

Sumário

- É a Ética uma Ciência?

Luciano Zajdsznajer

- Da Modernidade Técnica a Modernidade Ética

Cristovam Buarque

- Ética e Política

Roberto Saturnino Braga

- Ética e o Direito

José de Aguiar Dias

- Ética e Direitos Humanos

Roberto Armando Ramos de Aguiar

- Ética e Ambiente

Paulo Marchiori Buss

- Será Possível uma Ética Pós?Moderna?

Horácio Macedo

- A Ética do Ensino Médico e o Ensino da Ética Médica

Roberto Wagner Bezerra de Araújo

- A Ética do Estudante de Medicina

Benedictus Philadelpho de Siqueira

- Sigilo Profissional

Hércules Sidnei Pires Liberal

- Relação Médico?Paciente no Final do Século XX

José Eberienos Assad

- Ética e Seguradoras

Antônio de Oliveira Albuquerque

- Ética e Cooperativismo

Jorge Farha

- A Greve dos IMLs

Genival Veloso de França

- A Ética na Emergência

Luiz Carlos Sobania

- Aspectos Éticos Y Legales de La Reproducción Asistida

Jorge Más Diaz

Júlio Gonzáles Hernandez

Maria Elena Cobas Cobiella

Patrícia Gonzáles Vitalta

Alejandro Pérez Rodriguez

- Ética e Sexualidade

Jerusa Figueredo Netto

- Conflitos Éticos em Psiquiatria

Ivan de Araújo Moura Fé

- Ética e Psicanálise

Antônio Carlos M. Cesarino

- Aids e Ética

Guido Carlos Levi

- A Ética Médica e a Verdade do Paciente

Dalgimar Beserra de Menezes

- Paciente Crônico - Paciente Terminal - Eutanásia

Márcio Palis Horta

- Atestados Médicos - Considerações Ético-Jurídicas

Sérgio Ibiapina Ferreira Costa

- Perícia Médica

Elias Cavares de Araújo

- Os Monstros são Filhos do Segredo

Ennio Candotti

- Ética e Tecnologia

José Liberato Ferreira Caboclo

- Transplante e Ética

José Roberto Coelho da Rocha

- Ética e Imprensa e a Ética da Imprensa

Sydnei Rezende

- Ética das Publicações Médicas

Júlio César Meirelles Gomes

Apresentação

*José Eberienos Assad
Percutes Sidnei Pires Liberal
Hilário Loureço de Freitas Júnior*

No momento em que a sociedade brasileira, em um intenso paro-xismo de eticidade, mobilizou-se para dar um basta aos descabros e desmandos do governo central, desaguando pela vez primeira em uma História de "impeachment presidencial", a temática ética é revivida e tra-zida à tona do cotidiano da vida de cada um de nós.

Nesta mesma toada, o Conselho Federal de Medicina resolveu edi-tar o livro *Desafios Éticos* em que a ética, rompendo a redoma do abstracionismo em que alguns a querem envolver, faz sua irrupção para o ter-reno da realidade, e mais do que isto, para a realidade atual. Nas circun-vizinhanças do novo século duas vertentes afloram viçosas, densas e fortes: as vertentes ecológica e ética.

Será aleatório o fortalecimento destas duas vigas? Ou será que entre elas existe algo em comum?

É lógico que existe, pois tanto ecologia quanto ética são instrumen-tos vitais e vigorosos de preservação da vida.

Em *Desafios Éticos* são abordados assuntos genéricos, relaciona-dos com a vida, a relação entre os homens e a inter-relação entre dife-rentes ciências, além de uma parte específica, ligada à medicina.

Não se pode esquecer que o desenvolvimento científico e tecnoló-gico acarreta contenciosos de matiz ética, e é fundamental que o medi-co que exercerá a medicina no próximo milênio saiba que junto ao avan-ço surgem novas iatrogenias e decisões que mexem com a intimidade, a cidadania, a axiologia da pessoa humana. Neste livro desfilam temáti-cas da maior atualidade e autores da maior expressão nas áreas que escrevem. Temos certeza de que *Desafios Éticos* haverá de preencher uma incomensurável lacuna que existia, transformando-se em uma fon-te de consulta e inspiração para o desenvolvimento dos tópicos ligados à Ática. Este livro servirá sem dúvidas a sociedade como um todo, e em particular à classe médica e aos profissionais de saúde.

É a Ética uma Ciência?

Luciano Zajdsznajer

Constitui, contemporaneamente, uma fortíssima preocupação práti-ca com as questões éticas e um amplo debate sobre o tema. Em termos nacionais, impõe-se uma mudança de padrões em todas as esferas da vida, tanto pública quanto privada. Mas isto exige também que avance-mos em termos de conhecimento das questões éticas, isto é, como for-mulá-las, como fundamentá-las, como justificá-las. Dai a pergunta: que tipo de saber é a ética?

Para lidar com esta pergunta, temos de realizar uma análise mais ou menos ampla, porque o que se entende por questão ética é também amplo e variado. Pretendemos, assim, contribuir para uma instrumentação dos debates e, também, para uma prática mais esclarecida.

Em primeiro lugar, não distinguimos semanticamente entre ética e moral, pois, embora o primeiro termo tenha origem etimológica grega e o segundo latina, ambos dizem respeito duplamente a questões de caráter e de conduta. Dizemos, portanto, que uma questão é ética quando se refere a ações humanas julgadas segundo a perspectiva de serem boas, corretas, acertadas. Mas como os meios tecnológicos também podem ser assim julgados e as ações de natureza estratégica também podem ser corretas ou acertadas, podemos afirmar, para distinguir mais precisamente o território da ética, que ela diz respeito a ações corretas ou acertadas à luz de uma vida humana boa e digna. Desta forma, a questão ética encontra-se indissolivelmente ligada às idéias sobre a vida humana como um todo.

A vida humana tomada como um todo é um assunto que envolve uma discussão obrigatoriamente interminável, se ela se baseia exclusivamente na razão e não lança mão das revelações religiosas, que nos dizem o que estamos fazendo "aqui", o que podemos esperar e o que devemos fazer. Entretanto, mesmo a partir destas premissas, as divergências se estabelecem, como indica a história dos debates teológicos no interior de cada uma das grandes religiões tradicionais. Se nos restringimos, porém, a uma discussão regulada pela razão, podemos distinguir três níveis de questões:

- o que é uma vida humana boa e digna tomada em termos individuais?
- o que é uma vida humana boa e digna tomada em termos grupais-entre casais e amigos, nos grupos e nas organizações?
- o que é uma vida humana boa e digna em termos sociais, ou ainda, o que é uma sociedade que propicie tal vida?

Os aspectos e facetas presentes nestas questões são tão variados, que é permitido dizer que contêm tudo: do sexo à comida, da distribuição de renda ao direito do voto, das questões médicas às questões educacionais. Tudo pode e melhor dizendo-deve ser avaliado segundo uma perspectiva ética, isto é, à luz da idéia de uma vida humana boa e digna.

Há, porém, que indicar, no caminho, certas questões paradoxais. Não se pode definir completamente o que é uma boa vida, sem se deparar e enfrentar os detalhes, as particularidades. O que ocorre é que o todo-a vida boa-define-se pela parte, e esta tem como referência aquela. Como exemplo: um trabalho que serve ao crescimento individual e contribui para o bem geral pode ser classificado como um trabalho ético. Veja-se que leva em conta tanto a parte-o indivíduo-quanto o todo- o bem da sociedade.

Quanto mais nos adentramos no território da ética percebemos a presença de inter-relações e a pouca valia de um pensamento linear, que partisse de determinados axiomas e fosse deduzindo rigorosamente o que deve ser feito em situações particulares. Isto não quer dizer que o pensamento dedutivo não tenha lugar na ética, mas o seu lugar é como parte, não detendo uma posição exclusiva.

Retornemos, agora, à nossa questão central: que tipo de saber es-tá envolvido com a questão ética? A pergunta foi colocada na forma: se-rá a ética uma ciência? Vamos enfrentar o desafio desta questão em três direções. Na primeira, vamos analisar os diversos espaços em que se coloca a questão ética. Na segunda, vamos indagar sobre a natureza do empreendimento científico. Na terceira, vamos buscar concluir so-bre a natureza da indagação ética.

A ética realiza-se nos seguintes espaços:

1-Da atividade humana propriamente dita. Trata-se do ato es-pecífico: quando decidimos se contamos ou não a verdade, se aceita-mos ou não um suborno, se realizamos um trabalho ao qual faltam algu-mas características essenciais, o que viria se constituir provavelmente num logro. Este é o espaço de base: é este nível e esta ação que a con-sideração ética tem em vista. É algo que pode ser objeto de uma descri-ção fenomenológica. E também neste plano que se colocam as divisões interiores-entre o que tenho a fazer e o que devo fazer-e também os sentimentos de angústia, culpa ou mesmo de superioridade moral.

2-Da reflexão ética. Em parte, este espaço é algo como um subconjunto do anterior: aquele em que examinamos as questões que se encontram em jogo e tendemos a apresentar razões ou justificativas para os nossos atos. É verdade que, em certos casos, este espaço pode ser muito amplo e em outros quase se apagar diante do impulso de agir. Não quer dizer que o impulso seja unicamente no sentido de um agir imediatista. Pode-se manifestar também em termos de seguir uma norma ética, reflexo de um hábito fortalecido e repetido de agir eticamente.

3-Das normas ou dos códigos. Este é o espaço do discurso e das instituições sociais em que se afirmam os deveres e expectativas. É um campo eminentemente complexo e difícil de ser separado dos gran-des conjuntos ideológicos de natureza filosófica ou religiosa, de um la-do, e, de outro, daquele que é dito e aceito nas práticas cotidianas da sociedade. Envolve, de uma parte, enunciados universais do tipo: "não fazer aos outros o que não queres que te façam" e também um conjun-to de permissões que se distribuem entre os diversos grupos sociais, al-guns mais rigorosos do que outros. São normas que permitem que se abandone aquelas de natureza mais universal-que podem ser resumi-das na proibição de mentir, roubar e matar.

4-Dos conceitos Áticos. Trata-se, por assim dizer, dos termos que constituem o universo do discurso dos três espaços anteriormente assinalados. São por assim dizer os nós conceituais dos discursos éti-cos, dos juizes e das reflexões. Listemos alguns deles: liberdade, respon-sabilidade, culpa, dever, inclinação, virtudes e vícios, justiça e eqüida-de, felicidade. De fato, trata-se de conceitos de natureza a um só tem-po teórica e prática. São levados em consideração tanto nos atos de de-cisão quanto na sua análise e, especialmente, nas questões do próxi-mo espaço a ser considerado.

5-Das teorias éticas. Enquanto os códigos éticos afirmam que temos de atuar de determinado modo, seja por revelação divina, seja porque é costumeiro, as teorias éticas são elaborações filosóficas que se encaminham em três direções. A primeira é uma elucidação da natu-reza da situação ética, exatamente uma descrição e um esclarecimento do que

consideramos como sendo o primeiro espaço anteriormente des-crito. Ou, dito de outro modo: tem-se como objetivo distinguir uma situação ou um caso ético em relação a outros, como os casos estéticos, técnicos ou políticos. A segunda direção é uma elucidação conceitual: a te-oria filosófica pergunta pelo que é a liberdade, o dever, a responsabilidade, a felicidade. Entretanto, esta elucidação conceitual encontra-se inte-grada com o objetivo primário das teorias éticas, qual seja: o de apresen-tar as razões para que obedeçamos às normas éticas. Em ultima análi-se, constituem exames e respostas as questões: O que é a vida huma-na? O que nos cumpre fazer?

Dirigindo-se agora à questão das ciências, importa elucidar que elas possuem duas orientações. De uma parte, as ciências da natureza estão voltadas para fornecer explicações dos fatos naturais do tipo físico, químico e biológico, através da elaboração teórica e do seu teste ex-perimental. De outra parte, as ciências sociais e humanas-ou como as vezes costumam ser chamadas: as ciências do espírito-estão me-nos voltadas para a explicação causal do que para a compreensão, atra-vés da interpretação de condutas e da apreensão de regras que são se-guidas pelos atores sociais na economia, na política, nas interações em geral, na cultura etc.

Parece óbvio que o modelo das ciências naturais pouco ou nada tem a contribuir em relação a questões éticas. Entretanto, dada a ampli-tude de questões que são apresentadas às ciências e especialmente de-vido ao avanço da pesquisa sobre o cérebro, parece possível que sejam formulados projetos de pesquisa correlacionando características biologi-camente moleculares a certos padrões de comportamento ou de desvios éticos. Neste particular, encontra-se não sabemos dizer se um sonho ou uma obsessão antiga de obter da ciência os elementos de controle psicológico, social e, por extensão, éticos. Este caminho apresenta-se, no entanto, duvidoso e mesmo questionável.

Já a contribuição das ciências humanas e sociais é mais evidente, sendo que já foram chamadas, no passado, de ciências morais. De fa-to, é possível dizer que originalmente as ciências humanas exibiram ligações básicas com as questões morais. As ciências sociais apresentam duas faces. Uma delas é mais próxima das ciências naturais, buscando correlações explicativas. Por exemplo, ao tentar mostrar a relação entre o crescimento dos índices de criminalidade e alterações negativas no funcionamento do sistema econômico. Mas é na compreensão das for-mas de arranjo social ou humano e nas etapas das transformações que as ciências sociais e humanas encontram o seu lugar mais preciso.

Neste sentido, as ciências sociais e humanas podem contribuir e muito para entender situações como as, por exemplo, que têm vigora-do no Brasil, com o afastamento dos padrões éticos. Para interpretar, de um lado, e dar conta do fato, de outro, integram dados históricos, in-formações psicossociais, apreendem padrões culturais e, desta forma, realizam uma síntese interpretativa.

Entretanto, o trabalho destas ciências não toma a forma positivis-ta de uma constatação tática, pois o seu caráter interpretativo envolve um engajamento que podemos dizer de natureza filosófica. Para melhor esclarecer este engajamento, devemos discorrer brevemente sobre a na-tureza da interpretação.

O século XX é, sem dúvida, aquele em que o pensamento voltou-se para compreender a atividade de interpretação. E o século da psicanálise e do desenvolvimento das investigações sobre a hermenêutica, especialmente em termos das contribuições dos filósofos alemães como Heidegger e Gadamer. O sentido fundamental das contribuições destes foi a concepção do chamado "círculo hermenêutico", ou seja, a idéia de que a interpretação é precedida de algumas concepções necessárias à sua realização. Ou seja, a interpretação realiza-se a partir de pressupostos que a tornam possível. Isto vale, certamente, para o esforço interpretativo das ciências humanas e sociais. E como estes pressupostos dizem respeito à natureza das relações humanas e sociais e possuem um fundo filosófico, parece aceitável hoje em dia a idéia de uma interpenetração entre as ciências humanas e sociais e a filosofia.

Neste sentido, a resposta à questão acerca de se a ética é ciência tem um sentido bastante ambivalente. Dada a amplitude das questões éticas, as operações do saber envolvidas são bastante variadas. Examinemos os diversos casos.

Relativamente à reflexão ética (item 2), podemos dizer que o que se encontra em jogo é uma espécie de sabedoria prática, através da qual se determina o que é para ser feito ou como se deve agir. Esta sabedoria prática apropria-se da experiência anterior, interpreta a situação, vale-se de exemplos, leva em conta os conhecimentos acerca dos códigos e normas em vigor ou das críticas a eles feitas.

Relativamente às teorias éticas (item 5), a operação é essencialmente filosófica, desenvolvendo-se através de análises conceituais, descrições de base e formulações do problema ético. É muito importante destacar que a formulação do problema ético constitui a sua contribuição principal. Porque as visões filosóficas distinguem-se tanto mais pela sua formulação quanto pelas respostas que fornecem.

Relativamente às normas e códigos sociais, a operação é extremamente complexa, porque entram em jogo a sabedoria prática, as contribuições das práticas sociais e da revelação religiosa e os resultados científicos. E exatamente neste espaço que a problemática ética apresentasse mais vida em termos de suas consequências, isto é, dos efeitos sobre a vida individual, grupal e social.

Neste sentido, o enfrentamento da questão ética por uma sociedade faz-se através de uma arregimentação variada, com êntese e importâncias diversas nas operações filosóficas, científicas e da sabedoria prática comum. No questionamento e no desenvolvimento da ética, todas estas formas de pensamento têm a sua contribuição a dar. Ocorre, entre tanto, que em certos casos algum aspecto torna-se mais importante ou então encontra-se aquém da contribuição que poderia dar. No caso brasileiro, dadas as condições especiais em que estamos vivendo, encontramos-nos carentes em todos os setores e há que realizar um desenvolvimento em várias direções.

Da Modernidade Técnica à Modernidade Ética

Cristovam Buarque

I. A contestação da modernidade técnica

1. Os dois sustos do final do século: técnico e utópico

Até os anos 80, a preocupação dos estrategistas era com os meios técnicos para realizar objetivos predeterminados e generalizadamente aceitos. A partir das últimas décadas surgem dúvidas sobre os propósitos e os estrategistas passam a ter uma preocupação não apenas com os meios, mas também com a ética que define os objetivos. Uma das causas desta mudança está nos dois grandes sustos que o final do século XX trouxe aos homens.

Primeiro, o susto positivo da imensa realização técnica realizada ao longo destes cem anos. Segundo, o susto negativo do fracasso em construir uma utopia, com base nestas técnicas.

Quando comparamos todas as criações técnicas disponíveis no final do século com as expectativas criadas há cem anos, percebemos que muito mais foi realizado do que se esperava. As mais radicais previsões do começo do século ficaram tímidas diante do que foi realizado. Ninguém imaginou que neste final de século o mundo estaria tão integrado culturalmente, tão intercomunicado, tão rico, com tantas técnicas médicas, de transporte, com tanto conhecimento científico.

Do ponto de vista técnico, muito antes de terminar, o século XX já tinha realizado e superado todas as expectativas que existiam no começo.

Ao mesmo tempo, quando se compara os sonhos utópicos imaginados há cem anos com a sociedade que foi construída nesse período, constata-se que a civilização não caminhou como se esperava. Em alguns aspectos até se afastou da utopia desejada.

Do ponto de vista utópico, o final do século XX não se apresenta como um grande êxito civilizatório.

Nestes cem anos:

- a A engenharia industrial realizou maravilhas de automação, aumentou de uma forma inimaginável as escalas de produção, mas não ampliou substantivamente o tempo livre das pessoas e, quando ampliou, jogou milhões no tédio e na droga; não resolveu e até agravou o problema da escassez entre uma enorme parcela da população mundial, criou um sério desequilíbrio ecológico, gerou um desemprego crônico;

- graças à engenharia e à biotecnologia, a agricultura do século XX é capaz de produzir mais, em quase qualquer local, com muito menos trabalho, em melhores condições, com uma inimaginável produtividade, controlando a terra e as epidemias, não conseguindo ainda controlar o tempo, mas reduzindo muito seus efeitos, mas não resolveu e até acirrou o problema da desnutrição.

- ao mesmo tempo em que graças ao avanço técnico o homem conseguiu criar riquezas em níveis não imaginados poucas décadas atrás, a desigualdade se ampliou entre os homens e entre as nações;

-as ciências médicas conseguiram quase que dobrar a vida média das pessoas, conseguiu adiar o envelhecimento, fazer trans-plantes e prótese de órgãos, mas não conseguiu fazer com que estas vidas mais longas fossem certamente mais felizes;

-ao mesmo tempo em que conseguiu integrar o planeta, o século XX desintegrou a sociedade humana, entre países e entre grupos sociais dentro de cada país.

O que se percebe é que a modernidade técnica foi plenamente re-alizada, mas que a modernidade utópica não foi realizada em nenhuma parte do Planeta.

2. O susto ético

Independentemente da corrente social, todos os analistas do final do século passado e da primeira metade deste viam as técnicas como a panacéia para a construção da utopia desejada por todos. Os economistas neoclássicos mostravam como isto ocorreria graças ao livre jogo das forças produtivas reguladas pelo mercado. Os marxistas defendiam que isto ocorreria por revoluções sociais cuja finalidade era na verdade liberar o avanço técnico das amarras sociais. As críticas e os alertas de risco do avanço técnico eram restritos a pequenos grupos de pessimistas, que não dispunham de base para comprovar seus temeres.

É só a partir dos anos 60, graças a quatro fatores, que surgem as primeiras dúvidas concretas sobre a eficiência civilizatória das técnicas em si:

-primeiro, a ocorrência de fatos como a tragédia de Minamata, no Japão, mostrando o risco das técnicas; o que era restrito ao risco da explosão nuclear, em caso de guerra, passa a ser também uma preocupação em tempos de paz devido ao processo industrial;

-segundo, a disponibilidade de dados estatísticos em escala mundial, a elaboração de modelos matemáticos com sistemas globais e o potencial de processamento de dados pelos grandes computadores permitiram observar a gravidade dos efeitos ecológicos e os limites ao crescimento econômico;

-terceiro, a consciência do reduzido espaço da Terra fotografada de naves espaciais;

-quarto, a constatação da crescente desigualdade que se manifesta no mundo a partir dos anos 80, com a integração econômica e cultural internacional e as desintegrações sociais nacionais.

Mesmo assim, no final do século, com a derrocada dos regimes comunistas, com o conspícuo enriquecimento europeu, cresceram, em vez de diminuir, os sonhos de uma sociedade de consumo em escala mundial, através do mercado, pelo neoliberalismo. Apesar de contradizer a realidade, a palavra modernidade retoma força como ideologia dominante das elites do mundo inteiro.

Salvo que ocorra uma rápida revolução tecnológica em setores não previsíveis-como redução do custo dos equipamentos industriais, barateamento dos serviços de recuperação

ambiental inclusive em escala atmosférica e substituição dos recursos naturais energéticos-que mu-de toda a estrutura produtiva, de consumo e mesmo social, todas as análises mostram que é impossível distribuir a toda população mundial os benefícios da modernidade atingida pelos países ricos.

A realidade ecológica, que começa a esgotar certos recursos, co-mo o petróleo, poluir o meio ambiente, depredar toda a biosfera, inclusi-ve a camada de ozônio, mostra, sem dúvida, que sem uma mudança do padrão tecnológico de produção, que não está a vista, será impossível ampliar significativamente a produção. A simples incorporação da população de um único país, como o Brasil, nos padrões de consumo dos EUA, já produziria uma escassez de petróleo e uma dramática am-pliação do buraco da camada de ozônio. A realidade financeira mostra também que não há recursos em capital suficiente para ampliar a produ-ção, gerar emprego para os quatro bilhões de excluídos. A simples in-corporação dos 60 milhões de miseráveis brasileiros ao nível de pobre-za, 2.000 dólares de renda ao ano, nos padrões tecnológicos atuais, exi-giria um investimento de 340 bilhões de dólares, inexistentes no mun-do. O fácil trabalho de recuperação da Alemanha Oriental já exige do mundo um capital que a Alemanha não dispõe, sendo obrigada a elevar sua taxa de juros para carregar recursos no exterior; o déficit norte-ame-ricano força os EUA a atrair capital do mundo inteiro; a Rússia, que é a menina dos olhos do Ocidente, luta desesperadamente para tentar ob-ter 20 bilhões, em dez anos.

É impossível copiar, para todos, os padrões de consumo das popu-lações ricas do mundo. Ainda mais grave, a continuação do processo de modernização, no seu sentido técnico do século vinte, levará a uma crescente desigualdade, ao ponto de criar-se, como já há indicações, dois tipos diferenciados biologicamente de seres humanos.

Talvez este seja o maior susto. Tão grande, que procura-se evitar de reconhecê-lo.

Depois de 2.000 anos de cultura cristã, de 300 de iluminismo, de cem anos da abolição da escravidão oficial, o homem acostumou-se à idéia de igualdade de direitos entre todos os seus semelhantes.

Mas, enquanto é recusada teoricamente, ela está sendo construída na prática. A Europa, que na busca da igualdade realizou a maior migração em toda a história, começa a proibir a entrada de imigrantes oriundos de países pobres. O movimento neonazista se espalha, com muita tolerância de parte dos trabalhadores que defendem seus direitos e privilégios contra os novos imigrantes. Os EUA, que receberam milhões de imigrantes, dando-lhes um tratamento igualitário nas oportunidades, freiam a imigração para os milhões de pobres latino-americanos e caribe-nhos.

Mas a segregação não se dá apenas entre países ricos e países pobres.

Os ricos dos países ricos aceitam com naturalidade e sem racis-mo os oriundos dos países pobres, desde que provem serem ricos.

Dentro dos países pobres, os ricos recusam aproximação com os seus compatriotas pobres. No Kuaite, defendido como símbolo de demo-cracia pelos países ricos, os

descendentes de imigrantes jamais obtêm os direitos civis nacionais. No Brasil, as parcelas de classes média e alta estão armadas, cercadas, protegidas contra os pobres, em sistemas em nada menos nazistas do que aqueles usados pelos europeus.

Forma-se assim, no mundo integrado, uma nação formada com os ricos do mundo inteiro, não importa a distância em que estejam fisicamente; e separados dos pobres do mundo inteiro, não importa a aproximação que estejam fisicamente.

O mais grave é a observação de que estes dois caminhos, de aproximação e desagregação, se aprofundam com velocidade crescente, levando à clara possibilidade de uma distinção entre os homens, definitivamente, através da biologia que se forma com o tempo.

A diferença de hoje entre um habitante do mundo moderno, na Europa ou no Brasil, e um habitante do mundo atrasado, na Somália ou no Brasil, é muito maior do que era entre escravos e patrícios na Grécia Clássica, ou entre o Rei Sol e os camponeses de seu tempo.

A diferença é que os patrícios pregos não eram hipócritas e se assumiam superiores, diferenciados, em relação a todos os bárbaros.

Influenciados pelo cristianismo e pelo iluminismo, os habitantes ricos do mundo moderno negam-se a reconhecer que a civilização caminha em direção à explicitação da segregação, do apartheid. Mas, não deixam de percorrer este caminho, usando a técnica e em breve a biotecnologia, no sentido de consolidar esta diferença ao ponto de eliminar outra vez, dentro de décadas, o constrangimento da diferenciação, já que a diferença existirá de fato.

A única forma de continuar o rumo da modernidade técnica é fazer duas nações à parte. Duas universalidades separadas.

Isto se observa no dia a dia do Planeta e de cada país. Nos países ricos, o freio à imigração, o assalto aos refugiados. No Brasil, a solução para problemas como arrastão.

3. O susto da lógica

Esta hipótese assusta e não satisfaz imediatamente, porque contradiz os princípios básicos da modernidade do século XX, segundo a qual o avanço técnico era não apenas o caminho da utopia, mas um caminho inexorável para a utopia.

Além destes sustos óbvios para o observador, o final do século permite um outro susto, não tão óbvio, para o analista que procura uma explicação para esta contradição. É o susto de imaginar que o fracasso na construção da utopia é decorrente direto do êxito na construção técnica.

Ao avançar, a técnica foi formando a sociedade conforme os moldes que melhor lhe serviam. Mas, diferentemente do que imaginou Marx, em vez de a técnica forçar uma

igualdade para continuar se desenvolvendo, diante dos limites do crescimento, as técnicas serviram para implantar a desigualdade, como forma de continuar evoluindo.

O que aconteceu a partir deste século é que o avanço técnico deixou de ser um elemento intermediário na construção das utopias, passando a ser a própria utopia, em si. Os sistemas sociais contemporâneos existem e se estruturam para viabilizar o avanço técnico.

A própria racionalidade econômica foi organizada para justificar o avanço técnico, qualquer que fosse o resultado social. Os objetivos sociais foram subordinados à técnica. Para tanto, os valores éticos foram abandonados. Cederam lugar ao propósito estético representado pelas técnicas.

A sociedade contemporânea se organizou, portanto, seguindo uma hierarquia de símbolos da modernidade:

- a técnica, sendo o propósito, subordinou
- a racionalidade econômica, que subordinou
- os objetivos sociais, todos ignorando
- os valores éticos.

Para viabilizar o uso de técnicas depreciadoras de recursos e que exigiam concentração de renda:

- a economia foi organizada de maneira a não levar em conta os efeitos poluentes, nem atribuir valor à natureza;
- a pobreza foi vista como uma etapa cujos efeitos seriam eliminados quando a riqueza fosse ampliada;
- como isto implicava em tolerância com a miséria e com a destruição ecológica, os valores éticos que norteariam esta preocupação ficaram esquecidos.

4. O caso brasileiro

O Brasil é um excelente caso do projeto civilizatório contemporâneo da modernidade técnica.

Aqui, a modernidade significou:

- gráficas equivalentes às mais sofisticadas tecnicamente e com produtos com a maior qualidade, mesmo que o país tivesse 30% da população analfabeta; apenas 10% da população concluindo o ensino básico;
- os jornais brasileiros se modernizaram porque compraram novas e mais eficientes máquinas, mesmo que o número de leitores não crescesse;

- a saúde moderna significou a realização de transplante de órgãos, mesmo que o país nunca deixasse de ter as mais arcaicas doenças endêmicas ;
- a modernização da televisão significou ser colorida e em cadeia nacional, mesmo que isto ocorresse sem qualquer compromisso educativo e sob a mais brutal censura de informações e de idéias;
- a indústria automobilística foi um símbolo da modernidade, mesmo que dois salários mínimos, recebidos por quase 80% da população, fosse insuficiente para pagar diariamente o ônibus entre a casa e o trabalho;
- a produção de automóveis com ar condicionado já deixou de ter utilidade básica como forma de controlar o calor, serve sobretudo para isolar os passageiros do indesejado contato com os pedintes, vendedores ambulantes, meninos de rua;
- a arquitetura é das mais modernas em todo o mundo, mas os arquitetos não têm a menor preocupação em criar casas que sejam acessíveis a um programa habitacional de massas; a modernidade está em poder comprar água mineral gasosa importada, mesmo que a população não tenha água encanada e os poços estejam cheios de bacilo do colera;
- a modernidade agrícola brasileira está no uso de biotecnologia, equipamentos de mecanização e na exportação, mesmo que o país tenha um dos maiores contingentes de desnutridos em todo o mundo;
- a educação moderna consistiu em ter boas universidades e centros de pesquisas, que se concentram em problemas com pouca relação com as reais dificuldades nacionais, funcionando em mundo à parte com sustos periódicas. Há poucas semanas, na minha sala de professor da UnB, uma universidade onde os currículos e os equipamentos de computação não se diferenciam muito daqueles usados no primeiro mundo, fui surpreendido com a entrada de um jovem que pedia auxílio para custear seu transporte até um leprosário próximo; estendeu para receber a ajuda, uma mão já carcomida, sem dedos.
- nos esportes, é sinônimo de modernidade ser o país com o maior número de corredores em fórmula um, mesmo que seja um dos últimos países em medalhas nas olimpíadas;

A construção do Brasil deformado seguiu uma lógica. Para poder justificar as máquinas da gráfica como melhor símbolo de modernidade do que número de pessoas alfabetizadas, foi preciso fazer com que a economia medisse a sua eficácia pelo PIB, e não pelo grau de cultura. A implantação de uma gráfica provoca um impacto maior no PIB do que a alfabetização de milhões de pessoas. A exportação de alimentos se reflete melhor na economia do que a alimentação da população. A indústria automobilística de carros particulares serve muito mais como carro-chefe do que a educação, a saúde ou mesmo um eficiente transporte urbano coletivo para as massas.

A economia foi subordinada à técnica.

Ainda mais grave, para que as técnicas características de países ricos fossem viabilizadas em um país com baixa renda, como o Brasil, foi adotada uma estratégia que exigiu:

- concentração da renda para um mercado de alta renda entre 20% da população, o que levou os demais 80% à miséria e à diferenciação que hoje começa a provocar a necessidade da apartação social;

- sacrificar os investimentos sociais, embrutecer a sociedade, des-moralizar a moeda para construir a infra-estrutura econômica que permitisse indústrias de país rico em um país pobre.

Para tanto era preciso ignorar os valores éticos. E sobretudo definir, como utopia a ser procurada e estrategicamente realizada, a própria técnica utilizada. Os resultados estão visíveis. Mas, ainda mais grave, estão visíveis, mas não estão inteligíveis. Todos passaram a raciocinar prisioneiros da hierarquia que põe a ética como o último passo da cadeia de responsabilidade social.

E isto não é um privilégio de uma parte ou outra da população.

Quando os trabalhadores do ABC vêm seus empregos e salários ameaçados pela recessão, preferem acordo com as empresas e com o Estado, para sacrificar impostos, visando a manter o poder de compra dos ricos e quase -ricos que comprem automóveis, propósito de modernidade. Em um país onde uma parte imensa da população precisa de elevados sacrifícios para comprar alimentos sujeitos a impostos, os ricos compram carros sem impostos. Quando as escolas pagam ridículos salários aos professores e não têm dinheiro para comprar giz, o governo abdica de impostos para viabilizar a compra de carro pelos ricos e pela classe média.

Toda a sociedade brasileira, como toda a civilização contemporânea, foi capturada pela lógica da utopia como sinônimo do crescimento econômico, pela modernidade como símbolo da técnica.

Conhecendo os limites, os estrategistas que desejam construir a modernidade deverão optar não apenas pelo caminho a ser seguido, como ocorria até recentemente, mas também pelo tipo de modernidade:

- continuar na busca da modernidade técnica entendendo e aceitando os seus limites, que impedem a distribuição de seus benefícios a todos, e explicitando uma sociedade humana de seres diferenciados nos direitos sociais e mesmo nas características biológicas;

- aceitar os limites da tolerância ética e recusar a diferenciação e o apartheid, revendo a modernização técnica e formulando novos propósitos civilizatórios, onde a sociedade humana seja vista em sua integridade.

O primeiro passo de uma estratégia alternativa é subverter a lógica tradicional da evolução civilizatória. Definir de imediato quais os valores éticos a que a sociedade se propõe. Com base nestes valores éticos, definir quais os objetivos sociais. Em função

destes, qual a racionalidade da economia. E só então definir qual é a opção técnica a ser feita.

II. As bases para uma modernidade ética

A substituição de uma modernidade técnica por uma modernidade de ética exige de saída a definição dos princípios que norteariam o futuro desejado e, em consequência, qual a estratégia a ser cumprida.

Desde os anos 30 a sociedade brasileira tem defendido o desenvolvimento econômico como uma meta aceita hegemonicamente. A partir dos anos 60, os meios para executar esta hegemonia tiveram de recorrer aos métodos autoritários. Com o esgotamento deste modelo, a modernidade tradicional entra em crise e em colapso, mas nenhum projeto alternativo surge claramente, ainda menos um projeto que disponha hegemonia no conjunto da sociedade.

Longos anos talvez ainda sejam necessários para que estes princípios venham a ser definidos e aceitos. De qualquer forma, um passo para isto e, portanto, para o início da definição de uma estratégia, pode ser a sugestão de cinco pontos básicos:

1. Democracia, incluindo liberdade individual, e nesta a liberdade e direito às atividades empresariais

Em uma sociedade do tipo brasileiro, com profundas raízes na visão européia de mundo, não se pode imaginar um futuro desejado, portanto uma modernidade que não seja implantada dentro de normas democráticas e visando à constante ampliação desta democracia.

A modernidade em países com outras culturas pode prescindir da democracia e da liberdade individual. Este não é o caso do Brasil. Os quinhentos anos de convivência com a Europa, mesmo como colônia, criaram, felizmente, um sentimento de importância para a liberdade individual e a prática democrática.

Por outro lado, a liberdade empresarial, além de um direito individual, é uma necessidade de maior eficiência do processo produtivo e, portanto, também social, desde que esta liberdade esteja sintonizada com os demais objetivos da sociedade em sua busca por uma utopia. Castrar a energia pessoal de empresários, com base na necessidade de regular o poder das pessoas criativas, e uma ação tão estúpida quanto castrar o potencial de terras produtivas apenas com base no direito à propriedade, embora ao lado da terra haja mão-de-obra buscando trabalho e uma demanda por alimentos.

2. Abolição da apartação

No final do século XX, a democracia não se basta nem se justifica se ficar, como no tempo da ética dos pregos clássicos ou na tecnicamente moderna África do Sul, restrita apenas a uma parte da população. A ideia de uma modernidade do tipo sul-africano, excluindo partes da população, não é ética nem é eficiente. O custo de manter a

desigualdade termina, como no caso atual do Brasil, por criar custos adicionais elevados mesmo para a minoria privilegiada.

Quaisquer que sejam os detalhes da utopia a ser construída no Brasil, será necessário que ela solucione o problema da separação social, incorporando a totalidade da população no mínimo básico para uma vida digna.

Não se trata de retomar a idéia da utopia da igualdade nos moldes propostas por Marx e pelos socialistas utópicos no século passado e que se manteve acesa até recentemente. Aquela igualdade era eticamente justa e tecnicamente possível em um tempo em que a produção estava quase toda concentrada nos bens básicos. Hoje, apenas uma parte menor da produção é voltada para os bens básicos. A maior parte do processo de produção está voltada para bens supérfluos que tecnicamente não podem ser produzidos para todos, e eticamente não exige ser para todos.

Mas, tecnicamente e possível e eticamente absolutamente necessário assegurar a todas as condições de alimentação, educação e saúde básicas, um chão para morar em condições saneadas e transporte urbano entre a família e o trabalho. Nada impede que o Brasil, com sua infra-estrutura, sua disponibilidade de terra e o conhecimento técnico de que dispõe, atenda estas necessidades a toda sua população.

3. Uma economia eficiente também na produção de bens supérfluos.

No atual estágio da sociedade brasileira, se se deseja um regime democrático, não basta abolir a necessidade de bens básicos. É necessário que o processo produtivo seja capaz de continuar, com eficiência a produção e a oferta de bens considerados supérfluos.

Para viabilizar estas duas premissas-abolição do apartheid social e simultaneamente manter uma economia eficiente no setor de bens supérfluos-, é preciso entender se a economia brasileira tem condições de realizar este esforço duplo e se, em caso de confronto, qual deve ser a hierarquia no uso do potencial disponível.

Em se tratando de um compromisso democrático, uma hierarquia de prioridades deve colocar o básico sobre o supérfluo. Se a produção de vídeos no Brasil for insuficiente para atender à demanda por equipamentos na educação pública e os desejos particulares das classes médias, o governo deve manter suas compras visando a equipar as escolas, mesmo que para isto o mercado fique sofrendo de escassez. O mesmo pode ser dito da disputa entre automóveis e veículos para transporte coletivo, de alimentos para exportação ou para atendimento das necessidades nacionais.

O que deve servir como incentivo para a proposta de casar democracia, fim da separação e eficiência econômica em geral, é o fato de que o potencial econômico do país permite otimismo quanto à possibilidade de atender todas estas necessidades, dentro de uma estratégia em que o tempo não será muito longo.

4. Relações internacionais abertas

Em um mundo em franco processo de integração e em um Brasil com séculos de relações intensas com o exterior, não há modernidade isolada. O Brasil não pode imaginar como modernidade um chauvinismo que o isole do resto do mundo, que impeça contato com a cultura universal, nem que o restrinja das vantagens do comércio internacional.

Mas, se estas relações são um objetivo da modernidade desejada, é ridícula a idéia de que elas são a modernidade em si.

As relações internacionais são modernas sempre que contribuam para a realização dos objetivos anteriores. O que se observa nos últimos anos é uma promessa falsa e incompetente de solucionar os problemas brasileiros através das relações comerciais internacionais livres.

Uma promessa ridícula, porque todos os países subordinam suas - relações internacionais aos interesses nacionais, e não o contrário. Os exemplos dados como sucesso do internacionalismo são fruto do desconhecimento ou da manipulação.

E uma promessa incompetente, porque a liberdade comercial, em um país do tamanho do Brasil, não produzirá os impactos esperados e o de ter efeitos negativos. No que se refere ao fluxo de capital, é preciso lembrar que entre os produtos das multinacionais não estão muitos dos itens necessários para eliminar a miséria entre os 60 milhões de muito pobres do Brasil. Ao mesmo tempo, dentro do padrão tecnológico atual, a eliminação da pobreza exigiria uma quantidade de recursos superior a qualquer disponibilidade no mundo.

O Brasil não pode cair na ingenuidade de se negar a receber capital estrangeiro, que pode ajudar no seu projeto de modernidade, ainda menos na estupidez de imaginar que deste capital virá solução para os grandes problemas nacionais. O país deve objetivar abrir-se, e abrir-se desde já, mas esta abertura tem que estar subordinada aos princípios éticos.

5. Equilíbrio ecológico, diversidade e descentralização

Finalmente, não se pode imaginar uma modernidade no final do século XX que não reserve o potencial e o patrimônio mundial para o futuro, o que exige um rígido compromisso com o equilíbrio ecológico. A modernidade do começo do século tem sido uma modernidade antagônica com a natureza. Até recentemente, o discurso da sociedade brasileira era nitidamente antiecológico. O representante brasileiro na ECO-I, em Estocolmo, explicitou o desejo brasileiro de ampliar seu grau de poluição ambiental, como indicativo de desenvolvimento.

Toda a filosofia ocidental foi de desprezo à natureza, independentemente de ser capitalista ou socialista, neoclássica ou marxista. A nova modernidade ética e a estratégia para realizá-la devem levar em conta o equilíbrio e o valor da natureza como um princípio ético a ser seguido.

Da mesma forma, o futuro deve romper com o passado que via todas as sociedades imitando, em todos os detalhes, o desenvolvimento industrial europeu. A visão de um mundo idêntico nos gostos, nos valores, nas opções estéticas e éticas deve dar lugar a um mundo capaz não apenas de tolerar, mas de ver riqueza na diversidade entre as sociedades.

O sentimento brasileiro de que nossos grupos indígenas eram símbolo da pobreza e que sua destruição ajudaria a construir a utopia modernista deve dar lugar a uma visão que entenda a dimensão de riqueza que há em uma sociedade diversa, desde que seja respeitada a democracia interna deste grupo para definir seu futuro e que as condições básicas de sobrevivência, conforme definidas pelo próprio grupo, estejam atendidas.

A política social tem de unificar o básico a toda a população, mas permitindo as diversidades que possam surgir quanto aos gostos e as formas de fazer a sociedade. Os modelos econômicos devem perder a ilusão do objetivo de um desenvolvimento industrial em que cada região procura imitar o impossível modelo do Sudeste, como foi tentado e demonstrado inconveniente no Nordeste. A política industrial do futuro deve visar a caminhos alternativos e diferenciados, desde que o básico seja garantido em todas as partes.

Para que isto seja realizado, será necessário uma reversão na tendência integracionista, buscando economias de escala para viabilizar as técnicas importadas, em direção a uma descentralização do país. De-pois da integração física necessária, os custos econômicos e sociais da integração forçada, em um país com as dimensões brasileiras, precisam ser agora revertidos de maneira a criar-se bolsões de relativa auto-suficiência. Sem isto, será impossível garantir um sistema energético capaz de manter o irracional sistema de mobilizar madeiras, combustíveis, frutas, flores, por milhares de quilômetros entre a produção e o consumo.

Esta descentralização vai exigir uma diversidade na estrutura da produção e do consumo, entre regiões da nação, como um fato em si negativo para uma visão utópica de uma modernidade subordinada a princípios éticos.

Em compensação, a diversidade não significará a apartação que hoje se observa ser crescente entre as pessoas da mesma nação. Não se trata de repudiar as vantagens da integração, mas de subordinar a integração aos objetivos sociais, em vez do contrário, subordinar os objetivos sociais ao processo de integração a qualquer custo. Um exemplo disto está nas telecomunicações. Seria indesejável abolir o maravilhoso sistema de comunicações implantado em cadeia nacional, dando simultaneidade ao país. Mas esta simultaneidade, quando vista como o objetivo, tem depredado e violentado as culturas locais, forçando não apenas a simultaneidade, mas também a unificação da cultura nacional pelo mimetismo aos específicos valores de uma pequena região e de um reduzido setor social: os artistas e intelectuais do eixo Rio-SP. Em vez disto, o sistema de simultaneidade pode continuar, levando a todo o país as culturas locais de cada região, de cada setor da nação. As cadeias nacionais de televisão precisam ser prestigiadas em seus papéis de integradoras e de difusão em escala nacional, mas as centrais de produção devem se abrir para absorver uma rede de pequenas produções locais, espalhadas em todo o Brasil. O mesmo se aplica a muitos outros setores.

III. A Estratégia

1. A orfandade de modelos

Ao longo de 60 anos, todas as estratégias brasileiras visavam a de-finir os meios para realizar o projeto previamente aceito para o futuro do país. A diferença para hoje é que não basta definir os meios, mas tam-bém os próprios fins. Nenhum dos chamados problemas brasileiros de hoje será resolvido sem uma modificação dos objetivos que a socieda-de brasileira deve perseguir em sua ânsia modernizadora.

A modernização de hoje exige a modernização do próprio concei-to de modernidade, o que muda o trabalho estratégico, dificultando a base de apoio para isto, por causa dos interesses divergentes e da ne-cessidade de fazer hegemônicos os novos interesses, como alguns dos princípios citados anteriormente.

É fácil justificar todos os cinco princípios anteriores, enquanto não se percebe que há divergência entre eles e os tradicionais. As dificuida-des entre ter uma escola competente e atender a demanda privada por automóveis, videocassetes; atender o desejo de equilíbrio ecológico e o ainda existente desejo de elevado consumo de bens que são intrinseca-mente depredadores.

Para complicar, estas estratégias brasileiras terão de ser construí-das em um momento de crise dos paradigmas estrangeiros. Os pensado-res brasileiros e os políticos e estrategistas brasileiros estão órfãos de projetos. Não há como justificar uma estratégia com base na luta contra um comunismo que já acabou. Já não há como justificar a estratégia de construir sociedades socialistas nos moldes conhecidos. Não há co-mo inteligente e honestamente defender a estratégia neoliberal em uma sociedade mundial que não conhece neoliberalismo, salvo como instru-mento de propaganda tão abstrato e desviado da realidade quanto era a propaganda comunista. Além do que o neoliberalismo, se implantado, leva necessariamente para um sistema de apartação mundial, o que ne-ga o primeiro princípio assumido para a nova modernidade.

Mas, se esta orfandade dificulta o trabalho teórico dos estrategis-tas, que acostumados a copiar modelos estrangeiros se negavam a pen-sar modelos próprios, ela tem a vantagem de forçar os novos modelos a estarem mais adaptados à realidade da natureza e aos desejos da so-ciedade brasileira.

O grande erro do Brasil neste século, de solucionar a crise dos anos 60 proibindo o debate de alternativas, ocorreu em grande parte de-vido à prisão ideológica dos pensadores e políticos brasileiros. Uns ofere-cendo a alienígena alternativa do socialismo europeu, e os demais im-pondo a alienígena alternativa do capitalismo rico dos europeus. Os pri-meiros assustaram a população e permitiram que os demais manipulas-sem a opinião pública receosa, com razão, dos riscos do estrangeiris-mo do comunismo, do materialismo, do fim da propriedade privada, da ditadura de um proletariado que praticamente nem existia no país. Os outros conseguiram impor o caminho, proibiram o surgimento de novas alternativas e criaram as condições para que todos os demais erros fos-sem cometidos na tarefa de construir, em uma economia de baixa ren-da, uma economia baseada no consumo de bens de alta renda.

A esquerda cometeu o erro que felizmente não tem condições de voltar a cometer, de ter seu projeto vinculado explicitamente ou não a projetos utópicos importados, em geral projetos que não atendiam os pre-requisitos da democracia e aos interesses brasileiros. Por

sua vez, a direita, em vez de enfrentar o debate e desmoralizar o colonialismo ideológico da esquerda imitativa, preferiu implantar uma ditadura que vetou o debate, consolidou privilégios que só seriam possíveis com a concentração e a desagregação social.

Agora, felizmente, estes modelos estão em crise e não oferecem alternativas para o Brasil. O Leste Europeu desapareceu e o Ocidente tende a recusar países como o Brasil, salvo se apenas uma parte da população brasileira se integrar a ele.

Nestas condições, surge a grande possibilidade de que os estrategistas que buscam um caminho para o Brasil pensem, pela primeira vez na nossa história, em um caminho brasileiro para o Brasil.

2. A equação social

Diante do Brasil, como do Planeta, há dois caminhos: a explicitação de uma sociedade de apartheid ou de uma modernidade alternativa subordinada a princípios éticos.

