princípio em outras situações. Por exemplo, seria correto redistribuir um recurso vital já alocado, gerando um dano significativo ou letal a alguém, para garantir o princípio consequencialista do melhor resultado agregado de mais vidas salvas? O plano é encontrar uma explicação normativa para porque pode ser correto dar um leito de UTI para alguém com mais chances de sobreviver antes de sua alocação, mas errado aplicar esse mesmo princípio para remover alguém desse leito após a alocação ter sido feita. Para isso será preciso desenvolver um conceito de *dano* capaz de equilibrar reflexivamente as intuições e princípios em jogo.

Palavras-chave: Triagem e justiça; Covid-19; Dano; Bem-estarismo; Suficiência; Justiça Distributiva e Pandemia.

ABSTRACT

Triages are not ordinarily problematic. They are only problematic when the decision involves an unequal distribution of resources with significant harm to someone. Under normal circumstances, triage only ensures better efficiency in resource management without causing significant harm to anyone. However, there are critical and dramatic situations in which it is not possible to provide the same service to everyone at the same time without leaving someone in a harmful situation. In ordinary situations, it is necessary to establish priorities that guarantee efficient prioritization (maximum effectiveness at the lowest cost) in a fair way. In these circumstances, there is no "triage problem" because even if someone is at a disadvantage relative to another, the disadvantage is not significant or impossible to compensate for. A triage problem arises when it is necessary to ration the resource, creating a significant burden for some party that cannot be compensated. However, in the case of decisions about the priorities for using ICU resources in the recent COVID-19 pandemic, some decisions seemed to imply accepting that someone could receive worse treatment, with a serious risk of death or harm, due to the omission of the best treatment available only to some. In this article, I intend to investigate whether the consequentialist approach that supposedly appears to underlie proposals for the problem of triage in the distribution of mechanical ventilators to patients seriously affected by COVID-19 can be evaluated in light of a better interpretation of the so-called *harm principle*. I want to consider why we think it is right to allocate scarce vital resources to increase the chance of saving more people in some circumstances, but we are reluctant to follow this same principle in other situations. For example, would it be correct to redistribute an already allocated vital resource, causing significant or harm or death to someone, to guarantee the consequentialist principle of the best aggregate result of more lives saved? My plan is to find a normative explanation for why it might be right to give an ICU bed to someone most likely to survive before the allocation, but wrong to apply that same principle to remove the patient from that bed after the allocation has been made. To do this, it will be necessary to develop a concept of harm capable of reflexively balancing the intuitions and principles at play.

Keywords: Triage and justice; Covid-19; Harm; Welfarism; Sufficiency; Distributive Justice and Pandemic.

Introdução

Em 11/03/2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou como *pandemia* o surto de um novo betacoronavírus descoberto na província de Wuhan, na China, em 31/12/2019, causador de uma doença infecciosa pulmonar com potencial de evolução para doença grave e multissistêmica, com alta mortalidade em idosos e grupos de risco. Em 2009, a OMS já havia declarado uma pandemia de gripe pelo vírus

influenza. Contudo, essa nova pandemia assumiu proporções inéditas. O Sars-Cov-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) mostrou ter uma transmissibilidade alta e sua infecção uma mortalidade maior que a do H1N1. Sabia-se desde dezembro de 2019 que se tratava de uma doença para a qual não havia imunidade promovida por vacina, ou imunidade cruzada conhecida. De fato, a pandemia de COVID-19 (nome dado pela OMS à doença) mostrou-se um evento social grave. No auge da crise pandêmica, em 8 de agosto de 2020, o número de mortos pela doença no mundo era de 728 mil e 245 casos e, no Brasil, esse número já havia ultrapassado o patamar dos 100 mil mortos. Esses acontecimentos trágicos ainda estão vivos em nossa memória. Naquele momento, as estratégias para impedir a disseminação da doença incluíram mudanças radicais na circulação de pessoas e no controle de aglomerações. Adiante, medidas como o uso obrigatório de máscaras tornaram-se mandatórias. Vacinas ainda não existiam. Mas uma das situações mais críticas foi o temor de que a demanda pelo uso de recursos de suporte vital, mais especificamente, de ventiladores mecânicos, ultrapassasse a capacidade instalada nos sistemas de saúde e suas unidades de terapia intensiva (UTIs). Essas situações levaram especialistas não somente em terapia intensiva, mas sobretudo em ética, a pensar em como empregar princípios morais de modo a garantir tomadas de decisão corretas diante da impossibilidade de oferecer recursos de suporte vital a todos os necessitados a um mesmo tempo. Em outras palavras, a questão consistia em como racionar esses recursos vitais de forma justa durante a pandemia.

Não há dúvidas de que se tratava de uma doença grave, para a qual não havia imunidade natural. As primeiras informações sobre a epidemiologia da doença já mostravam isso com clareza. Após o declínio do surto na China, as informações publicadas foram de que a taxa de letalidade (TL) da Covid-19 era de 2,3% (1.023 mortes entre 44.672 casos confirmados até 11 de fevereiro de 2020). A idade mostrou-se claramente como um fator de risco. Nenhum óbito havia ocorrido na China no grupo de pessoas com 9 anos ou menos, mas os casos daqueles com 70 a 79 anos tiveram um TL de 8,0% e os casos daqueles com 80 anos ou mais tiveram um TL ainda maior, de 14,8% (WU e MCGOGAN, 2020). As evidências também apontavam para o fato de que doenças com manifestações leves tinham geralmente um curso benigno. Porém, os casos com manifestações graves eram preocupantes. Na China, nenhuma morte havia sido relatada entre os casos inicialmente classificados como leves, porém, a TL era de 49,0% entre os casos críticos. A TL era elevada entre aqueles com comorbidades preexistentes (10,5% para doença cardiovascular, 7,3% para diabetes, 6,3% para doença respiratória crônica, 6,0% para hipertensão e

5,6% para câncer). Dos 44672 casos registrados pelo estudo de Wu e McGoogan, um total de 1716 eram de profissionais da saúde (3,8%), dos quais 1080 estavam em Wuhan (63%).

No Brasil, em agosto de 2020, dados divulgados pelo Ministério da Saúde davam conta de que a TL global da doença era de 3,3% sendo a mortalidade (por 100.000 habitantes) de 47,8. Assim como no restante do globo, metade das mortes ocorriam em pessoas acometidas por doença crítica com idade maior do que 79 anos.

O drama da alocação de suporte vital na doença crítica

Como sabemos, o que parecia antes uma epidemia isolada tornou-se rapidamente uma doença pandêmica de nefastas implicações. Não demorou muitas semanas para que, após a China, a Itália viesse a se tornar o epicentro da pandemia. E foi na Lombardia que o drama da alocação de recursos de UTI tornou-se público. Em 12 de março de 2020, o *Lancet* publicou um artigo de Andrea e Giuseppe Remuzzi que apontava, entre outras dificuldades logísticas, para o desafio enfrentado pelos intensivistas na Lombardia sobre a quem destinar os leitos de UTI diante de uma demanda acima das condições normais de oferta de ventiladores mecânicos (REMUZZI & REMUZZI, 2020). Segundo esses autores, os médicos intensivistas já estariam considerando negar cuidados para salvar vidas aos mais doentes e dar prioridade aos pacientes com maior probabilidade de sobreviver ao decidirem a quem fornecer ventilação. A decisão, tornada pública, gerou reações fortes. Uma delas, relatam, foi do presidente do *Comitato di Bioetica* italiano que, em declaração à imprensa leiga afirmou que a Constituição reconhecia o direito de cada indivíduo de receber todo cuidado necessário para proteger sua saúde.

A Itália, como o Brasil, conta com um sistema público nacional de saúde. Não há dúvidas de que uma situação crítica desse porte precisa ser evitada ao máximo. Uma parte importante das justificativas para as medidas epidemiológicas de distanciamento social (entre outras medidas que buscam evitar a rapidez do contágio em massa) era justamente evitar o colapso do sistema de saúde, especialmente das UTIs, onde se encontram os recursos vitais para evitar a morte prematura de pessoas acometidas por doenças letais, como é o caso da síndrome da angústia respiratória grave que acometeu pacientes criticamente afetados pelas reações imunológicas e multissistêmicas à infecção pelo SARS-COV-2.

Apesar da pandemia, a tomada de decisão em situações de escassez não era certamente uma novidade na área da saúde, muito menos na

bioética. Os dilemas da triagem na verdade são dilemas antigos e recorrentes. Em bioética, o tema dos “recursos escassos” é um tema clássico (AZEVEDO, 2002). Mas tais dilemas tornam-se mais candentes no caso de situações críticas ou emergenciais. Porém, a maior parte das discussões em ética sobre como tomar decisões em situações de escassez envolvem problemas de alocação de recursos em vista de dilemas distributivos crônicos ou endêmicos (para usar um termo “médico”), ou de problemas semelhantes à “tragédia dos comuns”, tema explorado originalmente no final da década de 60 por Garrett Hardin (1968), e que envolve o risco previsível, a médio ou longo prazos, do esgotamento de recursos públicos com a disseminação de condutas orientadas apenas à maximização do interesse próprio imediato. O que chamarei aqui de PROBLEMAS DA TRIAGEM, no entanto, representam problemas urgentes. Trata-se de situações emergenciais², para distingui-las de situações urgentes e mais comuns. Evitá-las não depende de decisões com efeito distributivo ou a longo prazo; é preciso resultados imediatos. As discussões éticas que envolvem a decisão correta nessas circunstâncias críticas abrem debate sobre nossa compreensão global da ética e da teoria moral. Daí porque, para o filósofo, o interesse no tema é tanto prático (como colaborar para que tomemos decisões corretas num contexto emergencial?) como teórico (de que modo a abordagem prática ao tema ilumina discussões de fundo sobre os fundamentos de nossas teorias morais?).

Os problemas da triagem certamente não são os únicos problemas trazidos pela pandemia de COVID-19. Mas há um elemento candente de dramaticidade e urgência ética neles. Como diz o editor do *Lancet* em um comentário publicado em abril de 2020, embora o foco do debate político sobre a COVID-19 esteja nas dimensões de saúde pública da pandemia, “ao lado do leito há outra história, que até agora foi amplamente escondida – uma história de terrível sofrimento, angústia e total espanto” (HORTON, 2020), não só de pacientes, mas de médicos e profissionais de saúde que vivem esse dia a dia dentro das UTIs. Assim, os problemas da triagem envolvem decisões que afetam a vida *atual* de *pessoas*. Não se trata de decisões que buscam resultar em efeitos bons ou ruins em termos globais a médio ou longo prazos, muito embora isso possa ocorrer. Trata-se de decisões com impactos diretos na vida de pessoas identificadas. Daí porque as teorias deontológicas acabem tendo importância na definição dos critérios de escolha, já que as decisões envolvem considerações pessoais. Teorias impessoais como as consequencialistas acabam tendo um potencial explanatório limitados nessas circunstâncias.

Teorias morais e a possibilidade de estrutura normativa plural em ética prática

As contribuições feitas por bioeticistas sobre princípios e diretrizes para a tomada de decisão em circunstâncias críticas durante a pandemia de COVID-19 apontam para a plausibilidade de uma abordagem pluralista ou multivalorativa em ética prática. Sobre o tema da triagem, essa orientação multivalorativa já havia sido defendida por Govind Persad, Alan Wertheimer e Ezequiel Emanuel em um influente artigo publicado em 2009, no *Lancet* (PERSAD, WERTHEIMER e EMANUEL, 2009). Poucos anos depois, Douglas White e Leslie Scheunemann publicaram um artigo na *Chest* (2011), argumentando que o racionamento é inevitável e implica, particularmente na área da saúde, a omissão de tratamentos potencialmente benéficos a alguns indivíduos. Medidas de racionamento, dizem White e Scheunemann, envolvem considerações de justiça distributiva que por sua vez ensejam o problema de como conciliar os “impulsos conflitantes” da maximização da eficiência (tomar decisões de modo a produzir o máximo bem com o mínimo de custos), da equidade (tratar a todos de forma igual) e do princípio da prioridade (priorizar aqueles que estão pior-situados). Todavia, foi no início do ano de 2020, em meio à crise sanitária que fez do norte da Itália o epicentro da pandemia, e que levou o primeiro-ministro Giuseppe Conte a declarar “lockdown” (SAFI, GIUFFRIDA & FARRER, 2020), que surgiram duas publicações propondo medidas concretas. Em um artigo publicado online em 23 de março de 2020 no influente *New England Journal of Medicine*, o grupo liderado por Emanuel e Persad voltou a sustentar que uma abordagem justa sobre a alocação de recursos de leitos e suporte vital na Covid-19 requer um referencial teórico multivalorativo em ética (*multivalue ethical framework*) (EMANUEL et al., 2020). Sua conclusão foi de que os valores éticos da maximização de benefícios, da igualdade de tratamento, da promoção e recompensa ao valor instrumental e da prioridade aos pior situados convergem para seis recomendações específicas nas decisões sobre a alocação de recursos médicos na pandemia de COVID-19: maximizar os benefícios; priorizar os profissionais de saúde; não alocar pacientes por ordem de chegada; respeitar as evidências científicas nas escolhas terapêuticas; reconhecer o papel da pesquisa científica no processo; e não diferenciar pacientes com Covid-19 e pacientes com outros diagnósticos. Poucos dias depois, em 27 de março, Douglas White e Bernard Lo publicam no *JAMA* o artigo “A framework for rationing ventilators and critical care beds during COVID-19 pandemic” (2020). White e Lo argumentam que as recomendações existentes sobre como alocar

recursos escassos de cuidados intensivos durante uma pandemia ou desastre contêm disposições eticamente problemáticas, dentre elas a exclusão categórica de grandes populações de pacientes ao acesso a tais recursos. Em vista disso, propõem um modelo para tomada de decisões de alocação que combina considerações éticas diferentes, sustentando, porém, que todos os pacientes necessitados devam ser considerados elegíveis para o acesso a cuidados intensivos. Em um apêndice ao artigo, propuseram um sistema de pontuação para classificação e priorização de pacientes elegíveis para leitos de terapia intensiva, no qual os princípios que recomendam salvar mais vidas e salvar mais anos vividos são pesados, gerando um escore único.

Esses artigos estimularam profissionais de saúde e filósofos a pensar em como adaptar esse modelo a suas realidades. No Brasil, Araújo, Azevedo, Bonella e Dall’Agnol, instigados pelo assunto, também defenderam a necessidade de convergir princípios e teorias morais diferentes na busca de um procedimento único e coerente de priorização de leitos e recursos de suporte vital para casos críticos de COVID-19 (2020a, 2020b). Em resposta às críticas feitas por colegas brasileiros (2020c), argumentaram que sua proposta “combina o princípio da maior beneficência (ou maximização do benefício do tratamento) e o princípio da justiça, na forma do tratamento imparcial a todos os pacientes”. A plausibilidade da proposta seria, assim, uma evidência de que “a oposição” entre tais princípios “é mais imaginária e especulativa” do que aparenta. A proposta de Araújo, Azevedo, Bonella e Dall’Agnol, em sua especificação, parte do princípio consequencialista que preconiza maximizar resultados em termos de vidas salvas, por meio da aplicação de um escore de gravidade clínica, classificando o escores atribuídos em três grupos de gravidade clínica, sem propor que se combine pontos desse escore a outros escores ou pontuações, diferindo nesse aspecto tanto da proposta de White e Lo, como das propostas elaboradas no Brasil por sociedades médicas, como a recomendação publicada pela AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), em cooperação com a ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência), a SBBG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e a ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos), este influenciado pela proposta de Daugherty Biddinson et al (2019). Tais propostas buscam combinar escores empregados na prática clínica para situações diferentes (unem escores clínicos, como o SOFA, com escores empregados para avaliar autonomia, usados em oncologia, como o ECOG – Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status), buscando um único escore global de pontos, produzindo uma “metapontuação”, o que leva a consequências contraintuitivas e paradoxais (por que um

paraplégico, por exemplo, que precisa do apoio de outros, deveria ser preterido em decisões sobre admissão para cuidados intensivos em UTI caso venha a ser eventualmente acometido pela COVID-19?).

Araujo, Azevedo, Bonella e Dall’Agnol, por sua vez, propuseram um sistema de classificação que, partindo de um escore clínico consensual (o SOFA – Sequential Organ Failure Assessment), estratifique os pacientes primeiramente conforme grupos de probabilidade de sobrevida imediata após a alta, permitindo com isso priorizar pacientes de modo a promover a maximização do número de indivíduos salvos (ARAUJO et al., 2020a, 2020b, 2020c, 2021a, 2021b, 2022, 2023). Uma cláusula não priorizadora, porém, permite evitar o equívoco paradoxal que consistiria em incluir no grupo prioritário os pacientes portadores de condições clínicas terminais, caso sua condição clínica presente indique maior probabilidade de sobrevida imediata com o tratamento que os demais. Além disso, outra cláusula, porém priorizadora, atende ao valor não apenas instrumental, mas deontológico, da recompensa aos que trabalharam e se arriscaram na linha de frente do cuidado. Por último, garante-se igualdade absoluta por meio do sorteio caso, mesmo seguindo tais critérios, ainda assim haja “empate” na classificação.

O problema da triagem e as circunstâncias da justiça

Triagens são geralmente vistas como procedimentos de decisão sob circunstâncias ubíquas: recursos são notoriamente limitados e não é possível, na grande maioria das situações, atender a todos de forma plena e ao mesmo tempo. Tais circunstâncias ensejam o que Hume, no Tratado da Natureza Humana, chamou de *as circunstâncias da justiça* (HUME, [1739] 1896). Penso, porém, que essa ideia geral esconde uma distinção de implicações importantes: os recursos aptos atender a nossas demandas são, de fato, ubiquamente limitados. Hume estava certo quanto a isso. Hume também estava certo de que a avidez humana conduz o interesse próprio dos indivíduos a entrarem em conflito. Mas a solução para o conflito (que, para Hume, equivale ao que chamou de a virtude “artificial” da justiça) não implica, de forma generalizada, prejuízos significativos às partes. Há certamente situações em que é possível gerenciar a distribuição dessas demandas segundo prioridades, sob o ônus de postergar, ou até mesmo omitir a oferta de certo recurso, sem que a pessoa ou grupo de pessoas prejudicadas sejam lesadas a ponto de que seu nível de bem-estar se torne significativamente comprometido. Nessas situações, bastante comuns ou, como chamarei aqui, “ordinárias”, é possível gerenciar a

atenção às demandas por certo recurso limitado de modo a produzir o melhor benefício agregado com o mínimo de prejuízos às partes interessadas. Em saúde pública, é geralmente possível gerenciar a demanda, por exemplo, por atendimentos médicos, priorizando os casos de maior risco e gravidade, dando atenção posterior aos menos urgentes.

Eis um exemplo de uma situação ordinária:

Fila do Pronto-Socorro. Há dois pacientes solicitando consulta urgente. Um deles, que veio primeiro, é uma pessoa previamente saudável que apresenta sinais que sugerem uma doença leve. O outro, que veio depois, é uma pessoa com uma doença crônica que apresenta sinais de agravamento que sugerem uma complicação potencialmente grave. Suponha que o médico já esteja atendendo a pessoa com o problema de saúde mais leve. Parece razoável que o médico possa interromper a consulta e pedir à pessoa que espere vários minutos ou mesmo algumas horas para que ele possa atender a pessoa com doença crônica com provável complicação aguda e potencialmente mais grave. Por que o médico não deveria fazer o contrário, ou seja, pedir à pessoa com a doença crônica (a que está em pior situação) que espere o mesmo período para que ele possa terminar a consulta em andamento?

Na Fila do Pronto-Socorro, parece razoável que o médico possa deixar que a pessoa com quadro mais leve sofra o desconforto de ter de esperar vários minutos ou mesmo algumas horas para voltar a ser atendida. Talvez essa pessoa sofra certo declínio em seu bem-estar com essa decisão, mas é certo que se trata de um declínio compensável posteriormente e significativamente menor do que o declínio que poderia haver caso a outra pessoa viesse a ter seu atendimento postergado. É plausível que, nesse caso, o médico deva considerar que seu dever de “evitar o dano” tenha precedência sobre o dever de dar ou prosseguir com o atendimento a quem o procura. Isso é razoável porque na Fila do Pronto-Socorro temos o que chamei de uma circunstância ordinária de triagem. A “lógica” das triagens (pelo menos nessas circunstâncias normais) é que é possível organizar prioridades de cuidados respeitando o princípio de atender primeiro aqueles que se encontram em situação mais urgente, deixando para mais tarde aqueles que se encontram em situação menos grave. O resultado final não é apenas a produção do melhor resultado global, pois este resultado global é alcançado sem causar qualquer desvantagem ou dano significativo a

qualquer um dos indivíduos envolvidos. Uma versão para esse princípio das triagens em situações ordinárias é:

Princípio da triagem ordinária: Organizar um sistema de triagem com prioridades de atendimento de tal forma que se alcance o melhor resultado final (melhor soma de bem-estar agregado possível) sem que nenhuma das partes seja significativamente prejudicada, ou seja, sem que nenhum dano significativo seja imposto a qualquer uma das partes envolvidas.

Há, porém, situações extraordinárias em que esse objetivo não pode ser alcançado. Foi exatamente isso o que ocorreu na pandemia de COVID-19, particularmente naquele período de 2020, e, ao que se sabe, de forma bastante dramática inicialmente no norte da Itália, mas logo após em todo o mundo. No Brasil, como sabemos, a situação tornou-se calamitosa no início do ano de 2021. Em situações desse tipo, as triagens não conseguem atender ao objetivo acima.