A alternativa do apartheid tem dois pontos contrários: o primeiro, por razões de princípio, para os que acreditam ainda nos valores humanistas desenvolvidos ao longo de 2.000 anos; o segundo, por razões técnicas, por entender que o custo de implantação de uma sociedade apartada é extremamente elevado para toda a sociedade, inclusive para os que estão incluídos na modernidade.

No caso do Brasil, é este elevado custo que começa a despertar a consciência coletiva do povo brasileiro para a necessidade de subversão da ordem quando combinam valores éticos, objetivos sociais, racionalidade econômica e opções técnicas. A concentração no último como símbolo de modernidade criou uma sociedade de elevados custos para todos.

A minoria privilegiada brasileira começa a ter de pagar um elevado preço pela desigualdade da qual ela se beneficia.

O abandono à educação, embora concentrado nas classes pobres, está gerando uma sociedade que incomoda a todos, uma ineficiência que dificulta o funcionamento global da economia e da sociedade. A manutenção da ordem e a proteção do patrimônio e da segurança pessoal custam aos ricos e quase-ricos do Brasil manter uma força militarizada quase do tamanho do próprio Exército, sob a forma de vigilância privada. Além de ameaçar a dignidade do Exército, ao propor-lhe o papel de vigilante de banhistas contra arrastões. O custo econômico e a pressão sobre os preços provocada por este exército se somam ao próprio risco, no médio prazo, deste exército de pobres armados para defender os ricos. A solução do problema da água potável, realizada pelos ricos e classes médias, transportando anualmente bilhões de litros em garrafas por milhares de quilômetros, além de ter um custo inflacionário e depredativo do ponto de vista energético, permitiu, ao abandonar o sistema mais correto de água potável para todos, o desenvolvimento do cólera, que traz prejuízos não apenas para os que contraem a doença, mas também para toda a sociedade. No cenário internacional, a desigualdade, a pobreza gritante e a violência não apenas degradam no exterior os próprios ricos brasileiros, como também criam uma relação

em que o país passa a ser visto como mais uma das nações parias do mundo contemporâneo.

Esta situação é favorável a uma estratégia de mudança, desde que seja possível apresentar um caminho onde os custos das reformas que incorporem a totalidade da população não sejam demasiado elevados para os privilégios dos ricos e quase ricos.

Para ser eficiente, uma estratégia alternativa não deve basear sua proposta em apelos à solidariedade nacional, mas sim mostrar as vantagens de um projeto alternativo para o conjunto da nacionalidade. Não se trata de mostrar a necessidade de uma distribuição de renda nacional, mas de elaborar uma equação em que a distribuição seja benéfica inclusive para aqueles que terão esta renda distribuída.

A consistência desta equação está em que a renda distribuída tenha valor inferior ao benefício que receberão os que se sacrificarem pela distribuição. Seria tecnicamente impossível distribuir renda e dar um acréscimo de bem-estar em função da própria renda e do consumo dela decorrente. A solução está em diferenciar os conceitos de nível de consumo e qualidade de vida. A população rica e de classe média vai pagar maiores impostos ou ver parte dos bens que deseja comprados pelo Estado, mas vai ter uma escola boa de qualidade e gratuita para seus filhos e vai viver em uma sociedade em que todas as crianças passariam por escolas boas de qualidade e gratuitas. A distribuição de proteínas para toda a população pode inviabilizar o costume dos churras-cos de rodízio, já inexistentes e inimagináveis em países ricos, mas a economia vai ter a eficiência de uma população bem alimentada, e a sociedade, a dignidade de não ter pessoas com fome ao lado da abundância de uns poucos.

Esta visão exige não apenas novos propósitos para a sociedade, como também uma revisão do apego dos estrategistas ao pensamento economista.

Não se trata, como pensam muitos, de uma simples e hipotética distribuição de renda, ou ainda menos que uma simples elevação dos salários. Nem se trata de concentrar a distribuição retirando apenas dos muito ricos para os muito pobres.

A distribuição terá que atingir todos que têm acesso ao consumo, o que no Brasil inclui a chamada classe média, para todos que se beneficiarão, diretamente, como os pobres, e indiretamente, mesmo os ricos. Apesar de os intelectuais brasileiros não gostarem de escutar, a distribuição de bens e serviços não pode se limitar a tirar dos muito ricos, porque eles são tão poucos, que, mesmo quando cada um deles for um consumista depredativo, o consumo global de sua classe ainda será pequeno. A grande concentração do consumo no Brasil está entre os 25 a 30 milhões que caracterizam a classe média.

Além disto, o conceito de luta de classe concentrada dentro do processo de produção, como visto por Marx, não resiste à realidade do sistema capitalista atual, em que trabalhadores e capitalistas se aliam, sempre que necessário, para manter seus privilégios mútuos. Diferentemente do velho slogan de unidade do proletariado em todo o mundo, o que se observa é que os trabalhadores, em seus partidos e sindicatos, nos países ricos, têm uma visão de aliança com os seus patrões, contra os trabalhadores dos demais países. Na Europa, os trabalhadores apoiam ou ficam omissos diante das manifestações e do crescimento das forças nazistas. No Brasil, já há muitas alianças entre trabalhadores e

patrões, sem que nenhum destes tenha uma preocupação com as grandes massas deserdadas. Na África do Sul, os trabalhadores brancos votaram em uma percentagem muito menor do que os empresários e profissionais liberais, no plebiscito para o fim do apartheid racial.

Esta nova situação tem uma explicação. No século passado, os trabalhadores estavam excluídos dos bens supérfluos. Hoje, quando ingressam no setor moderno, eles participam destes bens, nos quais não cabem todos os habitantes do mundo, nem a maioria dos habitantes dos países pobres e com grandes populações. Além disto, no caso de incorporação das grandes massas no mínimo básico, são os trabalhadores integrados, mas de renda mais baixa, que vão sacrificar o padrão de consumo ao qual conseguiram ascender. São os trabalhadores brancos que vão disputar o mercado de emprego e as praias com a maioria negra livre do apartheid. Os ricos brancos continuarão em suas casas e seus empregos de nível superior, sem concorrência, por muitos anos.

Por outro lado, enganam-se os que, em uma visão economicista, pregam esta distribuição pelo salário. Com uma renda per capita de pouco mais de 2.300 dólares ao ano, mesmo que houvesse uma necessária redução da taxa de apropriação por lucros e juros de quase 60% para 30% da renda nacional, ainda assim a massa de salários não passaria de 245 bilhões de dólares. Para uma força de trabalho da ordem de 70 milhões de trabalhadores, um programa de emprego e de aumento de salários só poderia elevar os salários até o máximo de 270 dólares mensais (considerando o instituto do décimo terceiro mês). Para alguém ganhar mais que isto, será necessário alguém ganhar menos. Três constatações podem ser feitas: primeira, a de que esta igualdade forçada é claramente impossível sem um regime autoritário, o que negaria o primeiro princípio, o da democracia; segunda, a de que mesmo este valor não permitiria retirar os trabalhadores da pobreza; terceira, de que se isto fosse feito, o processo produtivo, estruturado para uma economia com compradores de alta renda, entraria em colapso, provocando ainda mais miséria. É esta dependência da concentração da renda para manter o mercado dinâmico que faz com que trabalhadores ABC de São Paulo tenham defendido a redução dos impostos dos automóveis, o que significa concentração da renda, para poder manter seus empregos. A população em geral verá seus serviços públicos degradados, para que os automóveis continuem sendo vendidos.

Isto significa que as massas brasileiras estão condenadas à pobreza, se a luta contra a pobreza se fizer por meios economicistas. Não haverá capital suficiente para criar emprego suficiente, nem renda suficiente para pagar salário suficiente para todos.

Mas, nada impede que a miséria seja erradicada por caminhos diferentes. Em vez de elevados investimentos no setor produtivo para o mercado e de salários para viabilizar o acesso dos pobres aos bens de mercado, investimentos no setor social gratuito que ofereça os serviços cuja ausência caracteriza pobreza como educação, saúde e saneamento e elevação da produção de bens agrícolas e industriais básicos, de forma a reduzir o custo dos mesmos.

3. Alguns pontos para a execução da estratégia

a) A construção da democracia

Ao longo dos últimos dez anos, o Brasil caminhou rápida e plena-mente para um regime político democrático. Foi possível resistir a todo o liberalismo e corporativismo sindical, ao caos partidário, ao impeachment de presidente eleito, ao controle e manipulação dos meios de comunicação. Apesar de tudo isto, o país não deu um único passo em direção a uma real distribuição dos resultados de sua economia.

Democratizou-se a fala a organização, a prática política, sem qual-quer concessão social. Em alguns aspectos, como no caso do setor agrário, a democracia provocou um retrocesso em relação aos instrumentos legais do tempo do regime autoritário.

A democracia brasileira não avançou porque ela não conseguiu dar o passo fundamental de sair da organização corporativa para uma organização social e nacional. O Congresso tem toda liberdade, mas seus deputados quase sempre foram eleitos e representam grupos corporativos, perdendo a capacidade de ver, entender e representar interesses da sociedade em geral e, especialmente, das camadas marginalizadas. Os sindicatos, patronais e trabalhistas, passaram a ser vistos como elementos de democratização, quando eles representam apenas a parte integrada na modernidade e tomam quase sempre decisões contra os interesses das grandes massas. As universidades consideram-se democratizadas porque elegem seus reitores, mesmo que esta democracia interna seja usada muitas vezes para evitar mudanças que levem a universidade a um compromisso maior com a sociedade.

O maior exemplo, porém, da democratização emperrada na corporativização está na "democracia" dos meios de comunicação social, que foi capaz de eliminar a censura, permitir o livre debate, mas manteve rádios e televisões subordinados aos interesses do lucro ou da manipulação de opinião por parte de seus proprietárias, que, livres da censura estatal, exercem suas próprias censuras. Diretamente para censurar, manipular, ou indiretamente para que os meios de comunicação sejam apenas elementos de geração de lucros, e não de participação, de educação e de promoção cultural.

Não funcionará uma estratégia de democratização que não elimine a corporativização da sociedade e que não ponha os meios de comunicação livres do Estado e também do controle por parte de seus proprietários. A construção da democracia vai exigir mudanças no sistema eleitoral, no sistema de governo e também nos compromissos e no papel do sistema de telecomunicações.

Atualmente, mesmo quando se fala nessas mudanças, elas ficam limitadas aos aspectos políticos distanciados do social. Busca-se democratizar o processo eleitoral como se isto bastasse para eliminar o fosso social que separa as classes ricas e pobres no Brasil, inviabilizando a nacionalidade. Busca-se a estabilidade das instituições políticas, e não a estabilidade nacional.

A idéia do sistema parlamentarista, ou do regime monarquista, tem este desvio. Concentra-se o debate na forma do agente político sem discutir as reformas sociais necessárias. Esquece-se que um sistema com dezenas de partidos, nenhum deles ao menos com uma identidade própria, não será capaz de fazer nenhuma reforma, se o governo não

dispuser de um mínimo de garantia de mandato para exercer seu poder e realizar sua estratégia. B) Todas as crianças na escola boa de qualidade gratuita. b Todas as crianças na escola boa de qualidade e gratuita.

O Brasil tem 31 milhões de crianças em idade escolar. Vinte e sete milhões conseguem ser matriculadas, destas, sete milhões não terminarão nem ao menos a primeira série do primeiro grau; apenas 10 milhões terminarão as quatro primeiras séries; só cinco milhões terminarão o primeiro grau; e apenas três milhões, 10%, chegarão ao final do ensino básico. Mesmo as crianças que terminarem o segundo grau terão feito cursos incompletos no conteúdo, insatisfatórios nos métodos, interrompidos por greves longas e sucessivas, de professores desmotivados pelos baixos salários e pelo pouco reconhecimento social que recebem.

Nenhum fator real, ao nível da economia e da sociedade, impede uma reversão desta situação:

- o Brasil tem um único idioma, o que facilita radicalmente o processo educacional;
- tem uma massa crítica de profissionais, tem universidades, escritores;
- tem uma indústria capaz de oferecer os bens necessários para a construção e equipamento das escolas e produção de todo o material didático necessário;
- tem um nível econômico capaz de garantir o funcionamento das escolas, através de salários para professores;
- tem ainda uma máquina estatal capaz de regular o funcionamento;
- tem um sistema de telecomunicações capaz de complementar a escola e completar a educação;
- tem um setor industrial e de transporte capaz de transportar diariamente todas as crianças e professores, entre as escolas e as casas.

Se ao lado dos quase um milhão de professores, o Brasil decidir contratar mais 500 mil, tem disponível este pessoal, desde que sejam oferecidas duas condições: salários satisfatórios e um sistema eficiente de formação e reciclagem. Só na universidade, entre os quase dois milhões de alunos, seria possível obter até 300 mil jovens com condições de serem professores emergencialmente por alguns anos, sem que suas saídas das universidades provocassem dificuldades no desenvolvimento científico e tecnológico do país.

Mesmo com uma substancial elevação do salário média para até 400 dólares por mês para cada professor, e a contratação de mais 500 mil professores, o custo anual, incluindo décimo terceiro mês, sem contar as transferências dos benefícios sociais, e um custo de reciclagem e formação emergencial de 300 dólares ao ano, o custo dos professores seria

de 8 bilhões de dólares ao ano. Se incorporasse custos operacionais adicionais equivalentes a outros 8 bilhões de dólares para livros, material didático, incluindo investimentos espalhados ao longo do ano, o total de 16 bilhões de dólares seria inferior a 5% do PIB, menos do que se gasta em quase todos os países do mundo com um mínimo de atenção à educação. Se acrescenta a este custo uma bolsa por estudante carente que é arrimo de família, mesmo considerando 10 milhões nestas condições e oferecendo 30 dólares por mês de aula, para cada um deles, o custo total seria de apenas 5,5% do PIB. Na atual situação fiscal, valor bem inferior ao mínimo previsto pela Constituição.

É certo que neste valor não está incluído o elevado e necessário custo com merenda e saúde, o que, mesmo devendo ser distribuída nas escolas, trata-se de um custo dos demais setores a serem observados abaixo.

Mesmo considerando os custos com educação superior, que deve-ria ser vista como parte da infra-estrutura pelos médicos, engenheiros, professores e filósofos que forma, e não da educação diretamente, o total gasto pelo país na formação de seu pessoal ainda seria inferior ao que se gasta em outros países.

O problema, portanto, não é de potencial, mas de estratégia da administração da produção e da distribuição do processo econômico. Como produzir mais vídeos para escola do que para o mercado; como produzir mais transporte coletivo para crianças do que automóveis privados; como fazer uma reforma fiscal que assegure ao governo recursos para pagar aos professores e demais gastos.

No mundo contemporâneo, a educação não pode se limitar à escola e à família. Os meios de comunicação têm um papel crescente na formação das pessoas e na divulgação cultural. Por esta razão, qualquer estratégia educacional tem de incorporar os meios de comunicação entre os instrumentos fundamentais. No Brasil estes meios foram, desde o início, usados com a finalidade de dinamizar o setor econômico. O papel educativo e cultural ficou subordinado à economia, como elementos de dinâmica do marketing e de criação de uma visão de mundo propícia ao crescimento econômico como meta do projeto civilizatório.

Esta realidade terá de mudar. Uma estratégia para a modernização ética exige formas de manter a liberdade dos meios de comunicação, evitar todo monopólio inclusive por parte do Estado, mas garantir o direito social de acesso à televisão e rádio. Exige sobretudo que o tempo destes veículos tenha um compromisso educativo. Mesmo que preparados livremente pelas empresas, mesmo com intervalos comerciais, os programas de televisão nos períodos matinais e começo das tardes poderiam ser utilizados pelas escolas como complementação didática, caso não se limitassem apenas aos shows, que no momento são chamados de programas infantis.

c) Nenhum brasileiro sem uma alimentação mínima necessária

Não se pode imaginar modernidade ética, se não for possível a abolição da desnutrição no país. A visão economicista imagina que isto é possível através apenas de uma política salarial. Havendo demanda, surgirá a produção de alimentos para o mercado interno. Esquece que: a) apesar dos aumentos, os salários continuarão baixos no Brasil; b) a diferença de renda no Brasil, quando comparada com os países ricos, faz com que, por

muito tempo ainda, fique difícil concorrer com o poder de compra destes países. Pelo mercado, a agricultura nacional continuará preferindo alimentar os animais de uma Europa rica, aos pobres da sociedade brasileira.

Um programa de aumento da produção voltada para o mercado interno terá que:

a) fazer uma reorganização do uso da terra, incluindo, em algumas áreas, uma modificação de sua propriedade. Não se trata de abolir a propriedade da terra, condição que já demonstra ser necessária para viabilizar uma agricultura eficiente. Mas, trata-se de subordinar a propriedade da terra a interesses sociais. Se, corretamente, a lei ameaça com desapropriação as propriedades usadas para produzir drogas, nenhuma ética humanista justifica a proteção da propriedade da terra que impede milhões de pessoas com fome de serem alimentadas;

b) reorientar a produção voltada para o exterior em direção ao abastecimento das necessidades internas;

c) no caso em que seja mais eficiente a exportação, estabelecer o compromisso do uso dos dólares amidos com exportação de alimentos, para importar alimentos que o País não esteja produzindo para sua população.

Com estas linhas de ação, não há impedimento para elevar consideravelmente a produção de alimentos: o Brasil dispõe de terra suficiente, de mão-de-obra abundante, de conhecimento técnico suficiente, de uma indústria de fertilizantes, de equipamentos, de um sistema financeiro implantado nacionalmente.

Resta o problema financeiro de como garantir preços que sejam suficientemente altos para oferecer lucros aos produtores e suficientemente baixos para serem acessíveis a uma população com baixa renda média. A solução, igual a todos os demais países, será utilizar mecanismos de compensação, com subsídios, e programas de distribuição assistencial de alimentos, como também é feito em todos os demais países, em momentos emergências.

Há, na elite e na lógica brasileiras, uma resistência à concessão de subsídios ou distribuição emergencial gratuita de alimentos. É comum, neste debate, escutar de professores universitários a ideia de que estas práticas são assistências, em vez de descobrir se são justas e eficientes. Ao mesmo tempo, como repudiam o auxílio educacional aos pais cujos filhos são arrimo de família, não repudiam ticket restaurante para os que trabalham. O Brasil é o único país onde a elite recebe ticket restaurante, que não consideram paternalismo, mas onde é repudiado auxílio de alimentos para os pobres, em nome de evitar-se paternalismo.

Um programa desenvolvido pelo Sesi em Brasília serve como indicador do custo para se eliminar a fome, e de como isto está ao nível do possível no Brasil. Cada sopa, de elevada qualidade nutritiva e de gosto, custa 7 centavos de dólar. A oferta diária de uma sopa deste tipo a cem milhões de brasileiros custaria por ano 2,5 bilhões de dólares. Embora estas contas não sirvam para indicar que o problema seria solucionado ao nível do real, que exige aumento de produção, serve para mostrar que, caso haja interesse de

aumentar a produção, o custo a ser financiado inicialmente por uma distribuição da renda seria reduzido diante do impacto positivo que a medida produziria.

d) Nenhum doente ou aposentado em fila para receber atendimento

Com exceção do triste espetáculo dos meninos de rua, nada é mais deprimente e compromete mais a modernização ética do que o quadro de saúde de sua população. Uma estratégia de modernização real terá que evitar esta situação. O Brasil dispõe de todos os meios para isto. Tem médicos em quantidade, tem indústria química- farmacêutica competente, tem ciência e tecnologia. Falta apenas uma organização que procure definir corretamente o problema.

A solução do problema da saúde pública não está na implantação do seguro privado, quase sempre financiado com recursos públicos, que atende apenas os incluídos no setor da modernidade técnica. Esta solução é defendida pelos que já são beneficiados por este sistema de aparação, como funcionários de estatais e empregados das grandes indústrias e outros que pensam ingressar nesta solução esquecendo todos os demais.

A crise da saúde em um país com a riqueza dos EUA mostra que é impossível o sistema privado resolver o problema. O seguro saúde só atende quem está empregado, quem tem salário capaz de pagar seguro, funcionário de entidades de alta rentabilidade, ou empresas públicas, onde o Estado mantém sistema de privilégios apenas para alguns: seus empregados. No Brasil, a situação é tão desviada, que até o sistema de saúde pública criou um sistema privado mantido com recursos públicos, exclusivo de seus funcionários.

Um sistema de saúde pública não pode ser baseado no seguro privado, até porque ele começa antes da saúde, começa na alimentação e no saneamento.

Sem uma garantia de saneamento, o custo da saúde terá uma dimensão desnecessária. Todos os recursos necessários para implantar um sistema de saneamento e água potável estão disponíveis, desde que as opções técnicas sejam adaptadas ao que já se conhece, sintonizadas com os recursos industriais e financeiros, evitando-se a imitação das técnicas de grandes construções que elevam os custos sem melhorar os serviços.

Da mesma forma que o Brasil pode oferecer um sistema de atendimento de saúde capaz de eliminar toda espera para os doentes, é possível eliminar toda fila para o atendimento de aposentados. Mas, para tanto, precisa eliminar um dos mais deploráveis sistemas de apropriação de recursos públicos, sob a forma de aposentadorias precoces de jovens brasileiros, muitos deles bem remunerados, mentidos pelos mais jovens, em razão de leis conquistadas por corporações, especialmente do setor público das estatais.

e) Nenhum processo produtivo com custos entrópicos de curto prazo

Quando o poder tecnológico era limitado, incapaz de provocar modificações no curto prazo, as estratégias não necessitavam pensar no longo prazo. A partir das últimas três

décadas, com a descoberta dos impactos ecológicos no processo de desenvolvimento, torna-se necessário incorporar esta nova dimensão em qualquer estratégia que não deseje ser interrompida em um prazo relativamente curto.

O Brasil, como um retrato do Planeta, é um dos países que mais necessita levar em conta este impacto.

Não é possível imaginar uma estratégia séria de futuro que não leve em conta a necessidade de conservar os recursos naturais, as fontes energéticas, o meio ambiente em geral. Qualquer projeto de modernidade, inclusive a eliminação da pobreza, deve tomar em consideração os limites físicos que existem no atual nível de desenvolvimento tecnológico.

Lamentavelmente, não é isto o que ocorre. Ao ritmo atual de consumo definido pela presente estratégia energética brasileira, as reservas de petróleo do Brasil estarão esgotadas em poucas décadas. Enquanto outros países já tomam medidas contra a depredação de suas reservas, o que se observa no Brasil é que o aumento da exploração de petróleo é visto como um êxito, e não como um risco.

O mesmo pode ser dito de diversos outros recursos, assim como do nível de degradação ambiental do ar, da água e do território brasileiro em geral.

A modernidade ética vai exigir limites à exploração anual de petróleo, de acordo com a disponibilidade de suas reservas; definir áreas de exploração da Amazônia; impor medidas protetoras do meio ambiente a serem cumpridas pelas indústrias; e proibir o uso de certos tipos de insumos químicos na agricultura.

f) Descentralização e descorporativização

Um ponto chave de uma estratégia de longo prazo para o Brasil consistirá em dois passos simultâneos: um processo de descentralização na execução do processo econômico e social e a redução da corporativização que gera perdas, deseconomias e ineficiência.

O processo educacional, por exemplo, em um país como o Brasil, não pode ter execução e controle centralizados. O que se necessita é um sistema central de arrecadação e distribuição de recursos, tendo em vista a grande desigualdade da distribuição espacial da renda. Mas a execução deve ser descentralizada ao nível de municípios e até ao nível de escolas isoladas.

O setor industrial deve descentralizar sua produção de maneira a evitar os custos desnecessários de transporte, que são cometidos em nome da visão de uma esquisita economia de escala que não leva em conta as externalidades custeadas pela sociedade. Isto exigirá uma política de subsídios e uma política de alocação industrial completamente diferente da falsa liberdade que se baseia no apoio público para cobrir gastos.

9) Relações internacionais

Finalmente a estratégia deve prever um sistema de abertura para as relações exteriores, mas desde que subordinadas aos interesses nacionais. Trata-se de ter como estratégia nacional uma sociedade aberta para o exterior, mas com uma abertura subordinada radicalmente aos interesses da sociedade e da nacionalidade brasileiras.

Em nenhuma hipótese deve haver abertura para a definição de modernidade nem dos propósitos nacionais. A abertura se dá depois de definidos estes objetivos, em uma cooperação que possa facilitar atingi-los e não distanciar-se deles.

IV. Um Planeta chamado Brasil

O Brasil é um retrato do Planeta Terra, com uma população 30 vezes menor. Só o Brasil e o Planeta inteiro tentaram o progresso industrial por tanto tempo com tanto êxito econômico e tanto fracasso social.

Os demais passes ou não tentaram com tanto êxito ou não fracassaram O PIB (real) per capita, corrigido segundo a metodologia das NNUU, é de US\$ 4.340,00, para o mundo, e de US\$ 4.620,00, para o Brasil; a esperança de vida de um habitante do mundo ao nascer é de 65,5 anos, no Brasil, 62,8; a mortalidade infantil no mundo é de 104 por 1.000, e de 85 por 1.000, no Brasil. A crise ecológica e a distribuição da renda ocorrem de forma muito parecida no Mundo, visto como um todo, e no Brasil, isoladamente. Salvo no que se refere à educação, em que o Brasil está pior do que o Mundo, o Brasil é um retrato do planeta Terra.

Mas o mais forte traço característico do planeta que o Brasil reproduz é a existência de um sistema de apartação social de sua população.

É a força dos ricos para impedir a distribuição de seus privilégios, ao mesmo tempo que tentam manter a farsa de que são solidários e defendem a igualdade entre os homens.

Esta é a marca principal do planeta Terra no final deste século: a integração física, que permite a migração em massa entre países, e a segregação social entre as populações nos países. A integração física que permite aos habitantes de todas as partes do mundo assistirem ao encontro da ECO-92, e a segregação social que obriga os brasileiros a expulsarem os pobres do centro da cidade, durante a mesma ECO-92.

Um dos aspectos que um dia será escrito na história da ECO-92 é a aventura de muitos participantes hospedados em hotéis protegidos ou em casas em condomínios fechados, que se deslocavam em estradas protegidas por soldados e tanques e entravam no recinto fechado cercado do Fórum Global, para discutir o futuro do mundo. Este aspecto é característico de um Brasil perfeitamente representante do Planeta.

O que acontece nos países ricos, obrigados a impedir a imigração de pessoas dos países pobres, é o que acontece no Brasil, com shopping centers, condomínios fechados, guarda-costas, evitando a convivência entre os incluídos e os excluídos do progresso.

Nestas condições, o futuro do Brasil será parecido com o do planeta. Se quiser continuar o atual modelo de crescimento, o Brasil terá que implantar o mesmo tipo de segregação, explicitando a apartação entre ricos modernos e pobres atrasados. Se rejeitar esta alternativa obscena, e inventar um caminho diferente, o Brasil pode vir a ser um retrato do que o planeta desejaria para o conjunto do Mundo.

Da mesma forma que tem todas as deformações, o Brasil tem todas as qualidades do planeta. Os países muito pobres dificilmente poderão oferecer uma alternativa. Os países ricos não sentem a necessidade de alternativa.

Mas nos países ricos cada vez mais será difícil conviver com uma ética internacional do crescimento auto-sustentado e uma democracia que limita o direito de voto apenas aos nacionais. A maioria dos ricos continuará, democraticamente, votando para isolar-se cada vez mais dos pobres do mundo. Da mesma forma que Bush, democraticamente de olho nos votos americanos, não quer assinar o tratado da biodiversidade para o planeta.

No Brasil, ética e democracia podem estar casados. Porque o fim das desigualdades coincide com os interesses das grandes massas nacionais e internacionais.

O retrato do mundo atual que o Brasil representa pode servir para que o Brasil elabore o retrato que o mundo do futuro pode ser, em um projeto em que ética e democracia se casem. Através de uma sociedade que respeite as liberdades individuais, elimine toda forma de apartação, concentre o esforço humano na ampliação do patrimônio cultural das sociedades, respeitando o equilíbrio ecológico, sem abandonar, mas considerando por último, o sonho do consumo supérfluo como parte da meta civilizatória.

Ética e Política

Roberto Saturnino Braga

Preliminar

O presente artigo não é um texto acadêmico composto em linguagem de rigor filosófico, mas reflete um propósito que é mais de convocação ao interesse geral sobre um tema tão rico quanto importante para o Brasil dos dias correntes, vivendo a mais grave crise de sua história, demandando toda uma reconstrução da sua vida política e exigindo um reforço substancial da dimensão ética desta prática.

Ética é um dos grandes capítulos em que se divide o pensar do ser humano desde os primórdios da filosofia, na Grécia Antiga. E desde essa origem a ética teve e tem uma íntima ligação com a política, chegando mesmo a uma quase identificação naquele momento da Antiguidade. É que ética é um conceito iminentemente ligado ao coletivo seja esse coletivo a corporação (o caso das éticas profissionais), a nação ou a humanidade (onde se colocam todas as questões dos direitos humanos). Assim é que a filosofia política foi sempre tratada dentro do grande capítulo da ética que, com a física (e a metafísica) e a lógica, compunham o quadro geral da filosofia na Antiguidade.

O conceito de ética é também algo estreitamente vinculado ao sentimento dos povos, ao seu modo de viver e aos seus costumes, como indica a raiz grega da palavra (ethos), e tem naturalmente evoluído no seu conteúdo, como evoluem esses costumes ao longo do tempo e da história. As éticas de hoje são em vários aspectos profundamente diferentes das antigas, e a forma de encarar a escravidão é provavelmente o exemplo mais conspícuo dessas diferenças que abrangem muitos outros aspectos relevantes. Os antigos não conheciam, por exemplo, nenhuma ética da humanidade e um dos seus princípios de virtude era o de fazer o mal aos povos inimigos.

Quanto à política, a sua idéia se desdobra em dois conceitos diferentes que convivem quotidianamente na opinião dos cidadãos e na motivação da ação dos políticos: um é o de que a política, a mais nobre das ocupações humanas, é o empenho na realização do bem comum, do bem da coletividade ao qual se aplica como a um propósito final; é a concepção de Platão e de Aristóteles, dos filósofos pregos que a explicitaram na sua polémica de afirmação da filosofia (que se confundia para eles com a política), contra o pragmatismo dos sofistas e dos retóricos que ensinavam a linguagem eficaz para o manejo das assembléias e das funções políticas. O outro é o de que a política é a arte e a sabedoria de conquistar e de manter estável o poder; o fazer o bem; nesta visão, não é propriamente um fim, mas um meio de ganhar o apoio dos cidadãos para a conservação e a estabilização do poder, empregado em paralelo com outros meios também válidos, como o marketing, o controle da mídia, o clientelismo, o populismo e até mesmo a mentira, a violência e a corrupção. Este é o conceito derivado das interpretações mais correntes dos conselhos de Maquiavel e é o que melhor se enquadra nas concepções da ciência política moderna, entendida a ciência como conhecimento neutro, isto é, destacado de qualquer consideração de natureza ética.

Ambos os conceitos são correntes no mundo e nos tempos, tendendo a prevalecer, no geral, o "realismo" do segundo. Assim é que, entre nós, contemporaneamente, a virtude mais popular da política é a esperança, que a linguagem simples tem chamado de "jogo de cintura", junta-mente com a coragem, macheza ou ousadia; qualidade das quais nasce a confiança no político, como alguém capaz de bem dirigir o povo com pulso e habilidade. A idéia do bem, entretanto, estará sempre presente e importante, a fazer a crítica permanente do pragmatismo, impedindo o poder de violar certos limites ditados pela ética e levando-o mesmo a fazer concessões a muitas de suas postulações, ainda que vistas frequentemente como românticas ou quixotescos. E o propósito do bem, a sua busca pela política, tende a ganhar dimensão de hegemonia nos momentos de crise grave que abale os fundamentos éticos da sociedade, gerando verdadeiros momentos revolucionários que operam profundas transformações político-sociais.

As relações da ética com a política se dão principalmente em três vertentes, quais sejam, as relações de conflito, as de convergência ou encontro e aquelas que se desdobram numa dialética de condicionamento ou de iluminação.

Relações de Conflito

Um primeiro campo de relacionamento, que tem sempre suscitado mais interesse nas especulações e nos debates que se travam sobre o tema, é o dos conflitos entre os princípios da ética e a realidade da política.

Formou-se neste campo uma verdadeira dialética do pragmatismo dos fins com o dever dos meios que assumiu formas diversas ao curso da história. Na Antiguidade, a crítica pela perspectiva da ética era feita pelos filósofos em nome do ideal da "vida digna" sobre as políticas dos governantes que buscavam a glória e especialmente dos tiranos que exerciam o poder por cima das leis. Na Idade Média, o objetivo do pragmatismo estava ligado à estabilidade dos reinos e à glória dos príncipes, enquanto a crítica pela perspectiva ética era feita em nome dos princípios da moral cristã que deviam pautar os "bons governos". Na modernidade, o eixo do pragmatismo transferiu-se para a eficácia vista pela ótica do econômico, enquanto a crítica ética se fundava nas ideologias da igualdade econômica e da justiça social.

Assim, ética e política sempre tiveram uma intensa relação dialética de conflito, na convivência, variando os termos e os temas desse confronto. Entre esses temas, sempre se ressaltou o da mentira política, como uma espécie de agressão mais aceitável aos princípios morais. Portanto, por exemplo, dava aos médicos e aos políticos o direito ao uso da "mentira útil", aquela capaz de agir como um fármaco sobre os indivíduos e sobre a pólis em estado de doença. Modernamente, a polêmica da mentira e da verdade se tem situado em torno do conceito da "razão de Estado" que se originou nas relações de diplomacia entre os Estados monárquicos e se estendeu às relações governantes-súditos, significando projetos e informações que tinham de ser mentidos em segredo nos círculos mais íntimos do poder. Negar peremptoriamente a existência de um projeto ou dispositivo de defesa que não pode ser conhecido é um caso típico, a manutenção de segredos militares; forjar imagem negativa de uma nação inimiga ou do seu líder é outro. Muito além do uso da mentira, casos bem mais graves de violação de princípios morais, como o assassinato de inimigos perigosos, são cometidos secretamente em nome dessas razões de Estado e, quando revelados posteriormente, podem ser compreendidos e até aceitos por grande parte da opinião corrente, desde que justificados com a apresentação de um fim que possa ser considerado eticamente mais forte, como a defesa da nação ameaçada. Tal aceitação, todavia, nunca é consensual, mesmo nos casos mais leves, e sempre suscita reações e críticas que fazem do conceito de "razões de Estado" motivo de muita polêmica e contestação.

O uso da mentira nas ações políticas pode também ultrapassar o conjunto dos casos caracterizadamente decorrentes de "razão de Estado" e continuar tendo aceitação, muitas vezes até mais consensual, sob o ponto de vista da crítica feita segundo a ética. Por analogia, poder-se-ia invocar para esses casos uma justificativa reconhecida como "razão de Governo". Exemplo típico é o de um congelamento de preços, ou qualquer outra medida de governo que não possa ser conhecida com antecedência, sob pena de provocar especulações e manobras destruidoras dos efeitos intentados; a negação desses atos pelo governante até o dia em que são decretados é uma mentira política bastante aceitável pelos critérios éticos correntes, desde que explicada imediatamente após pelos próprios fatos.

A dialética da política com a mentira tem ainda outras áreas de contato, a atividade política necessariamente tem uma dimensão que é o "fazer imagem", construir e cultivar a

imagem do líder, a imagem do candidato, a imagem do partido, algo que fácil e corretamente escorrega para o "forjar imagem", com o sentido de forçar os limites da verdade, e se confunde freqüentemente com a impostura e a mentira útil para o forjador. É sabido que a política lida muito com "versões", e não tanto com verdades científicas, cujo estabelecimento é missão da história, com seus métodos e sua perspectiva de tempo. A versão é um tipo de informação imediata e oportunista, naturalmente sujeita ao erro e ao equívoco, podendo resvalar com freqüência para a mentira fazedora de imagem, sem que seja fácil detectar a intenção maldosa. Dentro desta mesma área de contato, colocam-se também os esforços de mobilização para adesões populares de sustentação a posições de governo ou de oposição, que trabalham com versões, com compromissos apenas relativos com a verdade, com promessas sabidamente irrealizáveis, buscando antes a eficácia no que concerne aos objetivos colimados.

O entendimento que compatibiliza esses conflitos da ética com a política é o de que ambos os conceitos tem tudo a ver com a vida humana, com o Ser do homem em sociedade, e este Ser recusa qualquer tipo de enclausuramento dentro de princípios absolutamente rígidos. Se a moral, no âmbito do indivíduo, admite margens de flexibilidade no que respeita aos seus princípios (e só na teoria aceita os imperativos categóricos, não obstante a enorme lucidez de Kant para mostrar que não existe diferença entre teoria e prática), a ética, que preside as ações na perspectiva da coletividade, invoca tantas vezes a razão, atributo essencial desse Ser, a fim de validar margens de tolerância para as ações políticas, sem que tenha de renunciar ou abrir mão de seus princípios, simplesmente flexibilizando-os. Não seria preciso chamar Hegel para compreender a força racional dessas realidades.

Há formas e feições desses conflitos que são específicas do funcionamento da democracia representativa que se vai consolidando como sistema político em todas as partes do mundo. É o caso, por exemplo, da promessa política, usada, larga e genericamente, de maneira mais ou menos ética, como meio de conquista do voto, que é a via de legitimação própria do sistema. A promessa, que o mais das vezes é uma demanda do próprio eleitor (e por isso tão intensamente usada), decorre da necessidade humana de alimentar expectativas existenciais positivas e assume formas extensamente variáveis no que tange à possibilidade de compatibilização com a ética, desde aquelas realistas e lícitas, feitas com o propósito de cumprimento, até as que envolvem favores pessoais particulares e não divulgáveis (mesmo cumpridas), e as falsas promessas, que se enquadram no capítulo da mentira política, mas sem nenhuma relação ou justificação possível sob argumentos de razões de Estado ou de Governo.

A promessa aqui referida é a que se dirige a indivíduos ou a grupos constitutivos da clientela do candidato, não é a promessa ligada a compromissos programáticos ou de governo, apresentada ao todo da comunidade eleitora. Esta é verdadeiramente uma exigência da representação e da democracia, embora ela também possa freqüentemente resvalar para a mentira, pela via da demagogia, e tornar-se incompatível com a ética.

Outras questões do regime democrático dizem respeito à compartimentação de representação política pelo corporativismo e à tendência manifesta nas democracias modernas ao desinteresse crescente da população em relação à esfera das coisas públicas,

desinteresse mesmo pelo que concerne ao destino nacional respectivo. Penso que esta é uma questão que também tem a ver com a ética: a constatação de que a preocupação absolutamente predominante em assegurar as franquias e direitos da esfera da sociedade civil, e a exacerbação das disputas típicas das sociedades de mercado, as disputas de interesses legítimas dentro desta esfera (sociedade civil), como que vão amesquinhando a ética eminentemente política, a Ética de Hegel, e gradativamente substituído-a pela ética do Gerson, para usar o jargão que o nosso povo entende. E a ética não pode ficar contida na esfera da vida privada em seus confrontos, a ética não se separa da política, da esfera da vida pública. A ética é política, é matéria pública, ou não é ética, pode ser moral, conjunto necessário de princípios das ações individuais. Logo adiante voltarei a comentar este ponto tão relevante.

E, ainda nessa abordagem de questões específicas do sistema democrático, há finalmente os que pretendem afirmar a relativa falta de importância de qualquer ética de valores universais (de fundo racionalista ou religioso) no mundo pós-moderno, sustentando, pragmaticamente, que o que é relevante é o respeito às normas positivas da democracia liberal, verdadeira garantia da boa convivência entre os homens em todos os sentidos.

Todavia, o avanço e a consolidação da democracia neste final de século vão produzindo, também, em contrapartida, linhas de pensamento que parecem impor-se progressivamente, constituindo uma tendência a resolver esses conflitos cada vez mais em favor da ética. No que tange à mentira política sob todas as suas formas, incluindo as variantes da promessa, crescem as exigências da chamada "transparência" de todas as ações públicas, políticas e governamentais, sendo cada vez mais o direito à verdade visto como condição necessária à efetivação da liberdade de opinião consagrada em todas as constituições, na medida em que, sem a informação completa e correta, não pode haver opinião no sentido pleno da expressão, no sentido compreendido por essas constituições. No que tange aos aspectos ligados ao desinteresse pela política e ao menoscabo pelos princípios éticos na dimensão coletiva, a contrapartida vem da crítica ao que se pode chamar de "democracia de resultados" e da conseqüente exigência de novas formas de democracia mais participacionistas e menos "representativas" na acepção clássica do liberalismo.

Entretanto, se é possível inferir ou vislumbrar uma tendência ao encontro da ética com a política na evolução da democracia, este será um encontro a muito longo prazo, um encontro de tipo assintótico, não o encontro imediato e historicamente momentâneo tratado a seguir.

Relações de Reencontro

Ao contrário da dialética de conflito que caracteriza as relações correntes da ética com a política, mediadas pela compreensão da tolerância e tendentes, provavelmente, a uma afirmação crescente e paulatina da ética com a evolução da cultura democrática, ocorrem momentos históricos de verdadeiro encontro ou identificação dos conceitos quando uma sociedade ou nação mergulha em crise profunda de desestruturação.

São momentos de descontinuidade no processo histórico das nações, momentos potencial ou efetivamente revolucionários que produzem transformações profundas, radicais, definidoras de um novo rumo político do país.

O Brasil Ia teve na sua história esses "momentos éticos" no século passado, do meio da década dos 70 até o final dos 80, com a abolição da escravidão que resultou na República; no século atual, o período que se iniciou em 1922, que produziu a Revolução de 30 e desdobrou-se no desenvolvimentismo dos 50.

Os dias atuais prenunciam o despertar de um novo desses momentos críticos, e em todos os pontos do país explode o debate sobre as definições da ética e da política, em busca da justaposição dos conceitos como exigência da própria sobrevivência nacional. Ao mesmo tempo, cresce a exigência de formulação de um novo projeto político e econômico para uma nova etapa do desenvolvimento nacional.

Nesse debate, recorre-se naturalmente aos clássicos do pensamento filosófico para examinar-se a realidade nacional à luz de suas meditações. E a referência básica da qual se parte mais freqüentemente é a fundamentação da moral kantiana com seu imperativo de universalidade: agir como se cada ação respeitasse uma regra ou máxima absolutamente universal a que todos se submetessem. Mas a moral do indivíduo em sociedade, como referido anteriormente, não chega a responder completamente às preocupações e exigências desses momentos éticos, que são mais amplas na medida em que abrangem as relações da atividade pública. A crítica de Hegel é definitiva, ao mostrar que a nação pode ter como princípio decisivo de suas ações a soma algébrica das vontades individuais e corporativas em competição na sociedade civil, mesmo que pautadas pelos imperativos da moralidade e da legalidade. A ética da nação é muito mais, é a responsabilidade verdadeiramente coletiva, é o princípio que rege a esfera do poder público na qual todos estão presentes como um todo maior que a soma das partes. Repetindo o que foi dito, a ética é a moral da nação em seu conjunto e na atividade pública, é na política que ela se consubstancia e se revela. Ética e política se completam necessariamente; nos momentos críticos esta conclusão se explicita com clareza e se verifica então que é pela política, e só pela política, que se pode e se deve empreender a reconstrução da ética desestruturada.

É importante insistir e ressaltar este ponto, porquanto nesses momentos de reencontro é que fica bem claro que a ética deve compreender o sentimento popular com respeito ao destino da nação, às aspirações da sociedade quanto a este destino. O conceito de ética obrigatoriamente abrange o interesse de cada um e de todos pelo destino nacional, e este interesse, os sentimentos e aspirações referidos, necessariamente se define sob a forma de consensos, sob pena de tornar-se inviável a manutenção da fidelidade e por conseguinte da unidade nacional. O separatismo que se alastra hoje pelo mundo reflete esta exigência; não um enfraquecimento dos laços, lealdades e sentimentos nacionais, mas, ao contrário, a necessidade de redefinições das unidades, tendo em vista a realidade dos nacionalismos dos vínculos consensuais de aspirações quanto ao destino comum.

Deve-se observar, entre parênteses, que própria da época atual é ainda a extensão do campo de abrangência da ética para compreender também os sentimentos e o interesse com relação ao destino da humanidade. Na medida em que não se conflita, mas se compõe com as aspirações nacionais, este interesse vai crescendo visivelmente, afirmando-se e tornando possível na prática o que parecia completamente utópico ao tempo de Kant, a consecução de "paz perpétua" prevista por ele.

O sentimento nacional e o interesse pelo destino comum confluem para a formulação de um projeto nacional, que não é um documento escrito recheado de metas econômicas, mas um conjunto de consensos cada vez mais amplos que se vão estabelecendo no debate. Este debate, muito mais filosófico do que técnico, é fruto da crise e da afirmação do espírito democrático mais radical, que exige a postura ética e consequentemente a verdade. Deste debate se pode extrair o entendimento propiciado pela razão comunicativa, descrita por Habermas no trabalho filosófico contemporâneo mais importante sob o ponto de vista da compatibilização da verdade com a realidade, da ética com a política. Podem emergir os consensos, tanto nas questões teóricas como nas questões práticas, configurando-se o que se pode chamar de uma ética comunicativa, cujos princípios ganham aceitação progressivamente mais ampla. O problema maior da universalização do debate está nos veículos propiciadores, na imprensa e nos meios de comunicação em geral, que funcionam movidos por interesses econômicos específicos, dificultando a formação das condições essenciais da ética comunicativa (o livre acesso ao debate e a igualdade de condições de participação). Romper e superar estes obstáculos e o desafio dos nossos dias para deixar desabrochar um novo momento ético na nossa história.

Dialética de Iluminação

Um terceiro campo de relações da ética com a política situa-se no conjunto de considerações correntemente feitas sobre o conteúdo ético dos diferentes sistemas políticos e econômicos em confronto. Nos dias de hoje, esse confronto continua a ser colocado em termos da opção pelo socialismo ou pelo capitalismo.

A derrocada do sistema soviético e as promessas da unificação europeia, espaço político da social-democracia, facilitaram extremamente a montagem da versão que consagra uma suposta definição histórica em favor do capitalismo como sistema sócio-econômico. Como se o confronto socialismo-capitalismo tivesse encontrado um fim, que seria também uma espécie de fim da história, como uma vitória definitiva do segundo. Trata-se de uma versão jornalística interessada, largamente divulgada e apoiada em opiniões e textos acadêmicos, mas uma versão falsa. Primeiro porque o mundo socialista sofreu um gravíssimo abalo sísmico em suas estruturas, mas sobreviveu e continua a mostrar um dinamismo econômico incontestável e um grau de justiça social muito mais elevado, retratado na distribuição equitativa do produto gerado, a par de uma espantosa capacidade de responder a desafios mostrada no caso de Cuba.

A segunda razão básica para afirmar que é falsa a versão da vitória definitiva do capitalismo está no quadro do confronto ético que se desenvolve paralelamente ao econômico, cotejo que ainda conta e sempre contará nas decisões e opções da humanidade a respeito dos sistemas políticos. É este o ponto que aqui nos interessa. Há uma tendência de degradação moral no mundo capitalista que não mostra sinais de reversão e que parece ligada a um esvaziamento ético produzido nessas sociedades pela exacerbação do individualismo, do utilitarismo, do consumismo e do dinheirismo, que é sentido de forma vaga pela sua população, que suscita reações desencontradas em direção a uma religiosidade quase primitiva, mas que não mostrou ainda resultados palpáveis em termos de opções políticas. Todavia, o pêndulo que acompanha o movimento ondulatório das opiniões de massa, que hoje se encontra no extremo pró-capitalismo, pode estar invertendo o sentido do

seu movimento nesse final de século que prenuncia acontecimentos graves também na banda ocidental do Planeta. Não é fácil caracterizar objetivamente, com medições, esse fenômeno tão multiforme de destruturação ética que ocorre nos grandes centros capitalistas. Cresce, entretanto, o sentimento e a preocupação com as manifestações de alienação e desinteresse político, de corrupção e de escândalo, de violência e de criminalidade, de desagregação familiar, de apatia da juventude e de consumo de drogas, de rejeição da razão e de adesão a seitas religiosas e pseudociências primitivas. E esse desfazimento acelerado de padrões sedimentados é um fenômeno típico do Primeiro Mundo e da periferia que mais se lhe aproxima.