Problema da triagem. Não é possível organizar um sistema de triagem de forma a respeitar o princípio da triagem ordinária. Conseqüentemente, não é possível desenhar um sistema de triagem em que as prioridades de atendimento sejam organizadas de tal forma que a melhor soma de bem-estar agregado seja alcançada sem submeter nenhum indivíduo a um dano significativo, ou seja, sem impor a alguns indivíduos algum dano significativo.

Protocolos de triagem nessas situações pretendem produzir o melhor resultado possível, contudo, sob a consequência infeliz de não conseguir atender ao **princípio da triagem ordinária**. Porém, mesmo nessas circunstâncias dramáticas, os protocolos multivalorativos enfrentam limites, já que eles parecem se prestar para tomadas de decisão com respeito à alocação de recursos vitais, mas deixam dúvidas sobre seu uso em situações pós-alocação, isto é: sobre decisões sobre eventuais realocações de recursos depois que uma alocação já foi determinada. Em situações ordinárias, decisões médicas como a que ilustrada na Fila do Pronto-Socorro não parecem problemáticas. Porém, em situações extraordinárias, tomar esse tipo de decisão tem consequências bastante diferentes, já que a omissão ou retirada do recurso tem consequências bastante graves.

A Covid-19 e o problema da triagem

Considere a seguinte decisão difícil:

João e Pedro têm Covid-19 e foram gravemente afetados. Ambos têm síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) e necessitam ventilação mecânica (VM) imediata. A instituição infelizmente dispõe de apenas um ventilador e apenas um leito de UTI (não sendo possível transferir um deles para outro serviço). João e Pedro têm um risco bastante alto de falecer sem o tratamento intensivo. Ambos, portanto, precisam do leito, mas a chance de João sobreviver e ter alta da UTI após o tratamento é estatisticamente maior do que a chance de Pedro. É quase consensual entre os especialistas em ética que deveríamos dar o leito a João, mesmo que, fazendo isso, Pedro provavelmente morrerá. Observe que Pedro tem o mesmo direito a um leito de UTI que João. No entanto, só há UM leito com ventilador disponível. Uma decisão deve ser tomada. Vamos assumir que a decisão correta seja dar o leito a João e não a Pedro. Trata-se certamente de uma decisão feliz para João e ruim para Pedro. Contudo, ela não é apenas uma decisão “ruim” para ele; a chance de Pedro falecer sem o tratamento de UTI é extremamente alta, bem mais alta do que a chance de ele falecer recebendo o tratamento. Faria sentido dizer que Pedro foi prejudicado pela decisão de alocar o único leito disponível a João?

A razoabilidade da decisão, considerando a circunstância de escassez que impedia, infelizmente, prestar o melhor auxílio a ambos, consiste, nesse caso em particular, em aumentar a probabilidade de sobrevivência global, isto é, em proporcionar o máximo de benefício agregado considerando todos os afetados (nesse caso, duas pessoas). No total, a probabilidade de termos pelo menos uma pessoa viva e com maiores chances de estar saudável após a decisão é maior se dermos o leito a João que a Pedro. Assim, parece consensual (pelo menos para os consequentialistas bem-estaristas, além dos utilitaristas estritos) que essa é a melhor decisão sob tais circunstâncias muito difíceis: ajudar João com o melhor tratamento, dando a Pedro o menos eficaz.

Agora, considere Maria.

Maria também está com Covid-19 e SDRA. Ela também precisa de ventilação mecânica. Maria deu entrada na emergência pouco antes de João ter entrado na UTI. A escassez segue a mesma. Maria, porém,

tem mais chances de sobrevivência com o tratamento de UTI que João. De forma agregada, a probabilidade de ter-se pelo menos uma pessoa viva e com maiores chances de estar saudável após a alta é maior se o leito com o ventilador for dado a Maria e retirado de João. Aceitemos que o fato de Maria ter chegado depois de João ao serviço de emergência não é uma razão determinante para preferir ele a ela. O princípio "*first come, first served*" ("quem chega primeiro deve ser atendido antes") claramente não atende, nesse caso, ao objetivo de produzir o melhor resultado agregado. Deveria, então, o médico privar João do tratamento já administrado a ele na UTI, retornando-o à emergência, e admitir Maria?³

Se o médico fizer isso, ou seja, se retirar de João o tratamento já iniciado, certamente ele estará ativamente PIORANDO o estado de saúde de João e suas chances de melhorar da doença, e, dado que sua condição é grave, de uma forma muito significativa (a decisão poderá levá-lo à morte).⁴ Uma diferença aqui é que quando o médico omitiu o tratamento a Pedro, dando-o a João, ele não piorou, ativa ou passivamente, o estado de saúde de Pedro, pois o estado de Pedro já era ruim e continuou ruim com a decisão. Alguém poderia alegar que o estado de saúde de Pedro piorou *contrafatualmente* com a decisão de omitir a ele o tratamento disponível, mas escasso. Ainda assim, aparte as considerações contrafatuais, a semelhança entre Maria e Pedro é que, ambos, sem terem recebido o tratamento, seguiram com o mesmo estado de saúde precário e grave, ao passo que João, se fosse retirado da UTI para beneficiar Maria, teria seu estado de saúde agravado com a decisão.

Essa diferença pode ser relevante para nossa opinião sobre se Pedro foi prejudicado ou não pela decisão de preferir João a ele, em comparação ao caso hipotético de retirar João para beneficiar Maria e garantir, por coerência, o melhor benefício agregado. Contudo, comparativamente, dadas as circunstâncias difíceis, já que não era possível ao médico prestar ajuda tanto a ele como a João, a decisão correta foi buscar o melhor possível, o que, nesse caso, favoreceu João. A correção da decisão de alocar o leito para João é o que parece permitir recusar a conclusão de que Pedro foi prejudicado com o ato. Joel Feinberg, por exemplo, diria que Pedro não foi de fato prejudicado (*harmed*) pelo médico com a decisão de não atender a seu interesse porque, dadas as circunstâncias difíceis e especiais, foi correto optar por dar o leito a João (FEINBERG, 1990). Nesse sentido, Pedro sofreu um mal, mas não um dano. Veremos isso adiante.

Parece, portanto, correto ALOCAR o leito a João em “João e Pedro”. Porém, em “Maria”, a decisão é diferente, pois o leito já foi alocado a João. Trata-se de decidir se é correto REALOCÁ-LO. Ao que parece, a decisão de realocar o leito acarreta um dano à pessoa que está em tratamento, dano esse que não ocorre com a pessoa na fase de PRÉ-ALOCAÇÃO. Mas por que *realocar* um leito poderia levar-nos a concluir que há um dano especialmente importante causado contra a pessoa que já está em tratamento ao passo que ao omitirmos a alguém um tratamento esse dano não ocorrer? Penso que para explorarmos soluções a essa dúvida é preciso, primeiro, adentrar no tema do conceito de dano e, a partir disso, retomar uma velha discussão sobre a diferença entre ações e omissões.

Teorias do dano: a abordagem dos interesses prejudicados de Feinberg

As discussões sobre o conceito de dano em filosofia seguem candentes e evoluíram bastante desde a abordagem clássica de Feinberg. Permitam-me retomar um pouco a discussão, porém, neste artigo, farei uma abordagem a partir de uma revisão dos conceitos que Feinberg apresentou, canonicamente, em *Harm to others* (1984).

Feinberg começa sua abordagem lembrando que a palavra “dano” (*harm*) é tanto vaga como ambígua, já que ela está emaranhada a outros conceitos, como o de “errado”, em seu uso comum (FEINBERG, 1984; 1990, p. xxvii). Ele começa, então, distinguindo três sentidos coloquiais de “dano”. O primeiro seria um sentido derivado de dano, relacionado à ideia de que qualquer coisa pode ser “danificada”. Em português, por exemplo, dizemos com frequência que os estragos causados por temporal a uma casa foram “danos à casa”. Feinberg, no entanto, sustenta que esse sentido coloquial de “dano” é derivado. Só há dano porque alguém tem interesse em que sua casa não seja danificada. Haveria, portanto, um segundo sentido mais “genuíno” de dano, diz Feinberg, aquele do qual se deriva o “sentido derivado, nomeadamente, o dano concebido como impedimento, recuo ou malogro de um interesse” (FEINBERG, 1984, p. 33).

Os interesses de alguém são vistos por Feinberg como compondo um conjunto diverso, consistindo em todas aquelas coisas nas quais alguém tem interesse, sendo que o interesse pessoal ou o interesse próprio consiste no avanço harmonioso de todos os interesses desse alguém globalmente. Tais interesses, ou talvez mais precisamente, as coisas em que tais interesses se acham investidos, são componentes distinguíveis do bem-estar dessa pessoa. A ideia é que alguém prospera ou definha à medida em que tais interesses florescem ou definham. Tudo o que os promove ocorre,

assim, em seu benefício ou seu interesse; e tudo o que os frustra, ocorre em seu detrimento ou contra seu interesse (FEINBERG, 1984, p. 34). A teoria de Feinberg sobre o bem-estar é, portanto, uma teoria do interesse (digamos, uma *interest theory*).⁵ O bem-estar individual é uma função da realização dos interesses de alguém, estes entendidos como um conjunto variado e diversificado de coisas nas quais o interesse geral de alguém se acha investido. Trata-se de um sentido algo amplo de “bem-estar”. E quanto ao dano? Quando ele ocorre? Na visão de Feinberg, danos ocorrem quando o bem-estar de alguém é negativamente afetado, o que implica a conclusão de que em todo dano os interesses de alguém se acham negativamente afetados. Mas há muitas situações em que o interesse de alguém é impedido (*thwarted*), postergado (*set back*) ou malogrado (*defeated*) sem que um dano tenha ocorrido. Uma pessoa impedida de viajar por estar legalmente convocada para prestar serviço em uma situação de emergência pode não ter sido “prejudicada” no sentido que importa a Feinberg. Um terceiro sentido de “dano” parece capturar essa ideia, de que danos efetivos não são meras circunstâncias em que os interesses de alguém são negativamente afetados, mas afetados sem razão ou legitimidade.

Feinberg aponta, assim, para um terceiro e mais restrito sentido de dano que julga estar ligado ao Princípio do Dano (*harm principle*) classicamente associado ao pensamento de John Stuart Mill ([1859] 1998). Sob esse terceiro sentido, os interesses frustrados, postergados ou malogrados não devem representar uma mera frustração, procrastinação ou malogro, mas algo que seja resultado de um ato ou estado errado ou ilícito.

Temos aqui, portanto, dois sentidos diferentes de dano como interesse negativamente afetado:

Dano 1: prejudicamos outra pessoa se frustramos, procrastinamos ou malogramos, isto é, se afetamos adversamente seus interesses.

Dano 2: prejudicamos outra pessoa se *indevidamente* afetamos adversamente seus interesses.

É este segundo sentido de dano que Feinberg toma como fundamental para sua teoria:

Este segundo sentido de “prejudicar” (*harm*), ao qual podemos anexar o subscrito 2, é a sobreposição de dano1 e dano2 (uma forma particular de agir erradamente). *A* prejudica2 a *B*, nesse segundo sentido, quando, ao mesmo tempo, o prejudica1 e, ao fazê-

lo, também erra para com ele (*wrongs him*). Assim, o dano2 inclui todo dano1 que seja também um erro cometido para com outro e todo erro para com outro que também seja um dano1. Mais precisamente, "A prejudica1 B" significa "A afeta negativamente o interesse de B". "A prejudica2 B" significa "A afeta negativamente o interesse de B e, ao fazê-lo, comete erros para com B (viola algum direito de B)" (FEINBERG, 1984).

Seguindo esses ensinamentos de Feinberg, a diferença entre os casos de João e Pedro e de Maria é que, no primeiro caso, João e Pedro, a decisão de dar o leito a João foi correta (dados certos princípios). Essa decisão, infelizmente, e dramaticamente, afetou os interesses de Pedro. Porém, muito embora ela tenha causado um dano1 a Pedro (ou seja, muito embora ela tenha afetado negativamente seu interesse), como foi, dadas as circunstâncias (extraordinárias), uma decisão correta, o médico não causou nenhum dano2 a ele (teremos de avaliar adiante porque foi correto dar o leito a Pedro). No caso de Maria, tirar João do leito também representaria um dano1 a ele; mas por que seria essa decisão também um dano2? Seguindo Feinberg, o que faria da decisão de tirar João do leito para favorecer Maria um dano2 (cometido contra João) seria a incorreção do ato. Mas por que essa decisão seria incorreta se, à semelhança de João e Pedro, essa é a decisão que agrega globalmente mais benefícios?

Como vimos acima, uma hipótese é que, comparando as duas situações, é plausível que, no caso de Maria, tirar João do leito lhe causa *atualmente* uma redução significativa em seu estado de saúde (talvez a maior redução possível, a morte), ao passo que a decisão de não dar o leito (de João) a ela não representa uma decisão que piora a saúde e o bem-estar de Maria (salvo contrafactualmente, mas não *atualmente*), pois Maria continuará no mesmo estado ruim – a propósito, estamos assumindo que a condição de saúde de Maria é grave e seguiria igualmente grave sem receber o leito. Em termos probabilísticos, a chance de Maria se recuperar da SDRG não muda com omissão de não lhe dar o ventilador e o leito que estão com João. Essas chances, porém, no caso de João, pioraram significativamente. Aqui alguém poderia dizer: mas nesse caso não estaríamos raciocinando contrafactualmente ao pensar sobre o que ocorreria a João? Nesse caso, por que poderíamos fazer isso com respeito a seu caso e não com respeito ao caso de Maria?

Essa questão está ligada a uma polêmica ainda persistente em teoria moral, a saber, se há diferença entre agir ativamente (e causar um dano) e agir passivamente (deixando que um dano, assim, ocorra). Há certo consenso de que a distinção entre ação e omissão é uma distinção irrelevante normativamente, pois é certo que podemos causar danos com

omissões e tais danos são por vezes mais significativos que os danos causados ativamente, por ações. Contudo, note-se que a distinção tem em vista justamente o conceito de dano e o que ela pretende assinalar é que danos podem ser causados tanto por ações como por omissões. Com efeito, a omissão de um tratamento pode causar danos² a uma pessoa e, são por isso, aptos a serem considerados como danos genuínos. Assim, poderia ser o caso de que a omissão do ato de dar o leito a Maria causaria também um dano² a ela. Contudo, para isso, o ato que parece causar um dano¹ a ela, a saber, o de não lhe dar o leito que está sendo usado por João, teria de ser considerado um ato errado. Para que essa omissão pudesse representar um erro teríamos de concordar que a decisão de manter o leito com João seria um erro para com Maria, que, a princípio ao menos, não poderia ser um erro para com João. Mas por que tirar João do leito não seria um erro para com ele?

Podemos comparar esses casos com uma situação sutilmente diferente. Suponhamos que a decisão de dar o leito a João em “João e Pedro” já tenha sido tomada, isto é, de transferir João para a UTI, porém, João ainda não foi transferido (suponhamos que o leito ainda esteja sendo preparado para sua chegada). Isso, aliás, é muito comum nos hospitais: primeiro decide-se quem alocar para o leito disponível, mas, antes de iniciar o tratamento, é preciso preparar o leito, higienizá-lo etc. (muitas vezes outro paciente estava usando o leito, e a cama e os equipamentos precisam ser limpos, alguns materiais trocados, para que o novo paciente possa usá-los). Imagine que nesse ínterim chega Maria à emergência: deveria o médico ignorar a decisão tomada e dar o leito para Maria? Alguns pensam que nessas circunstâncias o erro que seria cometido ao retirar João do leito para beneficiar Maria não se aplica. Ou seja, nesse caso, seria aceitável que o médico mudasse sua decisão. Mas por quê? Deveria o médico, nesse caso sutilmente diferente de “Maria”, privar João do leito de UTI que lhe havia sido há poucos minutos alocado? Alguns pensam que nesse caso isso seria o correto a fazer, e também pensam que, nesse caso, a famosa distinção entre ato e omissão se aplicaria de forma correta. Isto porque, no caso do João e Pedro, o médico havia dado o leito a João e teria se omitido (corretamente) de dar o leito a Pedro, e antes da decisão nenhum dos dois estava no leito alocado. No caso de Maria, o médico teria de atuar ativamente e retirar o tratamento de João para beneficiar Maria. No terceiro caso, porém, o da realocação do leito à Maria enquanto João ainda não começou a ser tratado dentro da UTI, a diferença estaria em que aqui o médico apenas omitiu beneficiar João, ao passo que, em “Maria”, ele teria de agir ativamente, retirando o paciente do leito (e do ventilador). Assim,

a distinção ato-omissão parece fornecer uma explicação normativa para as decisões corretas nesses três casos.

Ainda assim, a distinção entre ato e omissão é considerada insustentável para muitos filósofos. Como já foi dito, um ato *em si* não é pior nem mais ilícito do que uma omissão. Há inúmeros exemplos de omissões piores do que ações. Um dos primeiros a atacar essa distinção, também chamada de distinção matar-permitir (mas neste caso parece aplicar-se apenas ao resultado “morte”), foi James Rachels (1975). Nos exemplos de Rachels, uma pessoa decide planejar matar uma criança afogando-a na banheira. Certo dia ela consome o plano e afoga a criança. Em outro caso, uma pessoa também pensa em matar uma criança. Eis que ela vê a criança caindo dentro da banheira. Ela poderia salvá-la, mas simplesmente grita e deixa a criança se afogar. Ela podia ter feito algo para salvá-la, mas ele se omite e a criança morre. Note que ambas as pessoas tinham a mesma intenção, matar a criança. Mas apenas uma “agiu”; a outra apenas deixou que ela morresse. Rachels assume que ambas estavam erradas (criminalmente erradas, aliás) e conclui que os fatos de que uma agiu e a outra apenas assistiu a morte da criança são completamente irrelevantes. Rachels está correto. Francis Kamm objetou posteriormente que há uma diferença entre os dois casos, demonstrada pelo fato de que, se pudéssemos, seria permitido matar o primeiro lunático, mas não o segundo, para evitar a morte da criança (KAMM, 2007, p. 17). Mas esta não é uma boa resposta. É meramente contingente que matar o primeiro possa salvar a criança; no segundo caso, matar o homem mau e negligente não ajudaria em nada a criança. O que não afeta em nada o erro de sua omissão.

A teoria do interesse de Feinberg e uma alternativa suficientária

A teoria do interesse de Feinberg sobre os danos 1 e 2 tem elementos de uma abordagem bem-estarista.⁶ Isso pode ser visto na diferença que Feinberg procura fazer entre a sua visão e outra que apelaria a um sentido legalista. No dano2 de Feinberg, todo efeito negativo sobre os interesses do indivíduo por um ato prejudicial é representado por alguma redução tangível no bem-estar de alguém. Feinberg apresenta alguns casos para distinguir o dano2 de um simples sentido legalista. É isso o que lhe permite falar sobre infrações ou atos errados, porém não danosos ou “inofensivos” (*harmless wrongdoings*). Sua conclusão é de que “pode haver erros que não sejam danos no geral, mas há poucos erros que não sejam danos nessa mesma medida. Mesmo nos contraexemplos mais persuasivos” (de uma promessa quebrada que beneficia inesperadamente o prometido, ou de um intruso que não causa nenhum dano à propriedade do outro), “o erro

geralmente será uma invasão do interesse na liberdade” (FEINBERG, 1984, p. 35).

Mas existe um sentido de dano ainda mais restrito que o de Feinberg, que nos permite introduzir uma abordagem que considera danos genuínos como formas significativas de privação em bem-estar. Minha suspeita é justamente de que danos são um tipo de transgressão, infração ou mal (*wrongdoing*) que afeta os interesses legítimos de alguém, mas não quaisquer interesses e, sim, certos interesses cujo valor é maior para qualquer pessoa em um sentido impessoal. Como afirma Matthew Hanser, “sofrer danos significa ter sua situação piorada; sofrer danos é ruim porque envolve piorar sua situação; e a gravidade de um dano é proporcional a quão pior fica a situação do sujeito” (HANSER, 2008). A ideia é que alguém deve estar significativamente privado em seu bem-estar para que o erro ou injustiça seja considerada um dano genuíno.

O dano² de Feinberg não captura essa ideia. Dizer que alguém sofreu um dano em razão de que seu interesse foi negativamente afetado de forma ilegítima permite dizer de um magnata mesquinho que o roubo de uma moeda lhe causou um dano em sentido próprio, o que pode parecer a muitos como um exagero. Há males que cometemos a outros e que podem merecer reparação sem representar danos (no sentido que aqui se pretende enfatizar). Vejamos o seguinte exemplo.

Objeção do Pato Donald. Donald decidiu pegar algumas moedas de ouro do Tio Patinhas para pagar as dívidas de um de seus sobrinhos com a faculdade. Obviamente, faz sentido dizer que Donald agiu errado ao fazer isso (pois as moedas são propriedades do seu tio). Mas certamente ele não fez *mal* ao tio (em um sentido mais forte de “mal”), pois o tio Patinhas ainda é muito rico e o ato, com certeza, não teve nenhum efeito em seu estado real de bem-estar. Afinal, o Tio Patinhas segue tendo muitas moedas de ouro, e seu bem-estar e riqueza não serão afetadas pelo roubo de Donald.