Há uma diferença nítida e essencial entre os valores básicos que fundam uma e outra das éticas em confronto: a do socialismo sobre a justiça, a igualdade e a fraternidade, a do capitalismo sobre a utilidade dos resultados em termos de bem-estar material. A liberdade é valor essencial de ambos, apesar das impugnações e mesmo imprecisões de lado a lado, a dizer que o socialismo, no real, desprezou-o inteiramente e que o capitalismo, aceitando as diferenças de classe, mutilou a liberdade das massas assalariadas.

O fato é que as éticas são bem diferentes nos seus fundamentos, e a crítica que o socialismo faz não se dirige apenas à idéia matriz do liberalismo econômico segundo a qual o esforço individual de cada um para a realização do seu bem pessoal produz o bem geral. Há mesmo o reconhecimento de que essa idéia se materializa parcialmente: cada um, elevando a sua capacidade produtiva pelo preparo e pelo esforço, produz um aumento da riqueza global. A crítica vai ao fundo do contem do moral desta racionalização essencialmente utilitarista, que não atende às exigências mais rigorosas de uma ética da razão, que pressupõe a igualdade e a justiça, e de valores humanistas como a fraternidade. Se a crítica mais difundida mostra que, na prática, esse liberalismo econômico, que é o fundamento moral do capitalismo, não produz um benefício para todos, mas frequentemente enseja uma concentração dos frutos desse progresso em favor de uma minoria que detém o controle dos mecanismos de organização do poder e da produção, outra crítica, em vertente mais profunda, fala do desprezo desta racionalização por valores éticos que são próprios da humanidade e que só podem ser sufocados enquanto o ser humano vive a luta da sobrevivência, a guerra hobbesiana de todos contra todos que se processa na sociedade burguesa.

O capitalismo é um sistema essencialmente consumista, onde compulsoriamente o consumo precisa crescer, sob pena de desabamento de toda a estrutura; a ética do capitalismo forçosamente é consumista e acaba por transformar todos os valores em consumo, em dinheiro, em valores de mercado. O mercado é o centro organizador da sociedade capitalista, e a ética do mercado é a ética do capitalismo.

A visão socialista, na vertente desta crítica, observa e acredita que se processa um desenvolvimento da humanidade, que vai do econômico ao ético, libertando o homem da imanenência e dos carecimentos vitais para afirmar progressivamente esses valores que são eternos. Esse processo, que sobrepassa os projetos e mesmo a consciência individual de cada um, cujo tempo é muito mais largo do que o das gerações humanas e cujas etapas não são perceptíveis senão sob a perspectiva histórica de muito longo prazo, modifica o relacionamento produtivo e existencial entre os homens, levando cada um a ver no outro

cada vez menos um concorrente, um competidor, um adversário ou um inimigo, alguém sobre quem se tem de levar sempre alguma vantagem, e cada vez mais um aliado, um sócio, com quem se deve buscar um entendimento, alguém cuja emancipação ou elevação propicia (e não embarga) a própria elevação ou emancipação. E essa elevação já não tem então um significado apenas material, ganhando cada vez mais uma dimensão espiritual e moral como componente indispensável do bem-estar e da felicidade almejada por cada um.

Nesta chave de compreensão das diferenças, a ética do capitalismo aparece como claramente conservadora, atrasadora, na medida em que afirma a imutabilidade do comportamento humano marcado para sempre por um egoísmo essencial e irreduzível; enquanto a do socialismo acredita que esse comportamento se altera segundo um processo de evolução do sentimento moral do ser humano, derivado do desenvolvimento da razão que não é hoje a mesma das cavernas, nem mesmo a das civilizações da Antiguidade. O homem, ser racional contemporâneo, não tolera mais a escravidão, a tortura, as penas cruéis (a própria pena de morte), como repudia frontalmente qualquer espécie de privilégio institucionalizado, de diferença de castas e até mesmo de largas diferenças sociais sedimentadas. Esta ótica vê tais transformações da sensibilidade humana como definitivas e progressivas, como resultado não tanto de pregações religiosas, que muito conviveram com essas condições repudiadas, mas como produto da razão cultivada e desenvolvida. E o socialismo quer ser o Estado da razão, e, por isso mesmo, ético, emancipador e humanista. Quando Hobbes começou a caminhada em busca desse Estado da razão, o intolerável era a angústia da insegurança; hoje, cada vez mais, o intolerável é a angústia da competição frenética no mar de desigualdades.

Essas considerações em torno da questão ética levam, quando passadas à realidade, à discussão sobre o futuro do Terceiro Mundo.

É mais que difícil, é impossível acreditar que o capitalismo liberal, que até hoje nenhum resultado de êxito apresentou, possa oferecer uma solução digna a esses bilhões de seres que vegetam na pobreza e na miséria. Até porque é da lógica da ética utilitarista do Primeiro Mundo não querer que tal aconteça a melhoria dos padrões de vida dessas populações em escala considerável pelo menos num horizonte de tempo suficientemente distante para que se possam ver realizados avanços técnicos e científicos hoje sequer vislumbrados. Esse querer lógico é o resultado de um simples cálculo de utilidades produzidas globalmente a partir de uma base de recursos naturais do Planeta que não basta para atender às aspirações de todos: se o Terceiro Mundo tivesse hoje padrões de consumo semelhantes aos do Primeiro, os recursos globais rapidamente se esgotariam e a poluição tornaria a Terra verdadeiramente inabitável.

E como vai ficar isso? África, Índia, Indonésia, América Latina, Brasil, como vão aceitar esta condenação? Esta é a pergunta conspícua na virada do século, prenunciando claramente que o conflito proeminente no mundo dos anos 2000 será o do confronto Norte-Sul, como foi nos 1900 o do Leste-Oeste.

Pelo que se evidencia, essa realidade, entretanto, ainda não foi conscientizada no Sul e a estratégia adotada nesses países é a de integrar as suas minorias ricas e dominantes no mundo dos ricos e prometer aos pobres uma ascensão futura, sempre adiada e bem

policitada. Trata-se de uma estratégia fadada ao fracasso, e o Brasil, inserido nes-se dilema, não vai suportar essa imposição pelo tempo que outras na-ções podem fazê-lo. O salto quantitativo e qualitativo que deu neste sé-culo que finda criou-lhe um dinamismo interno insopitável. É um país que ainda está nos porões da nave planetária cujos convés superiores, as nações ricas, querem manter para elas porque sabem que não dá para todos. Mas esta também é uma questão ética, e o Brasil, por natu-reza, está destinado a contestá-la.

A Ética e o Direito

José de Aguiar Dias

Abandonando as definições de ética, que são inúmeras, segundo as várias opções filosóficas, procurarei abordar o assunto sob um pris-ma prático, pelo qual ética se apresenta como uma exigência do convívio social. Assim, eu a tenho como a verdadeira educação, que não se confunde com a instrução, nem com as chamadas boas maneiras, mas é aquilo que se exige dos homens no relacionamento social e que Fernando Sabino, em obra outra que não a biografia de uma senhora de sua amizade, define com estas letras: "P.N.O", isto é, "pensar nos ou-tros", o que, fielmente observado, garante a harmonia social.

A ética no direito não difere desse conceito. As normas até bole não superadas do direito romano-"alteram non laedere, honesta vive-re e suam cuique tribuere"-, isto é, não lesar a outrem, viver honesta-mente e dar a cada um o que é seu, dispensam considerações mais pro-lixas na observância da Ática na aplicação do direito, de modo a condu-zi-la à provisão da justiça, que é a sua busca e a sua explicação. Nesse propósito, concorrem juiz, advogado e Ministério Público. E errôneo estabelecer hierarquia entre esses participantes da tarefa de fa-zer Justiça. Nada mais contundentemente exato do que a equilibrada advertência de Calamandrei:

"O juiz que falta ao respeito devido ao advogado ignora que beca e toga obedecem à lei dos vasos comunicantes: não se pode bai-xar o nível de um sem baixar o nível do outro." (Eles, os juizes, vis-tos por nós, os advogados).

Se assim se deve encarar o aparelho da Justiça, não ha como ter como normal e conforme à ética a conduta do juiz que se recusa a rece-ber os advogados e só admite a comunicação com eles por intermédio de funcionários, sacrificando a defesa de interesses que lhe são confiados; do juiz que não se comove ante as súplicas do advogado que pleiteia a vista dos autos necessários à instrução de uma defesa em proces-so criminal ou para formação de precatório; do juiz que retarda decisões de rotina, apenas, talvez, para mostrar autoridade; do juiz que calunia a parte e processa criminalmente o advogado que se revolta e reage; do juiz que se supõe um monarca absoluto, esquecido de que chegou a seu posto graças à democracia, pelo que, pelo menos por gratidão, deve agir, também, democraticamente. Não tem sentido fechar-se em um bunker, mas deixar que seu gabinete seja acessível a todos interes-sados, porque assim distribui Justiça e concorre para seu prestígio, com-batendo a iniquidade, em lugar de destruir esperanças e provocar o de-salento no direito e a descrença naqueles que a aplicam. O "indefiro" sistemático é uma odiosa contratação do dever de julgar.

A ação até agora, por demais confiante, dos órgãos disciplinares, tem responsabilidade na lamentável conduta de certos magistrados. Eles não são muitos, mas são suficientes para gerar no povo a convicção de que a classe toda merece a sua repulsa. Urge maior atenção sobre os seus desvios.

Uma decretal de Carlos Magno continha esta saborosa ironia: auto-rizava o litigante a quem o juiz retardasse a provisão judicial a transportar-se para a casa do magistrado, até que este desse seguimento ao feito.

O ministro Mário Guimarães, do Supremo Tribunal Federal, susten-tou que "os juizes tardineiros, relapsos, que não se preocupam com prazos e deixam os autos empilharem-se nos armários, são merecedores de penas severas, porque estão lesando, com a tardança, patrimônios respeitáveis, senão procrastinando anseios de liberdade"(O juiz e a formação judicial, Forense, Rio, 1958, p.231).

Por seu lado, não procede de acordo com a ética e a lei o fiscal da lei que se isola em incomunicabilidade afrontosa aos advogados, que retarda seu parecer por meses e meses, com prejuízo da parte e até com agravamento de anos que deveria evitar ao erário, e também o pro-curator que não lê os autos e opina contra o direito condensado em suas folhas. E, por sua vez, afronta a ética o advogado que pretende exercer o seu ofício sem estudar, que fraudas os clientes e o erário, que ignora os deveres impostos pelo seu Código; que, por inominável covardia, não reage à denegação da Justiça, aos atropelos dos maus juizes e à grosseria do tratamento que alguns deles supõem ser prova de auto-ridade, que esquece, em suma, que só é advogado aquele que não tem receio de desagradar o poderoso para ficar com o seu dever perante o cliente.

A Justiça precisa libertar-se da arrogância e da vaidade, para se conformar, cada vez mais, à ética, sem cuja observância o direito se con-verte em diabólica negação e passa a ser instrumento de arbítrio e tirania.

Matias Ayres, em suas Reflexões sobre a vaidade dos homens, dei-xou-nos estas advertências Que nunca devem ser esquecidas pelos juizes: "Na ciência de julgar, alguma vez é desculpável o erro de entendi-mento, o da vontade nunca; como se o entender mel não fosse cri-me, erro sim; ou como se houvesse uma grande diferença entre o erro e o crime: o entendimento pode errar, porém só a vontade po-de delinqüir. Assim se desculpam comumente os julgadores, mas é porque neo vêem que o que dizem procedeu ao entendimento; se bem se ponderar, procedeu unicamente da vontade. É um par-to suposto, cuja origem não é aquela que se dá. Querem os sábios enobrecer o erro, com o fazer vir do entendimento, e com ele enco-brir o vício que trouxe da vontade; mas quem é que deixa de não ver que o nosso entendimento quase sempre se sujeita ao que nós queremos e que o seu maior empenho é servir a nossa inclinação; por isso raras vezes se opõe, e o mais em que ocupa é em confor-mar-se de tal sorte ao nosso gosto, que ainda a nós mesmos fique parecendo que foi resolvido do entendimento aquilo que não foi se-não ato da vontade. O entendimento é a parte que temos em nós mais lisonjeira; daqui vem que nem sempre segue a razão e a jus-tiça, a inclinação sim; inclinamo-nos por vontade, e neo por conse-lho; por amor, e não por inteligência; por eleição do gosto, e não por arbítrio do juízo: as paixões

que nos movem, nos inclinam; a todas conhecemos, isto é, sabemos que amamos por amor que aborrecemos por ódio, que buscamos por interesse e que deseja-mos por ambição: mas não sabemos sempre que também a vaidade nos faz amar, aborrecer, desejar, buscar; daqui vem que o julga-dor se engana quando se presume justo só porque não acha em si, nem amor, nem ódio, nem ambição, nem interesse; mas vê que é vaidoso e que a vaidade basta para fazer o injusto, cruel, tirano. Não vê que, se não tem amor a outrem, tem-no a si; que se não tem ódio ao litigante humilde, tem-no ao poderoso, só porque na opressão deste quer fundar a sua fama; neo vê que, se não tem in-teresse de alguns bens, tem interesse de algum nome e, se não tem ambição das honras, tem ambição da glória de as desprezar e, finalmente, não vê que, se lhe falta o desejo da fortuna, sobra- lhe o desejo da reputação. Que mais é necessário para perverter um julgador? E com efeito que importa que a reputação proceda de um principio conhecido, ou de um principio oculto, isto é, de uma vaidade, que o mesmo julgador não conhece nem percebe? O efeito da corrupção sempre é o mesmo. Que importa que o julga-dor se faça injusto, só por passar por justiceiro? A consequência da injustiça também vem a ser a mesma; o mal que se faz por vaidade não é menor que aquele que se faz por interesse; o dano que resulta da injustiça é igual; o juiz amante, ou vaidoso, sempre é em juiz injusto."

É ainda do primeiro dos nossos clássicos estas palavras que não poderiam ser mais atuais porque representam um verdadeiro retra-to do bom juiz:

"Não é assim o magistrado, ou o julgador prudente: este é severo sem injúria, nem dureza; inflexível sem arrogância, reto sem aspe-reza; nem malevolência; modesto sem desprezo, constante sem obstinação; incontrastável sem furar, e douto sem ser interpretador, satilizador, ou legislador; o seu caráter é um animo Cândido, since-ro e parco; é amigo de todos, inimigo de ninguém; é alegre e afável por natureza, mas reservado por obrigação do ofício; sensível ao divertimento honesto, mas sem uso dele por causa do lagar; em tu-do moderado, circunspecto, diligente, laborioso e atento; a ninguém é pesada a sua autoridade, e quando foi promovido a ela todos co-nhecera-m que foi justa e acertada a eleição; todos viram que ti-nham nele um protetor seguro da verdade e um medianeiro discre-to e favorável para tudo o que fosse favor, clemência, generosida-de; chegou aquele emprego por meio das virtudes, e não por meio da fortuna; um alto merecimento o fez chamar; e as gentes se ad-miram, não de que fosse chamado, mas de que o não fosse mais cedo; a ele neo assombra nem a grandeza dos sujeitos, nem dos lagares, nem das matérias; neo atende mais do que a justiça: es-ta tem por objeto singular, para esta é que olha; a razão é a sua regra, ele a segue, e a aclama em qualquer lagar que a ache; no seu conceito neo valem mais, nem o pobre por humilde, nem o gran-de por poderoso; distingue as pretensões dos homens pelo que elas são, e neo por de quem são; não atende a qualidade dos ro-gos, mas a qualidade das coisas .."

O direito nada pode sem a ética, e não pode haver paz sem Justi-ça. Toda regra de Justiça envolve amor, que resume, em seu mais am-plo sentido, a verdadeira idéia da convivência entre os homens.

A justiça se faz também com a compaixão. Nenhum infrator perde, com seu erro, a indestrutível condição humana, com os direitos inalienáveis que lhe pertencem. Pode e deve

ser punido. Não pode, porém, ser insultado pelo juiz, para satisfação de sentimentos estranhos ao poder de punir.

Ética e Direitos Humanos

Roberto A. R. de Aguiar

A discussão sobre o problema das relações entre ética e direitos humanos exige uma conceituação prévia de termos, a fim de que não caiamos em idéias formalistas, que só servirão para tornar a análise retórica. Antes de tudo, é preciso lembrar que na filosofia e nas ciências sociais, Heráclito superou Parmênides, isto é, o movimento e a transformação se impuseram diante das essências imutáveis e fixas. O ser humano é um ser no tempo, que nele se transforma e constantemente se constitui. O tempo humano denomina-se história. Logo, valores, instituições e direitos só podem ser estudados e praticados no interior da historicidade, já que o ser humano está sempre *in fieri*.

Outro ponto que deve ser previamente tratado é o da necessária eliminação de um entendimento da sociedade como um todo harmônico formado de individualidades. As sociedades humanas são complexas e os seus membros se atraem ou se repelem em função de sua pertinência. O homem só não existe, mesmo quando solitário. Para se construir e entender-se, o homem precisa pertencer. Essa pertinência vai desde a linguagem, passa pelos grupos e classes sociais e invade as culturas, os saberes, e até mesmo as idiosincrasias. As sociedades não são essencialmente harmônicas. Elas estão sempre se transformando a partir dos conflitos e das contradições que a fazem mover e se transformar. Assim, as sociedades funcionam, muito mais, pela lógica das contradições do que pela lógica da identidade.

À luz desses primeiros entendimentos é que os direitos devem ser vistos. Não mais direitos que apenas se cristalizam em leis ou códigos, mas que se constituem a partir de conflitos, que traduzem as transformações e avanços históricos da humanidade. Não podemos mais entendê-lo como fruto de uma sociedade abstrata de sujeitos individuais, mas como a expressão coativa de tensões e contradições engendradas pelos embates de interesses e projetos de grupos sociais. O direito, para ser entendido em sua concretude, necessita de ser visto sob o ângulo do contexto que lhe deu origem, dos processos que o constituíram, das formas como foi normatizado e dos efeitos que gera nas sociedades.

Outro ponto importante que não deve ser descurado é o da evidente natureza valorativo-ideológica do direito. Tratar de direito significa tratar de concepções do mundo e do homem, tratar de escolhas valorativas de condutas a serem premiadas, ou punidas, tratar das concepções de sociedade e Estado. Assim, é inarredável a dimensão ética ou antiética do direito, dependendo do olhar do grupo social que o encara. O direito é um fenômeno complexo. Muitas vezes ele é confundido com lei, que é uma de suas expressões - o denominado direito positivo. Mas o direito também está se fazendo no dia-a-dia das sociedades por aqueles que estão excluídos de suas normas. Dai podermos concluir que o direito positivo, por expressar os comandos de quem detém o aparelho do Estado, não tutela o bem de todos, mas daqueles que pertencem aos grupos hegemônicos.

em dada sociedade. Isso não quer dizer que outros direitos não estão surgindo pelas lutas, reivindicações e pressões dos que se organizam para ter seus direitos consignados.

O "humano" não é um conceito unívoco. O entendimento que os seres humanos têm de si, individual e coletivamente, varia no tempo, no espaço e nas culturas. Logo, falar em direitos humanos no século XVIII francês não tem o mesmo significado de tratar o mesmo tema, hoje, no Brasil. As mudanças históricas impuseram novos problemas e no-vo-entendimentos que propiciam um outro referencial para os direitos humanos.

A Grécia nos legou a primeira criteriologia para se aferir a justiça ou não do direito. Quando os sofistas distinguiram logos de nomos, isto é, a lei natural da lei humana, introduziram um modo de aferir a justiça e adequação das leis da sociedade. Justa seria a lei humana que não desobedecesse aos ditames da lei natural. Isso pressupunha a existência de um universo imutável, com leis eternas, às quais as leis humanas deveriam se subordinar. Está aí uma das fontes do que hoje se entende por direito natural.

Esse entendimento foi complementado, mais tarde, pelo pragmatismo romano, que, tratando das relações entre os homens, definiu Justiça como honesta vivere, alterum non laedere, suum cuique tribuere, traduzindo: viver honestamente, não lesar o outro, dar a cada um o que é seu. Percebe-se aí, por detrás de uma expressão aparentemente edificante, uma estratégia de exercício de poder, pois nela não estão definidos os valores da honestidade, quem é o outro e qual o seu de cada um. Assim, com essa conceituação de Justiça, Pinochet ou Hitler poderia justificar suas ações. Mas será na Grécia e em Roma que o conceito de cidadania vai ser utilizado no âmbito político-jurídico. Esse conceito tinha um tom bem diferente do atual. O cidadão grego, mesmo na áurea época de Péricles, em Atenas, era o nascido de família cidadã de determinada cidade-estado. Os escravos, os estrangeiros, os "periecos" moradores da periferia, não eram cidadãos. Numa cidade-estado, era ínfima a percentagem de cidadãos, o que evidencia a presença de uma cidadania oligárquica nessas cidades. O mesmo pode ser dito de Roma, que dividia seu direito entre Jus Civile, ou direito dos cidadãos, e Jus Gentium, o direito das gentes ou daqueles que não eram cidadãos, que obviamente tinham menos direitos que os primeiros. Só na época de Caracala a cidadania foi estendida a todos que habitassem os territórios ocupados pelo Império Romano.

Na Idade Média feudal o sentido de direito e de cidadania passa por profundo retrocesso. Inicialmente pela aceitação de uma outra esfera de leis, isto é, não mais as leis humanas e naturais, mas, acima de todas elas, as leis divinas. Com isso, foi consolidada a hegemonia ideológica e política da Igreja, enquanto nos feudos vigia o mais violento absolutismo do senhor, que era a fonte única das normas que lá vigiam, obedecendo tão-somente aos ditames divinos traduzidos pela Igreja. Ora, como a Igreja também era senhora feudal, ela não iria enfraquecer as relações entre os senhores (suserania e vassalagem), nem diminuir os seus poderes no interior dos feudos. De qualquer modo, o que pode ser inferido dessa situação é que os princípios éticos que eram passados pela Igreja tinham um caráter individual, já que o direito não era dos homens, mas sim de Deus, pois sua fonte era a divindade que falava e ordenava pelas bocas dos sacerdotes e dos senhores feudais. O campo ético estava apartado do ser humano, uma vez que era a vontade divina o árbitro da justiça dos direitos.

O declínio do feudalismo e o surgimento de uma nova classe que não mais baseava sua riqueza na terra, mas no dinheiro – a burguesia –, ensejará o aparecimento de novos valores que vão propiciar a reutilização do direito romano, abandonado pelas práticas sociais do feudalismo. O mercantilismo nascente repõe o direito no âmbito dos homens, que deveriam criar normas para regular as novas relações econômicas que surgiam. Mas é preciso ressaltar que será esse mesmo grupo que, em aliança com o maior suserano – o rei –, vai dar origem à unificação dos feudos sob um só comando, fazendo emergir, pela primeira vez na história, os estados nacionais, com uma configuração próxima à dos atuais. Tais estados, a partir do século XIV, vão ser governados por reis absolutistas, que também se tornam a fonte única do direito. Eles são a fonte única porque a justificativa de suas presenças no poder está no fato de eles terem sido escolhidos por Deus. É o momento da emergência das diversas teorias justificadoras da origem divina do poder. So as normas menores relativas aos negócios eram costumeiramente estabelecidas pela burguesia, que detinha grande parte das riquezas nas mãos, mas não participava do poder político. É nesse momento da história que o lucro passa a ser padrão de justiça. A riqueza passa a ser marca de virtude. Tanto isso é verdade que os movimentos de reforma protestante adequam o cristianismo às perspectivas burguesas, fazendo cair a vigência da bula papal, que proibia o lucro para os cristãos. A República de Calvino é um exemplo claro dessa nova situação. Para exemplificar juridicamente essa característica, lembramos o surgimento, nessa época, da curatela dos pródigos. Quem eram os pródigos? Eram os loucos do mercantilismo, a se usar a expressão de Foucault. Eram aquelas perigosas pessoas que dissipavam seu patrimônio, que afrontavam o sagrado princípio do lucro e da intermediação vantajosa de mercadorias, origem da riqueza para os economistas da época.

Mas essa estrutura tão sólida de relações sociais, a partir do século XVII europeu, começa a ser trincada. O racionalismo progressivamente emerge, reivindicando para os homens portadores da razão a condução dos assuntos econômicos, sociais e políticos. Ao mesmo tempo, uma nova burguesia entra em cena, a industrial, que já não mais acreditava na intermediação das mercadorias como origem da riqueza, mas deslocava esta origem para a produção de bens. Para essa burguesia não mais serviam os monopólios do rei, nem a simples detenção do poder econômico. Era preciso, para otimizar essa nova intervenção econômica no mundo, que ela detivesse também o poder político.

Eis o momento da eclosão das chamadas revoluções burguesas: a Revolução Gloriosa, de 1688, na Inglaterra; a Independência Americana, em 1776, que criou os Estados Unidos da América do Norte; e a Revolução Francesa, de 1789, que originou a declaração dos direitos humanos mais conhecida – a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão – e propiciou o aparecimento do documento legal que vai ser a base de grande parte das legislações ocidentais: o Código Civil de Napoleão, de 1810.

A Revolução Gloriosa, ainda no século XVII, derruba o absolutismo monarca, inaugurando a monarquia constitucional. A lei já não é mais a palavra de Deus pela boca do rei. A lei é produto da razão e ela está acima do rei. Esse deslocamento de posição da lei abre espaço para o constitucionalismo moderno e propicia à classe burguesa ditar as normas segundo seus interesses, projetos e valores. O rei tem de gover-

nar segundo os princípios e mandamentos da burguesia. A Revolução Americana traz para a modernidade a questão democrática, que havia sido esquecida por longo tempo. Os burgueses da colônia já não mais suportavam as imposições da metrópole inglesa. A Revolução Francesa consigna um conjunto de princípios éticos em sua Declaração que vai ser base e bandeira para inúmeros movimentos de independência pelo mundo.

Mas, o homem do Iluminismo era um desterrado. Ele já não tinha mais a segurança de um cosmos hierarquizado medieval, não possuía a segurança de Deus e era considerado como um átomo individual, que financiava a produção ou vendia sua força de trabalho. Sua única missão é a de transformar o mundo por seu trabalho. É a partir disso que a ciência passa a ter importância crescente, a fim de melhorar os processos produtivos, renovar a organização dos poderes e manter os trabalhadores com um mínimo de condições para produzir. Nesse quadro, alguns direitos humanos passam a ser paradigmáticos: o direito à liberdade, o direito à segurança pessoal, o direito a um julgamento justo, o direito à privacidade, à inviolabilidade do domicílio, à nacionalidade, à propriedade, a livre expressão do pensamento, dentre outros.

Percebe-se que tais direitos humanos eram essencialmente individuais, já que o ser humano era entendido como um indivíduo racional portador de uma vontade livre. Ainda a concretude social não havia sido atingida, apesar dos evidentes avanços na consagração e respeito a direitos assegurados como invioláveis.

Os valores éticos ali consignados eram os da liberdade, entendida de uma forma concorrencial e justificadora da força, conforme a expressão, até hoje muito usada, segundo a qual minha liberdade termina onde começa a liberdade do outro; da propriedade, para que se evitasse danos a um dos institutos fundamentais do modo de ser e de produzir da burguesia; da segurança, com o fito de se evitar que um novo absolutismo viesse a deconstituir as conquistas alcançadas; da igualdade, baseado no fato de todos os seres humanos serem portadores de razão e vontade livre. Esses valores traduziam as concepções vigentes da burguesia e significaram a definitiva laicização dos direitos, que passam a ser dos homens, constroídos por eles para regular suas relações, segundo princípios racionais.

A Primeira Revolução Industrial fez emergir, com clareza, novas relações sociais de produção. Capital e trabalho se situam em campos contraditórios, uma vez que o lucro da produção, na época, vinha da exploração brutal da força de trabalho. Os operários das indústrias trabalhavam em situações ignóbeis, com salários vis, sem quaisquer direitos estabelecidos. O deus mercado, hoje redivivo, para a burguesia, dirigia a sociedade com sua "mão invisível". A dimensão social dos direitos humanos ainda não tinha sido pensada, uma vez que eles eram prerrogativas dos cidadãos individualmente considerados.

É a partir desse conflito que os trabalhadores passam a se organizar laboral e politicamente para conseguir mínimos direitos. Ao lado disso, Marx, fundindo as contribuições dos economistas ingleses, dos socialistas libertários e do idealismo alemão, consubstancia um pensamento que é explicação e bandeira mobilizadora de luta para os trabalhadores. Os direitos já não são mais de Deus, da Natureza, do homem burguês ou da

Razão. Ele é fruto das lutas dos homens concretos, que tentam buscar a justiça pela consignação de novas pautas de prerrogativas. Não mais a democracia formal, mas a democracia social; não mais a liberdade como confronto de espaços individuais, mas a libertação crescente dos seres humanos em busca de sua dignidade e de sua plenificação existencial; não mais o direito de escolher trabalho, mas o direito de obter os frutos desse trabalho; não mais a segurança do patrimônio, mas a segurança da vida; não mais o direito de participar da ordem pelo trabalho, mas de construir novas ordens sociais sob a égide do proletariado crescentemente organizado; não mais a igualdade nacional dos cidadãos, mas a solidariedade proletária internacional. Esses conflitos inauguraram a preocupação com os direitos humanos sociais, que serão, muito mais tarde, consignados na Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948. Nela encontramos os novos valores éticos traduzidos pelos direitos de reunião e associação, de governar, eleger e ser eleito, de previdência social, de trabalho, de condições justas e favoráveis de trabalho, de proteção contra o desemprego, de remuneração justa e satisfatória, de organização de sindicatos, de repouso, lazer, férias remuneradas e limite razoável das horas de trabalho, além dos direitos à saúde, instrução, bem-estar, alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e aos benefícios do progresso científico, dentre outros. Percebe-se que o entendimento do ser humano mudou. Ele é compreendido como um ser social, portador de uma dignidade individual e coletiva, um ser produtor imerso em relações desiguais e de opressão, o que obriga aos direitos humanos tentar garantir as prerrogativas dos explorados, dos reprimidos e dos oprimidos, procurando relações políticas e laborais mais justas. A justiça passa a ter como critério o reconhecimento entre os homens, a aceitação segundo a qual sua igualdade não é uma questão geométrica, mas social, econômica e política. O homem abstrato e individual das primeiras declarações de direitos é substituído pelo homem concreto, imerso nas contradições sociais. A liberdade sai da dimensão de essência ou dádiva, para ser conquista diuturna. A cidadania é estendida a todos, e a democracia, muito mais que um jogo de pesos e contrapesos formais, passa a ser um direito inalienável do ser humano, que a cria e inventa, a cada passo da história. O ser humano, pela nova Declaração, passa a ser sujeito da história.

A contemporaneidade vai urdindo novas situações que demandam por novas opções éticas e pela consignação de novos direitos. A produção apresenta sua clara dimensão fáustica, a se usar a expressão de Marshall Bermann. Quanto mais ela avança, mais ela destrói, em um processo entropizante assustador. As distâncias sociais entre os países desenvolvidos e os subdesenvolvidos aumentam de modo devastador, não somente a partir de seus indicadores econômicos, como também por sua produção de saber, o que faz alguns autores vislumbrarem uma terceira fase do capitalismo traduzida pela produção de know how. Ao mesmo tempo, o ser humano chegou à sofisticação de poder se suicidar enquanto espécie zoológica pelas armas que ele próprio produz e, cada vez menos, controla. Os anos 30 voltam sinistros com a reaparição agressiva dos racismos. As distâncias sociais nos países subdesenvolvidos são assustadoras, uma vez que uma íntima minoria detém parcela significativa dos bens. É o caso do Brasil, onde cerca de 1% da popula-

ção detém mais de 17% dos bens. A criança e o adolescente tornam-se, assim como os velhos, marginais no crescente processo de urbanização dos países periféricos. A saúde pública, como não se enquadra na ~

lógica do mercado, apresenta gravíssimos problemas. O meio ambiente e a qualidade de vida são degradados por um processo produtivo sujo, que atinge, com mais força, os países menos desenvolvidos. Problemas como esses suscitam o aparecimento de direitos humanos de terceira geração, que não estão contidos na Carta de 1948, mas estão se constituindo perante essas novas situações que as contradições sociais engendram.

A grande questão ética imbricada no breve relato até aqui feito é a de optarmos sobre questões valorativas que não admitem meio termo.

Estamos ao lado da vida ou da-morte, em termos de conduta e não somente no discurso? A opção pelo valor vida significa a luta concreta no sentido da preservação e melhor qualidade de vida, no campo dos direitos humanos. Optamos pela invenção democrática, ou pela preservação das leis autoritárias iníquas? A opção ética que fizermos nos levará a uma participação, enquanto cidadãos organizados, na construção de uma sociedade participativa, com maior igualdade, onde o poder político esteja centrado na coletividade. Esta é uma forma de constituir a liberdade no processo histórico. Procuramos participar em nossa categoria profissional como seu agente transformador e a promovemos como agente coletivo de concretização dos direitos humanos? Tais perguntas podem, à primeira vista, parecer personalistas. Mas não podemos nos esquecer que os direitos só podem ser concretizados por uma ação ético-política. O recente caso do impeachment presidencial mostra a correlação necessária entre ética, política e direito. Não é possível tratarmos direitos humanos, ou mesmo o direito positivo, sem que nos refiramos a ideologias, valores, projetos históricos, opções existenciais coletivas e pessoais. Também não é possível entendermos direitos, sem que tenhamos em mente que os direitos sempre são políticos, já que são normas de controle de poderes, ou são pautas ainda não realizadas pelos poderes sociais ou, ainda, são prenúncio de novos poderes.

Se empobrecermos a ética, deixando-a para o campo dos mandamentos dos códigos, se admitirmos o direito tão-somente como um conjunto de leis de um dado Estado, toda esta discussão não tem sentido, pois retira a ética de seu papel de expressão valorativa do crescimento humano e coloca o direito como mero conjunto de procedimentos rituais sintáticos.

A luta passa pela movimentação no sentido do respeito aos direitos que já estão consignados na Constituição e desborda pela construção solidária de uma sociedade em que a justiça signifique o fim das repressões, das opressões, dos preconceitos, das desigualdades sociais, da degradação ambiental e humana, do desrespeito ao trabalhador, a criança, ao sem-terra, para citar alguns exemplos, e promoção da vida e da dignidade humana. Isso quer dizer que a luta é contínua, árdua, difícil, e exige de nós, a todo tempo, a construção e reconstrução ética, se optarmos pela concretização dos direitos humanos da história.

Em torno do Conceito de Ética

São inúmeras as definições de Ética. Na sua concepção mais genérica e tradicional, a ética trata "dos costumes ou dos atos humanos, e seu objeto é a moralidade, entendendo-se por moralidade a caracterização desses mesmos atos como bem ou mal" (Vázquez, 1986).

Para Carneiro Leão (1992), "a ética representa um conjunto de decisões sobre os valores chamados a orientar e a guiar as relações individuais e, sobretudo, as relações sociais (...) frente a um leque de possibilidades e de fenômenos reais".

O termo é usado normalmente em seu sentido próprio, isto é, como ciência dos costumes, abrangendo os diferentes campos da atividade humana, inclusive as relações do ser humano com o ambiente e a saúde. As doutrinas éticas surgem e sofrem transformações em diferentes épocas e estão relacionadas com a complexidade da sociedade. Nesse sentido, segundo a Ética social, a origem última da moral estaria nas livres decisões pelas quais cada sociedade regulamenta arbitrariamente sua própria vida. A ética social conceitua-se, assim, como uma "história natural dos costumes": os critérios morais são relativos no tempo e no espaço, em todo caso traduzindo os diversos graus de consciência humana, e a regulação da conduta, em seus motivos e seus fins, é uma expressão da vida social traduzida em fórmulas que, de maneira aproximada, realizam a distinção socialmente útil do bem e do mal (Vázquez, 1986). Para os fins a que se destina o presente artigo, serão também úteis as acepções de ética política e ética econômica, bem como a de ética natural. No verbete correspondente à Ética política do Dicionário de Ciências Sociais (Silva, 1986), registra-se que "o Estado, como comunidade que tem seus fundamentos nos fins existenciais do homem, faz parte da ordem ética e é um valor desse tipo. Nada caracteriza tanto a essência ética do Estado como sua função de realizar o mínimo ético de convivência humana" (Vázquez, 1986). Ao se discutir a ética do desenvolvimento e suas repercussões sobre a saúde e o ambiente, a ética política deve ser invocada no questionamento do papel regulador do Estado na relação entre crescimento econômico e desenvolvimento social, bem como no campo das relações internacionais.

Como parte da ética social, a ética econômica (...) busca proteger as pessoas e os direitos de cada um e promover o desenvolvimento da produção, levando em conta os direitos de todos os interessados (Vázquez, 1986). A hegemonia do crescimento econômico a qualquer preço sobre o desenvolvimento social está na base da caracterização do modelo de desenvolvimento adotado contemporaneamente nos países do Terceiro Mundo em geral, incluindo a América Latina e o Brasil, e colocasse como uma das questões centrais no debate do tema ética e ambiente.

Para a nossa discussão importam, ainda, as concepções desenvolvidas no interior de um novo campo da ética, a denominada bioética. Cunhada pelo oncologista V.R. Potter nos anos 70 (Potter, 1971 apud Schramm 1992), a bioética indica, desde então, o conjunto de reflexões éticas e morais relativas às consequências práticas da medicina e da biologia. Segundo Potter, o homem que rompeu os equilíbrios naturais perdeu também o "instinto" que assegurava a continuidade da vida sobre a Terra. A consequência principal desta perda seria a necessidade de desenvolver uma "ciência da sobrevivência", baseada numa concep-

ção ampliada da biologia, isto é, uma bioética, cujos componentes principais sejam o conhecimento biológico e os valores humanos.

Como uma espécie de "bioética generalizada", situa-se a ética natural ou ética egocêntrica, a ética do sujeito responsável pelo bem-estar do mundo natural, comprometido com a preservação das condições da estrutura à qual pertence enquanto ser vivo. Ela incluiria, em princípio, as várias dimensões reconhecidas que fariam parte de um novo contrato natural (Serres, 1990), ou seja, o conjunto dos direitos do indivíduo, dos direitos do "outro" e dos direitos da Terra. De fato, a problemática ecológica lato sensu tem adquirido modernamente pertinência como potencialmente aglutinadora de um debate transformador e enquanto uma nova maneira de se conceber as possibilidades de vida sobre a Terra. Se percebe a questão ecológica como uma preocupação com os direitos fundamentais do planeta Terra (Serres, 1990), aí incluída a preocupação com o Homem, trata-se fundamentalmente de vincular, de maneira significativa, individual e coletivamente, responsabilidades e liberdades. É neste contexto ético-ecológico que podem ser colocados os problemas do subdesenvolvimento, questão não só econômica ou política, mas transversal à "humanidade do Homem", atingindo sua identidade humana, psíquica e social. Portanto, "a questão ecológica pode ser considerada como um problema essencialmente ético" (Schramm, 1992), fundamentada na responsabilidade individual que cada ser humano tem (ou teria) consigo e com o "outro de si".

Num amplo debate levado a cabo na Escola Nacional de Saúde Pública sobre ética, ambiente e saúde que, pela importância e abrangência, reproduzo abaixo nas suas principais conclusões, colocou-se a questão da "crise da ética", que requer, para alguns, a criação de uma "nova ética" (Carneiro Leão, 1992) e, para outros, "a recuperação da ética, trans-histórica e atemporal, ou seja, estrutural" (Schramm, 1992).

A dimensão ética, para Schramm, "é a estruturação ontogenética do ser pelo outro, relação que obriga o sujeito a ser responsável por si, mas enquanto representante de todos os outros, fato que torna possível a moral e a política, as normas codificadas do ser social". A ética é, portanto, a possibilidade de estruturação do sujeito no mundo e não pode ser confundida com as suas manifestações práticas - a moral e a política - embora aquela não se dê senão encarnada nesta em cada momento histórico. Dito de outra maneira, embora inseparáveis praticamente, ética e moral são distinguíveis teoricamente, da mesma forma como discutimos a fundamentação e a finalidade das suas manifestações. A ética questiona também, em cada época, os fundamentos e as finalidades da moral e da política e pode, então, ser considerada como a teoria ou a crítica do agir (Schramm, 1992).

Numa outra perspectiva de análise, Carneiro Leão refere-se à crise da ética e a situa nos princípios de ordenamento e de organização das relações e comportamentos a que foi submetido o mundo industrial capitalista, através das possibilidades abertas pelo desenvolvimento da técnica e da ciência (Carneiro Leão, 1992). A nova ordem industrial, segundo o autor, vai sendo construída pelo homem, mas não se edifica para ele.

É neste contexto que julgo importante discutir a questão ética e ambiente, pois na origem das complexas condições ambientais e sanitárias em que nos encontramos está o modelo de desenvolvimento capitalista contemporâneo, com a divisão internacional do trabalho e dos

mercados, com a constituição dos blocos geopolítico-econômicos, com um trato específico em relação ao valor relativo do ambiente e da saúde, e com seu referencial ético (ou aético) de base no tocante à vida em sociedade.

Desenvolvimento, Ambiente e Saúde

No documento Nosso Futuro Comum (Our Common Future, preparado pela Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento das Nações Unidas (CMMAD, 1987), fica estabelecido, pela primeira vez, um novo enfoque global da problemática ecológica, isto é, o das inter-relações entre as dimensões físicas, econômicas, políticas e socio-culturais.

Desde então, vêm se impondo, entre especialistas ou não, a compreensão sistêmica do ecossistema hipercomplexo em que vivemos e a necessidade de uma mudança nos comportamentos predatórios e irresponsáveis, individuais e coletivos, a fim de permitir um desenvolvimento sustentável, capaz de atender às necessidades do presente, sem comprometer a vida futura sobre a Terra (CMMAD, 1987).

No conjunto de relações entre meio ambiente e desenvolvimento, "relatório da Comissão Mundial destaca "os vínculos entre pobreza, desigualdade e deterioração ambiental (), que chega a fazer da pobreza um dos maiores flagelos do mundo". Para a Comissão, limitar o problema ecológico às meras questões ambientais *stricto sensu* seria grave omissão, pois "o meio ambiente não existe como esfera desvinculada das ações ambientais e necessidades humanas" (CMMAD, 1987).

Como afirma Schramm (1992), "ambiente, desenvolvimento e condições de saúde formam um único problema, multifatorial e complexo, cuja solução impõe-se como um dos principais desafios do futuro próximo e comum da espécie humana no seu conjunto".

Assim, não se pode mais reduzir a crise ambiental a uma questão de manter limpo o ar que respiramos, a água que bebemos ou o solo que produz os alimentos que consumimos.

O desenvolvimento, como processo de incorporação sistemática de conhecimentos, técnicas e recursos na construção do crescimento qualitativo e quantitativo das sociedades organizadas, tem sido reconhecido como ferramenta eficaz para a obtenção de uma vida melhor e mais duradoura (Banco Mundial, 1991). No entanto, este desenvolvimento pode conspirar contra o objetivo comum, quando se baseia em valores, premissas e processos que interferem negativamente nos ecossistemas e, em consequência, na saúde individual e coletiva.

De fato, "muitas das atuais tendências de desenvolvimento resultem em um número cada vez maior de pessoas pobres e vulneráveis, além de causarem danos ao meio ambiente" (CMMAD, 1987).

O exame do processo de desenvolvimento brasileiro nas últimas décadas é paradigmático, neste sentido, dadas as desastrosas consequências sobre as condições de vida, de saúde e sobre o ambiente (Leal et alii, 1992). A análise das suas características suscita de imediato

um profundo questionamento a respeito do seu caráter ético, seja por suas conseqüências ambientais, seja pelos efeitos sobre a saúde da população.

A renda per capita vem diminuindo e se distribui menos eqüitativamente em todo o Terceiro Mundo. Só na América Latina, por exemplo, estima-se que vivam mais de 180 milhões de pessoas abaixo da linha de pobreza (ops,1990). No Brasil, seriam 45 milhões de pessoas em estado de pobreza (ganhando até 1 salário mínimo), distribuídas em 11 milhões de famílias. Destas famílias, 35% vivem em estado de miséria absoluta, percebendo rendimentos de 1/4 ou menos do salário mínimo per capita (Saboia, 1991). Em anos recentes, a já concentrada distribuição de renda concentrou-se ainda mais: segundo a PNAD/1989, os 10% mais ricos detinham 53.2% da renda no Brasil, enquanto os 50% mais pobres restringiam-se a não mais que 10.4% da riqueza nacional (IBGE, 1990).

As conseqüências são por demais conhecidas, quanto às condições de vida e saúde. A taxa de mortalidade infantil no Brasil, para exemplificar, atinge 95 por mil em famílias com renda mensal abaixo de 1 salário mínimo, enquanto em famílias de renda mais elevada (acima de 5 salários mínimos mensais) é de 38.8 por mil (Oliveira e Simões, 1986). O mesmo fenômeno da concentração de renda, que hoje alcança sua expressão máxima nas sociedades urbanas, está também na base da explosão da violência social, da marginalização e da exclusão, que afeta principalmente os grandes conglomerados urbanos (Minayo, 1991), com conseqüências espantosas: os óbitos por causas externas, acidentes e violências em geral já são a terceira causa de morte para todas as idades e ambos os sexos no país, sendo a primeira na faixa etária entre 5 e 44 anos para ambos os sexos (Cenepi, 1992).

A ausência de investimentos nacionais em saneamento básico, o aumento já referido da pobreza urbana e a suspensão ou limitação de programas de prevenção e controle favorecem o aumento das taxas de incidência de endemias e doenças que considerávamos sob controle. Tal é o caso da tuberculose, malária, dengue, febre amarela, enfermidades de transmissão sexual, dentre outras. Por outra parte, configurou-se o cenário adequado para o aparecimento de outras doenças que acreditávamos erradicadas do continente e do País, como o cólera (Rodríguez et alii, 1992).

A desigualdade também teve bases territoriais. O modelo de acumulação, ligado à exploração irracional dos recursos naturais e alimentado pela concentração dos mercados, criou espaços desenvolvidos e sub-desenvolvidos dentro de um mesmo território. Gerou também pobreza urbana e rural de diferente natureza estrutural, condicionando as expectativas de várias gerações a suas relações sócio-econômico-espaciais com os centros dinâmicos de expansão ou espoliação (Sabroza e Leal, 1992).

Em termos de condições de vida e saúde no nosso país, as marcas das diferenças regionais e, dentro das "regiões", entre classes sociais, são sobejamente conhecidas: o Nordeste reúne, simultaneamente, a maior concentração de renda, os maiores percentuais de famílias pobres e em miséria absoluta, as piores condições de saneamento, as menores taxas de utilização de serviços de saúde, os maiores índices de analfabetismo e as mais elevadas taxas de mortalidade infantil e desnutrição, além de um padrão de morbi-mortalidade típico das sociedades mais atrasadas do mundo. Nas grandes metrópoles do Centro-Sul mais

desenvolvido, este padrão se reproduz nas regiões periféricas, nos enormes conglomerados favelados e em muitas áreas rurais.

Particularmente em relação ao ambiente o modelo ou estilo de desenvolvimento revelou grande capacidade de impacto. A modernização da agricultura, o processo acelerado de urbanização, a transformação sustentada dos recursos naturais e a dependência energética de fontes não renováveis representam componentes de um modelo tecnológico transnacionalizado e de uma tendência de homogeneização da economia mundial, com forte capacidade de agressão aos ecossistemas.

Por seu lado, o mundo desenvolvido mostra um interesse fundamentalmente reparativo (2), de natureza tecnocrática, ao mesmo tempo em que tenta impor uma política de detenção no desenvolvimento ecoagressivo dos países subdesenvolvidos. Estes, por sua vez, reclamam seu direito ao desenvolvimento, sem questionar os custos globais de reprodução tardia do modelo em questão (Rodriguez et alii, 1992).

O extenso e pormenorizado documento preparado por técnicos brasileiros para a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CIMA, 1991) traça um quadro bastante sombrio da realidade ambiental brasileira, também ele atribuindo ao modelo de desenvolvimento adotado no país, nas últimas décadas, a causa da degradação do nosso meio ambiente.

Nas produções agrícola e industrial e na atividade extrativista, a economia brasileira caracterizou-se, nas últimas décadas, pela priorização do mercado externo. Os incentivos à exportação, visando a gerar divisas para o pagamento da dívida externa, foram os responsáveis pela proliferação de culturas destinadas ao mercado internacional, como a soja, o café, a laranja e a cana-de-açúcar.

O crescimento dessas culturas deixa um lastro de destruição, caracterizado pela perda da cobertura florestal, pela poluição por adubos químicos e pela erosão das terras agrícolas. É responsável também pela impressionante concentração na posse da terra e pelo subsalário do trabalhador do campo, que induzem à expulsão de amplos contingentes da população rural para os centros urbanos.