Há infrações ou erros que não causam danos significativos às pessoas, o que não significa que não sejam erros. Sendo erros, e sendo erros legalmente (ou mesmo moralmente) protegidos, segue-se que seus perpetradores devem reparação aos ofendidos. Ainda assim, disso não se segue se tais erros devam ser reparados *porque* representam ou geraram danos àqueles que foram ofendidos. Danos efetivos, reais, diferem de ofensas ou infrações causadas a outrem, cuja ofensa não afeta significativamente seu bem-estar.

Um problema, porém, é quando comparamos danos reais, presentes, com danos postulados, futuros. Considere o seguinte caso:

O dilema do pai.⁷ Consideremos um pai, Mark, que decide mudar a família da cidade para o interior, para oferecer um lugar melhor para viver ao seu filho mais velho, Leo, que é deficiente. Ao fazer isso, infelizmente, ele não fez a melhor escolha para os interesses de seu filho mais novo, Thomas, que é saudável, o qual, na cidade, teria mais oportunidades para ter um futuro melhor.

Como a decisão foi tomada, supostamente, sob as prerrogativas do pai, Mark não prejudicou Thomas. Mas parece que, seguindo a teoria do interesse de Feinberg, Mark frustrou o melhor interesse de Thomas e realmente reduziu seu estado de bem-estar, porém, não de uma forma significativa em comparação com a mudança significativa que a decisão proporcionou a Leo. A decisão de Mark foi, portanto, legítima (ele tinha direito de tomar a decisão) e foi globalmente a melhor (pois a soma agregada de felicidade para as crianças é supostamente maior com a decisão de ir para o interior do que se Mark tivesse decidido continuar morando na metrópole). Suponhamos agora que Thomas cresça saudável e com uma infância feliz e que sua vida futura tenha sido, de fato, profundamente afetada pela decisão de Mark. Mas suponhamos adicionalmente que Mark e seus filhos vivam em um país pobre, e que, nesse país, viver no interior seja certamente bom para as crianças, mas muito ruim para os adultos. Por exemplo, suponhamos que se Mark ainda morasse na cidade grande, ele teria muitas oportunidades de ter uma vida próspera (econômica e profissionalmente, por exemplo). Mark não considerou esse aspecto em sua tomada de decisão. Assim, como as pessoas que vivem no interior desse país têm uma vida abaixo do suficiente (em serviços, economicamente etc.), a decisão de Mark afetou profundamente a vida futura de Thomas. Será que Mark contribuiu para frustrar os interesses futuros de Thomas de uma forma que poderia ser considerada também um dano, mesmo que Mark não tenha agido de forma errada (pelo menos não no sentido legal ou mesmo no sentido 2 de Feinberg)? Suponhamos que, mesmo que isso seja verdade sobre Thomas (que a sua vida futura foi profundamente afetada pela decisão de Mark), a soma agregada de bondade feita pelo ato de Mark, considerados ambos os filhos, foi maior do que se ele agisse de outra forma. Nesse caso, teria Mark ainda assim causado um dano futuro a Thomas por sua decisão de preferir o melhor benefício agregado a seus filhos? Como Mark teve de se mudar da metrópole para uma cidade do interior, sua ação teve reflexos negativos no

futuro de Thomas. Faria sentido comparar essa ação de Mark com a ação do médico de retirar João do leito para favorecer Maria? Talvez, mas uma primeira diferença a ser pontuada é sobre a dimensão do prejuízo.

Proponho, alternativamente (ou em adição) aos sentidos de dano1 e dano2 de Feinberg, um sentido mais restrito de dano como prejuízo ao bem-estar de alguém. Trata-se aqui não de um sentido de dano ao bem-estar *ponto*, isto é, de uma mera ou qualquer redução no bem-estar de alguém (PARFIT, 1984), mas de um dano *significativo* ao bem-estar dessa pessoa. O que estou defendendo é que danos genuínos representam impedimentos ou reduções significativas ao bem-estar de alguém e não meros impedimentos ou reduções a quaisquer de seus interesses. Se alguém tem seu bem-estar afetado de forma significativa isso implica dizer que essa pessoa passou a viver de um modo que está aquém daquilo que consideramos suficiente para dizer que sua vida é uma vida *boa*.

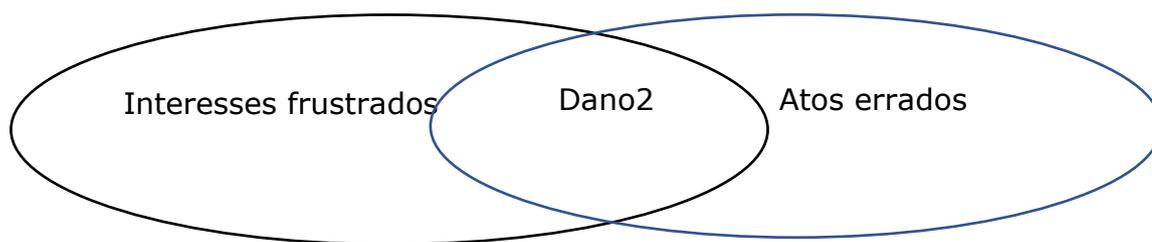
A principal diferença entre os dano2 e o dano3 está no que Molly Gardner chama de “moeda” do dano (GARDNER, 2020). É plausível que um teórico do dano2 (o seguidor de Feinberg) considere que os *interesses* de alguém representem a *moeda* do dano. Contudo, podemos separar um pequeno grupo de interesses “menores” dos interesses que garantem que pessoa possa desfrutar de uma vida boa. Para o defensor de uma teoria bem-estarista, a moeda do dano pode ser representada por um grupo especial de interesses em garantir uma vida boa, ou de evitar que o estado de bem-estar da pessoa caia a ponto de ultrapassar certo limite entre uma vida suficientemente boa e uma vida ruim (*illbeing*). Assim, penso que é plausível sugerir um terceiro conceito de dano, a saber:

Dano3: prejudicamos outra pessoa se postergamos ou afetarmos adversamente o interesse dela de uma forma ou magnitude significativa, ou seja, se a ação ou estado produzido fizer com que essa outra pessoa passe a viver em um estado de bem-estar inequivocamente aceito como *ruim*.

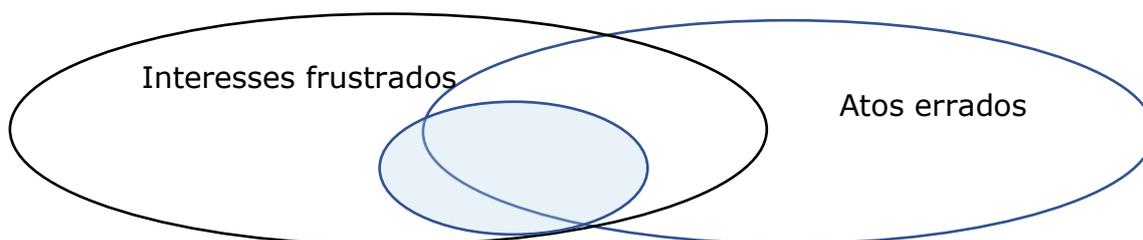
Ou, em uma versão mais simples:

Dano3*: prejudicamos outra pessoa se pioramos seu estado de bem-estar de forma tal que seu estado seja visto como inequivocamente e inquestionavelmente ruim.

Graficamente, o dano2 de Feinberg pode ser representado pela intersecção dos interesses frustrados (dano1) e o conjunto dos atos ilícitos:



O dano3 (elipse azul), porém, é mais restrito que o dano2:



No entanto, como é possível notar, é possível que alguém seja prejudicado nesse terceiro sentido sem que haja um erro. Isto é, é possível que (tal como ocorre nas situações extraordinárias) alguém sofra uma desvantagem significativa, mas, dadas tais circunstâncias excepcionais, não haja erro. Assim, podemos ainda distinguir um quarto sentido de dano, a saber:

Dano4: prejudicamos outra pessoa se postergamos ou de alguma forma afetamos negativamente *de forma errada ou ilegítima* seu interesse, de uma forma ou magnitude significativa, isto é, se uma ação errada ou um estado de coisas gerado de forma errada levar outra pessoa a um estado de bem-estar considerado inequivocamente como ruim.

Ou, de forma simplificada:

Dano4*: prejudicamos outra pessoa se pioramos *indevidamente* seu estado de bem-estar, de uma forma que seu estado se torne inequívoca e inquestionavelmente ruim.

Seguindo essa concepção, poderíamos dizer que Mark não afetou indevidamente os interesses de Thomas, embora sua decisão o tenha prejudicado³ (além de tê-lo prejudicado¹). Porém, se Thomas não puder se

queixar de forma legítima de seu pai, a conclusão é que Thomas não foi de fato prejudicado⁴ por ele.

Suspeito que o dano³ corresponda ao sentido ordinário de “dano” na maior parte de nossas culturas. Feinberg diz que dano² é um sentido comum derivado do dano¹. Portanto, dano¹ também é um sentido comum. Mas as pessoas geralmente não dizem que alguém só é prejudicado se um interesse qualquer dela for frustrado (prejudicado¹), mesmo que injustamente frustrado (prejudicado²). “Dano” é uma palavra geralmente empregada em conexão com “prejuízo à agência” e à “autonomia” das pessoas (KEATING, 2018). Danos físicos graves, tal como empregamos, por exemplo, em medicina, representam prejuízos importantes para as pessoas, pois são eventos ou estados que pioram significativamente o estado de bem-estar (a saúde, no caso) de alguém. Não diríamos também do famoso personagem de Hume, que se recusa a machucar seu dedo mindinho para salvar a humanidade, que ele sofreria um dano caso alguém tomasse a iniciativa de lhe causar a lesão a fim de salvar a todos (inclusive ele), ainda que contra sua vontade. A lesão ao dedo mindinho dificilmente contaria como um exemplo de dano para a maior parte das pessoas comuns (talvez conte apenas como um dano ao dedo mínimo, mas um dano corporal mínimo sem consequências para a vida e o bem-estar da própria pessoa). Aliás, é justamente isso o que torna a decisão do personagem uma decisão insensata, aliás, estúpida. As pessoas conseguem normalmente discernir entre prejuízos menores a seus interesses e prejuízos maiores ou significativos. Em medicina, por exemplo, é comum distinguir lesões benignas de lesões malignas, viz. aquelas que afetam significativamente o estado de saúde de alguém. Não dizemos que somos prejudicados por um resfriado comum, a menos que ele se torne grave (como aconteceu com muitas pessoas na pandemia de COVID-19). A visão médica sobre o que se entende por “saúde” permite conciliar saúde com a presença de lesões menos agressivas. Saúde é compatível com doenças agudas benignas, ou mesmo doenças crônicas, também benignas, isto é, doenças que podem ser controladas ou tratadas e que não afetam o estado geral de bem-estar da pessoa (AZEVEDO, 2014).⁸

Talvez o dano⁴ não seja o sentido comum (pois falamos, como assinalou Feinberg, em danos a coisas assim como a pessoas). Mas é plausível que este seja o sentido do princípio deontológico de “não causar dano” da ética médica⁹. O dano⁴ incorpora a ideia de que alguém comete dano contra alguém se for responsável pelo cometimento de um dano³.¹⁰

A questão é: tal como na distinção entre dano¹ e dano², o que marca um dano³ como um ato ilícito? Quando se comete um dano⁴? Afinal, a

forma com que se pode sofrer um dano⁴ em alguns casos não é transparente, ou seja, é possível que alguém, além de sofrer dano¹ e dano³, também sofra dano² em alguns casos, mas não em outros casos semelhantes. Por conseguinte, é preciso explicar o que é diferente nesses casos.