A expansão industrial, por sua vez, obedeceu a padrões de concentração em áreas que hoje enfrentam, por isso mesmo, problemas ambientais de dimensões assustadoras. O complexo industrial de Cubatão, implantado em área de solo inadequado à dispersão de poluentes, o Pólo Petroquímico de Camaçari e o Programa Grande Carajás, que está contribuindo para acelerar o processo de desmatamento da Região Amazônica, são apenas três dentre os muitos exemplos que se poderia citar como resultantes da política ecoagressiva que tem representado o modelo de desenvolvimento adotado no país.

A extensão da fronteira agrícola ao Norte e Centro-Oeste do país e o garimpo na Amazônia são duas atividades econômicas que trazem, com seu crescimento na última década, importantes consequências ambientais e sanitárias e, por conseguinte, problemas ácidos de relevo quanto à saúde e ao ambiente.

Só na década de 80, segundo o Ministério da Saúde (MS/SNVS, 1991), como dejetos da atividade garimpeiro, foram lançadas cerca de 51 toneladas anuais de mercúrio na rede fluvial da Região Amazônica, com sérias conseqüências sobre a flora e a fauna e, por extensão, sobre a saúde humana. Em muitas espécies de peixes foram detectadas taxas de mercúrio até cinco vezes superiores à concentração máxima aceitável. Diversos casos de intoxicação humana e anomalias congênitas vêm sendo descritas na região e relacionados com as elevadas concentrações do metal no ambiente ou ao contacto ocupacional.

O uso de agrotóxicos difundiu-se de maneira espantosa na agricultura brasileira nas duas últimas décadas. O esforço pela produtividade agrícola e pela exportação levou a população geral do país a uma exposição de 0.41 kg de agrotóxicos por pessoa, enquanto entre os trabalhadores rurais este índice chega a 2.21 kg (Henao, 1991). O baixo nível de instrução da maioria dos usuários (trabalhadores agrícolas) amplia o risco da contaminação ocupacional, enquanto já se detecta um nível também alto de contaminação dos alimentos que chegam à mesa dos consumidores.

Outras condições de trabalho também apresentam fatores importantes de risco ambiental: os trabalhadores de saúde, pelo uso de produtos radiológicos e material biológico potencialmente infestante; os trabalhadores da indústria petrolífera e da indústria química, pelos riscos de contaminação pelos insumos ou pelo processo de trabalho; além dos trabalhadores da construção civil, recordistas de acidentes de trabalho no país. Estas categorias profissionais, entre tantas outras, constituem-se em vítimas de relações de trabalho que se encontram ainda num estágio bastante primitivo, que precisam ser aperfeiçoadas em nome da dignidade, da ética e, porque não dizer, também da própria produtividade econômica.

Outras questões devem ser também referidas no contexto do debate sobre ética e ambiente, seja pelo seu impacto sanitário ou ambiental na vida contemporânea ou por vir, seja porque tem adquirido crescente importância social e política.

E o caso, por exemplo, das novas tecnologias, motoras mestras do crescimento econômico, que simultaneamente à desaceleração do crescimento perigosamente rápido dos recursos finitos, engendram sérios riscos, com novos tipos de poluição e ao surgimento, no planeta, de novas variedades de formas de vida que podem alterar o rumo da evolução (CMMAD, 1987)-. Este é um dos problemas mais sensíveis sobre os quais se vem debruçando este novo campo da ética, a bioética.

A fome, flagelo histórico e social decorrente da manipulação econômica da produção e comercialização dos alimentos, é um dos maiores problemas éticos e sanitários do mundo contemporâneo, constituindo-se em presença cotidiana nos serviços de saúde (e nos lares) de todo o Terceiro Mundo. O desenvolvimento tecnológico alcançado pela humanidade e as terras aráveis existentes permitiriam a produção quantitativa e qualitativamente suficiente de alimentos para suprir adequadamente toda a população humana. As sucessivas epidemias de fome na África com milhares de vítimas fatais, principalmente crianças-são apenas a face mais brutal deste problema que toma a forma de silenciosa endemia que

atinge, sob a forma de desnutrição, mais de um quarto da população do planeta (Bittencourt et alli, 1992).

Na base do problema da fome e suas conseqüências estão práticas econômicas eticamente condenáveis, ainda que "legais" e toleradas pelo establishment mundial, como a concorrência desleal, os protecionismos comerciais, a especulação com estoques etc. A elevada concentração na posse da terra, o desestímulo aos pequenos agricultores, o incentivo à produção para a exportação em detrimento dos produtos componentes do padrão alimentar das populações locais e a profundamente desigual distribuição da renda são fatores estruturais que sustentam o problema em diversos lugares do mundo.

É muito provável que, se tomada como prioridade política pelos movimentos sociais, como o foi a questão ambiental em tempo pretérito recente, receba também a questão da fome o tratamento de flagelo eticamente insuportável para a humanidade, por parte da comunidade internacional e dos governos nacionais, podendo encaminhar-se então para uma solução definitiva.

A questão demográfica encerra uma das mais notáveis polêmicas no debate sobre o tema da poluição, da degradação ambiental e do futuro da espécie humana. Segundo diversos informes, a superpopulação mundial, de pobres, evidentemente, é a principal causa da poluição e da degradação ambiental em escala planetária.

Como já descrevemos em texto sobre educação ambiental (Buss, 1992), "trata-se de argumentação ideologicamente agressiva, que ignora propositalmente o papel dos padrões de consumo na gênese da escassez e dos problemas ambientais as sociedades mais desenvolvidas têm sido efetivamente responsabilizadas pelo maior consumo energético per capita e pela mais expressiva poluição do planeta".

No nosso país, vem-se observando uma queda marcante na fecundidade: de 6.16 filhos por mulher em idade fértil na década de 40, declinamos para 4.35 na década de 80, com perspectivas de atingirmos o milênio com cerca de 2 filhos por mulher, infelizmente através da mais agressiva medida de controle conhecida: a esterilização em massa de mulheres brasileiras (Giffin, 1992).

O Censo de 1991 confirmou as tendências de que este declínio se observa em todas as classes sociais e em todas as regiões do país. Assim, pelos seus elevados custos e pelos problemas éticos que envolve, não se justifica a manutenção de nenhum programa de controle da natalidade, senão o acesso a informações e métodos éticos de planejamento familiar, propiciados pelos serviços de saúde.

Um outro problema ético de relevo são as conseqüências ambientais e econômicas (que se interligam) da corrida armamentista e da guerra. Em termos globais, os gastos militares totalizam mais de US\$ 1 trilhão anualmente, e não cessam de subir, consumindo em muitos países tão grande proporção do produto interno bruto que paralisam qualquer esforço de desenvolvimento ou implementação de políticas sociais. De outro lado, ainda que em processo desacelerado de produção, o acúmulo de armas nucleares já é suficiente

para destruir muitas vezes o plane-ta, conduzindo ao fenômeno do inverno nuclear capaz de destruir ecos-sistemas vegetais e animais e deixar as espécies sobreviventes, inclusi-ve a humana, em um mundo devastado e quase inabitável. Por fim, sa-bemos que as mortes e as seqüelas físicas e mentais em consequência das guerras atingem milhares de pessoas em todos os quadrantes do planeta, representando hoje, em muitos países, um dos maiores, senão o maior problema de saúde prevalente.

As relações internacionais constituem-se numa das questões cen-trais referidas ao desenvolvimento numa conjuntura em que, além do acentuado aumento da interdependência econômica entre as nações, te-mos agora sua crescente interdependência ecológica. Os países em de-senvolvimento tem de atuar em um contexto em que se amplia o fosso entre a maioria das nações industrializavas e em desenvolvimento em matéria de recursos, em que o mundo industrializado impõe as regras que regem as principais organizações internacionais, e em que esse mundo industrializado já usou grande parte do capital ecológico do pla-neta. Assim, essa desigualdade nas relações interpaíses e inter-regiões do mundo e o maior problema "ambiental" da Terra (CMMAD, 1987).

Devido à "crise da dívida" da América Latina, por exemplo, os re-cursos naturais dessa região estão sendo usados não para o desenvolvi-mento, mas para cumprir as obrigações financeiras contraídas com os credores estrangeiros. Esse enfoque do problema da dívida e insensato sob vários aspectos: econômico, político e ambiental. Exige que países relativamente pobres aceitem o aumento da pobreza, ao mesmo tempo em que exportam quantidades cada vez maiores de recursos escassos (CMMAD, 1987).

Ainda segundo a CMMAD, a agricultura, a silvicultura, a produção energética e a mineração geram pelo menos a metade do produto nacio-nal bruto de muitos países em desenvolvimento, proporcionando empregos e meios de subsistência. A exportação de recursos naturais conti-nua sendo um fator importante em suas economias, mas, devido as enormes pressões econômicas, tanto externas como internas, a maioria desses países explora excessivamente sua base de recursos naturais.

Poderíamos estender-nos indefinidamente, descrevendo situações e casos ilustrativos das estreitas relações existentes entre desenvolvi-mento, ambiente e saúde, todas elas envolvendo aspectos éticos de gran-de relevância. Creio, entretanto, que o conjunto arrolado permite-nos concluir, como se vê, que não são crises isoladas: uma crise ambiental, uma crise do desenvolvimento, uma crise energética, uma crise ética. São, na verdade, uma só crise (CMMAD, 1987).

Uma nova Ética para o Desenvolvimento

Desenvolvimento sustentável e o conceito-chave de uma série de propostas que circulam entre organismos internacionais, governos nacio-nais e movimentos sociais, para fazer frente a esta "crise global" em que se vê envolvido o mundo neste final de século. Ele supõe os compo-nentes de participação e eqüidade e também o de crescimento econômi-co. Tratar-se-ia, entretanto, no plano conceitual e ético, de um crescimen-to econômico direcionado ao atendimento das necessidades humanas em termos de qualidade de vida e que conserve e expanda a base de recursos ambientais (CMMAD, 1987).

Tal crescimento é absolutamente necessário para mitigar a grande pobreza que se vem intensificando na maior parte do mundo em desenvolvimento. De fato, embora o crescimento econômico não deva ser confundido com o objetivo do desenvolvimento, sua realização é condição fundamental para atingi-lo.

Como afirma a Comissão Mundial para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, a pobreza generalizada já não é inevitável. Mas, para haver um desenvolvimento sustentável, é preciso atender as necessidades básicas de todos (...), pois um mundo onde a pobreza é endêmica estará sempre sujeito a catástrofes ecológicas ou de outra natureza (CMMAD, 1987).

O documento da CMMAD insiste na necessidade do crescimento econômico, mas aponta veementemente para o princípio da equidade na distribuição dos recursos. E afirma que "tal equidade seria facilitada por sistemas políticos que assegurassem a participação efetiva dos cidadãos na tomada de decisões e por processos mais democráticos na tomada de decisões em âmbito internacional" (CMMAD, 1987).

A adoção de estilos de vida compatíveis com os recursos ecológicos do planeta-quanto ao consumo de energia, principalmente nas sociedades desenvolvidas, por exemplo-, bem como mudanças na forma de exploração dos recursos naturais, na orientação dos investimentos, nos rumos do desenvolvimento tecnológico e nas relações internacionais, são posturas e compromissos indispensáveis a serem assumidos em escala planetária pelos organismos internacionais e governos nacionais e difundidos para o debate e adoção, no que couber, pela população.

O marco ético para um desenvolvimento adequado está na necessidade de que ele ocorra como um processo participativo, equitativo e sustentável (CEPAL, 1991). Participativo porque deve assegurar o concurso de todos em sua construção; equitativo porque seus benefícios devem universalizar-se em função das necessidades; e sustentável porque, na sua realização, não deve comprometer a possibilidade de uma vida adequada para as futuras gerações sobre a Terra. Ou seja, um novo tipo de desenvolvimento capaz de manter o progresso humano não apenas em alguns lugares e por alguns anos, mas em todo o planeta e por muito tempo (CMMAD, 1987).

O conceito de saúde, articulado com este modelo, precisa ser diferente do atual, contemplando outras dimensões da vida humana, inclusive suas interações com um ambiente protegido e não apenas dominado pelas relações econômicas.

Uma nova ética passa pela valorização da informação, considerando o indivíduo não apenas como receptor, mas garantindo seu acesso ao conhecimento acumulado pela sociedade. Informação, é importante que se ressalte, dirigida para o desenvolvimento de estratégias de produção, e não para definir padrões de consumo. Uma nova ética pressupõe também um mundo integrado, mas que assegure o direito à diversidade em relação aos processos econômicos, culturais e ambientais.

Uma nova ética implica em compromisso com a democracia, significando este conceito um novo modelo de relação entre os indivíduos e, destes, com o Estado, além de uma outra ordem internacional (Rodríguez, 1991).

Para que a nova ética não seja apenas uma utopia, mas o fundamento para um novo modelo de desenvolvimento, é indispensável a superação do nível de miséria e da falta de instrução de grande parte da população, o que impede sua inserção efetiva no processo econômico e político e, portanto, o controle sobre suas condições concretas de existência, pressuposto da cidadania.

Os ajustes inevitáveis na conjuntura atual, para as crises políticas, econômicas e ambientais, por sua vez, não podem resultar em um estreitamento das possibilidades de transformações estruturais, comprometendo o futuro, mas sim tem de considerar a necessidade e as possibilidades de fundação de uma nova ordem mais justa e equânime, baseada nos princípios da solidariedade entre nações, povos e grupos sociais.

Não é suficiente, portanto, propiciar respostas tecnológicas ou modificar os modelos de crescimento econômico vigentes sem revisar simultaneamente os valores sobre os quais sustentará a nova ordem internacional necessária. Desenvolvimento com equidade, aproveitamento racional dos recursos naturais baseado em conceitos de sustentabilidade, solidariedade universal expressa em uma nova concepção de cooperação, transferência rápida de conhecimentos e processos de revalorização da vida em seu componente qualitativo parecem constituir requisitos e urgências do presente.

Fundar uma nova ética do desenvolvimento, num contexto onde a questão ambiental seja uma causa planetária, exige uma nova postura das nações desenvolvidas para com as nações em desenvolvimento e, destas, um maior compromisso com a equidade social (Médici e Aguiar, 1992).

De fato, a maioria dos documentos insiste na necessidade de se estabelecer uma cooperação internacional efetiva para lidar com a interdependência ecológica e econômica. Assim, uma mudança de orientação nos órgãos internacionais que tratam de empréstimos para o desenvolvimento, regulamentação do comércio, desenvolvimento agrícola etc. -que pouco consideram a importância dos efeitos de suas atividades sobre o meio ambiente- é fator essencial a ser logrado na consertação multilateral em torno da questão ambiental. A facilitação e, mesmo, o estímulo na transferência de tecnologias industriais limpas (ao invés da sucata industrial com que brindam o Terceiro Mundo as multinacionais) e de tecnologias adequadas para a proteção e a recuperação ambientais são acordos mínimos a serem celebrados na regulação das relações econômicas interpaises, com a supervisão dos organismos internacionais. Caso contrário, estaremos trafegando na vã avenida da retórica que com grande frequência preside os foros internacionais.

Da mesma forma, o tratamento adequado para a dívida externa dos países do Terceiro Mundo, que se transformaram na década de 80 em exportadores líquidos de capital, com as tremendas consequências humanas e ambientais já apontadas, será possivelmente a medida de maior impacto que se logrará no terreno ecológico, em nível planetário. A questão é saber a serviço de quem estão os organismos multilaterais e internacionais que tratam da

questão da dívida e qual o compromisso das lideranças do Primeiro Mundo com a proteção ambiental do planeta: retórica ou efetiva?

Finalmente, uma referência à visão da ecosofia de Guattari (1990), "um eixo de valores ético-políticos que conjugariam a ecologia ambiental, a ecologia social e a ecologia mental". Segundo o autor, a questão ambiental e as lutas ecológicas não podem ficar circunscritas simplesmente à esfera da produção, à esfera do Estado, ou seja, à esfera do mercado e à esfera estrutural. As lutas ecológicas contemporâneas não podem permanecer reduzidas a um programa de ação democrático, de transformações sociais, na escala do Estado, das regiões, na escala política. Por não negar a importância dessas lutas, o autor considera indis-pensável, nesse nível, a renovação da expressão política e, portanto, das relações de forças políticas em grande escala. Entretanto, considera imprescindível a consideração dos outros níveis, microsociais, microinstitucionais, familiares e existenciais. Se não houver uma recomposição das práticas sociais no nível do urbanismo, da vida cotidiana, das Para o autor não há prioridade transcendente da relações interindividuais-o que ele chama de ecologia mental-e das relações dos indivíduos com o ambiente, pouco se poderá esperar em termos de avanços concretos na proteção e preservação ambiental.

Para o autor não há prioridade transcendente da organização política sobre as outras formas de reapropriação da vida social e da subjetividade, ou seja, uma hierarquia entre as instâncias de representação do real. A luta democrática, a luta pela representatividade, a intervenção nas correlações de forças políticas e sociais precisam existir. Porém, em uma situação de horizontalidade democrática com as lutas pelo meio ambiente imediato, com as ONGs, com os artistas, com o movimento "ecosófico", com a renovação da pedagogia etc, num movimento de enriquecimento mútuo, mais do que numa relação de subordinação entre estes componentes.

As implicações destas reflexões de Guattari conduzem à perspectiva de uma articulação dinâmica entre as lutas sociais e políticas no terreno ecológico e no campo democrático em geral, com uma profunda transformação na postura individual diante de si, dos outros e da natureza, o que poderá significar um radical e transformador reposicionamento ético diante da vida como um todo.

Para muitos, o discurso do desenvolvimento sustentável é uma investida ideológica de empresas e governos, no sentido de preservar, ao mesmo tempo, os recursos naturais e as estruturas sócio-políticas. Cabe aos que acreditam na primazia da vida, na justiça social e na democracia encontrar formas de solidariedade que permitam resistir às pressões que pretendem congelar, pelo maior tempo possível, a velha ordem econômica, a ética e ecoagressiva, mesmo que ao custo de guerras, destruição ambiental, doenças e morte.

Bibliografia

. Bittencourt, S.A. et alii 1992. Nutrição, meio ambiente e desenvolvimento, in ref. Leal, M.C. et alii, vol. 2.

. Buss, P.M.1992. Educação ambiental e saúde. Rio de Janeiro, mimeo, 17pp.

- . Banco Mundial 1991. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial. Rio de Janeiro, Ed. FGV.
- . Carneiro Leão, E.1992. A ética do desenvolvimento, in ref. Leal, M.C. et alii, vol 1.
- . CENEPI/Centro Nacional de Epidemiologia 1992. Informe Epidemiológico do SUS 1(2). Brasília: Ministério da Saúde.
- . CEPALComissão Económica para América Latina e Caribe 1991. El desarrollo sustentable: transformación productiva, equidad y medio ambiente. Santiago de Chile, Doc. LC/G 1986.
- . CLMA/Comissão Interministerial para a Preparação da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. 1991. Subsídios técnicos para a elaboração do Relatório Nacional do Brasil para a CNUMAD. Brasília: IBAMA.
- . CMMAD/Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento das Nações Unidas 1987. Nosso Futuro
- . Comum. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getulio Vargas, 1991, 2a. ed.
- . IBGE/PNAD 1990. Síntese de indicadores da pesquisa básica da PNAD de 1981-1989. Rio de Janeiro: IBGE
- Giffin, K.M. 1992. A modernidade perversa e a reprodução humana no Brasil, in ref. Leal M.C. et alii, vol 2.
- . Guattari, F. 1990. As Três Ecologias. São Paulo: Papirus.
- . Henao, S. et alii 1991. Diagnóstico preliminar do uso de agrotóxicos no Brasil e seus impactos sobre a saúde humana e ambiental. Brasília: Ministério da Saúde, Reunião sobre Agrotóxicos, Saúde Humana e Ambiental no Brasil, mimeo.
- . Leal, M.C.; Sabroza, P.C.; Rodriguez, R.H. e Buss, P.M. 1992. Saúde, ambiente e desenvolvimento. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2 vol.
- . Médici, A.C. e Aguiar, M.A. de S. 1992. Desenvolvimento sem Ética. Políticas Governamentais VIII(80): 3944, mai/jun.
- . Minayo, M.C. de S. 1991. Desenvolvimento, violência e ecologia. Documento apresentado ao Encontro Nacional sobre Saúde e Meio Ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz, mimeo, 20 pp.
- . MS/SNVS 1991. Projeto Ambiente. Brasília: Ministério da Saúde.
- . Oliveira, L.A.P. e Simões, C.C.S.1986. A mortalidade infantil recente nas áreas urbanas: aspectos regionais e relações sócio-econômicas, in Perfil Estatístico de crianças e Mães no

Brasil: aspectos sócio-econômicos da mortalidade infantil em áreas urbanas. Rio de Janeiro: IBGE.

. OPS/Organizacion Panamericana de la Salud 1990. Condiciones de salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS.

. Potter, V.R. 1971. Bioethics, bridge to the future. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.

. Rodriguez, R.H. 1991. La Ética del desarrollo. Texto apresentado na Reunião Preparatória da Pré-Conferência sobre Saúde e Ambiente/Rio-92. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, mimeo.

. Rodriguez, R.H., Sabroza, P.C., Leal, M.C. e Buss, P.M. (1992). A ética do desenvolvimento e as relações com saúde e meio ambiente, in ref. Leal, M.C. et alii, vol. 1.

. Saboia, J. (1991). Emprego nos anos oitenta-uma década perdida. Rio de Janeiro: ENSPICLAVES, mimeo.

. Sabroza, P.C. e Leal, M.C. Saúde, ambiente e desenvolvimento-alguns conceitos fundamentais (1992), in ref. Leal, M.C. et alii, vol 1.

. Serres, M. 1990. O contrato natural. São Paulo: Cia das Letras.

. Silva, B. (coord) (1986). Dicionário de Ciências Sociais; Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1986.

. Schramm, F.R. (1992). Ecologia, ética e saúde: o princípio da responsabilidade, in ref. Leal, M.C. et alii, vol 1.

s

. Schramm, F.R. et alii. (1992). Ética e ecologia: algumas reflexões comuns, in ref. Leal, M.C. et alii, vol 1.

. Vázquez, J.M. (1986). Ética in ref. Silva, B. (coord).

Será Possível uma Ética Pós-Moderna?

Horácio Macedo

O esfacelamento da sociedade do pós-guerra provoca alterações substanciais na possibilidade de ser formulada uma ética capaz de ser um dia, incorporada pela sociedade como um todo. Às dificuldades que, no passado, se opunham a esta formulação adicionam-se, neste decênio final do século, as que se originam nas perdas de referências sociais e culturais de grandes grupos e na consolidação da influência cultural contraditória das classes dominantes.

Talvez seja possível conceitualizar os novos problemas ligando-os aos que se formaram e resolveram historicamente, mediante a análise da alienação do homem na sociedade moderna e da hegemonia exercida pelos portadores e detentores do capital.

Na vida de qualquer homem, instituem-se processos, sobre os quais exerce pouco ou nenhum controle, que o alienam, estranham-no, apartam-no de si mesmo e da sua própria atividade social.

Assim, na observação clássica, o trabalhador se aliena do produto do trabalho, que, embora fruto direto da sua atividade social e individual, foge do seu controle e da sua vontade, objeto da posse, que é, do detentor do capital.

Esta forma de alienação-a do homem social ativo e produtivo -frente ao resultado da sua atividade acentuou-se sobremaneira em face do gigantismo automatizado dos sistemas produtivos modernos. Num grande sistema automatizado, cada homem exerce uma tarefa que constitui um átomo do sistema todo, cuja complexa integridade é dominada por muito poucos. A alienação do produtor se acentua, então, pela espessa nuvem de ignorância em que se vê mergulhado. Embora o trabalhador moderno tenha de ter, em alguns casos, qualificação profissional tal-vez mais apurada que antigamente, a participação de cada um é relativamente menor do que a existente na linha de produção fordiana do passado. Não se pode minimizar este novo tipo de alienação-a do produtor ativo diante do instrumento de trabalho. Um operador de torno automatizado, por exemplo, não dispõe de conhecimentos, nem de saber, para corrigir o funcionamento da máquina, nem muito menos para diagnosticar sua operação. O analista de sistema é impotente diante de um grande computador e dificilmente será capaz de interferir com a sua estrutura material. O técnico de microeletrônica, por seu lado, será capaz de diagnosticar uma imperfeição de um circuito impresso e corrigi-la, mas é incapaz, nos casos correntes, de utilizá-lo numa programação. Desta forma, a alienação do trabalhador no processo produtivo não mais é determinada pela inexorável corrente da linha de produção, como nos Tempos Modernos de Chaplin. A inexorabilidade provém, agora, da ignorância específica de cada um e da repartição de saberes pelos diferentes e inumeráveis técnicos e operadores do sistema produtivo.

Tem-se então, neste final de século, não apenas a alienação do trabalhador em face do produto do trabalho (que se traduz pela apropriação do produto por quem não o produziu), mas também a alienação de trabalhador em face do instrumento do trabalho (que se traduz pela impotência do domínio global e total do instrumento pelo trabalhador).

Este entranhamento do homem em face da sua atividade produtiva só se obsta quando a atividade e o produto se reúnem indissolúvelmente e visam a atingir, sem intermediários, a pessoa humana. Neste final de século, mais do que antes, são os artistas que podem fazer esta superação na esfera da produção do que correntemente se denominam "bens culturais"-música, pintura, teatro, literatura, etc. Entendamo-nos bem: podem os artistas fazer esta superação; não quer dizer que obrigatoriamente a façam nem que não contribuam para o agravamento da alienação mencionada anteriormente. A capacidade antialienante dos artistas é sempre uma virtualidade que pode não se manifestar nesta ou naquela circunstância. Temos entre nós os exemplos do Graciliano, do Portinari, do Niemeyer, do Milton Nascimento e de muitos outros, além de outros muitos que ficam num outro campo...

Aparentemente, neste final de século, o sistema capitalista caminha para um processo de entranhamento das grandes massas da população trabalhadora e a formação de uma

sociedade materialmente cindida numa classe dominante fechada e uma inumerável classe de produtos dominados. Panorama terrificaste de um Admirável Mundo Novo n século XXI. Será? Talvez não, pois o sentido de permanência histórico do sistema capitalista exerce um controle sutil e eficiente sobre a sociedade que não acarreta, necessariamente, a adoção de métodos mecânicos de coação e domínio. É o que consegue com o exercício da Regem Na política e social que se insinua, filamentosamente, em todos os setores da vida em sociedade organizada.

A hegemonia do capital foi construída historicamente. Conquista do o poder político (nos séculos XIX e XX), às vezes violenta e sangrentamente, o processo de consolidação do poder foi o processo da construção da hegemonia. O processo da substituição histórica das concepções doutrinarias do "ancien regime" pelas concepções não menos dou-trinárias dos iluministas do século XV111, dos economistas clássicos da pragmática Inglaterra, dos idealistas democráticos da revolução norte-americana, dos radicais defensores do cidadão burguês, dos revolucionários de 89. É a hegemonia conceitual que se codifica no sistema jurídico, transmite-se nos sistemas educacionais, corporifica-se nos instrumen-tos coercitivos do Estado, define-se e aprimora-se nas instituições cultu-raís, aprisiona e oprime as manifestações artísticas.

Com este poder multifacetado, podem as classes dominantes no capitalismo exercer um firme e forte domínio social sem recorrer-a não ser em instantes de crise, ou contra grupos contestadores explícitos da sua hegemonia-a mecanismos de coerção violenta. Ao mesmo tem-po podem manter, em cada país, características nacionais favoráveis ao exercício da competição em nível internacional.

Nos dias atuais, canaliza-se a manutenção cotidiana, incansável, da hegemonia capitalista, nos instrumentos de comunicação de massa. Comunicação que tem, com certeza, o poder de, durante espaços de tempo dilatados, em territórios extensos, fazer prevalecente a visão do-minante sobre problemas e questões controvertidas; mas que não tem, é importante acentuar, a capacidade de superar a contradição social e individual expressa na alienação do homem produtivo.

A grande ameaça à hegemonia do capitalismo, no século XX, foi a experiência socialista da antiga União Soviética. Esta experiência apon-tava para a possibilidade da construção de uma sociedade diferente da capitalista, em que desaparecia a alienação do trabalhador no seu traba-lho e em face do produto do trabalho, e a hegemonia na sociedade se construía com a participação da totalidade da população, e não apenas de uma limitada classe social. Numa frase bastante gasta, mas não por isso menos bonita, era uma sociedade em que o reino da necessidade seria substituído pelo reino da felicidade.

O fato de a experiência não ter tido o êxito desejado por milhões e milhões em todo o mundo não diminui a sua importância nem o seu significado. Pela primeira vez, na conflituosa história da humanidade, formulava-se o claro objetivo de o trabalho ser uma fonte de prazer, e não processo de alienação; dizia-se que a hegemonia política e social seria construída pelo conjunto dos trabalhadores em benefício destes trabalhadores, não para manter uma certa estrutura social, mas, ao con-trário, para destrui-la e iniciar um período de construção da vida de to-dos e de cada um muito diferente do que fora até então

possível. Era o pensar uma utopia em termos materiais, com uma nova ética nas relações humanas.

Com o que retornamos ao problema inicial, o da ética na sociedade deste fim de século.

Em face do que foi esboçado, será possível formular-se uma ética que possa valer para toda a sociedade? E evidente que não. A ética na sociedade capitalista é elemento importante da hegemonia burguesa. É parte integrante do aparelho ideológico da burguesia. É uma ética "bo-a" para os dominados, "irrelevante" para os dominantes. Os valores que aponta-disciplina no trabalho, respeito à ordem, moderação nos costumes, honestidade nas relações pessoais etc.-valem para os alienados, mas não para os alienantes. E é exatamente por isso que os portadores da ética do dominante usam-na como imperativo categórico para os dominados, mas como expediente pragmático para si mesmos. Os recentes acontecimentos políticos no Brasil evidenciaram, com bastante propriedade, esta diferença. Vimos próceres reconhecidos e respeitados do estamento nacional fazerem, sem estremecer um único cílio, o jogo da corrupção de administradores públicos.

Não se podem descartar, no entanto, sem exame nem ponderação, os princípios da ética proclamada pela hegemonia do capital. Ao se construir uma sociedade não alienante, será importante e desejável a disciplina no trabalho, a honestidade nas relações pessoais, o mútuo respeito ao cidadãos etc. O problema, no entanto, não é o de valorizar estes princípios numa sociedade a construir, baseada na solidariedade, na fraternidade, na cooperação; o problema é o de saber se a imensa maioria dos dominados, numa sociedade de classes capitalista, pode assumir estes valores de uma sociedade solidária, fraterna, cooperativa. A resposta só pode ser negativa. É possível que um traço ou outro desta ética venha à tona e que grupos, correntes, subcamadas, camadas, corporações, adotem-nos com o maior empenho e maior consciência da sua importância. A hegemonia cultural da burguesia impede, no entanto, que se radiquem e expandam na sociedade. E esta hegemonia provoca, inelutavelmente, o divórcio entre o discurso e a prática. Nada mais ético, fraterno e humano que o juramento de muitas corporações profissionais; mas nada menos ético, fraterno e humano que a atividade de muitos e muitos profissionais. E tão menos ética quanto mais alienados os profissionais se sintam em face do trabalho que executam.

Ficamos então num beco sem saída? Condenados a viver numa sociedade que não se pode denominar selvagem, em respeito aos selvagens habitantes da selva, mas que envolve traços de ferocidade, de violência, de desrespeito inter-humano, como poucas sociedades históricas?

Há saídas e caminhos trilhados pela história. Um deles é o da formulação da ética pela via religiosa. Durante muitos séculos foi a ética religiosa dos oprimidos no Império Romano que possibilitou, como parte de uma contra-hegemonia, a derrubada do sistema escravista da antiguidade europeia. Esta mesma ética, transformada na ética dominante, foi elemento essencial da hegemonia que moldou a sociedade feudal e a sociedade dos privilégios na Europa do século X até o século XIX. Foi uma ética calcada na religião que forneceu base ideológica firme para a construção do capitalismo do século XIX. Nesta construção, a ética religiosa foi instrumento poderoso de submissão dos povos coloniais,

foi elemento tão importante para a expansão do capitalismo em escala mundial quanto as tropas e os exércitos das grandes potências.

A ética religiosa pode ter um elemento contra-hegemônico se a religião, qualquer que seja, fizer uma opção pelos pobres. Quando os defensores da teologia da libertação fazem esta opção, na América Latina, certamente estão lançando as bases de formulação de uma ética que, qualquer que seja a sua conotação com elementos do saber extraterrestre, é capaz de contribuir no combate à ética alienante do capitalismo.

A outra via é a da formulação da ética de uma corrente política que assume, de princípio e claramente, a idéia da necessidade apodíctica de construção de uma sociedade diferente da atual, desalienadora, e que subordine toda sua atividade ao caráter essencialmente humano desta sociedade. Era esta a ética que se queria na construção do socialismo. Ética em que os meios da construção são parte integrante dos fins e em que, sempre e em todas as circunstâncias, o homem é a medida das coisas, o irmão e o companheiro dos outros homens.

Este referencial de ética está hoje comprometido pelo fracasso da construção do socialismo, pela consolidação das relações capitalistas, pelo atraso crescente do Terceiro Mundo, provocado e agravado pela ação dos países do Primeiro Mundo. Restaurar este referencial, reconstruí-lo, será a tarefa dos partidos políticos que, teimosa e imperiosamente, irão projetar no século XXI a utopia dos pensadores do século XIX-a construção de uma sociedade humana e por isso ética. Como diz, vinda do século XIX, a poderosa voz de Marx:

"A doutrina materialista (vulgar), segundo a qual os homens são produto das circunstâncias e da educação, e que, portanto, homens modificados são produto de outras circunstâncias e de uma educação modificada, esquece-se de que são precisamente os homens que modificam as circunstâncias e de que o próprio educador precisa ser educado..."

Nesta observação se concentra toda a possibilidade da construção de uma ética para combater a ética egoísta, falsa e hipócrita do capitalismo dominante.

A Ética do Ensino Médico e o Ensino da Ética Médica

Roberto Wagner Bezerra de Araújo

Introdução

No momento em que elaboro este trabalho, numerosas questões envolvendo eutanásia, abortamento, esterilização humana, atestados médicos, segredo profissional, relação medico-paciente, relação entre colegas e muitas outras situações concretas estão sendo vivenciadas por médicos, estudantes e pacientes nos mais diferentes locais do país. Tais questões pertencem ao domínio da ética, para ser mais atual, ao campo da bioética.

Boa parte das soluções dadas aos problemas assinalados nos re-mete necessariamente a que façamos uma reflexão acerca do tipo de formação que atualmente recebem os profissionais de saúde, notada-mente os médicos.

O aparelho formador, a escola médica, está na berlinda: ela tem um papel relevante ou secundário na questão dos valores?

O aparelho formador, sua participação no modo de produção brasi-leira, e a complexidade das relações sociais abrem um verdadeiro leque de possibilidades explicativas nas condutas tomadas diante dos dilemas éticos.

Vamos nos contentar em delimitar nossa abordagem à questão da ética do ensino médico em confronto com o ensino da ética médica.

Estudaremos, portanto, a capacidade que teria a formação medi-ca de gerar, reproduzir, ou mesmo inculcar valores. Tais valores, não custa lembrar, desde a antigüidade foram preocupação de filósofos co-mo Sócrates, Platão e Aristóteles.

Já que mencionamos a palavra valor, sem a intenção e a compe-tência para discorrer sobre sua complexidade, queremos apenas assina-lar o texto clássico de Hessen(1), que nos mostra as direções tomadas pela filosofia neste campo particular do conhecimento. Os caminhos per-corridos permitem dizer que pelo menos sete linhas desdobraram-se na análise da questão do valor; foram elas:

- a) uma corrente psicológica;
- b) uma corrente neokantiana;
- c) uma corrente neofichteana;
- d) uma corrente fenomenológica;
- e) uma corrente derivada da escola de Remke e, finalmente, uma corrente neoescolástica.

Não vamos atihar muito os ânimos dos pragmatistas; encerremos esta etapa da colocação do proble-ma com a definição que considero valiosa (desculpem a coloca-ção do termo) para a problemática do ensino médico.

Valor é, portanto,(...) "algo que é objeto de uma experiência, de uma vivência"(2).

Quando pronunciamos a palavra valor podemos estar querendo dizer pelo menos três coisas distintas(3): (...) "a vivência de um valor; a qualidade de valor de uma coisa, ou a própria idéia de valor em si mesma".

Neste sentido, dizemos que o ensino médico reproduz e inculca valores, e, se isto ocorre, é possível para nós traçarmos uma análise cien-tífica sobre moral do ensino médico.

Porém, contentemo-nos em limitar nossa abordagem a questão da ética no ensino médico em confronto com o ensino da ética.

Mas, existe uma ética no ensino médico?

Talvez seja melhor definirmos em que perspectiva situamos a definição do que é ética para em seguida analisarmos melhor o tema.

Ética deve ser entendida como uma análise científica sobre a moral induzida pelo ensino médico. Poderemos dessa forma emitir juízos acerca da positividade ou negatividade dos valores transmitidos.

Como as pessoas se posicionam diante dos problemas éticos?

De um modo geral, as pessoas podem enfrentar os problemas éticos em pelo menos duas perspectivas: uma, que aponta para a resolução dos dilemas com base numa sólida formação moral individual. Para tais pessoas, uma boa formação escolar seria suficiente para que, diante de situações éticas, a atitude por elas tomadas reproduza os modelos preconizados pela ética médica.

Outra vertente de pensamento percebe as questões morais como sendo reflexos, decorrentes do modo de produção da sociedade, da relação que os homens mantêm entre si, da forma como eles se colocam diante da divisão do trabalho e da reprodução do modelo de sociedade vigente. Assim, dependendo do modo como nos posicionamos, propomos soluções ou idealistas ou materialistas, para os dilemas éticos, no sentido filosófico dos termos.

Entendemos que o ensino médico, e de modo geral o ensino de primeiro, segundo e terceiro graus, é determinado pela lógica de funcionamento da sociedade, portanto, os valores por eles reproduzidos refletem a contradição que lhes é inerente.

Deixando um pouco à sombra comentários acerca do funcionamento da sociedade, em rápidas pinceladas tentaremos dissecar alguns fatos por nós considerados importantes na lógica da geração de valores na educação médica.

O ensino médico tradicional recebeu a influência de dois fatores que contribuíram, sem sombra de dúvidas, para uma visão médica que é marcada por uma perspectiva moral característica dos novos tempos.

O primeiro deles foi a influência da visão cartesiana de mundo, que inaugurou a possibilidade do mecanismo dualista. Ou seja, a separação mente-corpo e a lógica de que a cada efeito corresponde uma causa.

O segundo foi a influência da perspectiva cientificista na prática médica. Porém, o fator mais importante que influenciou uma concepção de mundo em medicina foi a colocação de um currículo tendo como filosofia básica a abordagem Militarista e pragmática.

O Modelo de Ensino Médico

O modelo médico moderno difere profundamente do modelo médico hipocrático. As diferenças vão desde o aparecimento de uma teoria explicativa das doenças (modelo anatomopatológico), apanágio da medicina atual, passando pela aplicação da tecnologia em detrimento da atenção ao paciente. O que ganhamos em técnica perdemos em ética. Expli-co melhor, se a medicina hipocrática dedicava maior parte do seu tem-po para a atenção médico-paciente, a medicina moderna não pode, por motivos variados, dedicar a mesma atenção que antes. Hoje, o exame complementar ocupa um espaço volumoso da atenção médica, o que subtrai momentos importantes na anamnese e no exame físico, fatores primordiais no exercício da medicina hipocratica.

A Ciência Moderna

O ponto de inflexão, que fez a medicina avançar, começa no sécu-lo XVI. A junção entre uma prática empirista e um modelo manipulador da realidade fez com que o paciente, que antes era visto como alguém portador de um distúrbio cujas causas eram inacessíveis, passasse ago-ra a ser visto como um objeto de estudo. A teoria dos germes de Pasteur, juntamente com a teoria celular, readaptada à luz da teoria de Vir-chow, criou uma verdadeira ruptura epistemológica no saber médico. Portanto, a abordagem das doenças, segundo Galeno, foi substituída pela análise da anatomia patológico; inaugurava-se uma nova forma de praticar a medicina e possibilitava-se o nascimento da clínica como ho-je a concebemos.

O Modelo Flexner

Na década de 40, a América do Norte lança para o mundo um mo-delos de currículo médico que passará a ser adotado como a forma mais eficaz de transmissão dos conhecimentos médicos. O modelo passou a ser chamado de flexneriano e tinha como base a ciência e uma aborda-gem biocêntrica dos problemas de saúde. A formação médica é, portanto, de caráter cientificista e pragmáti-ca, implicando numa postura "fria", "neutra" e "objetiva", atributos da ciência.

O conflito ético mais importante, que se passa em decorrência da formação médica, é o conflito entre o princípio tradicional do primam non necere e a vontade de saber, já que a tecnologia moderna impõe o uso de aparelhagem potencialmente nociva, seja para diagnóstico, ou mesmo para tratamento.

Vencidas as etapas iniciais desta análise, gostaria de enfocar, den-tro do processo de ensino, algumas características que reputo como con-sequências de um ensino marcado pela lógica utilitarista.

O sistema educacional tem a sua lógica. Nele o processo ensinará aprender assume uma dimensão não apenas ética, mas também política. Vinculado ao sistema social, ele, ao mesmo tempo em que promo-ve a mudança de classe social, possibilita a difusão dos valores vigen-tes na sociedade.

Assim, acreditamos que o ensino médico possui uma ética. Os valo-res transmitidos têm relação direta com o modelo assumido para o ensino.

Com a ciência, abriu-se o campo para investigações que muitas vezes ultrapassam o que Kant chamava de imperativo categórico.

Para Kant, o homem deve sempre ser um fim em si mesmo e ja-mais meio. Este princípio ético tem norteado códigos de ética do mundo inteiro e entra em contradição com a liberdade do médico para fazer uso de seu arsenal terapêutico, obtido pela união entre ciência e tecnologia. O desejo de experimentar é limitado pelo direito do paciente de se posicionar diante dos procedimentos da medicina moderna.

Uma perspectiva puramente cientificista leva o médico a um embotamento de sua capacidade de avaliar com bom senso os riscos e os benefícios de um determinado procedimento técnico.

Porém deixemos de lado esta abordagem sobre a Ética do ensino médico, já que entendemos ser ela capaz de influenciar a reprodução de valores e coloquemos em foco nossa atenção para o ensino da ética médica.

O Ensino da Ética Médica

Aqueles que se defrontam no dia - a -dia com ensino da ética podem sentir, inicialmente, o relativo desprezo que as pessoas têm com as questões éticas, principalmente quando o tema é abordado numa perspectiva teórica explicação deve ser buscada na idéia vigente de que assuntos filosóficos são estéreis e, portanto, que não teriam um caráter fundamental teórico, o que não parece despertar nos alunos o interesse esperando.

Na nossa experiência didática, procuramos dar ao ensino da ética médica um caráter problematizador. Os alunos assumem uma postura diferente com relação ao conhecimento quando trazemos situações concretas a serem resolvidas.

Há uma atividade extremamente proveitosa com a qual encerramos nosso curso de ética, que é o julgamento ético-profissional simulado no qual os alunos vivenciam a difícil tarefa que é julgar alguém.

Estas propostas de trabalho são mecanismos alternativos, que buscamos para que o ensino da ética deixe de ser uma experiência passiva de aprendizado para se transformar em algo que contribua para o desenvolvimento do potencial crítico do aluno e da sua capacidade de resolver problemas.

O ensino da ética médica sofre as limitações de um currículo médico voltado para uma perspectiva utilitarista e pragamática. Assim como ele, os valores que são repassados são os mesmos de uma sociedade com base no individualismo e na competição, valores que devem ser substituídos pela necessidade de uma nova forma de viver em sociedade.

O comportamento moral que se espera dos profissionais médicos, em nossa opinião, não depende de uma transformação na forma de ensinar, e sim, na busca de um novo paradigma para a medicina e para a sociedade.

Para finalizar, gostaríamos de dizer, como Monroe(4), que o sentido da educação reside na conciliação entre interesse e esforço, em outras palavras, tentar solucionar o problema do indivíduo e da sociedade; este, sem dúvida, tem sido o problema educativo e ético desde o começo da vida humana.

A Ética do Estudante de Medicina

Benedictus Philadelpho de Siqueira

A ética, entendida como a teoria ou ciência do comportamento moral do ser humano no relacionamento com seu semelhante e o meio ambiente, sofre modificações de acordo com o momento histórico em que se dá esta relação, com a complexidade da sociedade e das transformações que o homem vai produzindo no ambiente.

O estudante de medicina, como ator dessas transformações, deve ter seu código de ética permanentemente atualizado, não no sentido da permissividade, mas do comportamento adequado aos que lidam com o bem mais precioso do ser humano, que é a vida.

O Estudante e a Escola Médica

Nos últimos 30 anos assistimos, no Brasil, a um crescimento exagerado do número de escolas médicas. De 28 no início dos anos 60, chegam a 80, no início dos anos 90. Nesse processo, freqüentemente a pre-ocupação com a qualidade do ensino, que não estava ausente das metas dos organizadores das novas escolas, esbarrou na dura realidade do cotidiano, que impunha limitações financeiras à ampliação, qualificação e dedicação do corpo docente, e a investimentos físicos e materiais (bibliotecas, laboratórios, hospitais etc.). As dificuldades encontradas fizeram com que, em alguns casos, a opção por se manter a escola funcionando, mesmo sem as condições adequadas do ponto de vista da formação do médico, comprometesse o objetivo final.

Uma sociedade em rápida transformação, em que um dos poucos canais de ascensão social é a formação universitária, favorece a tendência dos jovens a se conformarem com as condições inadequadas de ensino, passando a ver na escola apenas um meio de obterem um título. No caso da escola médica não foi diferente. As falhas do ensino, em termos de conhecimentos e habilidades, os alunos resignaram-se em superá-las na vida prática. As atitudes e comportamentos éticos e o compromisso social quase nunca constituíram preocupação dos jovens que estão nessas faculdades.

Este comportamento, de manter a escola funcionando sem as condições necessárias, é absolutamente incompatível com os objetivos de qualquer escola, principalmente daquelas que têm como compromisso maior a defesa da vida.

O estudante de medicina tem de exigir da escola médica todas as condições para que adquira os conhecimentos necessários e, o que é mais importante, maneiras de manter-se atualizado, em um mundo onde a obsolescência se dá de forma vertiginosa. É fundamental também que se desenvolvam as habilidades que a profissão requer. Ainda, é essencial que

a escola se preocupe em incorporar no aluno atitudes e comportamentos éticos que a sociedade espera do médico, destacando seu compromisso social.

O aluno deve, assim, contribuir para a identificação das falhas existentes, quer em termos de recursos materiais ou do corpo docente. A escola e os professores não podem discriminá-lo por denunciar os desvios da instituição.

O estudante de medicina tem o direito de ter professores competentes e dedicados, não apenas para ministrá-lhe aulas teóricas, mas principalmente para acompanhá-lo na relação aluno/paciente, discutindo o processo saúde/doença e sua interação com o indivíduo e a sociedade. O verdadeiro docente deve possibilitar ao aluno o desenvolvimento de suas habilidades psicomotoras, ao mesmo tempo em que fornece parâmetros socialmente justos e eticamente aceitos de relacionamento médico/paciente. O estudante de medicina não pode aceitar que na escola médica existam patamares diferenciados de cidadania, tanto entre os colegas, como principalmente entre os pacientes dos hospitais de ensino, locais privilegiados de sua prática clínica.

Se o estudante de medicina não pode discriminar, ele também não pode sofrer discriminação. Não se admite qualquer restrição por razões de natureza étnica, religiosa, política ou social.

O Estudante de Medicina, seus Deveres e Limitações

A defesa da vida deve ser a principal preocupação do estudante de medicina. Neste sentido, sua participação nas atividades desenvolvidas pela instituição na qual faz seu curso médico deve pautar-se pela intransigente valorização da vida humana. Deve abster-se de praticar quaisquer atos que possam significar risco para a vida e não permitir que nenhum membro da equipe de saúde da qual participe os pratique. Qualquer intervenção que venha a praticar ou participar deve ser olhada como se fosse nele mesmo. O que for bom, justo e oportuno para ele deve ser também para o paciente.

Dentro desta mesma premissa, deve orientar sua formação, evitando que em qualquer momento sua deficiência possa colocar a vida ou a qualidade da vida em risco.

Sabendo que os conhecimentos atuais são verdades passageiras, deve buscar em sua vida acadêmica a formação, e não apenas a informação. A procura do conhecimento onde ele está sendo gerado deve ser uma preocupação constante, e o método científico, ferramenta de trabalho cotidiana. A integração com grupos de pesquisa necessita ser permanente. A escola médica que não realiza investigação e gera conhecimento não merece esse nome, não passando de um grande e anacrônico colégio de 3º grau.

Como a profissão médica exige habilidades psicomotoras, o estudante de medicina deve procurar desenvolvê-las continuamente. Este desenvolvimento, contudo, não pode ser feito às custas de riscos para a vida do paciente ou de manipulações e de atos lesivos. Todo procedimento que vier a ser feito no paciente deve ser prévia e exhaustivamente praticado em manequins e/ou animais de experimentação (ressalvados os preceitos éticos na relação com os animais).

O estudante de medicina necessita desenvolver seu raciocínio clínico e entender que os exames complementares existem para confirmar diagnóstico. Não se admite, desta forma, um profissional máquina/dependente, que faz com que a medicina se desumanize e seu custo se eleve geometricamente, tornando-a inacessível à grande maioria, violando seu compromisso social.

O relacionamento médico/paciente é o ponto central da profissão médica. Somente pode haver ensino médico de qualidade onde exista uma relação efetiva aluno/paciente/comunidade. No centro dessa relação tem de estar o paciente. Paciente-sujeito, e não objeto de estudo entendido e tratado de acordo com sua cultura. O estudante não pode se esquecer de que, no momento em que o indivíduo perde a sua saúde, necessita de uma compreensão maior, sua dependência cresce e sua sensibilidade aflora com maior intensidade. Espera-se que nesta circunstância o estudante saiba ouvir com atenção, ter calma e prudência nas atitudes, ser tolerante e razoável com as manifestações do paciente, ter respeito e dedicação. Não deve jamais participar de procedimentos desumanos e/ou cruéis contra a pessoa humana, ou fornecer informações ou meios que permitam a outrem realizá-los.

A Escola Médica, os serviços de saúde e o estudante

A escola médica é o local privilegiado para a consolidação das atitudes e comportamentos que o estudante trouxe de sua família e também para permitir a formação de novas atitudes e comportamentos inerentes à profissão. Para tanto, é fundamental que seu conjunto-professores, funcionárias e alunos-persiga insistentemente o aprimoramento de suas atitudes, comportamentos e compromissos. O relacionamento entre os três segmentos (docentes, funcionários e alunos) deve espelhar a busca da equidade e da justiça. A escola médica não pode aceitar o isolamento do contexto social. Os serviços de saúde devem ser o local por excelência do ensino/aprendizado, buscando sempre no tratamento do processo saúde/doença, quer no indivíduo ou na coletividade, melhorar a equidade, a resolubilidade, a eficiência e a eficácia. Seus hospitais devem funcionar integrados a uma rede regionalizada e hierarquizada. Somente assim os preceitos da ética-médica e social - poderão ser apreendidos pelos alunos. Dentro desta ótica e da estratégia aprender/trabalhando é que a escola médica estará cumprindo a sua função social e consequentemente permitindo a seus alunos incorporarem este compromisso, evitando a mercantilização da medicina. Esta mercantilização, imposta ao médico pelo complexo médico-industrial, é a grande responsável pela quebra da relação médico-paciente, pelo desprestígio e desrespeito do médico junto à sociedade, enfim pela desumanização da medicina. É dever do estudante lutar para que a escola médica atinja este grau de integração com a sociedade e, em particular, com os serviços de saúde.

É ainda dever ético dos alunos zelar pelo patrimônio da instituição (escola, hospital, biblioteca), impedindo que o que é coletivo sofra desgastes maiores do que aquele imposto pelo uso racional. O coletivo é de todos e de cada um em particular, contrariamente ao que às vezes se apregoa, não pertencente a ninguém.

Sigilo Profissional

Hercules Sidnei Pires Liberal

Os conturbados anos que vão de 1830 a 1836, em Paris, registra-ram uma célebre e jurisprudencial frase, preferida por um conhecido ci-rurgião-Dupuytren-às portas de seu hospital: "Je n'ai pas v   d'in-surg  s dans mes Saltes d'h  pital, je n'ai vu que des bless  s".

No ano de 1960, importante autoridade do Ministério da Justiça to-mou conhecimento de que certo cidadão estrangeiro, com visto de turis-ta e candidato   cidadania brasileira, encontrava-se internado no Hospi-tal Charcot, em São Paulo. Interessava ao Ministério da Justiça saber se a doença do referido estrangeiro era daquelas que, na forma da legisla  o então vigente, impedia a concessão do visto permanente. Diligências sucessivas para obten  o das informa  es esbarraram em firmes recusas do diretor do hospital, que entendia tratar-se de inviolável caso de sigilo médico.

A corajosa posi  o assumida por Dupuytren diante da guarda nacional orleanista, assim como a negativa do diretor do hospital paulista-no, reforçou a compreensão de que o segredo médico representa, talvez, o mais importante pilar de sustentac  o do prestígio da medicina. "   o esteio,    a coluna mestra de toda a deontologia médica", afirma Flami-nio Favero.

Repetem-se, incessantemente, através dos séculos, desde Hip  cra-tes, antes de Cristo, até os dias atuais, as obstinadas recomenda  es dos mestres aos seus seguidores para o compromisso do segredo médi-co. A princípio, um compromisso místico, intuitivo, lógico. Pouco a pou-co, insere-se nas normas e códigos, até, finalmente, adquirir o status de lei.

As idéias libertárias da Revolu  o Francesa propiciaram novos ins-trumentos do conhecimento científico. Ai, uma vez mais, reforça-se o se-gredo médico, encabeçando as teses da Faculdade de Montpellier: "Quoi que je vale ou entende dans la societ   pendant /'exerce de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besein d'être divulgu  , regardant la discr  tion comme un decair em pareil cas". (Theses de la Faculté de Montpellier). O segredo médico, como ressalta o jurista Antônio Carlos Mendes, constitui instituto erigido em favor do paciente e responde, ao mesmo tempo, aos interesses dos familiares, dos médicos e da sociedade (con-sultar Louis Kornprobst-Responsabilit  s du médecin devant la loi e la jurisprudence françaises, citado por A. de Almeida Júnior).

   o segredo médico uma espécie de segredo profissional, devido pelos denominados confidentes necessários, cujas confidências são ex-postas por imperiosa necessidade de busca de auxílio para reparac  o de um estado mórbido ou de lesões de ordem moral ou patrimonial. Ali-nham-se, neste caso, os sigilos impostos aos profissionais que, para pres-tac  o de qualquer tipo de serviço, necessitem penetrar na intimidade do cliente.

Assim, a máxima agostiniana, "aquilo que sei pela confissão eu o sei menos do que o que jamais soube", consagra primordial orienta  o do Direito Can  nico em rela  o ao sigillum sacramentale, cuja importância superou a autoridade da própria Inquisi  o.    sua vez, os advoga-dos lidam, via de regra, com o homem indefeso, acuado, que necessita de seus conhecimentos técnicos e sua compreensão, estando, dessa forma, submetidos a rigoroso

dever de sigilo, cuja exigência e determina da pelo preceito constitucional da garantia da defesa. Já os jornalistas reclamam o privilégio da garantia penal dos seus segredos, com a intenção de eximir o profissional da obrigação de depor e de revelar as fontes que utilizou para produzir sua matéria jornalística. Com isso, garantem a manutenção do fluxo de informações que brotam de suas fontes (pessoas), garantindo-lhes a preservação da identidade e o direito da informação ao público.

Como espécie de segredo profissional, o segredo médico está consolidado no Direito Universal, ora se manifestando de forma absoluta, ora de modo eclético, em ambos os casos, pela via da lei ou da jurisprudência. Assim, a jurisprudência das cortes e tribunais franceses tem mantido o caráter absoluto do segredo médico. Segundo Brouardel, o Tribunal de Rouen, posteriormente apoiado pela Corte Suprema, recusou-se a tomar conhecimento de informações que haviam sido obtidas mediante apreensão dos livros de um hospital. Afirma Nelson Hungria que a vontade do segredo deve ser protegida ainda quando corresponda a motivos subalternos ou vise a fins censuráveis. "Assim, o médico deve calar o pedido formulado pela cliente para que a faça abortar, do mesmo modo que o advogado deve silenciar o confessado propósito de fraude processual do seu constituinte". Escolhe-se, desse modo, o mal menor da impunidade do autor de um crime, para preservar o patrimônio social das confidências necessárias, enfim, do segredo profissional.

Na Inglaterra e na Bélgica e, posteriormente, na Argentina, em função das peculiaridades da gênese do Direito naqueles países, o médico chamado aos tribunais não pode reclamar do privilégio do silêncio, caso a revelação seja necessária para fins da justiça. Entretanto, os juizes ingleses se prevalecem desse poder excepcional com extrema parcimônia.

No Brasil, em face da base legal disponível, o médico somente prestará informações às autoridades policiais ou judiciárias se o caso estiver contido nas hipóteses de "justa causa", que, como veremos adiante, deve estar circunscrita às determinações do legislador.

Por outro lado, o pensamento eclético parece subestimar o fundamento absoluto do estatuto do segredo, considerando-o dogmático ou sacramental, em favor do que podem interpretar como sendo interesses maiores da sociedade: "A revelação do segredo médico não pode constituir um crime quando feita pela necessidade de proteger-se um interesse contrário mais importante" (Genival Veloso de França). Seguindo essa mesma linha de raciocínio, Nerio Rojas afirma que em certos países, como a França, a ambigüidade da lei e a tradição da doutrina sob este aspecto se chocam freqüentemente com as exigências da vida social; que, embora presentes no antigo código argentino, os conflitos já não são tanto de ordem legal, mas sim de ordem moral.

Cabe aqui sugerirmos uma necessária reflexão em face do arbítrio depositado no profissional que, via de regra, como entende Marco Segre, depara-se com dois importantes fatos muito freqüentes: desconhecimento dos mecanismos de justiça e insegurança, consequência do primeiro, que favorece o medo de consequências funestas ante uma simples acusação contra ele.

A nossa Constituição estabelece que ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, senão em virtude da lei, e que são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas. São princípios que abrigam os dispositivos legais que se referem ao segredo profissional, em particular o segredo médico. O Código Penal, o Código Civil, o Código de Processo Penal, a Lei das Contravenções Penais e o Código de Processo Civil fundamentaram nosso Código de Ética Médica, Resoluções e Pareceres do Conselho Federal de Medicina.

As exceções determinadas no artigo 104 do Código de Ética Médica reforçam a exceção da "justa causa" que o artigo 154 do Código Penal estabelece, derogando a obrigação do segredo que alguém tenha ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão.

Entretanto, consideramos de fundamental importância conceituarmos adequadamente a "justa causa" diante das inúmeras interpretações superficiais e ecléticas daqueles que defendem grande amplitude ao seu universo.

Muitas das exceções que citam alguns autores como "justa causa" são, em realidade, fatos e circunstâncias que devem justificar o descumprimento da norma geral do segredo, não indicando determinação para que o médico descumpra a norma; não servem para obrigar o médico a revelar o segredo, e sim para descaracterizar o crime do profissional que tenha revelado segredo de que teve conhecimento no exercício de sua profissão. De acordo com Anibal Bruno, "pode legitimar o fato como causa geral de exclusão do injusto, como o consentimento do ofendido, que torna o agente, autorizado a dispor do segredo, o exercício de um direito, o cumprimento de um dever legal, a defesa do interesse próprio ou alheio". Mas, adverte o autor, que a justa causa tem seus limites fixados pelo Direito, não admitindo circunstâncias estranhas que conduziriam fatalmente à "imprecisão e alargamento excessivo da posição justificativa, com o enfraquecimento da tutela penal".

A esse respeito, coincide a observação de João Bernadino Gonzaga, ao recomendar "prudente rigor no estabelecimento do que seja causa justa, tendo em vista que o indispensável prestígio da categoria a que pertence o agente, aos olhos da confiança pública, impõe-lhe tenaz apego à discricionariedade".

É necessário, pois, estarmos atentos às recomendações ecléticas, de "deixar ao médico a decisão do que há de fazer" e que o problema do seu segredo se resolve "na consciência profissional". Nesse caso, o confidente se arrisca ao constrangimento de ver sua opção recusada pelo juiz. Ficamos com a ideia do citado autor de que geralmente o próprio legislador, explícita ou implicitamente, autoriza a quebra do sigilo, caracterizando a "justa causa", e de que, na falta do dispositivo legal, a apreciação valorativa "terá de ficar na dependência de critérios que se possam extrair da ordem jurídica".

A situação brasileira se reveste de excepcional harmonia entre o ordenamento jurídico e as normas éticas, resultando em indispensável equilíbrio entre os interesses individuais e o da coletividade. Se, por um lado, existe o dever de todo cidadão de colaboração com a

justiça e com o interesse da sociedade, por outro, deve-se considerar a medida e a extensão desse dever, em igual amplitude com que se faz necessário compreender a exata medida da inviolabilidade do segredo médico. E não poderia ser de outra forma. Com efeito, o ordenamento jurídico e a norma ética não apresentam contradições conflitivas que possam resultar em choque de interesses, vez que o Código de Ética Médica contém normas jurídicas especiais, submetidas a regime semelhante ao das normas e atos normativos federais, porquanto elaborado sob tutela da Lei nº 3.268/57.

Desse modo, contemplam a existência de razões relevantes, não aleatórias nem para "prevalecer o bom senso", de modo impreciso, mas reconhecidas e reguladas pelo Direito, identificadas pela expressão "justa causa", que balizam os limites da inviolabilidade do segredo médico. Assim, reconhecem a inexistência de ato ilícito quando o agente pratica o fato em estrito cumprimento de dever legal ou no exercício regular de direito. Claro está que a autoridade expressa do paciente, em seu benefício, desobriga o médico da guarda do sigilo. É uma relevante razão.

A "justa causa" constitui, dessa forma, o conjunto de exceções reconhecidas pelo ordenamento jurídico, e ético, que contempla, ao mesmo tempo, os interesses da coletividade e a confiabilidade do relacionamento médico-paciente, não se constituindo "amplo universo" de abertura ao fundamento do segredo médico. Ao contrário, reforçam-no, vez que a regra se confirma juridicamente pelas exceções previstas na própria regra. As informações às autoridades sanitárias da ocorrência de doenças ditas de notificação compulsória são previstas na legislação sanitária e visam a atender ao interesse da saúde pública, de extrema relevância sob a ótica da ordem jurídica e irrelevante como fator de agressão ao fundamento do segredo médico. Vale lembrar que a forma sob a qual se manifestam as informações garante o conhecimento do segredo por um universo restrito de profissionais, também estes submetidos pela lei ao dever do sigilo.

A comunicação de crimes é outra imposição da lei aos médicos. Contudo, a obrigação esta limitada aos crimes de ação pública que independem de representação da pessoa ofendida e que não submetam o paciente, quando ofensor, a procedimento criminal (Lei das Contravenções Penais). As normas legais vigentes, nesses casos, desobrigam (Código de Processo Civil) e até proíbem (Código de Processo Penal) aos médicos de depor em juízo, como testemunhas, salvo no interesse do seu paciente, por sua solicitação.

Cabe aqui a ressalva de Nelson Hungria de que o segredo é devido pelo médico ao seu paciente, e não seu algoz. Assim, como exemplifica Antônio Carlos Mendes, ao tomar conhecimento de tentativa de aborto por parte do cliente, o médico devera calar-se, porque a sua paciente estará sujeita a procedimento criminal. Entretanto, caso constatare que a tentativa foi de outrem e à revelia da cliente, o médico deve comunicar o crime.

Na legislação brasileira observamos outras determinações legais, no âmbito da "justa causa", que desobrigam o médico do dever do sigilo: as declarações de nascimento e de óbito, na ausência dos responsáveis legais, as notificações de acidentes e de doenças do trabalho, o exercício de função pericial e outras, além das informações que forem solicitadas pelos Conselhos Regionais e Federal de Medicina, em decorrência de suas prerrogativas estatuídas em lei, amparadas, portanto, pela nossa ordem jurídica.

Não trataremos aqui, embora reconheçamos a pertinência de sua análise em estudo mais amplo sobre a matéria, das questões colocadas no âmbito do denominado "estado de necessidade" ou da "legítima defesa", que consideramos relacionadas aos fatos e circunstâncias, como já o dissemos, que servem para o médico justificar o descumprimento da norma penal e ética e que não servem para determinar a revelação do segredo, servem apenas para descaracterizar o crime do profissional que tenha revelado segredo de que teve conhecimento no exercício de sua profissão.

O avanço da tecnologia e das ciências representa inestimável conquista para a humanidade, muito embora sua aplicação no campo da medicina esteja, ainda, à disposição de uma minoria privilegiada e negada à maioria dos cidadãos comuns. Da mesma forma, as transformações observadas nas relações da medicina com seus usuários são corolários das modificações experimentadas nas relações sociais, em face da busca incessante de relações justas entre os homens. Elas determinam mudanças no contrato social, que pode se manifestar pela tutela do Estado ou pela exploração da iniciativa privada, ou, simultaneamente, em alternância de hegemonia, de acordo com compromissos da ideologia dominante.

Contudo, qualquer que seja a relação da medicina com o usuário, os valores éticos e morais, como o segredo médico, devem permanecer intocáveis, não capitulando à liberalidade econômica pregada pela doutrina do livre mercado como ideologia única do pensamento humano.

As conquistas da humanidade no campo da ciência e sua aplicação à medicina não devem influir nos valores consagrados ao interesse da relação médico-paciente como condição do prestígio da própria medicina. De outro lado, os valores éticos e morais não são adaptáveis a cada nova realidade, pois estão em outra escala de valores. De certa forma, presidem, perenemente, a evolução experimentada pela humanidade, como valores referenciais ao comportamento desejável a cada passo.

Por isso, não será destituído de fundamento querer-se reforçar a luta por uma relação médico-paciente que mantenha as mesmas características morais e éticas necessárias, já identificadas desde o ano 460 antes de Cristo.

A evolução da medicina acompanha, necessariamente, com a acumulação do conhecimento científico, a evolução da sociedade, desde sua forma mais primitiva até os dias atuais, constatando-se, ao longo dos séculos, os grandes saltos qualitativos do homem em busca de uma relação social igualitária e justa. É fato, no entanto, que os grandes avanços nas relações humanas e no conhecimento científico não devem descartar nem descaracterizar os valores morais e éticos do relacionamento humano.

Com essa compreensão, podemos entender porque em 1944 - mais de dois mil e quatrocentos anos depois de enunciado o princípio deontológico pelos pregores - a humanidade contabilizou mais uma prova da consolidação do segredo médico como instrumento de prestígio da medicina. Refiro-me ao seguinte telegrama enviado pelo presidente do Conselho Nacional da Ordem a todos os médicos franceses aos quais o nazifascismo queria obrigar a denunciar os feridos da Resistência:

"... condition nécessaire de la confiance que les melades portent a leur médecin. Il n'est aucune considération administrative qui puisse nous en dégager".

Bibliografia

- Alcântara, H.R. Deontologia e diceologia. São Paulo, Organização Andrei, 1979.
- Almeida Júnior, A. Questão relativas ao segredo médico. Parecer cremesp. Arquivos do conselho regional de medicina do Estado de São Paulo. São Paulo, CREMESP, ano 1, n.1, out. 1960. P.39-41.
- BROUARDEL, P. La responsabilité médicale. Paris, J.B. Bailliere, 1898.
- Le secret médical. Paris, 1887.
- BRUNO, A. Direito penal . parte especial, I Tomo IV.
- FAVERO, F. Medicina Legal. 11.ed. Belo horizonte, 1980. v2.
- FRANÇA, G.V. Direito médico. 5.ed. São Paulo, Fundo BYK, 1992.
- GONZAGA, J.B. Violação de segredo profissional. São Paulo, Max Limonad, 1976.
- HUNGRIA, N. comentários ao Código Penal. Rio de Janeiro, 1962.
- LIBERAL, H. S. Parecer nº24/90, exagerado para o Conselho Federal de Medicina .Envio de prontuário médico á justiça .Brasília, 1990.
- MENDES, A . C. Segredo médico. Parecer exagerado para o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo .Ética médica. São Paulo , CREMESP, ano 1, n.1, 1988, p. 144-150.
- ORDRE NATIONAL DES MÉDECINIS. Guide d'exercice professionnel: a l'usage des médecins. 12.ed. Paris , Masson, 1980.
- ROJAS, N. Medicina legal .Buenos Aires, EL Ateneu, 1953.
- SEGRE, M. O Médico e a justiça. Re v. AMB .São Paulo, Associação Médica Brasileira, (5/6):106-108.

Relação Médico-Paciente no Final do Século XX

José Eberienos Assad

A medicina talvez a mais vetusta das profissões, arte milenar da cura. Ela varou os séculos, os milênios, calcada em duas prerrogativas intransponíveis: a relação médico-paciente e o sigilo profissional.

Nos primórdios, era mais arte que ciência, e, como todo artista, o médico de então tinha uma sensibilidade hipertrofiada, já que os recur-sos diagnósticos e o arsenal terapêutico eram tão parcos quanto os conhecimentos científicos da época.

A medicina encontrava-se na fase deísta-explicativa, em que se procurava conferir origens extraterrenas as doenças, sem qualquer embasamento fisiopatológico.

O próprio Hipócrates justificava as artrites com a reuma, um fluido que, partindo do cérebro, percorria todo o corpo. Dai o termo reumatismo.

Nesta época, o médico estava junto de seu paciente, e este se agar-rava como tábua de salvação à medicina praticada.

Com o desenvolvimento científico, as bases anatômicas, patológi-cas e fisiopatológicas foram sendo estatuídas.

William Harvey, em 1628, descrevia a circulação humana de mo-do preciso, em um ano abençoado para a ciência, pois nele surge a química orgânica a partir da síntese da uréia, alcançada com a transforma-ção do carbonato de amônia, conseguida por Wohler.

A descoberta do estetoscópio por Laenec, um dos maiores clínicos da época, no século XVII, e avanços outros do instrumental semiótica davam-lhe consistência.

No século XVI¹¹, período excepcional da história da humanidade, com as maravilhas da arte e com a Revolução Francesa marcando um novo período histórico, a Idade Contemporânea, surge uma arma terapêutica consagrada até os dias de hoje: a digital, descoberta por Withe-rin em 1785.

Mas a medicina se afirma mesmo a partir do momento em que o suspeitado passa a ser confirmado pelo estudo necroscópio, e isto se dava no século XIX.

No século XX, indiscutivelmente a afirmação da psicanálise, dos ensinamentos de Sigmund Freud, dá-se de maneira sólida e passa a abrir um novo campo da abordagem da problemática psíquica e emocional do cidadão, seus conflitos, suas angústias e frustrações.

Contudo, é neste século que surgem alguns complicadores da rela-ção médico-paciente, entre eles a tecnologia, a superespecialização, a interposição institucional e o papel dos meios de comunicação.

A tecnologia tirou o médico da cabeceira de seu paciente, fazendo com que a mão que sentia, tocava, percutia e acariciava fosse substituída por visores luminosos e sonoros, por aparelhagem cada vez mais sofisticada.

O calor humano do profissional, várias vezes, tornou-se mais distante, e a cibernética desprezou o contato mais íntimo e carinhoso do médico.

Não se pode desejar que a medicina e a tecnologia reproduzam o que ocorreu com Eus e Aurora na mitologia grega:

"Eus foi solicitar a Zeus que lhe desse longevidade, e o Deus supremo do Olimpo o atendeu. Eus viveu, viveu, ficou anoso e muito falante, esquecendo, contudo, de solicitar, além de longevidade, vitalidade, lucidez e qualidade de vida.

Aurora, com seu poder reducionista, transformou Eus em uma cigarrinha cantante."

Havemos de volitar que o desenvolvimento tecnológico e científico seja colocado à disposição da saúde do homem e que tenha como conseqüência imediato e direto seu bem-estar e melhoria de sua qualidade de vida. O que não podemos aceitar é que este avanço sirva para afastar o médico de seu paciente e vice-versa. Se isto vier a acontecer, a exemplo do que ocorreu com Eus, a medicina estará sendo reduzida, diminuída e cairá do patamar alcandorado de respeitabilidade e admiração, que ao longo dos anos cristalizou.

Não há computador, não existe software, não se dispõe de hardware capaz de substituir o médico, que desfalece a atenção, que abastece seu paciente de esperança, que dá seu carinho e seu consolo, porque esta é uma profissão que cura algumas vezes, salva outras, mas consola sempre, tornando-a sem dúvida incomparável, porque todo o paciente tem no médico a escora em que se apela para superar suas dificuldades.

Evidentemente que não se pode desprezar os benefícios que os científicos e tecnológicos trouxeram à ciência-

dica, mas também não podemos negar que eles tornaram o médico mais afastado do seu paciente.

Erradamente, vezes outras, a tomografia computadorizada substitui a anamnese, a ultrassonografia dispensa a palpação e a percussão, eletrocardiograma faz a elisão da ausculta. A avalanche febril da solicitação de exames complementares dispensáveis tem posto em risco a viabilidade da prestação da assistência médica, pela grande incidência de exames normais de elevado custo.

Note-se que o médico executor da semiótica complementar não é o responsável pelo paciente, e às vezes o médico que assiste o paciente se vê no emaranhado dos resultados, no labirinto dos achados que ele e só ele, que tem o contato constante com o paciente, tem a obrigação de desvencilhar.

Um outro aspecto é que a democratização entre médico e paciente centrifugou o autoritarismo embutido, algumas vezes, nesta convivência, tornando-a a mais elaborada, participativa e respeitosa.

Não podemos olvidar que a doença humilha, deprime e angustia. O simples fato de o paciente não poder se colocar de pé já é um fator para alimentar e intensificar esta depressão, pois a dependência que passa a ter de outras pessoas, que invadem sua

privacidade, sua intimidade, transforma-se num fermento capaz de aumentar esta depressão e esta humilhação. O dito "quem sabe da sua vida e de sua saúde sou eu médico" não cabe mais, pois é do paciente o poder decisório sobre ele mesmo, pois vida e saúde são direitos inalienáveis de cidadania, que pertencem ao paciente, deles não podendo dispor qualquer pessoa. O respeito, o simples fato de acatar os valores do paciente, já coloca nós médicos num estágio de admiração e, mais do que isto, transforma-nos num bálsamo de esperanças e de felicidade.

A relação médico-paciente deve ter no respeito e na conquista de credibilidade ingredientes indispensáveis ao seu êxito. O direito à informação é assegurado na Constituição da República Federativa do Brasil, e não foi aleatoriamente que dela consta, pela vez primeira, o "habeas-data", instituto que assegura a qualquer cidadão conhecer informações que lhe dizem respeito. E por aí passa também o direito ao acesso à informações inseridas nos prontuários e arquivos médicos.

A medicina, através dos tempos, tem também se transformado num escoadouro natural de humilhados e ofendidos, de suas angustias, apreensões e opressões da população, em especial nos regimes discricionários.

Quando a cidadania é amarfanhada, vilipendiada e desrespeitada, quando o estado de direito é desestabilizado, é o médico a única fonte que exala democracia, ouvindo a voz daqueles que o autoritarismo emudeceu, que a truculência calou, tornando-se confidentes de infindáveis preocupações, fiel depositário de segredos que põem em risco a integridade e a vida de quem os confessa e de quem deles toma conhecimento.

Um outro complicador desta relação é indubitavelmente a superespecialização, que serviu para entupigaitar o paciente, que, inseguro de suas possibilidades, incerto quanto a seu futuro, peregrina de consultório em consultório, num périplo interminável, de laboratório em laboratório, de aparelho em aparelho.

Hoje a superespecialização segmentou o paciente, que é visto pelo médico especialista em narina esquerda, pálpebra direita e onde P do eletrocardiograma, embotando-se assim a visão holística do paciente, o que certamente dificulta a sua vinculação ao seu médico e vice-versa.

A interposição institucional também impõe uma incomodidade nesta relação, seja pública ou privada, em que o paciente não tem tempo de conhecer seu médico, nem este de saber sequer o nome de quem trata.

O poder público, a medicina de grupo e as conversadas se interpueram nesta relação, afrouxando os grilhões outrora consistentes de uma relação reciprocamente terna e duplamente gratificante.

A história comportamental humana tem dois fatos que aluíram seu destino: a pílula anticoncepcional e a televisão.

Este meio de comunicação trouxe à intimidade da vida das pessoas, além de conhecimentos indiscutíveis, esclarecimentos específicos para a área médica.

Isto fez o paciente ter um nível de informações sobre patologias outras e sobre a sua própria, trazendo o diálogo com seu médico para um patamar diferente.

Além do mais, algumas campanhas difamatórias por parte da imprensa contra a classe médica, e algumas notícias verdadeiras de deslizes éticos, de alguma forma levam a que alguns hostilizem o médico, tornando uma possível relação fraterna em algo agressivo. E aí que des-ponta a competência do médico para redirecionar esta relação para um lado agradável, não permitindo que se estabeleça um ambiente em que não se possa alcançar avanços e angariar conquistas que resultem em benefício do paciente e em satisfação do seu médico.

Enganam-se aqueles que tentam argumentar que a relação médico-paciente fora forte, enquanto a medicina era liberal.

Qualquer que seja o seu modelo institucional, seja no Sistema Único de Saúde ou no consultório particular, ela pulsará firme, cabendo ao médico embalá-la, pois, sem ela, não haverá medicina.

Não importam as ironias, como a de Voltaire, que dizia que "médico é aquele homem que engana enquanto a natureza cura". Não importa. Não menos procaz é "Deus cura e o médico manda a conta", de Benjamim Franklin. Ou ainda como afirmou Jaques Borel: "Recebi a conta da operação, agora sei porque aqueles médicos usavam máscaras".

Estas afirmações são muito tênues diante da grandeza de uma relação médico-paciente hercúlea.

O modus operandi com que o médico repassa a verdade a seu paciente não pode ser um instrumento de alívio da tensão do profissional e um verdadeiro desmonte estrutural do paciente, agravando suas incertezas e minando suas esperanças de uma vida saudável e feliz.

Nós médicos temos, para com nossos pacientes, compromissos que transcendem à saúde e que mergulham nuclearmente no terreno pantanoso da felicidade do cidadão.

A hora em que a medicina for só ciência, sem ser arte, e solidariado, ela começará a se contabescer, exaurindo-se no conceito que a humanidade lhe dedica.

Mais do que nunca a relação médico-paciente continuará sendo o pilar fundamental desta ciência humanística, cujo único alvo deve ser o homem, sua saúde, seu bem-estar e sua felicidade.

O computador e a tecnologia têm de contribuir para que a postura humanística seja reforçada. Caso contrário, estarão colaborando para o extermínio da ciência médica.

Somente os temperos altruístico e humanístico sobrepujam a dura realidade de que todo homem é mortal. E de que toda vida tem a sua finitude decretada assim que se inicia.

A relação médico-paciente estabelece entre ambos um contrato, que é um ato jurídico perfeito e que pode ser de obrigações de resultados ou de obrigações de meios.

No primeiro modelo contratual, o médico está obrigado ao êxito do procedimento e, como o nome diz, ao resultado satisfatório. Como ressalta Jan Pinlau em seu livro *Responsabilité du Médecin*, poucas são as situações em que as obrigações de resultado se estabelecem. Entre elas, a cirurgia plástica, a transfusão sanguínea e procedimentos contraindicados a um médico, quando este não o pode realizar e por isto envia um assistente ou outro substituto. Já na obrigação de meios, o médico se compromete ao empenho de colocar todos os meios semióticos e terapêuticos em benefício de seu paciente, sem obrigação de êxito, e esta modalidade é a mais comum dos contratos de obrigação.

O ato médico gera responsabilidade civil por suas ações, e os tribunais de justiça e as cortes éticas estão plênicos de jurisprudência a este respeito.

As três figuras acovilhadas nos Códigos Penal, Civil e de Ética Médica-imperícia, imprudência e negligência-são as mais evocadas nestas casas de justiça.

O Código de Ética Médica, no seu artigo 29, já trata destas figuras e apregoa: "É vedado ao médico: praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência e negligência".

Perscrutando o *Íncubalário Jurídico* de Plácido Silva, encontramos:

Imperícia-Derivado do latim *imperitia*, de *imperitus* (ignorante, inábil, inexperiente), entende-se, no sentido jurídico, a falta de prática ou ausência de conhecimentos que se mostram necessários para o exercício de uma profissão ou de uma arte qualquer.

A imperícia, assim, revela-se na ignorância, como na in experiência ou inabilidade acerca da matéria, que deveria ser conhecida, para que se leve a bom termo ou se execute com eficiência o encargo ou serviço, que foi confiado a alguém.

Evidencia-se, assim, no erro ou engano de execução do trabalho ou serviço, conseqüente da inaptidão na arte ou desconhecimento dos preceitos, que deveriam ser atendidos nesta execução.

A imperícia é erro próprio dos profissionais ou técnicos cuja inabilidade se manifestou, ou de todo aquele que se diz hábil para um serviço, e não o faz com a habilidade, que seria mister, porque lhe falem os conhecimentos necessários.

A imperícia conduz o agente à culpa, responsabilizando-o, civil ou criminalmente, pelos danos que sejam causados por seu erro ou falta.

Distingue-se da imprudência e da negligência, das quais também resultam faltas imputáveis. Nestas não há a ignorância nem a inabilidade. Revelam-se pela imprevidência e pela omissão do que não se devia desprezar.

Imprudência-Derivado do latim imprudentia (falta de atenção, imprevidência, descuido), tem sua significação integrada na de imprevisão.

Mas, na terminologia jurídica, possui sua acepção própria, que o distingue de outros vocábulos, compreendidos na classe das imprevisões tal como negligência.

Assim, resulta da imprevisão do agente ou da pessoa em relação às conseqüências de seu ato ou ação, quando devia e podia prevêê-las.

Mostra-se falta involuntária, ocorrida na prática de ação, o que a distingue da negligência (omissão faltosa), que se evidencia, precisamente, na imprevisão ou imprevidência relativa a precaução que deverá ter na prática da mesma ação.

Funda-se, pois, na desatenção culpável, em virtude da qual ocorre um mal que podia e deveria ser atendido ou previsto pelo imprudente.

Em matéria civil, se da imprudência decorre ofensa a direito alheio de prejuízo material, incluído o imprudente na culpa in committendo (diz-se se in ommittendo para o caso de negligência ou omissão), é responsável pela ofensa que tenha causado indenizando a vítima ou o prejudicado dos prejuízos ou danos que tenha sofrido.

Em matéria penal, argüido também de culpado, é o imprudente responsabilizado pelo dano ocasionado à vítima, pesando sobre ele a impoutação de um crime culposos.

A imprudência, além de distinguir-se da negligência, configura-se diferente da imperícia.

Negligência-o latim negligentia, de negligere (desprezar, desatender, não cuidar), exprime a desatenção, a falta de cuidado ou de precaução com que se executam certos atos, em virtude dos quais se manifestam resultados maus ou prejudiciais, que não adviriam se mais atenciosamente ou com a devida precaução, aliás ordenada pela prudência, fossem executados.

A negligência, assim, evidencia-se falta decorrente de não se acompanhar o ato com a atenção com que deveria ser acompanhado. É a falta de diligência necessária à execução do ato.

Nesta razão, a negligência implica a omissão ou inobservância de dever que competia ao agente, objetivando nas precauções que lhe eram ordenadas ou aconselhadas pela prudência, e vistas como necessárias, para evitar males não queridos e evitáveis.

A negligência difere da imprudência e da imperícia.

A imprudência é mais que falta de atenção, é a imprevidência acerca do mal que se devia prever.

A imperícia é o que se faz sem conhecimento da arte ou da técnica com a qual se evitaria o mal.

A negligência mostra culpa do agente. O negligente é, assim, responsável pelos danos decorrentes de seu ato, executado negligentemente, quando dele resultam males ou prejuízos a terceiros, salvo se mostrado que a precaução omitida era daquelas que não podia atender: *Negli-gens non dicitur, qui non potest facere*.

Tribunais inundados de ações, nem isto conseguiu erodir o conceito de medicina, pois esta é mais que o médico que erra e se fortalece com as ações médicas inumeráveis daqueles que a engrandecem e a tornam uma ciência respeitada e apreciada. Não há nem haverá substituto para a mão que ao mesmo tempo palpa e afaga, percute e acaricia, ressuscita e abraça, opera e acena carinhosamente.

Em 1624, John Doune alertava que "a morte de cada homem me diminui e que os sinos dobram por nós". Esta deve ser a visão da medicina, que tem na relação médico-paciente um vetor de grande magnitude na busca da harmonia e felicidade daqueles que nos procuram.

Esta ciência divina ainda tem no Poema Didático, de Paulo Mendes Campos, o modelo de conduta que lhe ensinou perpassar os tempos quando diz que "Em desprezando a outrora impedi que a rosa me perturbasse; e não olhei as ferrovias, mas o homem que sangrou na ferrovia; e não olhei a fábrica, mas o homem que se consumiu na fábrica e não olhei a estrela, mas o rosto que resplandeceu o seu fulgor".

Ao terminar, quero reafirmar que a relação médico-paciente é uma arma poderosíssima em benefício de ambos. É lógico que o paciente ancora suas esperanças e afeições no médico, que representa ainda um misto de técnico, cientista e figura mítica, e, se este corresponde com atenção, zelo, carinho e pertinência, com frequência, mesmo em havendo acidentes de percurso, estes serão contornáveis.

Refiro-me a uma relação pura e desarmada, não àquela dolosa em que o paciente antevê alguma vantagem, diante de qualquer intercorrência. Aliás, isto está sendo entusiasticamente alimentado pela saga sedenta de uma minoria que pretende fazer do insucesso um manancial de enriquecimento e tornar fértil o terreno para florescer a indústria do erro médico, que abarrotará de lucros, certamente, a já balofa casta das seguradoras.

Entretanto, mais do que tudo é a relação médico-paciente bem trabalhada, reciprocamente desejada, que não é atropelada jamais pelos avanços tecnológicos e científicos, sempre bem-vindos, quando voltados para a felicidade da pessoa humana.

Não são raras as vezes em que o médico se transforma em juiz de contenciosos familiares, em consultas de negócios, em transmissor de notícias desagradáveis e delicadas para seus pacientes e parentes.

E é de se perguntar: quem ao longo das centúrias foi o responsável por isto?

É óbvio que a relação médico-paciente é o credor desta façanha envaidecedora. E, nos tempos atuais e adestrando o novo século, a medicina, com o desenvolvimento da semiótica invasiva, das terapêuticas vigorosas e da utilização de fármacos cada vez mais variados, tem somente nesta relação bem conquistada e competentemente produzida o instrumento indispensável para neutralizar desentendimentos e dissolver fracassos e intercorrências, já que as introgenias são companheiras indissolúveis do desenvolvimento médico.

E, por derradeiro, em especial aos médicos jovens e aos acadêmicos de medicina que adestrarão o século XXI exercitando esta profissão, fascinados que estarão com os avanços da biologia molecular, da engenharia genética, do campo de imunologia, do mundo fascinante dos métodos de diagnósticos, em especial de imagem, não permitirão que este fascínio, este orgasmo de embevecimento, lhes permita esquecer que muito maior do que isto é o paciente, um ser que tem alegrias e tristezas, esperanças e depressão, medo e perseverança, que chora e que ri e que acima de tudo tem, no médico, e muito nele, a chama ardente que clareia seu astral, e de quem espera ouvir palavras de carinho, de atenção e de afetividade.

Pois, jovens doutores, se nós fracassamos algumas vezes na cura, não podemos ser derrotados na solidariedade, no sorriso e no afago que temos a obrigação de perenemente levar aos nossos pacientes.

Bibliografia

- Código Civil e Legislação em vigor: Negrão, T-Editora, Revista dos Tribunais-7ª edição, atualizada até 05/01/87.
- Código Penal Anotado: Delmanto, C. Editora Saraiva-5ª edição-1984.
- Vázquez, A.S.-Ética, Da Ed., Editora Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1983.
- Assad, J.: A maior Fraude-Jornal do Brasil, 08/08/91, Opinião, Pág. 11.
- Assad, J.: A discussão Essencial-O Globo, 25/01/90, O país, Pág. 04.
- Assad, J.: Atualidade da Ética-O Dia, 24/12/92, Pág. 06.
- Assad, J.: O Despertar da Cidadania-Jornal do Brasil, 22/09/92, Opinião, Pág.11.
- Assad, J.: Ética e Política-Jornal do Brasil-29/06/92, Opinião, Pág. 11.

- Assad, J.: Tempos Modernos-Jornal do Brasil-06/10/92, Opinião, Pag. 11.
- Assad, J.: Revolução Ética-Jornal do Brasil-30/10/92, Opinião, Pag. 11.
- Assad, J. Etica e Sociedade-Jornal do Brasil-12/11/92, Opinião, Pág. 11.
- Assad, J. Uma Questão de Etica-Jornal do Brasil-05/10/91, Opinião, Pag. 11.
- Silvio, Placido: Vocabulário Jurídico, Edição Universitária. . Pineau, Jan: "La responsabilité du médecin".

Ética e Seguradoras

Antônio de Oliveira Albuquerque

E, seguramente, este capítulo, um dos pontos fundamentais do sistema de saúde que atravessa o nosso país, nos dias de hoje. Não seria, portanto, devidamente esclarecedor para os que vierem a ler este capítulo ou estudar este problema, sem que antes fizéssemos um histórico de todos os antecedentes, daquilo que deu origem, direta ou indiretamente, ao sistema de prestação de serviços médicos no país, através das empresas de medicina de grupo e das seguradoras que hoje atendem a um contingente de cerca de 30 milhões de brasileiros, incluídas desde as classes trabalhadoras de nível mais baixo, através dos convênios feitos diretamente com as empresas, passando pelos níveis diversos da classe média e atingindo em cheio a chamada classe alta.

Certamente, pelo desenrolar dos fatos que aqui serão enumerados, poderão todos sentir o como e porque se desenrolou e desenvolveu-se no Brasil um sistema de prestação de serviço à população que há pouco e aos poucos vai asfixiando todo o sistema de saúde pública do país, em quaisquer dos seus ramos: municipal, estadual ou federal.

Como funcionava o Sistema de Saúde no Brasil

A saúde pública, de um modo geral, era e é, como até hoje, sustentada pelos poderes públicos municipal, estadual ou federal, e a estes segmentos se juntavam os sistemas caritativos do tipo santas casas de misericórdia, espalhadas pelo país inteiro e tendo como base a velha, a velhíssima Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, fundada em 24 de março de 1582, pelo padre José de Anchieta, e ainda entidades congêneres que prestavam assistência médica gratuita a setores determinados da sociedade, constituídos por classes ou colônias estrangeiras, como as veneráveis ordens de São Francisco da Penitência, São Francisco de Paula, e tantos outros santos e santas espalhadas pelo país inteiro. E aí vinham, também, geralmente antecédidos do nome de um santo ou sem ele, as diferentes beneficências: Portuguesa, Espanhola, Italiana e outras. Estas organizações prestavam serviços regionalizados e eram custeadas por pequenas contribuições de seus sócios ou doações de patronos de alto poder econômico às pessoas a elas filiadas, sendo o seu atendimento tão completo que muitas vezes se estendia desde a maternidade até o sepultamento em cemitério próprio.

O serviço de saúde no país era prestado, portanto, sob formas diferentes: o serviço de saúde pública, custeado pelo município, pelo estado ou pelos órgãos federais; o serviço gratuito e caritativo, através das santas casas, beneficências e ordens diversas; o serviço próprio, constituído pelas empresas que não visam ao lucro neste ramo, como a Souza Cruz, a Coca-Cola e outras grandes empresas e os diferentes órgãos estatais e paraestatais, como Banco do Brasil, Caixa Econômica, Bancos e Caixas Estaduais, as cooperativas médicas e finalmente, com um número reduzidíssimo, talvez 2 ou 3% da população, daqueles que ocupam, na ordem financeira, o vértice da pirâmide, a chamada clínica particular, que abrangia os hospitais e casas de saúde, onde militava e pontificava a medicina liberal.

Podemos afirmar, porém, que a diversificação, o fracionamento do velho sistema, com a distribuição da população em castas cada vez mais diferenciados, foi mais uma praga introduzida neste país pelo sistema vigente a partir de 1964, que prejudicou fundamentalmente o médico e o paciente.

A criação de 44 faculdades de medicina, no curto período de 20 anos, contra as 43 existentes criteriosamente e paulatinamente criadas ao longo de 140 anos, arrasou com o nível do ensino médico e alcançou certamente o objetivo capitalista tupiniquim, da lei da oferta e da procura.

Os Institutos de Previdência

No primeiro governo Getúlio Vargas (1930-1945), foram criados os diversos institutos de previdência: dos comerciários, dos industriários, dos marítimos, dos bancários e assim por diante. Estes institutos, com os seus próprios nomes indicavam, não eram apenas de previdência, e sim de assistência e, principalmente, a assistência médica.

Na parte de assistência médica, foram sendo criados hospitais, sanatórios, postos de assistência ligados as diferentes classes trabalhadoras, havendo até uma certa competição no sentido de prestar uma assistência médica mais completa e de melhor qualidade do que seu congêneres, e aí tivemos hospitais da melhor qualidade e atendimento médico de primeira ordem. O que dizer do antigo Hospital dos Servidores do Estado, com sede no Rio de Janeiro e na época o único classe "A" em toda a América do Sul? Quem, antigo, não se lembra do Hospital dos Bancários? Do Sanatório dos Bancários, onde hoje fica o Hospital Geral de Jacarepaguá? Eram todos serviços modelares, onde se prestava o melhor da assistência médica aos trabalhadores das diferentes categorias profissionais existentes no país.

Estes institutos, porém, deram origem a um tipo de assistência médica que certamente foi o embrião da verdadeira catástrofe dos dias de hoje: o credenciamento.

Com o aumento populacional desenfreada, com uma taxa de natalidade crescendo a cada ano na ordem de 3 a 4% e mais um fluxo migratório dos países empobrecidos da Europa do pós-guerra, o sistema não suportou os seus próprios pés e evoluiu para o credenciamento não só de instituições hospitalares, mas também de médicos e serviços médicos de toda ordem: a casa de saúde "X" era credenciada pelo IAPC, o hospital "Y", pelo IAPI, enquanto

a clínica "Z" tinha credenciamento pelo IAPB. As vezes, uma determinada organização hospitalar tinha 2, 3 e mais credenciamentos com vários IAPs.

Desses credenciamentos surgiram os privilegiados. chefes de serviço que tinham à sua disposição um determinado número de médicos aos quais pagavam por serviços prestados em proporção muito inferior; ao trabalho realmente realizado pelo médico e, logicamente, ao dinheiro recebido pelo poderoso chefe, surgindo então a figura do "tubarão" e a do "bagrinho" ou "bagrinhos".

A estes credenciados aos diferentes institutos, geralmente apadrinhados dos poderosos de cada Órgão de previdência, cabiam maior parte do bolo de arrecadação por serviços prestados. Ai, temos possivelmente o sistema inicial do que viria a dar origem, um pouco mais tarde, aos organizadores dos chamados "Serviços Médicos da Indústria e Comércio", "Serviço Médico dos Comerciantes", "Serviço Médico das Empresas da Indústria e do Comércio" e assim por diante.

As Unidades de Serviços ou US

Possivelmente no sentido de coibir a exploração dos contratantes de serviços médicos, o Departamento Nacional de Previdência Social pela Resolução CD/DNPS-1657, de 3 de julho de 1962, criou uma tabela de remuneração de serviços médicos, com valores fixados pelas Unidades de Serviço ou "US". A tabela fixava os valores em Unidades de Serviço, para todos os procedimentos médicos. A US correspondia a 1/100 (um centésimo) do salário mínimo de maior valor no Brasil, sendo reajustável a cada mudança do valor do dito salário, o que inicialmente se verificava de ano em ano (bons tempos). Assim, se o maior salário mínimo regional fosse de Cr\$ 197,00 (cento e noventa e sete cruzeiros) a US teria o valor de Cr\$ 1,97 (um cruzeiro e noventa e sete centavos).