Penso que uma leitura suficientária (do inglês *sufficientarian*) do dano³ seria esta:

Danos³ são ações (ou estados que resultam de ações) que privam a vida, a saúde, o bem-estar ou a felicidade de alguém de uma forma de forma tal que essa pessoa passe a viver abaixo de um limiar ou padrão de suficiência.

Outra interpretação plausível para o princípio de não causar dano é a seguinte:

Princípio do Dano: *toda pessoa tem prima facie direito a não sofrer dano³ se o ato de causar esse dano piorar significativamente sua vida ou saúde de uma forma que poderia ser evitada.*

A distinção ato-omissão e outra explicação

A distinção ato-omissão não precisa ser defendida ou criticada para que encontremos uma razão normativa para concluir que dar o leito a João, mesmo sob o custo de "permitir" que Pedro morra, seja uma ação correta (nota-se que não é necessário que Pedro morra; o que o médico faz é apenas omitir a Pedro o melhor tratamento disponível, e dar-lhe o segundo melhor ou outra opção que não seja a melhor disponível). O mesmo não poderia ser dito no caso de João e Maria. A distinção entre João e Pedro e João e Maria é que, nesses casos, João não se encontra sob a mesma circunstância.

Chamemos de JOÃO à posição de uma pessoa na mesma circunstância de João em "João e Pedro"; e chamemos de JOÃO* a posição de uma pessoa na mesma circunstância de João em "João e Maria". Agora podemos constatar que a posição em que se encontra João em JOÃO não é a mesma que se encontra João em JOÃO*. Pedro, em João e Pedro, encontra-se, é verdade, em uma posição semelhante à de João, ou seja, ele está na posição JOÃO, ou seja, está na posição de alguém em uma circunstância clínica com risco de vida com possibilidade maior de cura (ou pelo menos com alguma probabilidade de cura efetiva) por um tratamento específico (nesse exemplo, o ventilador em um leito de UTI). Ambos (João

e Pedro) estão doentes; ambos têm direito a tratamentos adequados; ambos têm direito a não sofrerem dano³ por omissão (um direito contra a negligência desse tratamento). É contingente que em ambos, o caso de João seja menos grave que o de Pedro, ou seja, que o prognóstico de recuperação de João seja melhor que o de Pedro. Mas é justamente esse fato contingente que fundamenta a decisão do médico de dar a João, e não a Pedro, o único leito disponível.

Agora, consideremos Maria. Em MARIA, Maria encontra-se numa posição semelhante à de João e Pedro, isto é, ela também se encontra em uma posição JOÃO, com a diferença de que o seu prognóstico de recuperação é melhor que o de João. Porém, no caso de Maria, não há nenhum leito ou ventilador "disponível". O leito e/ou ventilador que estava disponível para João e Pedro está agora sendo usado por João.¹¹ Por conseguinte, João não se encontra mais na posição que chamamos de JOÃO, e sim na posição JOÃO*, ou seja, na posição de quem está numa circunstância clínica com risco de vida com possibilidade de cura por certo tratamento (ventilador num leito de UTI) já em tratamento. Isto é, na posição JOÃO*, João está na posição de quem está com uma doença grave e com risco de vida, mas que JÁ ESTÁ SENDO tratado da forma mais eficaz disponível pelo tratamento especificado (ventilador num leito de UTI). A diferença normativa está no fato de que João, na posição que estamos identificando como JOÃO*, não tem apenas meros direitos *in rem* a tratamentos adequados, mas também direito *in personam* de continuar um tratamento já iniciado, ou seja, o direito a não sofrer dano³ por uma decisão unilateral ou pelo ato de suspensão *involuntária* de um tratamento já em curso.¹² Talvez João pudesse voluntariamente consentir dar seu leito a Maria (embora improvável). Uma pessoa na posição de PEDRO, porém, não está nessas mesmas condições de poder exigir consentimento com a decisão de repassar o leito para João (ou de repassar o leito e/ou ventilador preferencialmente a outra pessoa que esteja na posição que identificamos como JOÃO). Mas uma pessoa na posição de JOÃO* certamente tem o direito de consentir com a decisão de ser retirado do leito para ajudar uma pessoa na posição MARIA (sob a alegação de que a probabilidade de sobrevivência de alguém na posição MARIA é maior do que uma pessoa na posição JOÃO*).

Mas por que uma pessoa na posição JOÃO* teria o direito ("claim-right") de consentir com a decisão de ser retirado do leito para ajudar uma pessoa com maior probabilidade de sobrevivência, enquanto pessoas nas posições PEDRO e MARIA não teriam esse mesmo direito (de consentir em "ceder" o leito disponível a João)? Uma estratégia para encontrar a resposta

desse enigma é perguntar: que resposta daria uma pessoa não identificada, ou seja, uma pessoa razoável qualquer (uma que não sabe em que posição de fato está)? Essa é a estratégia que Rawls propôs como método para obter uma resposta que não poderia ser rejeitada por nenhuma pessoa razoável (RAWLS, 1971; SCANLON, 2000). Então, o que uma pessoa qualquer (isto é, uma pessoa razoável sob um véu de ignorância) diria sobre as alternativas?

Primeiro, vejamos o dilema de dar o leito a João ou a Pedro: considere-se ambas as posições sob um véu de ignorância, isto é, as posições que rotulei acima como JOÃO e PEDRO. Não seria razoável a uma pessoa, sob um véu de ignorância, preferir que a decisão de dar o leito ao paciente com maior probabilidade de sobrevivência seja a decisão a ser tomada, já que essa é a decisão que aumentaria a probabilidade de sobrevivência do paciente indeterminado?

Vamos supor que JOÃO seja uma posição com probabilidade de sobrevivência de 0,6 após o tratamento e que PEDRO seja uma posição de 0,4. Consideremos que João e Pedro sejam duas pessoas razoáveis sob um véu de ignorância. Suponhamos agora que, sem o conhecimento deles, a pessoa na posição JOÃO seja de fato João e que a pessoa na posição PEDRO seja de fato Pedro. Então temos a seguinte matriz de decisão:

Posição escolhida	João	Pedro	SOMA
JOÃO	0,6	0,4	$0,6 \times 0,4 = 0,24$
PEDRO	0,4	0,4	$0,4 \times 0,4 = 0,16$

Com efeito, a posição JOÃO é a posição com maior probabilidade de sobrevivência após admissão na UTI. Um indivíduo razoável que não sabe qual posição estaria, se JOÃO ou PEDRO, aprovaria certamente a decisão de dar o leito à pessoa na posição JOÃO, uma vez que essa é a decisão que aumenta a probabilidade geral de sobrevivência do paciente em questão. Se ele for João, em JOÃO, sua probabilidade será a maior dentre as possíveis; mas se ele for Pedro, suas probabilidades se manterão iguais. Se ele optasse por defender PEDRO como a posição a ser beneficiada, ele teria a menor probabilidade seja quem fosse.

A princípio, o mesmo ocorre no caso de JOÃO* e MARIA. Suponhamos que MARIA seja a posição sem o ventilador e sua probabilidade de sobrevivência sem o ventilador seja a mesma de alguma em PEDRO, ou seja, 0,4. A probabilidade de sobrevivência de Maria aumentaria se recebesse o ventilador e, neste caso, essa probabilidade seria de 0,7. Vamos chamar de MARIA* a posição de Maria com o ventilador. Mas, se o ventilador fosse retirado da pessoa em JOÃO*, a probabilidade de

sobrevivência nessa nova posição, a saber, JOÃO**, cairia de 0,6 para 0,4. Nesse caso específico, sua posição passaria de JOÃO* para JOÃO**.

Vejam os o quadro seguinte:

Posição escolhida	João	Maria	SOMA
JOÃO* & MARIA	0,6	0,4	$0,6 \times 0,4 = 0,24$
JOÃO** MARIA*	0,4	0,7	$0,4 \times 0,4 = 0,28$

A probabilidade agregada parece, portanto, favorecer JOÃO**MARIA* sobre JOÃO*&MARIA. Contudo, a diferença é que SABEMOS que, a fim de conceder à Maria uma maior probabilidade de sobrevivência e obter um resultado agregado melhor, o médico deverá tomar uma decisão de reduzir a probabilidade de sobrevivência de João. No caso anterior, é possível considerar que uma pessoa real na posição de PEDRO pudesse prestar queixa contra a decisão de alocar o leito para João.¹³ Mas essa queixa não passaria no teste do véu da ignorância. Faria sentido dizer que alguém sob um véu de ignorância concordaria com Maria em sua eventual queixa contra a decisão de não remover João de seu leito?

Talvez olhando para as probabilidades condicionais isso possa ficar mais claro. Tendo-se em conta que a $\text{prob}(\text{João}/\text{JOÃO}^*)$ é de 0,6, a probabilidade anterior de sobrevivência de João é de 0,6, isto é, não é igual à $\text{prob}(\text{João}/\text{PEDRO})$, que é de 0,4.

Ora, a probabilidade posterior de João, em JOÃO**, dado que o leito lhe foi tirado e dado à Maria, voltou a ser de 0,4.

$$\text{Prob}(\text{João}/\text{JOÃO}^{**}) = 0,4$$

Dado que, MESMO SOB UM VÉU DE IGNORÂNCIA, é sabido que existe uma pessoa real na posição de JOÃO*, uma pessoa razoável saberia também que estaria concordando em diminuir a probabilidade de sobrevivência dessa pessoa em JOÃO* de 0,6 para 0,4 para conceder uma probabilidade de sobrevivência mais elevada de 0,7 à outra pessoa (Maria). No caso anterior, vimos que o indivíduo na posição PEDRO teria, em ambas as situações, a mesma probabilidade de sobrevivência de 0,4, pois a pessoa na posição PEDRO não é afetada pela decisão de dar o leito a João. Ou seja, a probabilidade anterior de Pedro é de 0,4; esta, no entanto, continua a ser a mesma depois do leito ser dado ao João:

$$\text{Prob}(\text{Pedro}) = 0,4$$

$$\text{Prob}(\text{Pedro}/\text{JOÃO}) = 0,4$$

Observe-se, porém, que o mesmo acontece com Maria. A probabilidade anterior de sobrevivência de Maria era de 0,4; após a decisão de manter João no leito, essa probabilidade continua igual (0,4). Assim, a conclusão é que Maria e Pedro não sofrem dano⁴ pela decisão de dar o leito para João ou de manter João no leito, pois as circunstâncias deles já eram (e continuam) ruins. Pode ser que, uma vez que estariam em posições melhores se ganhassem o leito, haveria dano³. Porém, João com certeza sofreria dano⁴ se fosse decidido tirá-lo do leito para favorecer Maria. Nesse caso, ele não apenas sofreria dano³. Se isso acontecesse, ele também sofreria dano⁴, pois uma pessoa que não está sendo prejudicada de forma alguma tornar-se-ia prejudicada por um ato intencional. Ela passaria a sofrer algo além de um dano³.