A US foi de imediato assimilada para todos os procedimentos médicos dos diferentes institutos, começando pelo Instituto dos Bancários e, em sequência, pelas recém-fundadas empresas que se iniciavam na exploração do trabalho médico.

Posteriormente, com a fusão dos diferentes institutos dando origem ao Instituto Nacional da Previdência Social, no Governo Castello Branco, a US acompanhou a fusão e se encastelou em todos os procedimentos médicos, atos, internações etc. do recém-criado instituto. Acresça-se a este fato que, em prejuízo do médico, foi a dita US tendo o seu valor progressivamente diminuído e não mais obedecia à proporção de um centésimo como fora inicialmente estipulado por 135.

A esta verdadeira barafunda não escapavam as empresas estatais, cada qual com sua própria tabela baseada sempre em US, ou Unidades de Serviço.

A coisa chegou a um tal ponto, que um médico que fosse credenciado em 5 (cinco) convênios diferentes tinha também 5 (cinco) tabelas diferentes, 5 (cinco) remunerações por horários diferentes, 5 (cinco) tipos de pagamento de acomodações e assim por diante.

A Tabela de Honorários da AMB

Após a criação da Tabela de Remuneração de Serviços Médicos, pela Resolução 1657, de 03 de julho de 1962, como era de se esperar, todo o serviço médico prestado por autônomos ou por organizações médicas de qualquer tipo-hospitais, sanatórios, laboratórios, clínicas de toda ordem-passou a fazer a cobrança em conformidade com a dita tabela. Surgem porém, após a Resolução de 1962, as empresas de medicina já referidas anteriormente e destas, no final da década de 60, as empresas de medicina de grupo. Muitas dessas empresas e também muitos dos serviços próprios criaram as suas próprias tabelas, e daí surgiu uma verdadeira parafernália de preços, horários e atos médicos.

A AMB, que já estudava a questão, reuniu os seus diferentes departamentos administrativos e científicos e, com a opinião, sugestão e colaboração de todos, após uma luta insana, publicou, em agosto de 1967, a sua tabela de honorários médicos, a qual dizia em seu preambulo: "A atuação desenvolvida pela categoria médica em favor da livre-escolha tornou necessária a aplicação de uma tabela de honorários...."

"...Tal providência coube ao Departamento Nacional de Previdência Social, que criou uma tabela de honorários", e, após várias outras considerações, arrematava: "Adotadas essas preliminares, subsistiram, para a devida complementação do trabalho ora exposto, duas premissas: que as instituições previdenciárias e mecanismos financeiros realmente equivalentes apliquem percentuais adequados da tabela da AMB às respectivas áreas; que sejam encaminhadas à AMB ou às suas Federadas todas as sugestões sobre a matéria". Nem uma premissa foi observada. A Tabela da AMB arrastou-se aos trancas e barrancos, até 1984, quando então já com a participação de uma comissão nacional de honorários médicos, constituída pelos diferentes segmentos da classe médica -Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Federação Nacional dos Médicos-, surgiu uma tabela que mereceu de imediato a aprovação da maioria absoluta da classe médica, e todos, da Federada AMB ao Sindicato, da Sociedade Especializada ao Conselho Regional de Medicina, passaram a trabalhar intensamente pela sua implantação definitiva.

Nós próprios publicamos na Revista no 02 do CREMERJ-agosto de 1984-um artigo intitulado "Os Convênios", em que tratávamos da exploração da categoria, pelas prestadoras de serviços médicos. Dizíamos em certo trecho: "A AMB deverá promulgar, dia 17 de agosto próximo, por ocasião do 1º Encontro Nacional de Entidades Médicas, a Tabela de Honorários Médicos, que deverá estabelecer um teto mínimo para os serviços prestados".

Não foi e ainda não está sendo fácil implantar em caráter definitivo a dita tabela: greves e greves temos feito, algumas com duração de até sete meses, com o apoio de todas as entidades médicas, com muitas vitórias e muitos tropeços, a maioria dos quais oriundos de determinações esdrúxulas do governo, outros, infelizmente, pelo centralismo da própria AMB, que dita modificações, de cima para baixo, sem ouvir sequer a sua própria Comissão de Honorários Médicos.

A Criação do Seguro Saúde

Pelo Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros

Privados, fica estabelecido:

Capítulo XI-Seção I-Do Seguro-Saude:

"Art. 125-Fica instituído o Seguro-Saúde para dar cobertura aos riscos de assistência médica ou hospitalar.

Art. 130-A garantia do Seguro-Saúde consistirá no pagamento em dinheiro efetuado pela Sociedade Seguradora à pessoa física ou jurídica prestatante da assistência médico-hospitalar ao segurado.

Parágrafo 1.º .

Parágrafo 2.º-A LIVRE ESCOLHA DO MÉDICO E DO HOSPITAL É CONDIÇÃO OBRIGATÓRIA nos contratos referidos no item anterior. "

Com o Decreto 73, de 21 de novembro de 1966, estava, portanto, transformado em lei o seguro de saúde no Brasil, pois a despeito da obrigatoriedade da lei, ainda hoje luta-se tenazmente para que o segurado tenha o direito de ressarcimento pelas despesas com médicos quando não constem das listas de credenciamento dos diferentes seguros de saúde existentes no Brasil.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, através de uma Resolução (n.º 19/87), lapidar na história do seguro médico no país, fez valer os termos do referido Decreto, plena e totalmente em vigor.

O não-registro nos Conselhos Regionais de Medicina das empresas seguradoras de saúde constitui, antes de tudo, um desrespeito à Lei n.º 6.839, de 30 de outubro de 1980, que dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadoras do exercício de profissões e assim reza:

"O Presidente da República.

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1.º-O registro de empresas e anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas encarregados, serão obrigatórios nas entidades competentes para a fiscalização do exercício das diversas profissões, em razão da atividade básica ou em relação àquela pela qual prestem serviços a terceiros.

Art. 2.º-Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 3.º-Revogam-se as disposições em contrário.

João Figueiredo-Presidente da República

Murilo Macedo-Ministro do Trabalho

A falta de inscrição das empresas e dos seus diretores médicos no Conselho Regional de Medicina respectivo, aproveitando-se de que ditas seguradoras são submetidas à égide da Superintendência de Seguros Privados, constitui não só uma afronta ao disposto em lei, como ainda uma fuga a fiscalização da atividade dessas empresas ao Órgão competente.

Não sabemos, porém, se pelos termos em que foi estabelecido o Seguro de Saúde ou por qual razão, o fato é que as companhias seguradoras não se interessaram de imediato pela implantação do Seguro-Saúde. Em seu lugar, começaram a surgir os chamados planos de saúde, geralmente tendo como base um ou mais hospitais que, através de um sistema de adesão ou associação, prestavam assistência médica às pessoas inscritas, no seu próprio hospital. Não credenciavam médicos fora de sua rede própria e não pagavam internações ou despesas médicas fora do seu âmbito de ação.

Das pequenas casas de saúde, surgiram posteriormente grandes hospitais que seriam os núcleos formadores das futuras grandes empresas de medicina de grupo.

Para citar como exemplo, do Hospital Silvestre, no Rio de Janeiro, surgiu a Golden Cross, inicialmente rotulada como Assistência Internacional de Saúde em outras tantas localidades, principalmente no Rio de Janeiro e São Paulo. No Rio, concentraram-se as grandes empresas de credenciamento; em São Paulo, as de serviço próprio. Poderíamos citar aqui 100 (cem) ou mais dessas empresas espalhadas pelo Brasil, algumas de âmbito local apenas e outras com abrangência nacional.

As Empresas de Seguro-Saúde

Finalmente, as grandes seguradoras, como Sul-América, Bradesco, Itaú e, agora, o Bamerindus, acordaram para o filão de ouro em que se transformou a prestação de assistência médica no Brasil e entraram com o seu poderio econômico e com o know how de que dispunham até de sobra. Afinal de contas, um mercado de mais de dois bilhões de dólares não se deixa ao deus-dara.

Aproveitando-se de que as empresas de medicina de grupo não podiam usar o título de seguradoras, pois estas, por lei, estavam subordinadas à Superintendência de Seguros Privados, muito embora, conforme demonstramos anteriormente, ditas empresas estivessem por lei obrigadas ao registro nas respectivas entidades fiscalizadoras do exercício de profissões, no caso os Conselhos Regionais de Medicina (Lei nº 6.840), o Bradesco comprou a parte de Seguro-Saúde da Golden Cross, incluindo-se aí todo o Seguro Internacional, e entrou firme no mercado, dominado por ditas empresas que hoje detêm 20% da população brasileira, ou seja, cerca de 30 milhões de pessoas. Deste dito mercado de 30 milhões, as companhias de seguro já conseguiram uma fatia bem razoável de 4,5% enquanto as demais prestadoras de serviços médicos guardam em linhas gerais as seguintes proporções: empresas de medicina de grupo, 48,5%; empresas de autogestão, como Souza

Cruz, Coca-Cola e outras, e bem assim todas as estatais que adotam a medicina supletiva, como Petrobrás, Banespa, Banco do Brasil, Caixa Econômica, Furnas e tantas outras, absorvem 28% desses 30 milhões e, finalmente, as Unimeds, ou cooperativas de serviços médicos, com 19% do bolo. Em linhas gerais, estatisticamente, é esta a distribuição da medicina não governamental e não caritativa no Brasil. Para este número, que nos parece extremamente grande-20% de toda a assistência médica -, concorreu fortemente o impulso dado pelo sistema dito revolucionário, de 1964 a 1985, que procurou por todos os meios e modos como dissemos ao tratar da criação das faculdades de medicina para uma oferta de médicos acima do tolerável-dilapidar, sucateira, reduzir ao pó, a assistência médica pública do Brasil, até chegar ao ponto onde está hoje e que todos conhecem. Teria sido isso proposital? Como dizia Nelson Rodrigues, "os fatos são os fatos...".

A Resolução 19/87

Sentindo o avanço e a falta de controle dos órgãos médicos sobre as poderosas empresas de medicina de grupo, o Cremerj (Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro) teve a coragem de editar a Resolução 19/87. A resolução, com data de 19 de agosto de 1987, punha um basta aos descabimentos que até então se verificavam por parte dos serviços médicos prestados por empresas de medicina de grupo. Trazia, como trouxe, a reposição da ética médica por parte de estas empresas, não só no concernente ao médico, mas e, principalmente, ao paciente. A resolução, como não poderia deixar de acontecer, trouxe, de imediato, uma reação pronta de estas empresas, que entraram com uma ação junto à 1ª Vara Federal, assinada por 13 das mais importantes, contra a vigência da mesma. O art. 1.º, que reza: "A contratação de serviços médicos por empresas de medicina de grupo que atuam no Estado do Rio de Janeiro obedecerá aos seguintes critérios: a) o paciente tem ampla e total liberdade de escolha do médico;... d) os honorários para convênios obedecerão aos limites fixados pela tabela de honorários médicos;... h) as empresas contratantes estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde", desencadeou, principalmente a alínea h, um mandado de segurança contra o Cremerj. Esta resolução foi respaldada pela sentença da MMA. Juíza da 1ª Vara Federal Tânia de Meio Bastos Heine. De apelação em apelação, perdendo em todas, as empresas de medicina de grupo e o próprio Cremerj aguardam a sentença final, a ser preferida pelo Tribunal Federal de Recursos.

A Resolução 35/91

Com o aumento do número de pacientes soropositivos ou portadores de AIOS, as empresas prestadoras de serviços médicos e aí, principalmente, as seguradoras, e destas o Bradesco, negavam-se a prestar a necessária assistência aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Até mesmo as internações, as estas empresas se negavam a fazê-las, e isto nos quadros agudos abdominais, pulmonares ou cerebrais, o que motivou a Resolução 35, que especificamente vem em esforço à alínea "H" da Resolução 19 e ainda dispõe de artigos diversos, como o 8º: "É responsabilidade do Diretor Técnico ou Diretor Médico das instituições intermediadoras dos serviços de saúde de qualquer natureza, inclusive seguradoras, a autorização para exames complementares dos pacientes associados ou segurados portadores de AIOS", que obriga todas as empresas, não somente as de

medicina de grupo, mas também as seguradoras e cooperativas, a dar o atendimento ético e médico aos portadores da AIOS.

Não se concebe, e esperamos que a atual gestão administrativa do país tome as providências devidas, que seguradoras que exploram o ramo de assistência médica fiquem fora da supervisão da ética profissional, da disciplina a que são obrigados os que praticam a medicina, dos canones, enfim, a que estão sujeitos todos os médicos.

Esperamos, por outro lado, que os diferentes órgãos de medicina se empenhem nesta luta que é de todos nós. Não é do Cremerj, do CFM, da AMB ou da Federação Nacional dos Médicos, é de todos os médicos, pela defesa do próprio médico, pela ética e, principalmente, pelo "doente".

Ética e Cooperativismo

Jorge Farha

A abordagem do cooperativismo do ponto de vista ético enseja uma reflexão sobre o universo das relações entre os diversos elementos envolvidos nessa atividade, uma vez que a ética se ocupa basicamente das relações humanas e seus juízos de valor.

A cooperativa, os cooperados, os usuários e os prestadores de serviço nas suas inter-relações têm aspectos próprios, às vezes conflitantes, que devem ser cortejados.

Inicialmente cabe um enfoque sobre as origens do cooperativismo, seu ideário e objetivos, para se ter uma idéia do espírito que preside ou deveria presidir o comportamento dos indivíduos no cotidiano dessa atividade.

A constituição de uma cooperativa pressupõe a formação de um coletivo para desempenhar determinada atividade econômica e visa, por um lado, a facilitar o acesso dos que desempenham aquela atividade ao mercado, e por outro repartir igualitariamente os benefícios gerados.

A idéia de Cooperar-trabalhar em conjunto-nasceu de condições sociais adversas à satisfação de necessidades básicas de alguns indivíduos na competição do mercado e representa uma tentativa de transpor as dificuldades interpostas àqueles que estão em desigualdade. O trabalho solidário, portanto, na medida em que procura agrupar e articular esses indivíduos entre si, amplia as oportunidades antes inafiançáveis por cada um isoladamente.

Mais que o ajuntamento de indivíduos, a cooperativa forma um organismo novo, em que as ações individuais se interligam e interagem para produzir reflexos no todo, de tal modo que a produtividade, a eficiência e a própria viabilidade econômica da cooperativa em grande parte dependerão da postura técnica e ética de cada um dos seus membros cooperados. A postura solidária no trabalho cooperado, com a preocupação voltada para o interesse coletivo, não configura apenas uma imposição de natureza ética, mas, como foi dito, um pré-requisito para viabilidade econômica da empresa e mesmo a sua validação social. Característica da cooperativa é o fato de ser uma sociedade de pessoas, não de

capital, em que cada indivíduo tem peso igual nas as-sembléias, o que contribui para evitar a manipulação de grupos econô-micos nas decisões de interesse geral.

No que se refere à relações de trabalho e sua forma de remunera-ção a cooperativa, portanto, situa-se no polo oposto ao das congêneres mercantilistas e concentradoras de capital.

Podemos então dizer que a cooperativa encerra, em sua concep-ção, dois valores Áticos universais: o primeiro e o igualitarismo, que con-fere oportunidades iguais a seus membros na oferta dos bens produzi-
os e na gestão da empresa; o segundo, que pode ser conseqüência o primeiro, é o solidarismo, que deve presidir as relações dos coopera-dos entre si para viabilizar e fortalecer a atividade cooperativista.

Desde as primeiras experiências bem-sucedidas no final do séculos passado em Rochdale, na Inglaterra, o sistema de cooperação se deenvolveu em praticamente todas as sociedades, independentemente o regime político em vigor.

Contudo, o comportamento das cooperativas, numa sociedade em as relações econômicas são reguladas quase que exclusivamente elo mercado, está grandemente influenciado pela continua tentativa te adaptar-se à concorrência.

Esta competição tem contribuído para ditar rumos novos, antes não suspeitados à atividade cooperativista.

O embate com a concorrência tem servido para justificar a criação e outras frentes de atividade, algumas, no caso de cooperativa médi-a, afastadas da atividade assistencial. Em certos casos observa-se mesmo uma agressão àqueles principias que nortearam a criação das cooperativas como e o caso do seguro-saúde, que começa a ser comercializano por algumas cooperativas de seguro pertencestes ao sistema, a criação de serviços próprios e até aquisição de hospitais, com assalariamento de médicos.

A finalidade dessas novas frentes seria fortalecer o sistema coope-rativista e, em particular, dar sustentação econômica à cooperativa a fim de colocá-la em condições de competir com eficiência com as concorrentes.

Teme-se que, a médio ou longo prazo, forças conjunturais acabem fazendo dessas atividades, hoje acessórias em relação a atividade médi-ca cooperada, um filão lucrativo e hegemônico, desfigurando o ideário cooperativismo original.

Esse tema é polêmico e está em intenso debate no momento. Os exemplos citados aqui têm a finalidade tão somente de mostrar a influência que as forças do mercado podem imprimir nos rumos do cooperativismo.

Mesmo na atividade assistencial, observa-se por parte das cooperativas um receio de criar algo novo, diferente do que é praticadopela concorrência, em benefício dos usuários. As restrições contratuais para usuáios, e inclusive cooperados, em planos especiais se assemelham ao pra-ticado por aquelas empresas.

Mais adiante falaremos das relações usuário-cooperado-cooperativa, suas particularidades e as expectativas envolvidas nessa relação.

Aqui cabe uma referência ao intercâmbio entre cooperativas no atendimento dos usuários. Nem sempre tem prevalecido a atitude solidária nessa relação. Em alguns casos, pequenas cooperativas têm, no atendimento aos usuários de cooperativas maiores, em cidades ou municípios vizinhos, uma fonte importante de receita, e não raro ocorrem conflitos face aos exageros praticados por ocasião de cobrança dos serviços prestados. Razões de ordem política e administrativa alimentam também indisposições entre algumas singulares dificultando um atendimento integrado e solidário, e a organização de uma Rede estruturada e eficiente a nível Estadual ou Nacional.

Em benefício do cooperativismo esses obstáculos terão que ser superados e as divergências explicitadas. E preciso sobretudo abrir essa discussão para o conjunto dos cooperados, principais interessados, para que possam compreender a necessidade e a importância de um intercâmbio eficiente e consolidado, para saúde do cooperativismo.

A Autogestão: Sempre um Desafio

Mesmo sem ter sido claramente reconhecida como imperativo de ordem ética, a autogestão, desde os primórdios do cooperativismo, foi e continua sendo um fator de diferenciação e de indiscutível densidade ética, posto que operacionalizar a apropriação coletiva do patrimônio, que é a cooperativa.

O grande obstáculo, entretanto, a uma efetiva autogestão, a uma participação consciente dos cooperados nos destinos da cooperativa tem sido, ao longo da história do cooperativismo, o fator ideológico. Numa sociedade culturalmente marcada pela competição, pelo individualismo e pelo interesse na acumulação progressiva, ou seja, pelo triunfo de uns em detrimento de outros, o trabalho em cooperação se constitui numa exceção.

Não será sem esforço, para quem tem sua vida sintonizada a uma visão de mundo onde prevalecem aqueles valores, subitamente orientar suas ações com base em valores coletivos, de interdependência e solidariedade.

Todos sabemos que boa parte dos cooperados não alcançou ainda um grau de consciência capaz de fazê-los tomar a cooperativa como obra sua, como algo que depende de sua iniciativa, de sua participação. Muitos orientam sua conduta tomados por uma convicção individualista, de obtenção imediata de vantagens, às vezes de forma ilícita, em detrimento dos demais.

Este comportamento, embora traduza um dos aspectos da deterioração da vida social, particularmente nos grandes centros, não deixa de ser anti-ético e claramente pernicioso ao sistema de cooperação.

Aqui mais do que nunca, deveria prevalecer aquilo que Kant definiu como imperativo categórico do comportamento ético: "Age de modo a que possas querer que o motivo que o levou a agir seja uma lei

universal". Não é possível, afinal, conceber uma sociedade onde todos possam se aproveitar de todos.

Um fenômeno que também tem contribuído para um distanciamento dos cooperados com relação à vida da cooperativa é a crescente expansão, diversificação e incorporação de novas metodologias de gerenciamento à sua cultura.

De tal forma vem se tornando complexa a tarefa de administrar esta nova realidade, que foi inevitável a profissionalização dos diversos setores administrativos mediante a contratação de técnicos para cada um desses setores.

Isso, sem dúvida, introduziu um elemento de ponderação desconhecido da maioria dos cooperados, tanto em nível interno-diretoria e conselho de administração; quanto externo, nas assembléias.

Há sempre um profissional a opinar tecnicamente quando algo relevante sobre a administração está em discussão.

É possível que essa nova cooperativa, ao abolir o modelo de empresa familiar e a figura do grande benfeitor dirigente, identificado com os cooperados e sua ansia de emancipação e, ao contrário, procura se empenhar no sentido de incorporar os métodos das grandes empresas, ampliar progressivamente seu porte, fazendo surgir interesses aparentemente estranhos à atividade-fim, já não fale a linguagem que os cooperados entendiam com facilidade.

Este processo de desidentificação entre cooperado e cooperativa pode estar contribuindo para o afastamento dos cooperados nas assembléias, criando assim mais um obstáculo para a concretização da auto-gestão. Por isso, um dos grandes desafios da cooperativa atualmente será precisamente consolidar uma administração profissional e eficiente sem perder a sensibilidade para com os problemas e as expectativas dos seus cooperados, e para isso terá de reconstruir com criatividade novos canais de participação e interferência na cooperativa.

Finalmente, deve-se reconhecer também que a solidariedade e o igualitarismo que precisam permear as relações entre cooperados dependerão também do grau de sucesso administrativo conquistado pela direção da cooperativa, da capacidade de mobilizar seus integrantes para alcançar objetivos previamente discutidos e definidos, do grau de transparência de seus atos, elementos indispensáveis para uma liderança genuína e respeitável.

Os conflitos que ocorrem entre cooperados e cooperativa no pagamento da produção, quando frequentes, resultam de falhas na operacionalização dos procedimentos administrativos, e mais, quando o cálculo pró-rata da unidade de trabalho não alcança a expectativa dos cooperados, serão fatores de desestímulo ao espírito cooperativo, particularmente se resultam de uma administração ineficiente.

A Cooperativa e os Prestadores de Serviço

Os prestadores de serviço são indispensáveis ao trabalho cooperado, contudo, a relação dos mesmos com a cooperativa se dá mediante regras próprias.

Os serviços e procedimentos são faturados contra a cooperativa conforme tabela em vigor, não estando sujeitos a definição pró-rata dos valores. Não lhes é facultado, como é óbvio, a participação com voz e voto nas assembleias gerais.

Os maiores conflitos observados entre este segmento e a cooperativa ocorrem quando da cobrança dos serviços. O superfaturamento em suas múltiplas modalidades é uma prática ainda observada na cultura de muitos empresários.

Isso adquire relevância na medida em que os gastos com os prestadores de serviço às vezes ultrapassam o dobro do gasto total com o trabalho cooperado. O rigoroso controle desses gastos tornou-se vital para a cooperativa e fez dessa necessidade um dos fatores que impulsionou a cooperativa para a profissionalização e modernização dos procedimentos administrativos.

Nem tudo, porém, está ao alcance dos sistemas de controle, e há os casos em que a forte suspeita sem a devida prova documental ou testemunhal impede uma providência concreta contra o infrator.

Houve ocasião em que os gastos com este setor, em algumas cooperativas, alcançaram cifras que comprometiam a remuneração do trabalho cooperado, obrigando-as a praticar glosas lineares e arbitrárias sobre as faturas.

Durante algum tempo, esses fatos serviram para temperar de desconfiança e ressentimento as relações com alguns prestadores de serviço.

A superação dessas dificuldades, o que aliás vem se observando com a crescente profissionalização das cooperativas, é imprescindível para recolocar esta relação numa atmosfera de confiança onde prevaleçam a justiça e o comportamento profissional responsável.

É inaceitável do ponto de vista ético que a qualidade do atendimento ao usuário venha a ser comprometida, por exemplo, com carências superdimensionadas ou cláusulas restritivas, como meio de compensar falhas na administração do sistema. A necessidade de viabilizar o sistema cooperativo a longo prazo faz crer que o caminho que muitas cooperativas já começaram a trilhar é irreversível. Agora mais do que nunca a consolidação do cooperativismo encontra uma conjuntura bastante favorável, por mais paradoxal que isto possa parecer; o processo recessivo por que passa o país está criando dificuldades para as empresas de natureza mercantilista pois, habituadas aos grandes lucros, à concentração do capital, terão dificuldade de conservar este modelo e, ao mesmo tempo, garantir a qualidade do atendimento ao usuário e a dignidade

A peculiaridade da cooperativa não pode se restringir à organização de seus membros para inserir seu trabalho no mercado e daí para frente igualar-se às congêneres mercantilistas. Ou seja, os usuários também devem ter por parte da cooperativa e dos cooperados um tratamento que lhes permita perceber a diferença.

O fato de tratar-se de uma empresa de propriedade coletiva com-posta e dirigida exclusivamente por médicos cria, certamente, uma expectativa positiva nos usuários. Ocorre no imaginário das pessoas uma transferência dos atributos próprios dos médicos (sensibilidade humana, solidariedade, prioridade aos interesses dos pacientes, além do conhecimento médico) para a própria cooperativa.

Assim, tanto cooperado quanto cooperativa deveriam conduzir-se de tal forma a ratificar aqueles atributos. A cooperativa, contudo, como empresa que não visa lucro, que investe em seus próprios membros e no aperfeiçoamento constante de sua atividade, deverá almejar ir mais adiante, além de suas concorrentes. Deverá traduzir esta diferença em benefícios aos usuários, como ampliação de coberturas, redução de restrições e custos devidamente dimensionados.

Muitas cooperativas hoje estão razoavelmente equipadas com cursos técnicos e humanos capazes de planejar estes objetivos com segurança. Boa parte dessas cooperativas, inclusive, já remunera o trabalho cooperado acima da tabela de honorários em vigor e adota calendário de pagamento a intervalos quinzenais. Não se pode negar que isto acaba redundando em melhor atendimento do usuário pelo cooperado, contudo, isto representa muito pouco diante do potencial do sistema cooperativista.

A Greve nos IMLs

Genival Veloso de França

Ate onde é legítimo o direito de greve dos médicos que trabalham em instituições médico-legais? Têm essas atividades ou esses serviços a indispensabilidade reclamada no texto constitucional e regulamentada em lei especial? Qual o limite da licitude dessas greves à luz da ética e da moral? Vejamos.

Ninguém hoje discute mais o fato de os médicos exercerem o direito de greve como recurso de pressão social, de forma consensual e temporária, quando defendem interesses públicos ou de sua categoria, desde que respeitem necessidades inadiáveis e essenciais da população. Entendem todos que essa profissão, embora cercada de delicados momentos e de circunstâncias tão especiais, experimentou, nestes últimos tempos, profundas e compulsivas transformações, todas elas originárias de uma barulhenta avalanche de acontecimentos que se esbarram aqui da instante.

O ato médico, de atividade elitista e quase exclusivamente liberal, passou a ser exercido hodiernamente em instituições públicas e privadas, e o médico virou um assalariado no conjunto dos trabalhadores. Mesmo que ele continue decidindo as questões mais cruciais nas atividades de saúde, ninguém pode contestar o direito de o médico usar os mesmos recursos de outros obreiros, na tentativa de conquistar melhores condições de trabalho, de estabelecer uma adequada estratégia na prestação de serviços e, também, não há como negar, de conseguir remuneração justa e capaz de assegurar-lhe, juntamente com a família, uma existência compatível com a dignidade humana e com as necessidades vigentes de sua categoria.

Por outro lado, não há como deixar de reconhecer que toda greve médica fere interesses vitais e traz prejuízos indiscutíveis e que não deixa de apresentar, para alguns, aspectos antipáticos e contraditórios. Mas, todos passam a entender que, em certos momentos, é a greve o único caminho para alcançar melhores condições de vida, utilizada como ultima ratio, face a intransigência do patronato avaro ou do poder público insensível ante a população assalariada. Não há como aceitar mais a velha e Burrada idéia de que servir à comunidade esta acima do direito de fazer greve, como se os grevistas não fossem pessoas como as outras, omitidas e aviltadas, nas suas humanas e desesperadas tragédias de cada dia. Excluir o médico do direito de greve é uma discriminação imperdoável e um desprezo às suas prerrogativas de cidadania, por que a garantia constitucional desse direito está fundada nos princípios mais elementares da liberdade do trabalho. Seria injusto exigir dele apenas a condição de sacerdote e negar-lhe o que todo ser humano necessita para sobreviver.

Assim, a greve médica, para constituir-se num ato juridicamente protegido e politicamente justificado, tem de acatar certos fundamentos que demonstrem a justeza dos seus fins: ser um embate simétrico e paralelo entre duas forças sociais, expressar uma resposta de autodefesa socialmente legítima, representar a ultima razão depois de esgotadas todas as tentativas de negociação e manifestar o respeito às atividades exercidas nos serviços considerados essenciais.

Não há também como censurar o médico que participa dos movimentos organizados da categoria e das lutas coletivas, na busca de garantir vantagens como forma de proteção social. Isso está assegurado em seu Código de Ética, quando se lê: "Deve o médico ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico". Mais adiante, enfatiza que lhe é proibido "posicionar-se contrariamente a movimentos legítimos da categoria médica, com a finalidade de obter vantagens". Em suma, resta evidente que, também sob o ponto de vista ético, o profissional da medicina tem o direito de fazer greve, como meio extremo de conseguir benefícios pessoais e de prover as condições éticas de trabalho em favor da comunidade.

Este mesmo código, no entanto, de forma peremptória, diz que é vedado ao médico "deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for sua atribuição fazê-lo, colocando em risco a vida dos pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria". Nada mais claro para se entender que o direito de greve não é absoluto e que o médico não pode nunca, nem de forma alguma, paralisar suas atividades em serviços de pronto atendimento.

Mas, será que, na atividade médica, apenas as urgências e emergências devem merecer medidas de proteção, como meios indispensáveis e imperativos de funcionamento? E como ficam, por exemplo, as atividades inadiáveis e intransferíveis dos IMLs?

Em primeiro lugar, é necessário entender que essas instituições, infelizmente, por uma distorção histórica, continuam como apêndices das delegacias de polícia e o legista, quase

sempre, como mero auxiliar da autoridade policial. Ante esse desagradável engano, permanece ainda hoje, entre muitos, a idéia de que a legisperícia é parte integrante da atividade policial. E o mais grave: fez com que se criasse, numa certa fração de legistas, uma postura nitidamente policiaesca que se satisfaz com os portes de arma, com as carteiras de polícia e com as entradas francas em casas de exibição.

Com essa vinculação, é difícil afastar de algumas, pessoas a idéia de suspensão e de que, em certas ocasiões, não possam existir presenças, notadamente quando se sabe que algumas dessas instituições estiveram seriamente envolvidas em casos de laudos contestados sobre vítimas do arbítrio e da violência institucional. Ou seja, vítimas da própria polícia.

Some-se a isso o fato incontestado de que parte da estrutura policial tornou-se viciada pelo abuso e pela corrupção, imbuída de uma mentalidade repressiva, reacionária e preconceituosa, na mais absoluta fidelidade que o sistema lhe exige. A verdade é que esse aparelho repressor perdeu a credibilidade da população e lhe causa medo. Por isso, temos defendido, sempre e sempre, de forma obstinada, a proposta de imediata desvinculação dos institutos de medicina legal da área das secretarias de segurança, para as secretarias de justiça, ou para o Ministério Público, ou para as universidades. Isso, não só pela possibilidade de desfazer um engano, senão, ainda, pela oportunidade de afastar de vez qualquer dúvida sobre a imparcialidade do ato parcial.

Foi com esse pensamento que a Comissão de Estudos do Crime e da Violência, criada pelo Ministério da Justiça e presidida pelo professor Viana de Moraes, propôs ao governo a desvinculação dos institutos medico-legais das secretarias de segurança, como meio "de evitar a imagem de comprometimento sempre presente, quando por interesse da justiça, são convocados para participar de investigações sobre autoria de crimes atribuídos à polícia".

Desse modo e mais do que nunca, sente-se a necessidade premente de transformar esses institutos em órgãos auxiliares do Poder Judiciário e sempre com a denominação de Instituto Médico-Legal, como a tradição os consagrou no seu verdadeiro destino em favor dos direitos humanos. Atualmente, há uma tendência técnica. Nisso, comete-se um duplo equívoco: nem se pode admitir polícia como ciência, nem muito menos medicina legal como polícia.

Hoje, a medicina legal não pode deixar de ser vista como um núcleo de ciência a serviço da administração judiciária, e o médico legista, nestas condições, é sempre um auxiliar do juiz, e não um preposto da autoridade policial. No efetivo desempenho dessa atividade, exigem-se informações especiais por cuidar de assuntos exclusivamente seus, entre eles, conhecimentos jurídicos que só podem ser assimilados com a intimidade dos tribunais, no trato permanente das questões médicas inerentes à lei. É preciso também saber o significado de uma lesão violenta, naquilo que pode existir de mais insondável e misterioso, expondo todos os seus elementos de convicção, esmiuçando, comparando, compondo e recompondo-os como quem arma as pedras de um intrincado quebra-cabeça. A importância da medicina legal, portanto, deflui da própria gravidade dos interesses da sociedade, quando possam estar em jogo a honra, a liberdade e, até mesmo, o destino de cada homem e de cada mulher, evitando que o julgamento dos fatos não se transforme numa tragédia. E ainda: a importância da medicina legal não deve cessar nas portas dos

tribunais. E indispensável que transponha suas soleiras para que a verdade não seja o atributo de uma convicção inti-mista, solitária e individual.

Esta digressão tem o sentido de mostrar que a atividade legisperi-cial exhibe características distintas da atividade médica curativo ou pre-ventiva, que apresenta um relacionamento funcional complexo e singu-lar, e que sua paralisação deve merecer uma atenção especial. Por um lado, pelos estranhos vinculas de uma origem viciada e, por outro, pela delicadeza das circunstâncias e pela inexistência, nos demais setores públicos ou privados, de uma correspondência de atividades. Mesmo que o aparelho policialjudiciário possa valer-se legalmente dos chama-dos peritos ad hoc, e o juiz venha formar sua convicção pela livre apre-ciação da prova assim produzida, fica o poder público a estender a mão ao altruísmo de um ou de outro e a depender de uma perícia de qualida-de discutível. Isso, para atender à imprescindibilidade do laudo nos au-tos e para cumprir sua formalidade processual. Opinamos, ainda, que os conselhos regionais de medicina não têm como impedir ou punir o médico, não pertencente aos serviços medico-legais, indicado perito ad hoc para exercer o munas pericial, principalmente quando nomeado pe-la autoridade judiciária, durante uma greve.

Por outro lado, acreditamos que, no exercício da medicina, devam ser consideradas atividades essenciais não só a prestação da assistên-cia médica nos setores de urgência e emergência, mas, também, outros instantes de atendimento indispensável, capazes de evitar danos irrepa-ráveis e males irreversíveis ao paciente.

Em principio, não somos contra a greve nos serviços médico-legais, principalmente quando tal fato venha constituir-se no derradeiro instru-mento de reivindicação, depois de exauridos todos os meios de diálogo e de negociação. Todavia, não se pode deixar de levar em conta certos cuidados, a fim de evitar danos ou situações incontornáveis, notadamen-te em casos de avaliação imediata ou em acontecimentos que possam criar sérios mal-estares às vítimas, aos seus familiares e à sociedade.

Não ha corno justificar, verei grafia, a omissão de um legista, mes-mo em greve, diante de uma lesão ou de uma perturbação de caráter transeunte, cuja falta de registro redundasse em insanável prejuízo pa-ra a vítima. Não há justificativa para deixar-se de proceder a uma necrópsia de morte violenta, concorrendo para que o cadáver seja inumado sem a causa da morte, usando-se os indefectíveis diagnósticos de "causa- indeterminada", vindo a ser exumado posteriormente, sujeito às restrições e aos enganos que permitem os fenômenos post mortem e às in-conveniências da mais repulsiva de todas as perícias.

Ainda, mais, quando se sabe das pressões que sofrem os legistas para liberar os corpos dos afortunados e protegidos, a qualquer hora do dia ou da noite, muitas vezes, ate sem os indispensáveis procedimen-tos, apenas para satisfazer interesses político -demagógicos, nem sem-pre recomendáveis a quem lida com a coisa pública. Não é justo deixar nas câmaras frigorificas ou expostos à decomposição, somente os cadá-veres dos pobres, dos desarrimados de berço, ou dos que findaram aco-bertados pelo crepe do esquecimento. Duvidamos de que o cadáver de alguém mais ilustre fosse enterrado com um diagnóstico provisório, su-jeito a exumação após a greve. Desse modo, não vemos nenhum dano ao

movimento de paralisação à prestação de serviços mínimos indispensáveis, com critérios técnicos defendidos pela própria categoria prevista.

Acreditamos existirem outros mecanismos de pressão capazes de conciliar os interesses da categoria com o respeito à dignidade humana e com as necessidades de ordem pública, inspirados na ética social da vida coletiva. Assim, os exames que não forem imperativos e inadiáveis podem ser realizados depois, tendo-se sempre o dever de explicar à população os motivos da greve e pedir sua compreensão. Nos casos indispensáveis, fazer os exames indicados, utilizando toda técnica e todos os recursos recomendados, podendo até não se expedir os laudos. Admitimos que, apenas depois de ser considerada a greve abusiva, pode o perito sofrer as sanções por desobediência à disciplina judiciária, quando, nomeado pela autoridade competente, deixar de acudir a sua intimação ou ao seu chamado, não comparecer no dia e local designados para o exame, não der o laudo, ou concorrer para a perícia não ser feita, nos prazos estabelecidos. Mesmo assim, entendemos que devam existir critérios para estabelecer o que é estritamente indispensável e definir os meios de manutenção das atividades dos setores, cuja paralisação resultaria em prejuízo irreparável.

Recomendam-se, também, a liberação dos cadáveres e a expedição dos atestados de óbito, com seus respectivos diagnósticos de causa mortis. ninguém pode tolerar uma greve alimentada na insensibilidade e na indiferença, intransigentemente refratária aos princípios da adequação social. Nesse momento tão pungente na vida de uma família- quando tudo é desespero e desalento-, o respeito à dor alheia é de tal magnitude, que a intuição humana criou regras de conduta que impedem crueldades inúteis, permitindo que se ocultem seus mortos nas calvas silenciosas da inércia. E mais: o abandono de um cadáver é injusto e indefensável, em razão de gerar outros muitos e infintos abandonos que pedem rever e desfazer. O da criança, por exemplo, é o mais medonho e o mais triste, porque tem clamores que atingem o mais distante dos distantes e o mais indiferente dos indiferentes, ofendendo a razão e o sentimento.

Os laboratórios dos serviços médico-legais, por sua vez, devem acatar o material de exame que recolherem ou lhes for encaminhado e, nos casos em que possa ser conservado, que se o façam. Quando não for possível preservá-lo, o exame deve ser realizado, mesmo que não se venha expedir o competente relatório, pois esse material, na maioria das vezes, de valor probante incalculável, não pode ser substituído pela sua restrita e imperiosa exclusividade. Embora com atividades de características não tanto semelhantes aos laboratórios, o pessoal do setor de radiologia desses serviços pode haver-se pelo mesmo raciocínio.

Tais procedimentos estão fundados no fato de considerarmos parte das tarefas dos IMLs como atividades essenciais no atendimento das necessidades inadiáveis da população. E a sua paralisação radical, um abuso do direito de greve.

A Ética na Emergência

Luís Carlos Sobania

A emergência representa uma situação ameaçadora, brusca e que requer medidas imediatas de correção e de defesa. Também significa acidente e necessidade urgente. A urgência no dicionário médico consta como um estado patológico que se instala bruscamente em um paciente, causado por acidente ou moléstia e que exige terapêutica médica ou cirúrgica urgente. Que urge, que deve ser feito com rapidez.

Em todas as cidades existem serviços denominados de emergência ou de urgência ou como é comumente falado "prontos-socorros". Uma questão que de início exige uma reflexão é que nesse início de década, nestes anos 90, talvez muitos dos chamados prontos-socorros não poderiam nem assim ser denominados, porque não apresentam as mínimas condições de prestação dos serviços que seriam obrigados a prestar, e isto estaria muito mais na esfera da justiça comum do que na discussão ética, que é mais profunda. E não vamos perder tempo com o que é do âmbito da política e do poder judiciário.; e um, vós. A emergência médica é muito diferente da medicina do posto de saúde, do consultório, do tratamento programado, quer seja ou não em hospitais, porque na emergência nós temos uma situação única em que a decisão médica e a decisão ética tem de ser imediatas. E esse imediatismo tem de estar pronto, portanto as pessoas que trabalham nesses locais têm de estar preparadas médica e eticamente dentro dos princípios médicos e éticos para dar um atendimento competente e um respeito aos direitos do paciente, que, por ser em um serviço de urgência, mais facilmente corre o risco de ser ameaçado.

À emergência, os pacientes são levados muitas vezes contra a sua vontade, recusando o atendimento médico padrão. Muitas vezes podem estar com o seu estado mental perturbado, quer seja por um problema psiquiátrico, por uma doença ou até por uma intoxicação. Os médicos que aí trabalham têm muito pouco tempo para ter acesso a capacidade de raciocínio, ou à competência do paciente em tomar decisões que protejam sua saúde, e tem que tomar decisões rápidas, sem ter o benefício de poder consultar as comissões de ética, por exemplo. Em muitos lugares, existe o atendimento pré-hospitalar, em que o pessoal não médico trabalha e os médicos também são responsáveis pelas decisões dessas pessoas e autorizam medidas, sem ver diretamente os pacientes.

Na emergência, o trabalho é longo, duro, estressante, sem adequado repouso e alimentação. Os médicos são solicitados a tomar conta e a coordenar o cuidado de muitos pacientes simultaneamente. Eles têm de estar cientes de suas limitações e capacidades para dar o melhor cuidado aos seus pacientes e mesmo assim não diminuir sua efetividade pela fadiga ou frustração.

O paciente tem dificuldade em manter um relacionamento confidencial em um ambiente aberto no qual médicas, enfermeiras, pacientes, segurança, polícia, socorrista e técnicos em medicina interagem simultaneamente.

Associado a tudo isso, acrescentam-se os problemas ocasionados por um imperfeito sistema de saúde, que acaba sendo mais bem demonstrado em um setor de emergência, dificultado pelas más condições de trabalho, de poder dar o atendimento adequado, e acrescentando a isso, em nosso país, a inadequada remuneração dos profissionais da área

da saúde, facilitando o risco de que o atendimento seja alterado pelo status social, pelo tipo da doença, do trauma e até da possibilidade de pagar, de ter ou não ter dinheiro.

A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza, e o médico deve agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional. Para que isso aconteça, deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa, de tal maneira que possa viver tranquilamente e possa se atualizar constantemente, podendo sem-pre indicar o procedimento adequado ao paciente.

Pelo nosso Código Penal, Código Civil e pelo Código da Ética Médica, é vedado ao médico deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida dos pacientes. Esta é a obrigação maior da profissão médica e, sem discussão, através dos tempos, o respeito pela vida de outra pessoa. Daí o porque de termos ser sempre contra a greve na emergência e por extensão à pena de morte e à tortura.

A porta de entrada a um sistema de saúde se faz ou por meio da atenção primária em nível dos postos de saúde, dos consultórios ou por meio da emergência, quando, de repente, por inúmeras razões, necessitemos de uma atenção a mais imediata possível, senão corremos o risco de termos nossas vidas realmente alteradas. E por esta razão que na situação da emergência existe uma obrigação real do Estado de prestar e assegurar este tipo de atendimento, que é totalmente independente da questão ideológica, porque alguém inconsciente não tem a capacidade e a competência de determinar o seu destino e a sociedade como um todo tem de assegurar por meio do Estado o atendimento adequado ao cidadão.

Esta é a questão ética mais importante, e ainda não está resolvida, porque o restante depende de competência técnica que pode ser aprendida nos bancos escolares e no relacionamento humano entre médico e paciente, que também pode ser ensinado e que deveria sê-lo nos bancos escolares.

O acesso a setor de emergência é um direito individual de toda a pessoa, e devemos lutar de todas as maneiras a remover as barreiras que impeçam esse acesso. O direito à emergência é igual ao direito à vida. A sociedade como um todo tem de tomar conhecimento deste direito para poder assegurar um direito que se estende desde a fase pré-hospitalar, hospitalar, seguimento ambulatorial e a reabilitação. A fase pré-hospitalar é uma extensão do setor de emergência dentro da comunidade. Os pacientes devem ter acesso rapidamente a pessoas treinadas para que possam ser atendidas e transportadas adequadamente a hospitais onde possam receber o atendimento correto. O acesso a esses serviços não pode ser limitado, e cabe à comunidade, como um todo, participar junto com os que governam assegurando os recursos mínimos para que isso aconteça. Para que, quando a população necessitar, não lhe seja negado o atendimento, tomando por base considerações de ordem financeira.

Como exigir condutas éticas, se a parte fundamental não está corrigida? Este é fator fundamental que leva os médicos e os pacientes a muitas vezes de digladiarem, a colocar

grades nas portas dos pronto-socorros para que só possam entrar pessoas em estado real e flagrante da situação urgente, negando assistência a quem procura médico e vai ao pronto-socorro porque sabe que lá tem médico 24 horas. O que é urgência? Para quem tem dor de cabeça, é urgente que ela passe. Como detectar isso? A dor é subjetiva. Como limitar o atendimento? Faltam postos de saúde, as pessoas estão sendo atendidas nos lugares errados. Os recursos para área de saúde são ínfimos. Quanto cada um de nós, as empresas, contribuem para isso? Quanto o Estado separa para a saúde? Como resolver as questões éticas do relacionamento individual da microsociedade, se a macrosociedade não se importa com isso.

Antes da discussão da ética médica, temos de discutir a ética na sociedade. Enquanto nós cidadãos não estivermos preocupados com a saúde, enquanto com saúde, como poderemos nós quando traumatizados, injuriados, doentes, intoxicados, gritar por nossos direitos? Por essa razão no nosso país, neste ano de 1993, encontramos na área médica atividades de ponta altamente sofisticadas em pleno funcionamento, ao lado de serviços de emergência sujos, mal estruturados, com pacientes internados em corredores, quando deveriam estar em unidades de terapia intensiva. Como discutir ética de relacionamento médico-paciente, se de repente ele se acostumou a esta situação?

Os ministros da área da Saúde vêm se renovando constantemente, e não vejo que, pelo menos na minha vivência nos últimos 15 anos tenham realmente contribuído para que esta situação que deve assegurar o direito à vida venha a melhorar. Deve a sociedade por meio do Estado assegurar o direito à vida, e na área da medicina deve existir um setor de emergência em cada vila, em cada cidade, que assegure, dentro dos recursos disponíveis e com prioridade, condições adequadas de tratamento por pessoal devidamente treinado profissional e eticamente.

Como conseguir isso? Na vida nós aprendemos que as decisões importantes devem iniciar por quem as vai usufruir. Na área da saúde deverão, portanto, participar os usuários por meio logicamente de suas representações, os médicos e demais profissionais da área da saúde, a área governamental correspondente e todas aquelas outras pessoas que de alguma forma têm o interesse de manter a saúde da população. Temos aí, portanto, pessoas que por certo procurarão encontrar as melhores soluções para um sistema de saúde. Terão de ter função deliberativa e, se isso funcionar, em nível de cada governo, isto é, em nível municipal, estadual e federal teremos finalmente pessoas que irão em busca de recursos, que lutarão para que as decisões na área do orçamento atinjam realmente a saúde e saiam do discurso puramente eleitoral cumprindo o disposto na Constituição: "A Saúde é um Direito de Todos". Esta é a maneira que os países civilizados utilizam para que seus sistemas de saúde possam funcionar, e todos com certa prioridade para emergência.

No nosso país, essas idéias já estão na Constituição e nas leis, falta apenas operacionalizá-las. São os Conselho de Saúde, solução ou pelo menos encaminhadores efetivos com possibilidades de solução nas áreas da saúde. Se nós tivermos o princípio básico da emergência resolvido, ficará mais fácil discutir os diferentes aspectos éticos do atendimento.

A relação médico-paciente começa quando o paciente entra literalmente no sistema. O contato inicial geralmente é efetuado por pessoal do hospital em um balcão de triagem, em uma sala de espera. Algumas vezes o paciente pode até escolher o seu médico, mas não é o mais comum. O ideal seria que essa primeira entrevista fosse efetuada por pessoa da área da saúde e, neste caso, uma enfermeira especializada em atendimento de emergência que na forma de pré-consulta pudesse levantar os dados básicos, a história, as queixas principais e os dados vitais fundamentais. Com isso ela poderia, em um julgamento sumário conceder a prioridade ou não no atendimento. A ordem aqui é de que serão primeiramente atendidos os casos mais graves, mas todos serão atendidos. Nesta pré-consulta se percebe a angústia, a ansiedade, e isto pode ser também prioritário. A outra forma de entrada é quando vem trazida por ambulância, tendo sido atendida na rua, em casa pelo pessoal médico e socorrista do sistema pré-hospitalar de atendimento, onde o primeiro contato foi efetuado, por exemplo, por um socorrista bombeiro que foi acionado por um telefone padrão por alguém da comunidade, atendido em uma central de emergência por médico que despachou uma ambulância para o local, informando que lá chegaria em um prazo mínimo de tempo e que, dependendo da informação, estaria também presente um médico. Na urgência esse atendimento rápido no local do acidente, por exemplo transmite uma tranquilidade e uma esperança de salvamento. Sendo atendida no local por socorrista, por médico e transportada adequadamente para o hospital, convenientemente selecionado, inicia uma relação mais fácil porque esta entrada ao hospital já é direta ao setor médico, uma vez que já iniciou a fase de pré-consulta e em parte já de consulta o que facilita a comunicação com o hospital a situação mais ou menos crítica do paciente. Desta forma, o próprio hospital já pode se preparar para o atendimento. Nesta fase pré-hospitalar, podem se apresentar pelo menos duas dificuldades, a primeira a necessidade de deslocar ou não um médico para o local do acidente, porque, na questão do trauma, a função pode na fase pré-hospitalar ser delegada sob supervisão médica, pois em um primeiro momento nós não precisamos fazer um diagnóstico exato do que está lesado, e sim tratar de suas consequências: proteger o ferimento; diminuir a hemorragia; manter a respiração e as batidas do coração. Precisa ou não precisa do médico no local. Esta é a decisão a ser tomada baseada nas informações de quem pediu socorro e nas informações do socorrista no local do acidente. Na dúvida, deverá ter disponível e enviar um médico ao local? A outra situação ainda na fase pré-hospitalar é na relação com o paciente, que deseja ser conduzido para determinado hospital que é aquele que não está na relação dos hospitais dentro do sistema de emergência da cidade e que muitas vezes tem a competência para efetuar o tratamento. O que fazer? Obedecer rigidamente ao sistema. O que pode ser a solução mais fácil desde que essa regra tenha sido aprovada pelo Conselho Municipal da Saúde, ou então saber administrar caso a caso. O que tem de ser uma decisão rápida porque nesse momento está em jogo o resultado final, e cabe a responsabilidade pelo caso a quem atende o paciente. Se o resultado final do atendimento for mau, aquele que levou para determinado hospital também é responsável em parte pelo mau resultado.

No hospital, o médico, ao entrar em contato com o paciente, deverá dar o melhor de sua competência, respeitando a dignidade de seu paciente. Deverá obrigatoriamente comunicar, se possível, honesta e efetivamente, as decisões que deverá tomar para a proteção da

saúde. O primeiro objetivo, portanto, é dar um caminho para se obterem resultados semelhantes, e isto existindo, nos teremos que respeitar o direito de autodeterminação dos pacientes adultos que tenham capacidade de tomar uma decisão apropriada. O direito do paciente é um princípio fundamental da nossa sociedade e, nesse sentido, para que ele possa decidir, é necessário ser adequadamente informado. Por exemplo, em algumas áreas da medicina o tratamento poderá ser cirúrgico ou conservador, com inconvenientes em ambos os processos. Se no dia do acidente, o paciente não tiver muitas condições de tomar decisões, talvez o dia seguinte seja o melhor momento. Lembro-me de um caso de meu professor de ortopedia, que na visita médica hospitalar geral aos doentes diante de um paciente que apresentava fratura de fêmur e que estava sob tração esquelética, comentou que seria assim que gostaria de estar se tivesse soando um acidente em uma de nossas estradas e, tendo perdido a consciência, acordasse no dia seguinte em um leito hospitalar onde ao lado visse um médico jovem que lhe dissesse: "O senhor sofreu uma fratura diafisária do fêmur e uma contusão craneana, e nós colocamos essa tração para que agora o senhor pudesse decidir entre um tratamento cirúrgico que lhe possibilitará ficar livre deste leito, que seja feito aqui, ou em sua cidade; ou o senhor deseja permanecer em tração que também é um bom método de tratamento, só que terá de permanecer no leito de 60 a 90 dias?". Lembrou ainda que poderia acontecer de outra forma, ter acordado no dia seguinte e ao lado do leito o médico Jovem lhe dissesse: "O senhor teve traumatismo craniano leve e, como apresentasse bom estado geral, e uma fratura de fêmur transversa, nós aproveitamos e já fizemos o tratamento adequado. Operamos e colocamos uma haste intramedular de tal modo, que o senhor dentro de poucos dias poderá se locomover com muletas e ficar livre do leito hospitalar". Este caso representa o exemplo típico que pode acontecer no setor de urgência. O que passa no cérebro de um traumatizado ao se dar conta do seu problema? Em um primeiro momento houve um acidente, não sabe bem o que aconteceu, houve vozes, gritos alguém lhe atende, pergunta se está tudo bem, é tirado do local, "Graças a Deus" alguém está atendendo, é colocado em um leito duro e daí, em cima de uma maca ou algo parecido conseguir ver o céu, depois o teto de uma ambulância, rostos preocupados, dar entrada em outro ambiente continuando vendo rostos e tetos e depois não vê mais nada, de repente lembra com alguém vestido de médico que não conhece, que não sabe onde está, que hospital está, que cidade está, que condições tem nesse hospital, falam tanto em infecção hospitalar e eu já fui operado. Como proceder, deve agradecer por que alguém cuidou de mim, devo questionar?

Em princípio, quando realmente for possível o médico é obrigado a dar um tempo suficiente para informar honestamente e respeitosamente as informações para que o paciente possa entender e avaliar as opções e decidir o que seria o melhor atendendo aos seus interesses, na Informação deve estar claramente colocado os riscos e os benefícios. O tempo que o médico dedica a esse ponto em um setor de emergência vai estar necessariamente ligado a obrigação com os outros pacientes.

Na situação de emergência esta questão está levantada desde que haja possibilidade para isso, se o paciente tem a capacidade e competência de tomar decisões, nem sempre é possível e na verdade nem sempre dá tempo para isso, mas o que se vê é que parece nunca haver tempo e nos sabemos que em muitas situações isto é perfeitamente possível.

O médico deve estar também consciente quando atender menores de idade, resguardando os casos em que existe risco de vida ou de grave perda funcional inadiável onde o médico tem autoridade e competência de agir. O consentimento para tratamento deve ser obtido dos pais ou de quem o representa legalmente, portanto nas condições menos urgentes deve o médico enviaar esforços em obter o consentimento dos pais.

Poderemos ter situações em que os pais recusam determinado tipo de tratamento, mas a severidade da lesão possa requerer uma intervenção imediata. Nessa situação específica, seria importante a opinião de um segundo médico, que corrobore com a necessidade da intervenção. E é necessário estar documentado, assim como a comunicação do fato ao diretor técnico da instituição. O nosso código de ética também prevê que, em determinadas situações de menores próximos da maturidade, eles mesmos possam tomar as decisões que devem ser consideradas.

Outra questão que deve ser considerada similar aos menores é a dos pacientes mentalmente incapacitados, seja naturalmente ou pela propicia causa que originou a urgência. Deve o médico procurar obter, se possível, o consentimento dos pais, ou de membros da família.

A verdade é fundamental e deve ser apresentada de maneira que o paciente ou seus responsáveis possam entender, em algumas situações, a presença de um médico conhecido da família poderá ajudar a compreender a necessidade de uma intervenção e restabelecer um relacionamento entre o médico e paciente.

A confiança é um outro princípio básico na relação médico paciente. No cuidado adequado, o médico necessita obter informações bastante íntimas e deve, portanto, tomar cuidado para que essas informações não sejam violadas e perturbem a relação e que é mais público. Há algumas situações que podem gerar conflitos éticos. O médico tem a obrigação de seguir as leis e proteger a sociedade como um todo. Se o paciente revela uma informação ou tem uma conduta que possa indicar um perigo a si mesmo e ou aos outros, deverá o médico considerar se deve ou não violar a confiança. Essas circunstâncias em geral incluem a comunicação de uma doença de notificação compulsória e até de notificar a polícia, se for crime de ação pública. Enquanto o médico coloca na mente estas dificuldades e faz o balanço entre o paciente e a proteção da sociedade, deve lembrar que não é agente de polícia e que o princípio da confiabilidade não pode ser violado por qualquer coisa. O interesse no cuidado da saúde do seu paciente deve ser a sua principal preocupação.

No setor de urgência, a questão da manutenção da vida e do atendimento à parada cardio-respiratória é com certeza o momento mais angustiante, na verdade a razão principal de ser do setor de urgência. Todo o serviço deverá ter um protocolo de atendimento que deverá ser seguido rigidamente em todos os seus tópicos, até que finalmente o responsável considere o paciente morto. Esta situação de parada cardior-respiratória poderá eventualmente acontecer em momentos na vida de uma pessoa que possa apresentar situações que mereçam considerações, como, por exemplo, com uma doença terminal o paciente tenha

manifestado o desejo de que não se tomasse medida de ressuscitação, caso tivesse uma parada cardior-respiratória. Quais os limites de reverter esta decisão? Saberá o paciente realmente de sua situação? Estará o médico que o atende comumente com a certeza do diagnóstico e evolução? Neste ponto nos encontramos em um terreno que está entre tomar uma atitude médica, e que na dúvida deve ser tomada, ou então passarmos a iniciar uma discussão que entra no campo da eutanásia passiva, que não é o assunto deste capítulo, mas que devemos encarar com maior serenidade, porquanto a eutanásia ativa na nossa opinião não faz parte da prática médica e é eticamente inaceitável.

A minha experiência no setor da urgência tem mostrado outro campo que é frequentemente desrespeitado. Como fica a família do acidentado, do doente? Ela é habitualmente relegada a um canto, sem ter acesso a nenhuma informação, como se ela não fizesse parte do caso, como se o paciente que está sendo corretamente atendido não fosse mais parte daquela família, como se o setor de urgência não tivesse obrigação com aquelas pessoas. Lembra o passageiro de uma aeronave que não obtém nenhuma informação na eventual complicação a bordo e que isso diz respeito apenas aos que dirigem e cuidam do avião. Parece que esqueceram que os pais, os cônjuges, os filhos, os amigos não têm sérias dúvidas, não têm angústias. Quantas vezes fomos chamados por um familiar amigo para ir até o pronto-socorro, uma vez que, por eu ser médico, poderia ter acesso a um setor de urgência e poderia saber o que estava acontecendo com seu filho, se estava vivo, se estava morto, se tinha condições de sobrevivência, pois já estava uma hora lá dentro e ninguém dizia nada. Em um tempo em que o homem assiste o parto de sua mulher, em um tempo em que a criança tem o direito de ter a presença da mãe ao lado de seu leito no hospital, ainda é difícil a obtenção de informações em nível do setor de urgência. No serviço de emergência padrão, deve existir a sala da família, onde algum profissional da área da saúde poderá mantê-los informados. O ideal talvez fosse uma psicóloga, pois existem pessoas mais ou menos angustiadas a quem o médico, no momento possível, desde que não interfira na sua ação, tenha a obrigação de levar o conhecimento da real situação.

Podem existir conflitos entre o médico, o paciente, os familiares e a questão da transferência de médico ou de hospital pode surgir. Deve o médico, considerar esta situação como natural e discutir o problema com quem de direito. A primeira situação seria, o que é dever fundamental do médico que é se o paciente necessitar de cuidados mais intensivos que o hospital não consiga resolver. O médico é que deve solicitar a transferência, dando toda a assistência para que isso se efetive adequadamente. A outra poderá ser a impressão do paciente e dos familiares. Senão houver risco real de vida, deve o médico expor claramente os outros riscos e concordar desde que os cuidados de transporte ou para onde se dirigir o paciente forem adequados. O melhor resultado nós vamos obter quando o paciente quiser ser por nós tratados.

Um outro tópico se desenvolve e acaba acontecendo no setor de urgência, é a questão da morte encefálica, que leva a decisões sobre a possível doação de órgãos para o transplante. O médico que atende urgências tem de entender claramente os critérios de morte encefálica, e o paciente que acabou de ter decretada essa morte torna-se um candidato a poder ajudar a outros pacientes. Cabe a esse médico que durante horas lutou pela vida e com toda

compaixão possível, calmamente, informar a família da situação para que ela possa entender, compreender e decidir pela doação, no caso de o paciente em vida não deixar nenhum documento explicitando este desejo, já que a lei lhe dá esse direito.

O setor de urgência em um hospital é o lugar onde principalmente em nosso meio há uma troca constante de pessoal pelo trabalho árduo, estafante que lá se exerce. O controle de qualidade, portanto, não é fácil de ser mantido e deve e tem responsabilidade sobre este setor o diretor técnico da Instituição no sentido de manter educação médica continuada, por meio de cursos e fundamentalmente no estabelecimento de protocolos em cada tipo de ação que exerça. Isto manterá uma rotina em cada procedimento, que deverá ser obedecida rigidamente em cada hora, em cada dia, por cada um dos plantonistas, de tal modo que a rotina seja mantida e as mudanças que existam sejam justificadas e todos os atos devidamente documentados. Só desta maneira, teremos condições de verificar na evolução a qualidade do atendimento. No setor de urgência, o paciente procura ou é conduzido ao hospital, não procura diretamente este ou aquele profissional em um primeiro momento porque a situação de urgência não é esperada. A existência de protocolo, a fiel, mas sucinta descrição dos atos executados, seguindo um protocolo previamente discutindo e aprovado medicamente, coerente, em um prontuário, é a maior defesa que o médico terá, se for necessário no Âmbito ético, bem como no campo da justiça comum.

O tratamento na área da urgência termina em geral ou na internação que se dá ao redor dos 30% dos casos e onde nós teremos outros tipos de responsabilidades e condutas éticas que não cabem agora discutir, ou então no encaminhamento para casa e para um atendimento de seguimento ambulatorial que todo o hospital de emergência deve ter. O paciente sairá com uma receita do que fazer, e a este doente terão de ser fornecidas as informações sobre o que possa acontecer principalmente sobre as possíveis complicações que possam advir, quer pela evolução natural doença, quer por possíveis complicações do próprio tratamento efetuado, pois em medicina não existe o absoluto. E uma profissão de meios, apesar de que em parte em determinadas situações seja também de resultado. O ideal é que essas informações, além da descrição oral, fossem feitas também por escrito, não sendo tão difíceis porque elas já estão até padronizadas, e isto facilitaria o entendimento entre o médico e paciente, principalmente se forem decorrentes do tratamento. O paciente, quando atendido no setor da urgência, pelo problema apresentado que não era esperado, fica de certo modo perturbado e acaba muitas vezes não escutando o que o médico falou e, se receber por escrito, com certeza irá ler no aconchego do seu lar.

O médico trabalha com enfermeiras, técnicos de raios x, técnicos de laboratório, assistentes sociais, psicológicos, pessoal da área de recepção, socorristas do atendimento pré-hospitalar e outros médicos. Deve existir um inter-relacionamento em que além da cordialidade e boa educação, prevaleça a competência profissional, que é o que irá atender o melhor interesse do paciente. O médico é que tem a maior responsabilidade sobre os aspectos no manuseio do paciente, e toda a função exercida por outros profissionais é por ele delegada, para isso ele tem de ter a competência de estar em dia com o avanço sempre existente da medicina. Isto acontecendo, muito provavelmente por parte dele não existiria nenhum deslize ético. Mas quando a falta de cordialidade e de educação prevalecer, então sim passaremos a ter dificuldades no relacionamento. Quando a falta de competência surgir, perderá o médico o seu espaço e as outras profissões, principalmente a enfermagem,

ocuparão o seu lugar. Ao que parece é o que vem acontecendo com as diversas áreas da saúde, necessitando de repente revisar e definir o que é ato médico.

E no campo da emergência que o hospital está exposto à maior quantidade de queixas e reclamações. É aqui que entra de modo importante a comissão de ética da instituição, um fórum relativamente recente e ainda não foi percebido pela população como um lugar onde poderá esclarecer suas dúvidas e até encaminhar uma reclamação real de um atendimento não realizado corretamente. Recordo que em um dos hospitais de emergência que eu visitei, em toda informação escrita, fornecida ao paciente, existia no final um aviso para que, se tivesse alguma discordância ou reclamação a fazer, se dirigisse este fato para seus amigos e familiares. Outro fato importante seria estar afixado em local visível os nomes da comissão de ética e o respectivo local onde poderiam ser encontrados, em uma demonstração clara de que o hospital está preocupado com o bom atendimento de seus pacientes, para que se algo houve que não correspondeu, o hospital demonstre o firme propósito de corrigir falhas que porventura existam.

O serviço de pronto-socorro apresenta a oportunidade do médico utilizar vários sistemas de diagnósticos; no tratamento, a oportunidade de usar os mais variados tipos de implantes. Em virtude disso, tem de tomar cuidado com os presentes que possa ganhar da indústria biomédica, que não podem e não devem influenciar no julgamento do que utilizar. Pequenos presentes ou alguma forma de melhorar a educação podem ser aceitas, mas presentes de alto custo, viagens que irão influenciar o julgamento clínico não podem ser aceitos.

Na vida de uma cidade, existem momentos que podem se transformar em grandes tragédias, que é quando acontecem desastres como acidentes com transportes coletivos, ônibus, avião, trem, em que ao mesmo tempo surgem dezenas de feridos. Nesses casos, o médico que atende urgências terá de tomar decisões que beneficiem o maior número de sobreviventes. Isto acontecerá na triagem de quem poderá se beneficiar dos recursos existentes, optando em primeiro lugar, por aquelas pessoas que julgar em estado grave, enquanto outras que apresentem lesões menores devem ser colocadas em situação confortável, para que possam aguardar a sua assistência até que as coisas se acomodem.

Todas as questões que apresentamos já foram estudadas, já foram discutidas, já estão escritas. Por que será que levamos tanto tempo para operacionalizá-las? Por que será que o ensino da emergência-urgência, a maneira de se comportar, encontra tanta dificuldade em ser ensinado, nas escolas médicas? Será porque a medicina se desenvolveu tanto, com fatos detalhes técnicos em cada ato que se tornou difícil juntá-los todos em um só indivíduo e ao mesmo tempo considerá-lo um ser humano que sente, que sofre que não sabe das coisas? Creio que não dedicamos o tempo suficiente para estudar, falar de pessoas; de como nos entender com elas. O curso médico se transformou em informações, conhecimentos e competências técnicas que são muito importantes. Mas a formação médica só estará completa com o domínio do conhecimento e do comportamento do homem sozinho ou vivendo em sociedade, e é na emergência que a fragilidade da estrutura emocional se coloca na superfície. Teremos de incentivar esses aspectos na formação do nosso profissional da área da saúde, principalmente o médico, que normalmente comanda essa equipe.

O último tópico que gostaríamos de discutir é a greve na emergência. Nós já vimos que o nosso código da ética, que o código da vida, dá-nos o direito de fazer greve, mas, com a exceção do setor de urgência. Do ponto de vista ético, a discussão terminaria aqui, pois é vedado ao médico deixar de atender em setores de urgência-emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria. Mas, mesmo assim, alguns conceitos eu gostaria de emitir. Em todas as greves do setor saúde que eu presenciei, existiam as conhecidas comissões éticas de triagem, que definiam o que era ou não emergência e com toda certeza ocorriam erros de diagnóstico. O que é emergência? Nem os médicos sabem com certeza delimitar os seus limites. O que não é emergência para o médico nesse momento, pode se tornar daqui a pouco. E a emergência que o médico não viu que, deflagrada a greve, o paciente não procura atendimento porque sabe que não será atendido, então o caso se agrava e não dá mais tempo de fazer alguma coisa. O sistema de saúde francês foi em busca também da definição do que é emergência, mas, junto aos usuários do sistema, o que a população entende por emergência. Na verdade nós vamos lentamente nos envolvendo em todo o conceito de greve no setor saúde. As greves existentes ou que existem sempre foram contra instituições, e nunca contra os usuários, que normalmente contribuem com o que lhes é pedido. Mas são eles as vítimas, e o setor os usa como reféns, é justo?

A greve no setor da saúde, portanto, no meu entender, não tem trazido de forma clara os resultados almejados. Acredito que, somente quando discutirmos a crise do setor com aqueles que o usufruem e os fizermos entender que o ganho adequado e melhores condições de trabalho é fundamental para o bom atendimento, nós teremos a solução para esses problemas. Já existe possibilidade que é a representação médica nos conselhos de saúde, que podem deliberar para onde vão os recursos disponíveis e com que prioridade.

Finalmente, podemos tirar algumas conclusões sobre a ética e a responsabilidade médica na emergência. Aqueles médicos que trabalham no setor têm a obrigação de dar o melhor de sua atenção técnica e ética a todos os pacientes que procuram esse setor. E a instituição que o mantém tem obrigação de fornecer a ele direta ou indiretamente uma educação médica continuada, que possa manter sua qualidade no atendimento, exigindo das organizações mantenedoras que forneçam os recursos; que eles sejam correspondentes às necessidades, mantendo em todas as áreas sistemas de controle de qualidade, usando, se for necessário, os órgãos fiscalizadores das profissões, não se esquivando de lançar mão também da justiça comum.

Bibliografia

- American College of Emergency Physicians. Ethics Manual, *Anais of Emergency Medicine*. 20: October, 1991, 1153-1162.
- Código de ética médica. Resol. CEM 1246/88.
- Dicionário Médico-Blakiston-2a Edição-Organização Andrei Editora Ltda-São Paulo.
- Dicionário de Termos Médicos-88 Edição: Dr. Pedro A. Pinto-Editora Científica-Rio, 1962.

Aspectos Éticos Y Legales de La Reproducción Asistida

Dr. Jorge Más Díaz

Dr. Julio González Hernández

Lic. María Elena Cobas Cobiella

Lic. Patricia González Vilalta

Lic. Alejandro Pérez Rodríguez

RESUMEN

La infertilidad constituye un problema que puede afectar a ambos miembros de la pareja. Con el tiempo, el conflicto puede agravarse y llegar a constituir un motivo de disolución del vínculo afectivo, con la repercusión psicosocial que estas rupturas traen aparejadas. Aunque la superpoblación es un problema mucho más apremiante que los trastornos de la reproducción, hoy por ello estos últimos dejan de ser una preocupación creciente para la sociedad. Con la aplicación a nivel mundial de nuevas técnicas de reproducción o concepciones asistidas, han surgido nuevos y graves problemas de índole ético legal.

En nuestro trabajo se identifica la infertilidad como problema de salud. Se hace una revisión de los principales procedimientos terapéuticos actuales y de los problemas surgidos con ellos a nivel internacional. Se analizan también las propuestas y recomendaciones de órganos e instituciones internacionales. Se exponen las limitantes que suponen las normas dispersas en las leyes vigentes y la ausencia de una legislación específica.

Se identifican los principales aspectos que pueden resultar conflictivos y se recomienda la creación de Comisiones Nacionales para el estudio y la solución de estos problemas.

INTRODUCCIÓN

La determinación de tener descendencia y el embarazo son procesos complejos. En estos intervienen factores psicológicos, sociales, económicos, religiosos, e incluso legales.

Según las estadísticas internacionales la infertilidad puede afectar entre el 8% y el 15% de las parejas en la etapa reproductiva de la vida.

La búsqueda de remedios para la infertilidad se remonta a los tiempos bíblicos, pero no es hasta el siglo actual, con el desarrollo de las nuevas técnicas de reproducción asistida, que este tema ha llamado la atención de los juristas. Aunque en estas discusiones la atención está centrada en la protección de la vida humana, su traducción en las numerosas resoluciones y documentos emitidos por comisiones creadas al respecto van desde el control estatal con un fin abierto, hasta restricciones jurídicas categóricas. El impacto está dado, no tanto por la tecnología en sí, como por el reto que su aplicación plantea a los juristas en lo referente a determinar el alcance de los derechos y libertades previstos por las leyes. El papel creciente de los gobiernos nacionales en las instituciones de salud y en la selección de los participantes se ha extendido además, al control de la donación y disposición de los gametos y embriones humanos. De esta forma la tecnología reproductiva se convierte en una excusa para fomentar dos tendencias: la ya presente "medicalización" de la reproducción y la "judicialización" del embarazo. Cabe entonces preguntarse hasta qué

punto es posible controlar (sin afectar) el desarrollo de la tecnología reproductiva y al mismo tiempo respetar los derechos legítimos de la persona. Sin dudas, la respuesta a esta interrogante no está al alcance de la mano, y es ahí donde el Derecho, haciendo uso de la experiencia y los recursos disponibles, y a través de las personas encargadas de redactar y conformar las Leyes, va a desempeñar un papel determinante.

LA REPRODUCCION A TRAVES DE LA HISTORIA

El primer informe de la utilización de la fertilización in vitro es debido a Pincus, trabajando con conejos en 1930. En 1953 se informa el primer nacimiento de un niño por inseminación con semen congelado por Bunge y Sherman. En 1955 se llevó a cabo el Primer Congreso Mundial sobre Esterilidad y Fertilidad. En el año 1964, en las recomendaciones del IX Congreso Internacional de Derecho Penal, celebrado en La Haya, se planteaba que las leyes nacionales reconocieran el aborto legal y la posibilidad de la inseminación artificial con consentimiento de los esposos.

El nacimiento en Inglaterra en 1978 del primer "bebé probeta" constituyó un momento culminante para la ciencia. A partir de ese momento, miles de parejas se han beneficiado con el empleo de esta y otras técnicas de reproducción asistida. En 1984 se realizó la primera transferencia de un embrión al útero de otra mujer que no era la madre genética en Los Angeles (EEUU) por Buston.

Todo esto ha traído como consecuencia que en los países en los cuales comenzaron a aplicarse tales técnicas surgieran numerosos problemas ético-legales, que han hecho necesario modificar las legislaciones existentes, o incluso la creación de nuevas leyes, que regulen diversos aspectos de la filiación, la herencia, la paternidad, el derecho de familia e incluso, el derecho a la vida.

LA INFERTILIDAD Y LA REPRODUCCION COMO PROBLEMAS DE SALUD

La infertilidad es sin dudas un problema con repercusión social, que llega a afectar no solo el rendimiento laboral e intelectual del ser humano sino también la integridad de la familia y las relaciones interpersonales de la pareja y, consecuentemente, su salud mental y física, si tenemos en cuenta la definición de salud dada por la OMS "...un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad". La evidencia demográfica y epidemiológica sugiere que aproximadamente 8% de las parejas experimentan algún tipo de infertilidad durante su vida reproductiva. Cuando estos datos se extrapolan a la población global representan de 50 a 80 millones de personas que pueden sufrir de infertilidad.

El cambio en los patrones demográficos ocurridos en los últimos 50 años en los países desarrollados y en los últimos 20 años en algunos países en desarrollo hace que la infertilidad adquiera una nueva magnitud y se convierta en un motivo de preocupación pública. La solicitud que se hace a la pareja de limitar voluntariamente su propia fertilidad debe estar acompañada de facilidades para regular todos los aspectos de su fertilidad.

incluyendo los servicios de asesoramiento, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad cuando la pareja desee tener su primer hijo u otro niño. Aún cuando la prevalencia de la infertilidad puede no aumentar, la demanda y la expectativa de los servicios para la infertilidad aumentan como consecuencia de los cambios en los patrones familiares y la preocupación pública por la infertilidad y además como resultado del espectáculo y la propaganda desplegada alrededor de la fertilización in vitro, la transferencia intratubaria de gametos, la subrogación y otros procedimientos.

En 1978 el Programa Especial del Grupo Asesor de la OMS estuvo de acuerdo en crear un equipo de trabajo para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.

Las tasas de infertilidad primaria encontradas eran bastante constantes en cada país y en general variaron entre 1,6% y 3,6% en países asiáticos, 1,9% en Brasil y eran considerablemente altas en países africanos (12% en Camerún). Las tasas de infertilidad secundaria son difíciles de determinar pero parece que ellas aumentan con la edad y no fue posible distinguir entre infertilidad voluntaria e infertilidad no voluntaria. Las tasas en India, Tailandia y Vietnam estaban entre 7,5% y 15,3%, mientras que Pakistán era mucho más alta: en Brasil era muy alta en comparación con la baja prevalencia de infertilidad primaria.

De todo esto podemos deducir, como lo hace Vaquero Puerta que, un aspecto de la infertilidad que la hace socialmente relevante es su alta prevalencia.

Asumiendo una posición intermedia, creemos que, si bien se trata de un problema social en la dinámica interna de la pareja, la infertilidad pudiera constituir un serio problema de salud que los gobiernos, sin descuidar el destino de los recursos, y atendiendo al orden de prioridad que debe existir cuanto a los males que aquejan la salud de la humanidad, están obligados a solucionar.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO REPRODUCTIVO

Estadios en el desarrollo embrionario

1. Estadio preembrionario.

El total de células y tejidos derivados del óvulo fertilizado hasta el estadio de 15 días, cuando toma su primera forma como una entidad distintiva, ha sido referido con los términos de: conceptus, preembrión, pro-embrión o cigoto.

Se considera que hasta el estadio de 8 o 16 células (3 días después de la fertilización), todas las células del conceptus son equivalentes unas con las otras y totipotenciales, en el sentido de que son potencialmente capaces de contribuir a la formación de cualquier parte del futuro embrión o de la membrana extraembrionaria. En los próximos 10 días el conceptus crece hasta alcanzar miles de células, y grupos de ellas inician la formación de estructuras extraembrionarias. El proceso de implantación, dura del día 7 al 14 después de la fertilización.

2. Estadío embrionario.

Se considera que el estadío embrionario dura desde la fertilización hasta la 8a semana, a partir de entonces utilizado el término es el de fe-to. En el embarazo humano normal comienza el día 15 después de la fertilización, cuando aparece la primera estria celular primitiva en la pla-ca embrionaria.

La distinción entre estadío embrionario y preembrionario no es arbitraria: a partir del estadío de 15 días el preembrión es isomórfico con el feto, el bebé, y el adulto, de modo que es posible definir que células y tejidos van a contribuir a la formación del feto de ahí al recién nacido y, cuáles van a contribuir a la formación de las membranas extraembriónicas. El estadío de 15 días es también el punto en el cual el desarrollo humano individual comienza, ya que es el último punto en el cual puede ocurrir un gameto monocigótico (los llamados idénticos). Si 2 estrias primitivas aparecen en la placa embrionaria, se desarrollarán 2 embriones y si ambas sobreviven se desarrollará el embarazo gemelar. Este aspecto es muy importante para glosas.

Status biológico del nuevo ser.

1. Viable vs no viable.

Desde el punto de vista médico, un feto viable es aquel que ha alcanzado un estadío de madurez tal
tencia independientemente.

Después del nacimiento, un feto viable es considerado un recién nacido.

En Medicina, la frontera entre la viabilidad y la no viabilidad no es absoluta: depende de los recursos disponibles para el cuidado intensivo del bebé prematuro. Cuando han nacido vivos el Derecho les concede protección, ya tienen personalidad jurídica y por lo tanto, derecho a la salud.

La teoría de la viabilidad aparece dentro de las que dan origen a la personalidad junto a la de la concepción, nacimiento y la teoría ecléctica.

La teoría del nacimiento se basa en que, durante la concepción del feto, no tiene vida independiente de la madre. El concebido como es considerado una esperanza de hombre (spes hominis) se le atribuyen derechos que no suponen reconocimiento de su existencia jurídica, estos protegen intereses expectantes y futuros que sólo con el nacimiento pueden convertirse en derechos definitivos.

Con respecto a la teoría de la viabilidad, se exige para reconocer a la persona, no sólo el hecho de nacer viva sino además, la aptitud para seguir viviendo fuera del claustro materno, requisito éste exigido entre otros Códigos por los de Francia e Italia.

Del actual Código Civil español podemos inferir, que la solución que adopta es ecléctica, pues, después de sentar el principio de que: "el nacimiento determina la personalidad",

adade que: "el concebido se tiene por nacido para todos efectos que le sean favorables , "el concebido se tiene por nacido para todos efectos que le sean favorables" siempre que tuviere figura humana yivere 24 horas enteramente desprendido del seno materno.

ESTADO ACTUAL DEL MANEJO DE LA PAREJA INFERTIL

LAS NUEVAS TECNOLOGIAS REPRODUCTIVAS

1. Fertilización In Vitro (FIV) El término fertilización in vitro se utiliza para referirse al proceder Tédio del cual, se produce la fertilizacion extracorporea del óvolo, tando los gametos propios de la pareja.

Entre las objeciones que se han hecho a este proceder están:

1. Separa la creación de la vida, de la relación sexual.
2. La posibilidad de crear ninos con defectos fisicos o mentales, lo que en realidad no se ha comprobado.
3. De ser aprobado este proceder, se puede pesar a la aplicación de otras variantes de la FIV, muchas de las cuales son rechaza-das por gran numero de personas. , 4. Como la infertilidad no es una afección que ponga en peligro la vida, la aplicación de la FIV como modalidad terapéutica pa-ra una condición que no es médicamente riesgosa puede llevar al terreno médico otros problemas humanos básicos. a muchos preocupa la utilización de experto y recursos para au-mentar la natalidad en un mundo ya superpoblado.

II. Inseminación Artificial

1. Inseminación con semen o espermatozoides del marido

Inseminación homóloga

Entre los senalamientos que se han hecho a este proceder estan:

- a) Su eficacia es cuestionable, sobre todo en casos de infertilidad masculina de causa no bien definida.
 - b) La preocupación que la manipulación del semen pueda ser utili-zada para la selección del sexo, separando los espermatozoides portadores del cromosoma X o Y, lo cual no se considera segu-ro ni ético.
 - c) El riesgo de la "tecnificacion" de la reproducción, al separar la procreación de su expresión sexual.
- #### 2. Inseminación con semen o espermatozoides de donantes

Inseminación heteróloga

Las principales preocupaciones que surgen con este proceder son las de la introducción de gametos de terceras partes en la unidad familiar, y son:

- a) La posibilidad de crear problemas psicológicos en el esposo, la mujer receptora y/o el donante, si este último es identificado o conocido.
- b) El riesgo de transmisión de afecciones genéticas graves o enfermedades infecciosas por el uso de semen donado. El esposo también puede verse afectado.
- c) La posibilidad de consanguinidad por el uso excesivo de mismo donante.
- d) Los efectos psicológicos en el niño. Este incluye la afectación de las relaciones interpersonales por la necesidad de querer mantener el secreto sobre el origen del niño. Puede haber afectación del niño si en forma accidental llega a conocer su origen.

III. Variantes de la Fertilización In Vitro

1. FIV con semen donado

Las críticas que se han hecho a este proceder son las mismas que las de la inseminación artificial heteróloga y las de la FIV. Con la FIV con semen de donante surge además la duda acerca de la paternidad si el semen del donante es utilizado después de haberse intentado la fertilización con semen del marido.

2. FIV con óvulo donado

Este proceder puede acarrear riesgos médicos para el donante, el receptor y la descendencia. Pueden presentarse problemas en las relaciones familiares en el donante y el receptor, con posibles efectos sobre el niño. Es posible que haya rechazo inmunológico al óvulo implantado y finalmente, no existe una legislación específica que identifique quien es la madre cuando se usan óvulos donados. La mayoría de los estados consideran a la madre gestacional como la madre legal. Aunque no se presenten problemas en las relaciones entre el donante y la descendencia, debe considerarse al donante de óvulos en la misma forma que al donante de semen.

3. Donación de preembriones provenientes de la FIV

Aunque es un proceder poco utilizado, su indicación está justificada cuando ambos miembros de la pareja tienen factores que impiden la fertilización.

Las objeciones planteadas son similares a las que se hacen a las donaciones de gametos (espermatozoides y óvulos). Al igual que con la donación de óvulos, es posible la incompatibilidad de causa inmunológica. El principal problema ético que se plantea surge

de la utilización de gametos provenientes de terceras partes por su pareja en la cual ninguno de los dos tiene relaciones genéticas lineales con la descendencia. Esta es una situación algo similar a la adopción. El status legal de preembrión donado actualmente está en proceso de evolución, aunque existe consenso general en la protección del concepto bajo las leyes civiles y criminales. En lo que respecta a la maternidad del preembrión donado, la mayoría de las cortes se ha pronunciado porque la madre gestacional es la madre legal.

4. Lavado uterino para transferencia de preembriones

Entre los señalamientos que se han hecho a este proceder están:

a) La posibilidad de infección intrauterina debida a la manipulación. b) El riesgo de transmitir infecciones a la donante, la receptora o al preembrión.

Los problemas inherentes a la utilización de terceras partes, incluyendo la posibilidad de que el donante quiera conservar el preembrión. Si se ha utilizado el semen del marido de la esposa infértil y la pareja quiere demostrar su relación genética con el niño, deben realizarse las pruebas de esto.

IV. Criopreservación

1. Criopreservación de semen

Las objeciones a este proceder son las mismas que las expresadas para la inseminación con semen fresco. A estas se añade el riesgo potencial de los efectos de la congelación-descongelación sobre el embrión.

Su principal ventaja está en que como media un periodo de latencia antes de que el semen sea utilizado, es posible realizar las pruebas necesarias para el diagnóstico de enfermedades como el SIDA y la hepatitis B.

En caso de que el hombre muera después que su semen ha sido congelado para usarlo en su pareja, ésta puede solicitar ser inseminada con el semen de su esposo postmortem. Esto crea problemas que van más allá de los surgidos con la inseminación artificial con semen fresco. El hecho de haber tenido relaciones sexuales estables previas a la congelación del semen y a la muerte del esposo pudieran hacer esta posibilidad más aceptable que el uso de donante anónimo.

2. Criopreservación de óvulos

La principal preocupación médica respecto a este proceder está en que el óvulo es una célula única, con una masa relativamente grande de citoplasma, por lo tanto más susceptible a los posibles efectos negativos de la congelación-descongelación.

3. Criopreservación de preembriones

Con el desarrollo de las técnicas de FIV se ha comprobado que la fertilización de múltiples óvulos aumenta la tasa de éxitos de embarazo, pero se incrementan las posibilidades de embarazos gemelares o múltiples. Esto ha hecho que se tome en consideración la preservación por congelación de los preembriones supernumerarios no utilizados para ser utilizados en embarazos posteriores de la pareja, o ser destinados a otros fines (donación a parejas infértiles, investigaciones científicas).

La principal preocupación con el uso de preembriones criopreservados es la posibilidad de dano provocado por la congelación y descongelación del material genético. Otro riesgo potencial es el dano provocado por las fallas en el sistema de conservación del material.

Otro aspecto muy debatido es el concerniente al status jurídico del preembrion. Los problemas de la posesión y los derechos de herencia del preembrion han sido identificados pero no resueltos. Desde el punto de vista de la moral, estas técnicas representan una intrusión en el proceso natural de la reproducción, al poner la vida humana en un estado de suspensión por congelación profunda, por un periodo variable de tiempo antes de su utilización. Si no se establece una limitación en tiempo para este periodo de congelación y su uso posterior, se pueden crear graves problemas en la estructura social y familiar, al perderse la linealidad genealógica. Por estas razones es importante, antes de emprender estas técnicas, explicar bien a la pareja las posibilidades de éxito en cuanto al embarazo, así como los posibles riesgos de alteraciones en el embrión, producto del proceso en si y solicitar previamente el consentimiento informado y por escrito de la pareja. El tiempo de almacenamiento de los preembriones debe estar limitado el tiempo, pero se recomienda que no debe exceder al periodo reproductivo del donante del óvulo, o mientras prevalezca el objetivo para el cual fue previsto. Para muchos es inaceptable la transferencia de una generación a otra. Antes de iniciar el proceso de preservación debe quedar bien establecido por la pareja la disposición de los preembriones no transferidos, el deseo mutuo de congelarlos para su propio uso, donarlos a otra pareja infértil, o donarlos para su uso en investigaciones científicas.

V. Sibrogación

1. Portadora subrogada, gestación de alquiler o sustituta. Madre que gesta un embrión no ligado a ella genéticamente

La portadora subrogada aporta el componente gestacional (útero) de la reproducción, pero no el componente genético, a diferencia de la llamada madre subrogada que aporta tanto el componente genético (óvulo) como el componente gestacional.

El uso de una portadora subrogada está indicado en mujeres cuyos ovarios tienen la capacidad de producir óvulos normalmente, pero son incapaces de llevar a término la gestación por defectos uterinos, malformaciones, problemas de capacidad, o por afecciones limitantes para la vida de la madre o que pueden poner en peligro la vida del niño.

Existen opiniones contradictorias en cuanto al empleo de la portadora subrogada que pudieran resumirse en: a) Para algunos es impropio solicitarle a una mujer que actúe co-

mo portadora subrogada, se someta a los riesgos de la gestación y el parto sin recibir la compensación natural a este esfuerzo.

b) La pareja o la familia puede ejercer algún tipo de presión (social o económica) sobre la posible portadora subrogada, lo que pudiera verse como una forma de explotación.

c) Puede haber afectación de la pareja (padres genéticos) si la su-brogada se niega a entregar el niño después de su nacimiento.

d) El nido puede verse afectado psicológicamente si llegara a cono-cer que es nacido de una portadora subrogada y quisiera conocerla.

e) Existe la posibilidad de que la pareja pueda ser molestada por la portadora o algún intermediario, en la búsqueda de beneficios economicos por estos arreglos.

f) Se ha criticado fuertemente el uso de una portadora subrogada por razones sociales más que médicas, como es el caso de artis-tas, modelos o ejecutivas, que por razones de trabajo o estéti-cas, prefieren utilizar estos servicios.

. Por otra parte, como en el caso de la donación de órganos y tejios, la subrogacion ofrece a esta mujer la satisfacción de contribuir y, para muchas de estas mujeres el embarazo em si es una satisfacción.

Otras preocupaciones relacionadas con el uso de la portadora subrogada están centradas en:

a) El riesgo potencial de daho físico y/o psicológico para todas las partes, incluyendo al niño.

b) El pago de la portadora subrogada. Muchos aprueban la subro-gacion sobre la base de la voluntariedad, sin que medie un inte-rés económico. Para otros, el pago es necesario en caso de que no puede obtenerse una portadora voluntaria, o cuando los pa-dres quieren mantener el anonimato o no quieren usar un ami-go o familiar.

c) La ausencia de leyes que protejan a la pareja que usa una porta-dora subrogada. En ese sentido, pueden ser útiles los arreglos previos entre las partes. en ocasiones, ha sido necesario llevarel caso a las cortes y solicitar la inscripción legal del nidos con los nombres de sus padres genéticos, previo acuerdo con la su-brogada.

d) De especial in~portancia es determinar la paternidad del niño. Existe la posibilidad de que la subrogada quede embarazada de su proplo compahero em forma inadvertida.

Apesar de lo expuesto, existe el criterio generalizado de que el uso de la portadora subrogada por razones médicas está justificado.

2. Madre subrogada, madre sustituta

Una madre subrogada es una mujer que ha sido inseminada artificialmente con el semen de un hombre que no es su esposo o compañero: lleva a término el embarazo y después del parto entrega el niño al padre genético para su crianza y custodia.

La primera indicación para el uso de la madre subrogada es la incapacidad de una mujer para proveer los componentes genéticos y gestacionales del embarazo, como es el caso de mujeres a las que se les ha extirpado el útero y los ovarios. Otra indicación es cuando existe la posibilidad de que la mujer pueda transmitir una enfermedad o defecto genético a su descendencia.

Este proceder ha suscitado inquietudes similares a las provocadas por el empleo de la portadora subrogada. A estas hay que añadir entre otras que:

a) Debido a la indefinición del status legal de este proceder, la pareja de adopción puede presionar a la subrogada para que se quede con un niño que ella no tenía intenciones de criar. Esto puede ocurrir si las pruebas de paternidad determinan que el padre del niño no es el que contrató a la subrogada, o cuando el niño nace con un defecto y la pareja lo rechaza.

b) La pareja puede verse afectada económicamente si la subrogada llega a conocer su identidad y comienza a ejercer presiones económicas. Si por otra parte la subrogada decide quedarse con el niño, el marido de la pareja que contrata sus servicios debe correr con los gastos de su manutención, ya que él es el padre biológico.

c) La pareja que paga los servicios de una madre subrogada puede ser acusada y condenada por las leyes criminales en aquellos Estados que prohíben el pago a una mujer por dar un hijo en adopción.

d) Para algunas personas la participación de la madre subrogada puede aflojar los lazos de unión entre la pareja y minar la integridad de la familia.

e) También se ha señalado que con el pago a la madre subrogada por sus servicios, la reproducción humana puede llegar a comercializarse, y el niño convertirse en un artículo de consumo.

En general, debido a los riesgos legales, las preocupaciones éticas y morales, y los efectos físicos y psicológicos de la maternidad subrogada, este parece ser el más problemático de los procedimientos reproductivos.

PROBLEMAS ETICOS Y LEGALES SURTIDOS CON LAS NUEVAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA

Apesar de los esfuerzos realizados, pocos países han logrado un consenso interno que se traduzca en una legislación o una política nacional coherente. Al revisar las regulaciones y disposiciones vigentes en diversos países, así como las recomendaciones de comités y organismos internacionales, se comprueba que existen aspectos comunes en lo que respecta a la utilización de las técnicas actuales.

Estos son.

1. El acceso a éstas técnicas debe estar limitado a parejas hetero-sexuales casadas legalmente, o que mantengan una unión estable.
2. Las instituciones y el personal médico que ofrecen estos servicios deben estar sujetos a supervisión y regulación sanitaria.
3. La paternidad y la maternidad deben estar determinadas por leyes que rijan para todos los nacimientos logrados mediante estas técnicas.
4. Las historias clínicas y la información deben conservarse con carácter confidencial.
5. La vida embrionaria in vitro debe estar limitada a 14 días.
6. El almacenamiento de gametos y embriones debe estar limitado en tiempo.
7. La implantación y/o la inseminación postmortem debe estar prohibida.
8. Las agencias o intermediarios para la subrogación deben estar prohibidas.
9. Previamente debe obtenerse el consentimiento de los participantes.
10. Las tecnologías reproductivas deben estar libres de comercialización.
11. No debe haber selección del sexo, excepto en caso de enfermedades hereditarias ligadas al sexo, ni tampoco selección eugénica.
12. Prohibición absoluta de la manipulación genética por técnicas extremas de ingeniería genética (clonaje, creación de quimeras partenogénesis, fertilización entre especies y otras).

A pesar del acuerdo general sobre estos aspectos, las características socioculturales, económicas y religiosas en cada Estado pueden crear divergencias quanto a:

1. La cuestión de la remuneración de los donantes.
2. El acceso eventual del niño a la información sobre los donantes y el tipo de información (genética o nominativa).
3. La conservación de la información: el tipo, tiempo, y quien debe custodiarla.
4. La donación y conservación de los embriones, así como la experimentación con el material embrionario humano: quien tiene acceso a él, fines, duración en tiempo y otros aspectos.

5. Limitación en el número de niños por donante.

6. El diagnóstico genético del embrión.

De todo esto se desprende que, a la hora de establecer leyes y regulaciones que definan la política interna en materia de reproducción, cada Estado debe velar por que éstas no atenten o interfieran con la libertad y los derechos humanos básicos. Para esto han quedado determinados varios principios, independientemente de las variaciones políticas, culturales y religiosas, que pudieran servir de base a futuras regulaciones o acuerdos de carácter internacional, y que se resumen en:

1. El respeto por la dignidad humana.
2. La seguridad del material genético.
3. La calidad de los servicios brindados.
4. La inviolabilidad de la persona.
5. La inalienabilidad del cuerpo humano.

Los tres primeros constituyen mecanismos de protección de la persona, mientras que los restantes son un medio para asegurar el control sobre la libertad personal y científica, así como el respeto a la dignidad humana que es en sí el origen de todos los derechos humanos fundamentales.