Concluo assim que o agente razoável, sob o véu da ignorância, saberia que estaria aprovando a decisão de PIORAR o estado de bem-estar do indivíduo em JOÃO* para garantir uma maior probabilidade de sobrevivência a outra pessoa. E é justamente isso que seria considerado inaceitável para qualquer pessoa racional e, também, EMPÁTICA para com (a circunstância de) seres que estão em circunstâncias ruins, isto é, abaixo de algo considerado aceitável. Uma vez que a pessoa sob o véu de ignorância não sabe nada sobre os indivíduos em questão (a não ser sobre as suas doenças), o conhecimento dessas circunstâncias que diferenciam JOÃO* de JOÃO** afeta suas motivações.

Dano e o princípio da suficiência

Há uma conexão entre o princípio do dano e sua aplicação às situações extraordinárias envolvidas em triagens problemáticas e o princípio da suficiência. Segundo Crisp, o princípio da suficiência defende que "é apropriado ter preocupação especial com qualquer ser até ao ponto em que B tenha um nível de bem-estar tal que B possa viver uma vida suficientemente boa" (CRISP, 2006, p. 160).

Os psicólogos chamam esse tipo de "preocupação especial" de *preocupação empática*. Um bem-estarista suficientário, falando do dano³, diria que os danos são ações que privam a vida, a saúde, o bem-estar ou a felicidade de um indivíduo de forma que o coloca abaixo de um limiar de suficiência. Coerentemente, uma abordagem suficientária não aprovará privar ativamente o estado de bem-estar de uma pessoa de forma a piorar até ficar abaixo de um nível de suficiência, mesmo que seja para obter um melhor resultado geral. O caso da decisão ignorada é plausivelmente diferente, pois João não foi prejudicado pela ação de ninguém em seu atual

estado de bem-estar (ele está tão mal quanto Pedro e Maria). Isso porque o tratamento *não foi iniciado*. Nesse caso, João certamente sofreu dano¹ pela decisão, e, também, sofreu dano³ (assim como Pedro), *mas não sofreu dano⁴*, pois foi uma decisão que não o piorou ativamente. E se nesse caso a decisão foi legítima (dadas as circunstâncias difíceis), ela não infringiu o princípio acima referido de NÃO CAUSAR DANO.

Uma pessoa empática, ou, como chama Crisp, uma pessoa virtuosa compassiva (CRISP, 2003, 2006), certamente sentiria uma preocupação especial por todas as pessoas na difícil circunstância de triagem de ter que decidir entre salvar João, Pedro ou Maria. Mas, sendo uma pessoa racional, procurará princípios imparciais para chegar à melhor decisão. No caso de João e Pedro, a sua compaixão será orientada pelo princípio de salvar mais vidas a curto prazo; mas, no caso de João e Maria, a sua compaixão será guiada pelo princípio de não agravar a situação de outra pessoa, mesmo que seja para salvar mais vidas. De qualquer forma, esta pessoa certamente alegará que devemos ter disposições no sistema de saúde que possam impedir-nos de tomar essas difíceis decisões.

Considerações finais

Meu objetivo neste artigo foi buscar dar, ao menos exploratoriamente, uma explicação normativa para algo que parecia inicialmente paradoxal: por que é correto dar um leito de UTI para alguém com mais chances de sobreviver antes de sua alocação, mas errado aplicar esse mesmo princípio para remover alguém desse leito após a alocação já ter sido feita? Esse tipo de dilema é algo corriqueiro, mas tornou-se particularmente candente e alarmante durante a pior fase da pandemia de COVID-19. Isso porque, naquele momento, pareceu a alguns que a visão de que é errado retirar alguém de um leito já alocado contrariava o princípio que guiava as decisões de ter de escolher dentre os pacientes graves aqueles com maior chance de sobrevivência e, com isso, distribuir os limitados recursos vitais de modo a produzir o melhor resultado global ou agregado. Para encontrar uma resposta ao que parece de todo modo um enigma optei por explorar o conceito de dano, a partir da abordagem clássica de Joel Feinberg.

Uma das limitações deste artigo, devo reconhecer, é que, após Feinberg, muita coisa já se escreveu sobre a teoria do dano em filosofia. Meu objetivo, porém, foi de encontrar um conceito de *dano* que fosse capaz de equilibrar reflexivamente as intuições e princípios em jogo durante triagens, particularmente em situações críticas ou extraordinárias. A hipótese (que ainda exige desenvolvimentos) é de que, em ambos os

contextos críticos, isto é, tanto nos contextos de pré-alocação (em que o objetivo de promover o máximo benefício agregado apresenta-se como preponderante), como nos de pós-alocação (onde evitar danos torna-se preponderante), o que se busca evitar é que o melhor resultado seja obtido às custas da redução do bem-estar de alguém de uma forma que consideramos significativa. Alguns desenvolvimentos neste estudo são ainda necessários. Na literatura sobre o conceito de dano, muito se tem discutido, por exemplo, sobre o chamado problema da não-identidade (*the non-identity problem*). Isso porque teses como a que apresentei aplicam-se a indivíduos reais, mas não a indivíduos futuros. Mas, seguindo essa concepção, ações evitáveis que poderiam gerar males a pessoas não nascidas não poderiam ser chamadas rigorosamente de danosas, já que sua omissão não causaria bem algum a tais indivíduos (HARMAN, 2004). Seu bem-estar não estaria sendo afetado negativamente pela ação, pois caso a ação fosse evitada tais indivíduos inexistiriam. Muitos consideram inapropriado concluir que não há mal ou dano provocado a tais entes futuros, dada o problema da não-identidade, o que nos levaria a ter que abandonar a teoria por redução ao absurdo. Devo reconhecer que este é um limite do presente estudo. Em vista disso, devo demarcar que a conclusão deste artigo é preliminar e restringe-se a indivíduos presentes. Minha suspeita é que, de fato, há um mal ou erro em ações que poderiam gerar males a entes futuros e que por isso tais ações devem ser evitadas. Mas talvez o conceito adequado para questionar tais ações não esteja vinculado à prevenção de danos ou males cauda entes futuros, e sim à prevenção de resultados piores.¹⁴ Porém, avaliar isso será objeto de um estudo posterior. Minha conclusão preliminar é de que danos são reduções significativas no bem-estar atual ou futuro de alguém presente, geradas por ações ou omissões voluntárias. Trata-se de uma ideia comum a éticas deontológicas, que, aliás, coincide com um princípio usualmente associado ao nome de Kant, de que as melhores consequências não podem ser alcançadas por quaisquer meios. Em outras palavras, que um bem maior não pode ser alcançado sob o ônus de um mal significativo cometido contra alguém que, passivamente, serve como meio e não como fim da ação.

Notas

¹ Professor da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). Contato: mazevedogtalk@gmail.com. Orcid: 0000-0003-4313-2612.

² Em medicina, emergências são situações clínicas que ameaçam a vida ou a perda do funcionamento de um órgão ou função (uma emergência odontológica não ameaça a vida, mas compromete definitivamente um órgão dentário). Urgências são situações clínicas que exigem pronto-atendimento, mas não ameaçam a vida ou comprometem de forma definitiva algum órgão ou função. Essa distinção antiga tornou-se, é verdade, algo obsoleta com os novos modelos de classificação de risco para atendimentos em serviços de urgência. Nos modelos atuais, a prioridade máxima continua sendo dada aos casos que eram chamados de emergências e que recebem prioridade um ou são classificados com a cor “vermelha”, tal como no conhecido sistema de triagem Manchester (veja: <https://www.triagenet.net/classroom/course/view.php?id=1208>).

³ Judith Jarvis Thomson diz que, às vezes, um direito pode e até *deve* ser infringido, dadas as circunstâncias. Ela usou a distinção infração/violação de um direito para dizer que, se um agente não tiver outra possibilidade melhor de agir, ele às vezes pode infringir um direito sem, porém, violá-lo (THOMSON, 1990). Assumo que ambos os pacientes, João e Pedro, têm o direito de serem assistidos com o melhor tratamento disponível, direito correlato ao dever da equipe de dar o melhor tratamento disponível a cada um deles. A impossibilidade de dar tratamento a ambos é circunstancial. Talvez alguém seja responsável por isso. Mas vamos simplesmente assumir que esta responsabilidade não é do médico de plantão ou de qualquer membro da equipe de saúde (talvez o governo seja o responsável, ou o serviço de saúde, ou outrem). Então, o médico terá de decidir e suponhamos aqui que a decisão certa é dar o leito a João e não a Pedro. O direito de Pedro de ser atendido foi infringido nesse caso pelo médico, mas não violado, nas palavras de Thomson. A compensação pela infração cometida de forma correta consistiu, nesse caso, em prestar a melhor assistência possível, embora não a mais eficaz, tendo em conta a gravidade do caso de Pedro.

⁴ Sobre o que se entende aqui por “saúde”, veja-se Azevedo (2022).

⁵ Feinberg é, portanto, defensor de uma versão do que também se costuma chamar de teoria da satisfação dos desejos (desire-theories). Ver: <https://plato.stanford.edu/entries/well-being/>.

⁶ Derek Parfit é citado como defensor de uma concepção geral bem-estarista sobre dano. Em *Reasons and persons* (1984), Parfit apresentou uma concepção geral de dano em termos bem-estaristas a fim de elaborar dúvidas sobre esses conceitos, a partir de uma abordagem sobre o problema da não-identidade. Neste artigo não poderei enfrentar esse tipo de problema, mas penso que o problema da não-identidade não afeta as soluções ao dilema representado por “João e Pedro” e “Maria”, ou ao problema das diferenças entre as decisões nos contextos pré e pós-alocação.

⁷ Este exemplo é adaptado de um exemplo famoso de Amartya Sen (1999).

⁸ Essa opinião está de acordo também com outra ideia comum, a ideia de que a segurança contra danos significativos é uma das mais importantes prioridades da sociedade (ver KEATING, 2018 - <https://journals.openedition.org/revus/4406#tocto3n8>).

⁹ Em medicina, o princípio de não causar dano recomenda que uma pessoa com resfriado comum, por exemplo, evite o uso de drogas com efeitos colaterais conhecidos, embora incomuns, uma vez que a doença é benigna e tem alta probabilidade de recuperação sem ônus ou complicações a curto ou médio prazo. Portanto, o "dano" de um resfriado comum para o paciente é insignificante. Minha interpretação é que tais "danos" não são tidos pelos médicos como danos em sentido próprio. Trata-se de desconfortos, talvez sintomas indesejáveis, mas com pequenos impactos no bem-estar e na saúde do indivíduo. Daí porque resfriados não sejam considerados doenças danosas (doenças malignas). Ao que parece, o conceito mais apropriado de dano na medicina envolve a ideia de que, para que um evento ou estado seja prejudicial, ele deve afetar significativamente a saúde do paciente. A saúde não é, com efeito, mera ausência de doenças (AZEVEDO, 2014). A saúde é um estado de ausência de doenças crônicas que provavelmente causam um aumento na mortalidade, morbidade e incapacidade do que seria esperado para uma pessoa sem tais doenças crônicas. Uma doença aguda é prejudicial se aumentar a probabilidade de causar ou agravar doenças crônicas que apresentem tais características: maior probabilidade de morrer (prematuramente), de adoecer ou adquirir deficiências em comparação com uma pessoa sem a doença.

¹⁰ Feinberg propõe que dano₂ é a interseção de dano₁ e o conjunto de ações ilícitas. Sugiro, por analogia, que dano₄ é a interseção de dano₃ e ações ilícitas.

¹¹ Para não confundir o caso, vamos simplesmente supor que não há outro leito de UTI no hospital. Assumamos, para fins de argumento, que infelizmente só há no hospital um leito com ventilador, e que o médico já havia dado esse leito para João.

¹² A distinção que Philippa Foot fez entre eutanásia involuntária e não voluntária também segue essa mesma visão.

¹³ Essa pessoa poderia prestar uma queixa contra a decisão, preferindo que fosse tomada uma decisão neutra e aleatória, como se fosse uma loteria. Mas a loteria não aumenta a probabilidade de ser tomada uma decisão melhor, como, por exemplo, uma decisão voltada para uma maior probabilidade de sobrevivência geral.

¹⁴ Richard y Chapell argumentou de forma semelhante em seu artigo no Substack: https://rychappell.substack.com/p/harman-harm-and-the-non-identity?utm_source=substack&utm_medium=email&utm_campaign=email-restack-comment&r=ccgy3.

Referências bibliográficas

ARAUJO, Marcelo de; AZEVEDO, Marco Antonio; BONELLA, Alcino; DALL'AGNOLL, Darlei. Por um debate sobre as diretrizes éticas para alocação de tratamento em UTI durante a pandemia. *Estadão*, Estado da Arte. <https://estadodaarte.estadao.com.br/amplo-debate-criterios-uti-coronavirus/>. Published April 17, 2020a. Acessado em 21 junho, 2022.

ARAUJO, Marcelo de; AZEVEDO, Marco Antonio; BONELLA, Alcino; DALL'AGNOLL, Darlei. Diretrizes para alocação de tratamento em UTI durante a pandemia por Covid-19. *Crítica*. Published December 19, 2020b. <https://criticanarede.com/covid-uti.html>

ARAUJO, Marcelo de; AZEVEDO, Marco Antonio; BONELLA, Alcino; DALL'AGNOLL, Darlei. Proposta de diretrizes éticas para alocação de tratamento em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) durante a pandemia COVID-19. *Folha de São Paulo*. Published online May 11, 2020c. Acessado em 12 de fevereiro de 2021. <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2020/05/veja-proposta-para-decidir-acesso-de-pacientes-a-uti-durante-a-pandemia.shtml>.

ARAUJO, Marcelo de; AZEVEDO, Marco Antonio; BONELLA, Alcino; DALL'AGNOLL, Darlei. Repensando a ética da alocação de recursos hospitalares escassos durante a pandemia da COVID-19. In: Rosário MC do, Azevedo, eds. *Anais XXIII Coloquio Internacional de Filosofia Unisinos & IV Simposio de Filosofia Da Medicina*. UNISINOS; 2021a:1-16.

AZEVEDO, Marco Antonio; DALL'AGNOLL, Darlei; BONELLA, Alcino; ARAUJO, Marcelo de. Repensando a ética da alocação de recursos hospitalares escassos durante a pandemia de Covid-19. In: *Tempos Excepcionais: A Pandemia e a Era Covid-19*. Max Limonad; 2021b:137-159.

ARAUJO, Marcelo de; AZEVEDO, Marco Antonio; BONELLA, Alcino; DALL'AGNOLL, Darlei. Bioética pandêmica 1: Diretrizes para a alocação de UTI. In: Bonella AE, ed. *Viver e Morrer Bem: Ensaios de Bioética*. Appris; 2022:241-253.

ARAUJO, Marcelo de; AZEVEDO, Marco Antonio; BONELLA, Alcino; DALL'AGNOLL, Darlei. Ethical guidelines for the allocation of scarce intensive care units during the COVID-19 pandemic: discussing a Brazilian proposal. *J Eval Clin Pract*, 15 Oct., p. 1-10, 2023. doi:10.1111/jep.13924.

AZEVEDO, Marco Antonio. Health as clinic-epidemiological concept. *J Eval Clin Pract*, 21, 2015: 365-373.

AZEVEDO, Marco Antonio. *Bioética fundamental*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2002.

DAUGHERTY BIDDISON, EL; FADEN, Ruth; GWON, HS, MAREINISS, DP, REGENBERG, AC; SCHOCH-SPANNA, M; SCHWARTZ, J; TONER, ES. Too many patients...A framework to guide statewide allocation of scarce mechanical ventilation during disasters. *Chest*. n. 155, v. 4, p. 848-854, 2019. doi: 10.1016/j.chest.2018.09.025. Epub 2018 Oct 11. PMID: 30316913.

CRISP, Roger. Compassion and beyond. *Ethical Theory and Moral Practice*. v.11, n. 3, p. 233-46, 2008. <https://doi.org/10.1007/s10677-008-9114-x>.
CRISP, Roger. *Reasons and the good*. Oxford: Oxford University Press, 2006
CRISP, Roger. Equality, priority, and compassion. *Ethics*. v.113, n. 4, p. 745-63, 2003. <https://doi.org/10.1086/373954>.

EMANUEL, Ezequiel J. et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 382, 2020: 2049-2055. DOI: 10.1056/NEJMs2005114

FEINBERG, Joel. *The moral limits of the criminal law*. Vol. 1, Harm to Others. New York: Oxford University Press, 1984.

FEINBERG, Joel. *The moral limits of the criminal law*. Vol. 2, Offense to Others. New York: Oxford University Press, 1985.

FEINBERG, Joel. *The moral limits of the criminal law*. Vol. 3, Harm to Self. New York: Oxford University Press, 1986.

FEINBERG, Joel. *The moral limits of the criminal law*. Vol. 4, Harmless Wrongdoing. New York: Oxford University Press, 1990.

GARDNER, Molly. What is harming? In: McMAHAN, Jeff and others (eds), *Principles and persons: The legacy of Derek Parfit*. Oxford: Oxford University Press, p. 381-396, 2021.

HANSER, Matthew. The metaphysics of harm. *Philosophy and Phenomenological Research*. v. 77, n. 2 p. 421-50, 2008. <https://doi.org/10.1111/j.1933-1592.2008.00197.x>

HARDIN, Garrett. The tragedy of the commons. *Science*, v. 162, n. 3859, pp. 1243-48, 1968, *JSTOR*, <http://www.jstor.org/stable/1724745>. Acesso em 20 fev. 2024.

HARMAN, Elizabeth. Can we harm and benefit in creating? *Philosophical Perspectives*. v. 18, pp. 89-113, 2004. *JSTOR*, <http://www.jstor.org/stable/3840929>. Acesso em 20 fev. 2024.

HORTON, Richard. Offline: COVID-19—bewilderment and candour. *Lancet*. v.395, p. 1178, 2020.

HUME, David. *A treatise of human nature*. L.A. Selby-Bigge, M.A. Oxford: Clarendon Press, 1896.

KEATING, Gregory. Principles of risk imposition and the priority of avoiding harm. *Philosophy of private law*. V.36, p. 7-39, 2018. <https://doi.org/10.4000/revus.4406>.

MILL, John Stuart. *On liberty and other essays*. ed. Gray, John. Oxford: Oxford University Press, 1991.

PARFIT, Derek. *Reasons and persons*. New York & Oxford: Oxford University Press, 1984.

PERSAD, G.; WERTHEIMER, A.; EMANUEL, E.J. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet*. v. 373,n. 9661, pp. 423-31, 2009. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60137-9. PMID: 19186274.

RACHELS, James. Active and passive euthanasia. *New England Journal of Medicine*. v. 292, pp. 78-86, 1975.

RAWLS, John. *A theory of justice*. Harvard University Press, 1971.

REMUZZI, Andrea; REMUZZI, G. COVID-19 and Italy: what next? *Lancet*. v. 395, n. 10231, pp. 1225-1228, 2020. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30627-9. Epub 2020 Mar 13. PMID: 32178769; PMCID: PMC7102589.

SAFI, M.; GIUFFRIDA, A.; FARRER, M. Coronavirus: Italy bans any movement inside country as toll nears 5,500. *The Guardian*, 23 March, 2020. Available at: <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/22/italian-pm-warns-of-worst-crisis-since-ww2-as-coronavirus-deaths-leap-by-almost-800> (accessed 28 May 2020).

SCANLON, Thomas M. *What we owe to each other*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 2000.

SEN, Amartya Kumar. *Development as freedom*. Oxford & New York: Oxford University Press, 1999.

THOMSON, Judith Jarvis. *The realm of rights*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1990.

SCHEUNEMANN, Leslie P.; WHITE, Douglas B. The ethics and reality of rationing in medicine. *Chest*. v. 140, n. 16, pp. 1625-1632, 2011 doi: 10.1378/chest.11-0622. PMID: 22147821; PMCID: PMC3415127.

WHITE, Douglas B.; LO, Bernard. A framework for rationing ventilators and critical care beds during the COVID-19 pandemic. *JAMA*. v. 323, n. 18, pp. 1773-1774, 2020doi:10.1001/jama.2020.5046

WU, Z.; MCGOOGAN, J.M. Characteristics of and important lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. v. 323, n. 13, pp. 1239-1242, 2020 doi: 10.1001/jama.2020.2648. PMID: 32091533.

Received/Recebido: 09/02/2024
Approved/Aprovado: 21/02/2024