ESTABLECIMIENTO DE MECANISMOS DE PROTECCIÓN PARA LA PERSONA

La necesidad del respeto a la dignidad inherente a la persona debe ser reformulada a partir de nuevas concepciones relacionadas con el status del embrión.

En principio, tan pronto como la persona existe hay un reconocimiento legal.

La determinación del status del embrión está muy ligada a la definición de que es la vida y, cuando es el inicio de la vida en el humano.

El inicio de la vida ha sido definitivo desde diversos puntos de vista sin se haya logrado un acuerdo internacional. Para los católicos romanos la vida comienza con la concepción. La base biológica de este enfoque fue expresada por Krinmel y Foley: "... visto desde la perspectiva de un organismo adulto, el cigoto representa la primera vez en que una forma de vida específica está presente y una identidad específica es atribuida a la vida". Otros relacionan el inicio de la vida con la implantación.

Para algunos autores la personalidad se determina a las 2 o 3 semanas después de la implantación; para otros, es entre la 7 y 8 semanas después de la concepción, en el momento en que el embrión ya responde a estímulos.

Grobstein considera relevante el momento en que el embrión tiene cierto grado de sensación, o incluso volición activa, y es poco probable que estén presentes en el momento en que el embrión está in vitro.

El momento en que la embarazada siente los movimientos del feto, o la viabilidad, cuando el feto puede vivir independientemente de la madre, son también eventos que se han tenido en cuenta para considerar al feto como persona. También el nacimiento y el desarrollo posterior han sido señalados como momentos definitorios. Teniendo en cuenta la falta de unidad de criterios, algunos grupos de trabajo han emitido sus propias definiciones; así, el Comité del Royal College of Obstetrician and Gynecologist (Londres) (RCOG Committee) ha dicho que "la cuestión moral en sí no es cuándo comienza la vida, sino, en qué punto del desarrollo del embrión debemos atribuirle la protección debida al ser humano". El Ethics Advisory Board Federal de EEUU ha respondido la pregunta de la siguiente manera: "Después de muchas discusiones y análisis respecto a la información científica y al status del embrión, este grupo está de acuerdo en que el embrión humano merece profundo respeto, pero este respeto no se acompaña necesariamente de los plenos derechos legales y morales atribuidos a la persona".

En Abril de 1981, el Congreso de los Estados Unidos, después de consultar a un gran número de expertos decidió que, "según la evidencia científica actual, el ser humano existe desde el momento de la concepción".

Según el Premio Nobel J. Monod, la vida humana comienza hacia la octava semana del embarazo, cuando se inicia la actividad eléctrica cerebral.

Según J.M.R. Delgado, la vida humana no comienza con la fecundación, ya que las células sexuales tienen vida propia, y todas ellas, fecundadas o no, tienen el programa genético para la creación de seres humanos. Relacionar el comienzo de la vida humana con el momento de la fecundación, es sólo una interpretación cultural de procesos embriológicos.

En resumen, tres corrientes filosóficas resumen la literatura referente al status del embrión. La 1ª promueve la personificación inmediata desde el inicio del embarazo. La 2ª fija la personificación al nacer, cuando son posibles la vida independiente y las relaciones humanas y la 3ª, adopta el punto intermedio: en ésta hay un reconocimiento gradual del status del embrión a determinados estadios del desarrollo biológico.

La responsabilidad del Estado para con la vida humana antes del nacimiento está representada, entre otras cosas, por los planes de prevención de salud, así como la atención a la madre en el periodo prenatal. Por tanto, incluso en ausencia de un derecho constitucional a la vida por parte del embrión, no debe haber un uso ilimitado de este como un objeto.

En la búsqueda de resoluciones legales eventuales, algunos principios deben quedar establecidos:

Primero, el embrión humano debe considerarse merecedor de respeto por su valor intrínseco, incluso en ausencia de personalidad. Segundo, a pesar de no estar definido su status legal, el reconocimiento de su especificidad define las limitaciones para su uso.

1. La protección del embrión humano

Las consideraciones éticas que sustentan la protección legal concedida al embrión humano son derivadas del respeto a la dignidad inherente a la persona de cualquier miembro de la familia humana.

Es posible distinguir en el derecho positivo diferentes posiciones referentes a la personalidad jurídica. Muchas de ellas ofrecen protección legal específica para la vida humana en forma de deberes y obligaciones hacia la vida del que está por nacer. De esta forma es posible proteger la vida humana del abuso, la explotación comercial, o la experimentación no terapéutica antes del nacimiento. En resumen, independientemente de cualquier consideración legal, hay consenso general de que el embrión humano merece el reconocimiento inherente a su dignidad como miembro de la familia humana. sólo así puede cualquier país proceder a examinar qué prácticas son contrarias al respeto de esa dignidad y brindar protección al material genético humano.

LA SEGURIDAD DEL MATERIAL GENETICO HUMANO

No está lejos el día en que a través del diagnóstico genético en el embrión humano preimplantado podamos descifrar al patrimonio genético del individuo.

Cuando el conocimiento de los constituyentes básicos de la persona llega al nivel celular, hace posible su manipulación o alteración, y lo que es más peligroso, esto se convierte en una fuente de información de un individuo, y de la identidad individual de la persona.

La mayoría de los autores están de acuerdo en la licitud de la denominada manipulación genética negativa (corrección de errores genéticos). Los problemas surgen a propósito de la llamada manipulación genética positiva (mejorar la naturaleza humana). Nadie, ni el Estado puede manipular el genoma de una persona sin la expresa voluntad de ésta, respetando sus derechos fundamentales.

El derecho al patrimonio genético surge por convergencia de otros tres derechos civiles y políticos: el derecho de propiedad, el derecho a la propia integridad y el derecho a la intimidad.

1 Prohibición de la experimentación no terapéutica

En general, la intervención terapéutica sobre el embrión no está prohibida, pero existe unidad de criterio, y en algunos casos legislaciones nacionales, que condenan la experimentación no terapéutica en el embrión humano.

Aunque los intereses de la ciencia y la humanidad son de inestimable valor, ellos no pueden prevalecer sobre la libertad y los derechos humanos fundamentales.

Haciendo un balance entre la condena total y el pragmatismo, la mayoría de los países opta por la condena a cualquier tipo de intervención no terapéutica cuyo fin sea la alteración del patrimonio genético de un individuo.

La mayoría de los informes en tecnología reproductiva no profundizan en lo relacionado a la genética humana. En el estado actual de las ciencias sólo está permitida la intervención terapéutica en células somáticas, y es unánime la prohibición de efectuar acciones sobre la línea germinal. Esto es debido a la necesidad de proteger el patrimonio de cualquier alteración que pudiera ser transmitida a las generaciones futuras y la necesidad de preservar la condición única de la identidad genética individual.

2 Limitaciones en la experimentación terapéutica

La mayoría de las jurisdicciones reconocen la legalidad de la experimentación terapéutica en el humano. Sin embargo, toda investigación debe cumplir cuatro condiciones reconocidas internacionalmente:

1. Validación científica verificada por un comité de revisión.
2. El consentimiento libre e informado por parte de los pacientes.
3. El balance de la relación riesgo-beneficio.
4. La conformidad de la investigación con la noción de orden público.

La mayoría de los países permiten la investigación con embriones humanos pero sólo durante los primeros catorce días del desarrollo in vitro, bajo una vigilancia estricta y sólo cuando el embrión no va a ser reimplantado.

Las investigaciones por razones de infertilidad o para mejorar las técnicas de concepción asistida y desarrollo embrionario son aceptadas.

Algunos países también permiten el estudio de alteraciones genéticas garantizando que las células germinales no sean afectadas y que no haya reimplantación del embrión. En todos estos casos es necesaria la autorización o el consentimiento expreso de los donantes.

La protección del embrión humano en la experimentación terapéutica se lleva a cabo a dos niveles. El primero es preventivo; todo protocolo de investigación debe tener la aprobación previa de un comité. El segundo nivel contempla sanciones penales cuando algunas de las condiciones para la experimentación terapéutica no se han cumplido.

CALIDAD DE LOS SERVICIOS

1. Accesibilidad a la concepción médicamente asistida

El lucro con la infertilidad, así como el riesgo que las nuevas técnicas pueden causar cuando son empleadas por personal no calificado, han hecho necesario que con carácter

urgente se establezca o se imponga cierto tipo de control, tanto sobre los que la practican, como sobre los beneficiarios.

Toda la práctica médica debe estar sujeta a legislaciones en materia de salud o a códigos de conducta deontológica. Aquellos centros o profesionales que practiquen las técnicas de la concepción asistida deben estar sujetos a regulaciones específicas, y provistos de la acreditación adecuada. La legalidad de los bancos de gametos y/o embriones y su almacenamiento, debe estar contemplada en una legislación similar.

En la mayoría de los casos se requiere cierta forma de asesoramiento o consejo psicológico. El requerimiento marital bien puede ser considerado como un requisito discriminatorio a los efectos de las legislaciones internacionales o nacionales sobre Derechos Humanos. Como la concepción asistida es en principio para parejas infértiles, se requiere el consentimiento de sus miembros. Este consentimiento del esposo para el uso de gametos o embriones donados, la mayoría de las veces asegura que no exista una reclamación respecto a la filiación después que nazca el niño.

A diferencia de las limitaciones basadas en el criterio social, desde el punto de vista médico es posible negar los servicios de la FIV en determinadas situaciones como la infertilidad de causa no estudiada, los defectos genéticos, o el riesgo de infecciones (HIV, hepatitis, SIDA y otras).

2. Preservación y confiabilidad de la información

Las legislaciones que contemplen la regulación de las tecnologías reproductivas deben abarcar, desde el control de las condiciones en las cuales estas se ofrecen, hasta la custodia o salvaguardia de la información relacionada con los participantes.

Con la utilización de las historias clínicas computarizadas se hace necesaria la protección de la información médica almacenada en los _ bancos de datos.

En los casos de concepción asistida en que intervienen terceras personas como donantes o receptores, los datos sobre todos los que intervienen serán recogidos y unidos a la información general del caso.

La veracidad de la información, así como las tasas de riesgos y éxitos de las técnicas es esencial para el bienestar de la pareja receptora y eventualmente para el niño.

Cuando se ha utilizado un tercer como donante de gametos o embriones, en la mayoría de los casos también se respeta el anonimato del donante. En la mayoría de los casos se separa la información genética o biológica de la información nominativa, y hacen disponible la primera cuando sea necesario para bienestar de la pareja, manteniendo respeto por el anonimato de los donantes.

INSTITUCION DE LOS MECANISMOS DE CONTROL

1. La inviolabilidad de la persona

El tratamiento médico de la infertilidad requiere el consentimiento de la persona, esta manifestación de voluntad también es necesaria cuando se trata de la donación de gametos, embriones o tejidos por terceras

partes, más aún si se considera que no existe beneficio en tales actos. La donación de gametos o embriones representa además, la entrega del patrimonio genético de una persona.

1.1 Naturaleza del control del donante

El advenimiento de las nuevas técnicas requiere la necesidad de enfatizar la naturaleza altruista del acto de donación.

Hay acuerdo general en cuanto a la necesidad del control por parte del donante sobre el uso o destino de sus gametos. La mayoría asume el control del donante como un derecho personal unido al ejercicio del derecho de inviolabilidad e integridad.

La posibilidad de conservar gametos y embriones incluso más allá de la vida reproductiva del donante, y la probabilidad eventual de desacuerdo entre los donantes da lugar a cuestiones y legales fundamentales.

El orden de sucesión está alterado cuando los gametos o embriones son utilizados después de la muerte del donante, o con el nacimiento de gemelos con años de diferencia entre ellos por conservación de gametos e embriones. Esto hace necesaria una reevaluación de los conceptos básicos de transmisión lineal, genealógica, de filiación, de familia y del orden de sucesión, a la luz de lo que hoy en día es posible hacer científicamente y técnicamente.

La mayoría de los informes recomiendan limitar la duración de la conservación de gametos y embriones. Los desacuerdos entre los donantes, la muerte, el divorcio, o la separación, requiere que el donante indique en forma expresa en el momento de la donación el uso o destino de sus gametos o embrión en tales situaciones.

En conclusión, para garantizar el principio de inviolabilidad de la persona y el control por el donante del uso de sus gametos o embriones, éste debe ser interrogado en el momento de la donación para que establezca en forma explícita cualquier condición dentro de los límites fijados por la ley.

2. La inalienabilidad de la persona

El cuerpo humano siempre se ha considerado como fuera de toda forma de comercio. Este principio de la inalienabilidad de la persona actualmente se está sometiendo a prueba debido a al incremento de la práctica de la subrogación con beneficios.

2.1 La práctica de la subrogación o sustitución

Independientemente de la remuneración el aspecto ético más problemático relacionado con la sustitución o subrogación es la disociación entre gestación y maternidad, considerando la maternidad como tradicionalmente se le conoce.

Las posibilidades de conflictos que pueden crearse entre el donante biológico, la futura madre social, la madre gestacional y posiblemente su marido, relacionados con el cuidado y la custodia del niño son ilimitadas.

2.2 Donación de material genético humano

El Comité de Ética de la RCOG recomienda que al igual que en el caso de las donaciones de semen, el anonimato del donante de ovocitos debe ser preservado, y no se le debe decir si su ovocito fue o no el que produjo el embarazo.

Otra posibilidad de reforma legal puede ser la inclusión específica de los gametos y embriones en la lista de tejidos humanos protegidos contra la ganancia comercial, bajo ciertos acuerdos internacionales o regionales.

RECOMENDACIONES

I. De carácter general

1. Proponer a los organismos competentes la promulgación de una legislación que solucione la problemática que se genera con la aplicación de las técnicas de reproducción asistida.

2. Creación de una Comisión Nacional que analice y regule la actuación en materia de reproducción asistida. Esta Comisión deberá estar integrada en primera instancia por juristas, sociólogos, investigadores científicos, especialistas en bioética, psicólogos, médicos especializados y otros facultativos relacionados con esta especialidad.

3. Que la legislación reguladora de la reproducción asistida debe estar en concordancia con el objeto de Derecho Médico.

II. De carácter específico

1. En lo referente a la tecnología

1.1 Las técnicas a aplicar deben equiparse con las utilizadas en los países de más alto nivel de desarrollo en esta especialidad, teniendo en cuenta la seguridad del paciente y las condiciones económicas del país.

1.2 La aplicación de estas técnicas debe estar centralizada en los centros designados y bajo el control de la Comisión Nacional creada al efecto.

2. En lo referente al acceso a estas técnicas

2.1 La selección de las parejas obedece a criterios médicos y requerimientos jurídicos. Tendrán acceso a estas técnicas:

- a) Parejas heterosexuales unidas en matrimonio formalizado o en unión consensual.
- b) Mujeres solteras, divorciadas o viudas, de acuerdo a la legislación vigente en cada país.

No tendrán acceso a estas técnicas:

- a) Menores de 18 años de edad.
- b) Parejas con relaciones de promiscuidad.
- c) Parejas de homosexuales.

3. En lo referente a la donación de gametos y embriones

3.1 Determinar la naturaleza jurídica del acto de donación de gametos y embriones.

3.2 La donación de gametos y embriones se considerará un acto voluntario y altruista, exento de todo tipo de comercialización o presiones.

3.3 Los donantes deben ser mayores de edad y gozar de plena salud física y mental.

3.4 La selección de los donantes es responsabilidad del personal facultativo.

4. En lo referente a la utilización de gametos y embriones

4.1 Se debe autorizar las técnicas con utilización de gametos homólogos y heterólogos.

4.2 Que se prohíban las técnicas que utilicen gametos criopreservados después de la muerte de uno o ambos miembros de la pareja.

4.3 Que se prohíba la transferencia de embriones criopreservados con posterioridad a la muerte de uno o ambos integrantes de la pareja.

5. En lo referente al almacenamiento y preservación de gametos y embriones

5.1 Se recomienda la creación de bancos de gametos y embriones siguiendo las normas internacionales.

5.2 Que se permita el almacenamiento de gametos y embriones de personas con riesgo potencial de afectación de su fertilidad.

5.3 El periodo de almacenamiento debe estar limitado en tiempo de acuerdo a lo que establezca la Comisión Nacional.

5.4 Los embriones que se encuentren en estado de congelación no tendrán derechos hereditarios.

6. En lo referente al destino de los gametos y embriones

6.1 Los pre-embriones y óvulos supernumerarios pueden ser almacenados para uso posterior de la pareja, donado a otra pareja infértil, con fines investigativos o destruidos.

7. En lo referente a la determinación de la maternidad, paternidad y filiación

7.1 Los hijos nacidos por estas técnicas utilizando gametos propios o donados tendrán los mismos derechos y serán inscritos de igual forma que los procreados de forma natural.

7.2 Que la paternidad legal del hijo concebido por técnicas heterólogas se impute al cónyuge o compañero estable y singular de la madre conforme a las presunciones de la ley.

7.3 Que se establezca la adopción como vía para que los padres genéticos se conviertan en padres legales.

7.4 Ningún proceso de filiación puede establecerse entre donante y el procreado por estas técnicas.

7.5 En caso de donación de embriones, la pareja receptora puede adquirir la paternidad legal a través de la adopción pre-natal.

8. Con respecto a la subrogación

8.1 Que la subrogación debe estar exenta de comercialización o ganancias de todo tipo.

8.2 Que el marido de la madre o portadora subrogada debe dar su consentimiento para la realización de estas prácticas.

8.3 Que la madre o portadora subrogada es la madre legal y no está obligada a entregar a su hijo.

9 En lo referente al consentimiento y la información

9.1 - debe ser requisito indispensable el consentimiento informado de las partes por escrito y previo a la aplicación de estas técnicas.

9.2 Se debe crear la documentación que acredite la voluntariedad de los participantes en las decisiones tomadas.

9.3 Los datos de la identidad personal, y la información referente a los donantes son de carácter secreto, estrictamente confidencial y sólo podrán ser revelados en casos excepcionales en que esto sea necesario para evitar un peligro inminente para la vida del procreado.

9.4 La información de cada caso contenidas en las historias clínicas es de carácter confidencial, y su utilización y/o divulgación debe ser autorizada por responsable de programa o director de la institución.

10. En lo referente al embrión

10.1 Otorgarle a éste los mismos derechos que al concebido intraútero.

10.2 La investigación y experimentación en embriones podrá realizarse sólo en caso de que éstos no vayan a ser implantados.

10.3 Deben estar prohibidas las prácticas extremas de ingeniería genética.

11. En lo referente a las responsabilidades de los centros hospitalarios

11.1 El personal médico deberá responder ante la Ley en caso de violaciones de lo establecido. El Jefe de Programa y/o el Director del Centro deberán velar por el estricto cumplimiento de estas medidas.

Bibliografía

Padrón RS. Más J: Apuntes históricos sobre la reproducción humana. En: Padrón RS, eds. Temas de reproducción femenina. La Habana, 1990:5-16.

Más Díaz J: Infertilidad femenina de origen endocrino. Tesis de Grado. INE, MINSAP, 1973.

Kaufmann AE: Tecnologías reproductivas, cambio social y pánico moral. En: Cortes-Prieto J, Alvarez de los Heros JL, Neves-E-Castro M, Vázquez-Benitez E. eds. Medicina de la Reproducción Año 2000. Madrid: Editora Universidad Alcalá de Henares. 1990:135-139.

Lince M: Social and psychosocial issues involved in medically conception. WHO Scientific Group. Geneva, 2-6 April. 1990. Agenda ITEM 7-1.

Schenker JG: Gamete donation: medical, legal, religious and social aspects. En: Cortes-Prieto J, Alvarez de los Heros JL, Neves-E-Castro M, Vázquez-Benitez E. eds. Medicina de la Reproducción Año 2000. Madrid: Editora Universidad Alcalá de Henares, 1990:129-134.

Castellano Arroyo M: Implicaciones médico-jurídicas de la reproducción asistida. En: Gisbert Calabuig JA, eds. Medicina Legal y Toxicología. Barcelona: Salvat Editores S.A. 4 Ed., 1991 84-92.

Stephoe PC, Edwards RG: Birth after reimplantation of a human embryo. *Lancet* 2:336-347, 1978.

York Acad Sci 1980: 573-576.

Stephoe P: Historical aspects of the Ethics of in vitro fertilization. *Ann New.*

Constitución de la Organización Panamericana de la Salud: *Bol Of Sanit Pa-nam* 105 (5-6):646, 1990.

Gracia D: Problemas eticos de la ingenieria genética. En: Cortes-Prieto J. Alvarez de los Heros JI. Neves-E-Castro M. Vázquez Benitez E. eds. *Medicina de la Reproducción* Aho 2000. Madrid: Editora Universidad Alcalá de Henares, 1990: 147-159.

World Health Organization Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (1979). Eighth Annual Report. WHO Geneva, 107-109.

The Ethics Committee of the American Fertility Society. Ethical considerations of the new reproductive technologies. *Fertil Steril (Suppl 1.1)* 46(3):1-9OS, 1986.

The American Fertility Society. New guidelines for the use of semen donor insemination. *Fertil Steril (Suppl 1.2)*:46, 1986.

Andrews LB: Ethical considerations in vitro fertilization and embryo transfer. En: Vblf DP, Quigley MM, eds. *Human in vitro fertilization and embryo transfer.*- New York: Plenum Press, 1984:403-423. Andrews LB: Legal issues raised by in vitro fertilization and embryo transfer. En: Ublf DP, Quigley MM, eds *Human in vitro fertilization and embryo transfer.* New York: Plenum Press, 1984:11-36.

Evanes Ml, Dixter AO: Human in vitro fertilization. Some legal issues. *JAMA* 245:2324, 1981.

Marina Díez E. Medicina de la reproducción. Inseminación artificial. En: Galdeano Armendia J. Fueyo Suárez B, Almarza-Menica JM, eds. *Innovaciones científicas en la reproducción humana. Aspectos biológicos, psicosociales, antropológicos, éticos y jurídicos.* Salamanca: fundación Friederich Ebert, 1987:205-210.

Gómez H: La inseminación y el problema médico. En: Gomez H. eds. *Introducción al Derecho de Familia.* Bogota: Librería del Profesional, 1981:293-299.

Infertility. Medical and social choices. Washington: Congress of the United States. Office of Technology Assessment. May 1988, 1-32.

Lledo Yagüe F: La regulación jurídica de la inseminación artificial y fecundación in vitro. En: Galdeano Armendia J, Fueyo Suárez B, Almarza-Menica JM, eds. *Innovaciones científicas en la reproducción humana. Aspectos biológicos, psicosociales, antropológicos, éticos y jurídicos.* Salamanca: Fundación Friederich Ebert, 1987:309-336.

Hartz SC. Porter JB. Decherney AH: National documentation and quality assurance of medically assisted conception: the experience of the US IVF Registry. Prepared for presentation at the WHO Scientific Group Meeting on Recent Advances in Medically Assisted Conception. Agenda ITEM 13. Geneva Switzerland April 2-6, 1990:2-18.

Department of Obstetrics and Gynaecology, Karolinska Hospital. Stockholm, Sweden. Swedish Law Concerning Insemination (1989) IPPF Med Bu1123(5):3-4.

Fugger EF: Clinical status of human embryo cryopreservation in the United States of America. Fertil Steril 52:986-990, 1989.

Silva-Ruiz PF: Manipulación de embriones humanos. En: Proc. Sexto Congreso Internacional sobre Derecho de Familia. San Juan. Puerto Rico: Instituto de Derecho Civil de la Facultad de Derecho de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, 1990:1.

Código Civil. Ley N° 59, La Habana: Organismo de divulgación del Ministerio de Justicia, 1988, Art. 24.

Johnson MH: The onset of human identity and its relationship to legislation concerning research on human embryos. Ethical Problems in Reproductive Medicine 1:2-7, 1989.

Krimmel HT, Foley MJ: Citado por Andrews LB (Cita 27).

Curran CE: Citado por Andrews LB (Cita 27).

Grobstein C: Citado por Andrews LB (Cita 27).

Grobstein C: Citado por Andrews LB (Cita 28).

Tiefel HO: Citado por Andrews LB (Cita 28).

Royal College of Obstetrician and Gynaecologist: Report of the RCOG Ethics Committee on In Vitro Fertilisation and Embryo Replacement of Transfer. Chapman Press, London, 1983.

Delgado JMR: Nacimiento lento de los seres humanos. En: Cortes-Prieto J. Alvarez de los Heros JL, Neves-E-Castro M, Vázquez-Benitez E. eds. Medicina de la Reproducción Año 2000. Madrid: Editora Universidad Alcalá de Henares, 1980:257-258.

Knoppers BM: Reproductive technology and international mechanism of protection of the human person. McGill Law J 32:336-358, 1987.

Mc Laren A: Report on the use of human foetal, embryonic and pre-embryonic material for diagnostic, therapeutic, scientific, industrial and commercial purposes. Prepared for the Council of Europe. Proc. Council of Europe. Agenda iTEM 12 May 1989, 1-53.

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre: Bol Of Sanit Panam 105(5-ó):648-649, 1990.

Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial (Juramento de fidelidad profesional): Bol Of Sanit Panam 105(5-ó):620, 1990.

Propuesta de normas internacionales para la investigación biomédica en sujetos humanos. Bol Of Sanit Panam 105(5-ó):629-637, 1990.

Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Etal actuel des études conduites par le comité concernant les dons de gamètes et d'embryons. 101 rue de Tolbiac, Paris, 1989 1-7.

Report of the Committee to review the guidance on the research use of fetuses and fetal material. Review of the guidance on the research use of fetuses and fetal material. Presented to Parliament by Command of Her Majesty, Jul. 1989. London, Her Majesty's Stationery Office. Dd 0502857 7/89, c45 58742 3382/1 o/n 69732 5206, iii-30.

Osuna Fernández-Largo A: Reflexiones ético-jurídicas sobre el recurso de las técnicas de la fecundación artificial. En: Galdeano Armendia JM Fueyo Suárez B. A!marza-Menica JM, eds. Innovaciones científicas en la reproducción humana. Aspectos biológicos, psicosociales, antropológicos, éticos y jurídicos. Salamanca: Fundación Friedrich Ebert, 1987:297-305.

Giebert Calabuig JA: Los códigos Deontológicos. En: Gisbert Calabuig JA, eds. Medicina Legal y Toxicología. Barcelona: Salvat Editores S.A. 4 Ed. 1991 :97-106.

Gouvernement du Québec Conseil du Statut de la Femme. Les nouvelles technologies de la reproduction. Avis Synthèse du Conseil du Statut de la Femme (1989):3-31.

Warnock Committee, Report of the Committee of the Inquiry into Human Fertilization and Embryology (Chairman: Dame Mary Warnock) London: Department of Health and Social Security, 1984.

González P, Pérez A, Ocegüera JN: Reproducción asistida. Consideraciones a tener en cuenta para una legislación en Cuba, Tesis de Grado. Facultad de Derecho, Universidad de la Habana, 1982.

Mas Diaz J: Mesa Redonda: Reproducción Humana. Manipulación del código genético. Congreso Ética y Sociedad. Consejo Federal de Medicina. Rio de Janeiro, Set 1992.

Más Diaz J: Prevencion genética y prenatal en Cuba. Conferencia. Instituto Federico Fiqueras. Rio de Janeiro. Set. 1992.

Ética e Sexualidade

Jerusa Figueiredo Netto

No principio era a filosofia fonte de todo conhecimento. Depois vieram suas filhas, as ciências, que cresceram e se multiplicaram, dando origem a inúmeros campos de estudo e de aplicação. Com o passar do tempo, as inteligentes ciências deram as costas para sua mãe, a sabia filosofia, e, associando-se à técnica, esqueceram do porquê e do para que fim, ficando com o como, quando e onde. O mundo nunca teve tanto cientista para tão pouco filósofo.

A ciência passou a inspirar leis morais, mas sua postura experimental não lhe oferece condições para refletir sobre os significados éticos das suas descobertas. Alguns cientistas refletiram sobre a eticidade dos avanços científicos (1). Assim mesmo, poucos, sendo, inclusive, a maioria originária no âmbito das humanidades, que por sua natureza, não conseguiram romper tão fortemente com sua origem, e, por isso mesmo, passaram a ter sua condição epistemológica, que lhe garante o status de ciência, questionada. (2) Na corrida para a descoberta científica, a ética ficou para trás, sendo hoje difícil inclusive defini-la. Valss (3), ao iniciar seu livro sobre o tema, afirma:

"A ética é daquelas coisas que todo mundo sabe o que são, mas que não são fáceis de explicar, quando alguém pergunta".

Adiante, esse autor define a ética como ciência normativa, descritiva ou especulativa (4).

A ética, na sua função deontológica, estuda os princípios, fundamentos e sistemas morais, buscando oferecer um tratado de deveres ao ser humano que garanta o seu bem em nível individual e social. A ética, porém, não é pura abstração dissociada de uma realidade existencial. Ela existe e tem significado, na medida em que se fundamenta na estrutura existencial da pessoa humana. E tal fundamentação requer o estudo dos "esquemas de valoração dentro da sociedade e seus sistemas de legitimação" (5).

A ética, portanto, na sua dimensão filosófica, oferece a reflexão sobre o significado e finalidade da existência humana, buscando definir a moralidade. A justificação dessa moralidade ou eticidade, porém, encontra-se no diálogo contínuo e em confrontação permanente com as contradições dos diferentes conhecimentos científicos a respeito do ser humano (e).

A ciência rodou "quilômetros" de descobertas. O mundo recebeu a influência conflitante de diferentes sistemas morais interessados e desinteressados (7). As sociedades participaram do confronto dicotômico ideológico fundado no marxismo e no positivismo. O ser humano assistiu à falência de muitas verdades universais. Hoje, vive-se uma crise moral sem precedentes, alimentada

pela rapidez do avanço científico, cultivada pela convivência diversificada e conflitiva dos sistemas de valores(8). Nunca se soube tanto sobre a pessoa humana, suas funções biológicas, sua história, sua cultura, suas linguagens, seus sistemas sociais, suas funções psicológicas, seus processos cognitivos e afetivos. No entanto, nunca se esteve tão perdido no que se refere à escolha de uma orientação axiológica existencial que possibilite a realização pessoal e social, além de oferecer uma referência transcendental.

A dimensão sexual humana constitui hoje o espaço existencial em que o anteriormente descrito mais se evidencia. Se bem vejamos:

A sexualidade humana foi resgatada do ocultamento e da patologia, do profano ou do sagrado, pela ciência, a partir do início deste século. O impacto que tal acontecimento provocou, no entanto, não foi de todo assimilado pela consciência coletiva. O simples fato de comprovar seu aspecto natural, sua função integradora da pessoa humana e a dissimulação de preconceitos e tabus confunde teóricos, clínicos, educadores, de um modo particular, e a sociedade como um todo.

A filosofia, a ciência e a técnica têm por finalidade promover o bem-estar do homem, e assim sendo, todo e qualquer avanço nestas áreas produz intensos efeitos sobre a vida humana. No momento em que a sexualidade e vida se confundem, embora sejam realidades distintas, a ação do desenvolvimento do conhecimento afeta muito mais este aspecto do que outros da dinâmica vital existencial. Para se avaliar a natureza complexa da sexualidade, assim como a sua magnitude no âmbito humano, faz-se necessário: Apreender que a sexualidade encerra o mistério da vida humana, pois, a partir dela, surge a vida no seus sentidos estrito e pleno, e em função dela a vida continua após a morte.

Compreender que toda pessoa humana é sexuada e que esta característica integra todas as dimensões humanas, já sejam biológica, psicológica ou social, pois, como define a OMS (9), "saúde sexual é a integração dos elementos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual por meios que sejam positivamente enriquecedores e potenciem a personalidade, a comunicação e o amor".

-Finalmente, clarificar que a realização humana no âmbito pessoal social e transcendental passa pelo modo próprio que cada pessoa tem de viver o fato de ser sexuado, ou seja, pela sua sexualidade. E isto porque são funções da sexualidade a reprodução, o prazer e a comunicação, sendo esta a mais importante de todas, porque é ela justamente quem potencia o amor, única força motriz verdadeira para a realização da reprodução desejada e a obtenção do prazer pleno.

A saída da sexualidade a luz que o desenvolvimento científico, técnico e social promoveu e continua promovendo, longe de esclarecer dúvidas, oferecer respostas certas e padrões de conduta desejáveis, ao contrário, destruiu a base axiológica biológica da sexualidade (reducionismo reprodutivo), provocando a exacerbação do hedonismo licencioso biológico (reducionismo do prazer). Como resultado, a confusão e a perplexidade se instalaram. A sociedade ocidental, aberta e pluralista em seus sistemas de valores, reagiu, reforçando antigos tabus e preconceitos, assim como criando novos. Às

vezes negando a sexualidade, desacreditando-a, outras vezes, falando demais sobre ela e em nome de-la, impedindo ou desvirtuando a expressão natural e espontânea da sua língua, refletindo a tensão existente entre as forças sociais apostas da manutenção e transformação.

Cientistas e educadores com base nos conhecimentos sexológicos tentam limpar o campo da sexualidade, os aproveitadores, com seus objetivos mercantilistas prostituídos, sujama. Os indivíduos confundidos entre os novos conhecimentos e os velhos afetos, reforçados por falsas e claras utilizações, experimentam o conflito, vivenciam o medo ou se entregam à inconsequência das condutas irresponsáveis.

Hoje, assistimos à "desordem amorosa"(10). Buscam-se orientações, receitas. É o dobrar-se da sociedade à sabedoria da ética, tão negada, agredida e desvalorizada. Atitudes até certo ponto mostram-se ineficazes e estereis. Por um lado, tem-se o absolutismo autoritário, por outro, o relativismo ortodoxo. Nas negações implícitas de ambos, evidencia-se a radicalização extremada, que impede a vigência de uma valoração universal legitimada na dimensão sócio-cultural específica, cuja última instância recai no âmbito individual. À pessoa cabe a escolha final entre o tradicionalismo conservador, expresso no "dever ser", universal, fundado em tabus, preconceitos e falsamente legitimado em abstrações, ou permissividade modernosa, normatizada com base no contraponto do "dever ser", que pretende ter legitimidade, baseada em falsos princípios revolucionários. Da norma do "nada pode", passasse à norma do "tudo pode".

A filosofia personalista oferece à ética uma reflexão sobre o que é a pessoa humana: "Uma totalidade viva com um passado, um presente e um futuro"(11), cuja autenticidade se expressa na realização do projeto de humanização, que se sintetiza na valorização intrínseca da vida em si mesma. Ou seja, ser pessoa é a vocação natural do ser humano, o que por si só constitui-se num valor supremo, central e eixo básico de critério avaliativo para todos os demais valores.

Temos, assim e portanto, a pessoa como valor, o qual dá origem a um sistema de valores que é por aquele legitimado, e do qual, por sua vez, originasse as normas morais. Sua legitimidade passa a existir quando confrontadas com o conhecimento científico atualizado, a qual se completa em nível prático-social na medida em que houver a assimilação sócio-cultural e a introdução coletiva consciente e responsável destas e dos valores e princípios que as fundamentam.

A sexualidade humana é um valor de vida, legitima-se, portanto, na dimensão humana.

Ser pessoa é o valor central humano cujo significado é vida e cuja principal forma de expressão é a sexualidade.

Conclui-se aqui que o que promove a vida promove a pessoa humana, assim como sua expressão maior de vida: a sexualidade.

Nesse âmbito, a cada valor corresponde não outro valor, mas sim antivalores, ou valores de vida em contraposição e antivalores que potencializam a morte.

A sexualidade pode ser saudável, prazerosa, cultivada no amor e potenciadora da vida. A maioria das pessoas, ainda apegadas a falsos valores ou encantadas pelo canto da sereia do prazer consumiste, ainda não descobriu essa possibilidade.

Assistimos diariamente à exposição clara e objetiva ou sutil e enganadora das questões relacionadas com a vivência da sexualidade. Tal exposição, longe de nos proporcionar uma resposta satisfatória às nos-sas indagações e conflitos, aumenta-os e torna-os mais complexos e di-versificados. O que fica evidente é que nenhum tema na historia da humanidade foi, em qualquer tempo, mais trabalhado, através dos meios de comunicação de massa, desde diferentes tipos de publicação a pro-duções artísticas variadas.

Os temas centrais do debate se dividem em dois amplos contextos: (a) reprodução (fecundação, anticoncepção, aborto); (b) prazer (mastur-bação, virgindade, relações pré-matrimoniais, homossexualidade, parafi-lias, erotismo, prostituição, pornografia). A abordagem, quase sempre e ainda, caracteriza-se pelo patológico, o inusual, o chocante, evidencian-do a origem do conflito dramático, que é, em última instância, o eixo se-parador da humanidade sexuada, isto é, o ser homem e o ser mulher(12). E o velho padrão de conduta que valoriza e enfatiza o negativo, o feio, la dor, a doença, o pecado, o mal, a morte. Para estabelecer uma ética da sexualidade, tem-se de abandonar esse velho padrão e abraçar o po-sitivo, o belo, o prazer, a saúde, o bem, a vida.

Considerando tudo o que foi exposto até aqui a respeito da ética e da sexualidade, como chegar a uma conclusão sobre a ética da sexua-lidade?

Seguindo algumas análises apresentadas até aqui, neste capítulo, podemos chegar a algumas conclusões fundamentais:

-A pessoa é um valor em si mesma, legitimado pela vida huma-na. Como tal, ao mesmo tempo em que se constitui valor, é tam-bém critério de valores.

-A sexualidade é a principal fonte de expressão da pessoa e, portanto, da vida. Como tal, constitui-se um valor legitimado pe-la vida. Assim sendo, deve ser humanizada e compreendida co-mo o fator integrador da vida humana personificada.

-Cada pessoa é uma totalidade sexuada, única e irrepetível, com um modo próprio de viver, embora contextualizada em um tem-po e um espaço definido. Isto significa dizer que, como ser histó-rico, único, não pode estar atrelada a um sistema moral fecha-do universal, como ser histórico-social não pode negar sua contextualização espaço-temporal, o que implica, também, a nega-ção de um sistema moral aberto ao relativismo ortodoxo.

-A sexualidade como expressão maior da pessoa humana é con-tingente a todas as implicações que afetam esta. Como tal, por-tanto, deve ser tratada como o valor integrador do ser humano, buscando sua humanização e personalização.

A ética tem a função de oferecer principias, fundamentos e siste-mas morais. Assim sendo, apresentam-se, a seguir, os principias que devem orientar a ética da sexualidade:

1 - O princípio da vida humana como base essencial para a realização do projeto de personalização.

2 - O princípio da vivência de uma sexualidade saudável, integrado-ra das diferentes dimensões humanas e potenciadora da personalidade, da comunicação e do amor.

Tendo a vida, a pessoa e a sexualidade como um amálgama que constitui o critério para a apreciação e definição de valores que possibilitam a elaboração de um código ético da sexualidade, cumpre-se o primeiro passo relativo e sintetizado na definição dos princípios.

Como segundo passo, definem-se os fundamentos que possibilitam a operacionalização dos princípios: amor, saúde, liberdade e responsabilidade. No entanto, cairíamos na ineficácia da norma absolutista autoritária que pretende a universalidade, ou no vazio do relativismo ortodoxo, se fôssemos apenas no âmbito da estrutura existencial da pessoa humana, sem dar a devida importância aos valores sócio-culturais e aos valores do conhecimento científico.

Toda e qualquer expressão da sexualidade, portanto, deve ser examinada à luz:

1-Do princípio da valorização da vida humana.

2-Da estrutura existencial da pessoa concreta:

- Valores potenciadores de vida (amor, saúde, liberdade e responsabilidade).
- Valores sócio-culturais contextualizados.

3-Do conhecimento científico.

A universalidade dos critérios morais está presente nos valores potenciadores da vida e nos valores científicos. A relatividade destes está garantida pelo referencial sócio-cultural e pelo dimensionamento da estrutura existencial da pessoa concreta. Os princípios fundamentam a ética, assim como os valores potenciadores da vida, a justificativa e legitimidade desta se realizam na definição dos valores científicos e sócio-culturais.

A diversidade e complexidade das condutas sociais exigiriam um compêndio, se fosse nosso objetivo apresentar um código moral que tivesse a abrangência e especificidade para abordar toda a gama de questionamentos éticos que envolvem a sexualidade humana. Ao concluir este capítulo, entretanto, desejo sintetizar, de forma objetiva e clara, a mensagem que norteou a sua elaboração:

1-O problema da ética da sexualidade se reporta ao âmbito da falsa ou inadequada valorização da vida humana e dos valores que a potenciam.

2-A ciência já evidenciou o que é a sexualidade, suas funções, peculiaridades, formas de expressão e seu significado no contexto da pessoa humana. Existe, hoje, em nível

internacional, o reconhecimento de uma ciência que a tem como objeto de estudo e de um profissional que se dedica ao desenvolvimento teórico e aplicado desta ciência, ou seja, a sexologia e o sexólogo.

3-Falta, portanto, a divulgação do conhecimento científico, a educação conscientizadora e clarificadora sobre a vida, a pessoa e a sexualidade como valor central existencial, além da formação especializada de profissionais éticos que possam promover a lealdade socialmente tais valores.

Em síntese, tudo o que se exige no trato das questões humanas: conhecimento científico, conscientização clarificadora e responsabilidade.

Bibliografia

1. Como exemplos pode-se citar: Skinner, B.F., Mas Alla de la Libertad y la Dignidad, Ed. Fontanella, Barcelona, 1980.
2. Veja-se: Morin, E. Ciencia con Consciencia, Ed. Anthropos, Barcelona, 1984.
3. Valis, A.L.M. O Que é Ética, Ed. Brasiliense, S.P., 1986 - Pg. 07.
4. Ibidem.
5. Vidal, M., Morat das Atitudes, Ed. Santuário, Aparecida, 1986, vol. 01, Pg.12.
6. Ibidem, Pg. 13.
7. Fullat, O. & Mélich, J.-C, Los Sistemas Morales, Ed. Vicens-vives, Barcelona, 1984.
8. Veja-se: Bartolomé et alii, Educación y Valores, Ed. Narcea, Madrid, 1979.
9. OMS-Instrucción y Asistencia en Cuestiones de Sexualidad Humana: Formación de Profesionales de la Salud, OMS-Ginebra, 1975, Informes Técnicos, nº 572, Pg. 08.
10. Veja-se: Bruckner, P. & Finkielkraut, A., El Nuevo Desorden Amoroso, Ed. Anagrama, Barcelona, 1979.
11. Cembranos, C. & Bartolomé, M., Estudios y Experiencias Sobre Educación en Valores, Ed. Narcea, Madrid, 1981, Pg. 12.
12. Veja-se: Amezá E., Sexologia: Cuestion de Fondo y Forma, En Revista de Sexologia, Instituto de Sexologia, Madrid, 1991, Pg. 172.

Conflitos Éticos em Psiquiatria

Ivan de Araújo Moura Fé

I-Introdução

E difícil se imaginar um outro ramo da atividade humana que suscitasse maior número de inquietações e dúvidas de ordem ética do que o exercício da psiquiatria. Provavelmente, isto ocorre dada a própria natureza do objeto com que trabalha a ciência psiquiátrica, ou seja, a mente humana, a razão, a consciência, enfim, esta capacidade que significou um salto dialético na ação elaboradora da natureza, ao distinguir de forma significativa o homem dos outros animais. O surgimento da razão, da consciência, abriu para o bicho homem possibilidades completamente novas, entre as quais a de avaliar e julgar os próprios atos. Constituído-se, portanto, o homem dentro de uma nova perspectiva, com a faculdade, a possibilidade de disciplinar suas emoções e suas manifestações instintivas, ou seja, sendo-lhe possível adquirir liberdade ante as suas emoções. Por outro lado, dispondo da razão, que lhe permite pautar suas ações por uma escala de valores, o homem se transformou em um ser moral.

Entretanto, esta abertura de um novo universo, se por um lado significou para o homem um maravilhoso desafio, por outro se constituiu também em um risco. Por querer provar da árvore do conhecimento e assim poder distinguir entre o bem e o mal, o homem foi punido e expulso do paraíso, diz a alegoria bíblica. Na mitologia, na religião, na folclore, vemos com frequência manifestar-se esta intuição do homem de que o conhecer tem uma dupla face. E, em alguns momentos, surge a tendência para o retorno ao paraíso da condição de primata, desprovido da razão, ou ao paraíso mais recente da condição uterina. Tendo ante si as possibilidades de desenvolver em toda a sua plenitude a luz da razão ou retornar ao estado primitivo, caminha o homem.

II-O Significado da Enfermidade

A psiquiatria trabalha com a desrazão, ou a perda da razão, entendendo esta como uma condição doentia. Seria então o caso de nos perguntarmos: O que é a doença para o homem? Qual tem sido o significado do adoecer na trajetória do ser humano pela existência? Sendo a enfermidade uma ocorrência comum e causando frequentemente desdobramentos relevantes para a vida das pessoas, diversos pensadores têm procurado desenvolver reflexões acerca do sentido da enfermidade e do grande papel que ela desempenha em nossa cultura, na vida do homem e na vida dos povos. Primitivamente a enfermidade era compreendida como sendo o resultado da ação de seres sobrenaturais, como castigo dos deuses e a manifestação da sua ira pela violação de tabus, ou como punição do pecado. Outras explicações foram sendo dadas para as causas das doenças, até o atual estado de estruturação científica do conhecimento médico, mas em maior ou menor grau persistiram remanescentes desta vinculação primitiva entre doença e culpa. Isto se expressa de forma significativa no que se refere às doenças mentais e vai surgir com frequência no contexto psiquiátrico. Aliás, a própria expressão "doente mental" é, às vezes, empregada com um sentido depreciativo, pejorativo, insultuoso, insinuando que é atribuída culpabilidade ao portador de tal condição.

Mitscherlich diz que na enfermidade se perde a liberdade, e Henri Ey afirma que a doença mental é a patologia da liberdade, a perda da liberdade interior. Entretanto, faz parte do conhecimento psiquiátrico o fato de que muitas vezes as pessoas se refugiam na doença,

utilizam a enfermidade como mecanismo de fuga de situações difíceis. Assim, é apenas mais um paradoxo a constatação de que, se a doença significa perda da liberdade, pode também ter a finalidade de proporcionar uma maneira de evitar o sofrimento. Também é conhecido o aspecto da bipolaridade, do duplo significado da doença e dos sintomas, expressando-se como manifestação de uma alteração patológica e, ao mesmo tempo, como clara demonstração de um esforço para vencer as dificuldades emocionais. Aliás, há situações em que a pessoa só consegue realizar, pelo menos parcialmente, os mais elevados objetivos da vida, por meio da enfermidade. Na verdade, há exemplos claramente demonstrativos de que a doença não tem apenas um lado negativo, não atua apenas destrutivamente, mas também pode contribuir para o crescimento e para a realização da vida. Estas conclusões geram consequências do ponto de vista da valorização ética.

Como um ser moral o homem procura critérios de valor para situar e avaliar os atos e os fatos de sua vida. Agindo segundo este princípio, devemos nos perguntar se a doença mental tem algo a ver com as categorias do bem e do mal. Poderemos partir do conceito de que o sentido da vida consiste no desenvolvimento e na realização de toda a potencialidade especificamente humana. O que se deve investigar é se a doença mental se contrapõe à consecução deste objetivo e quando e em que medida isto ocorre. Em um primeiro instante, somos tentados a concluir que a saúde é algo de bom a alcançar e a doença é algo de mal a se afastar. E, na verdade, esta é a concepção geralmente aceita. Mas será que a resposta a esta questão é sempre tão linear? E, igualmente, será sempre pacífica e fácil a definição do que é saúde e do que é doença, principalmente em psiquiatria, quando muitas vezes estas condições se confundem com as de normal e anormal? O adoecer é uma vivência multifacetada e plena de nuances, que não deve ser vista sob a ótica de regras fixas e imutáveis. Recordemos que vários psiquiatras já observaram que, em muitos casos, a sintomatologia apresentada pelo paciente representa uma reação ao seu meio ambiente opressivo e um esforço para influenciá-lo e modificá-lo. Embora ainda não disponhamos de estudos conclusivos sobre a extensão em que isto ocorre, é possível visualizarmos que, na medida em que tratamos e extinguimos comportamentos que se destinariam a influenciar o meio ambiente que é opressivo para o paciente, poderemos estar trabalhando a favor da manutenção dos sistemas sociais vigentes, do status quo. Convém que os psiquiatras estejam atentos para a possibilidade de a sintomatologia psiquiátrica ser o único meio que o paciente encontrou para expressar seu anseio de liberdade.

III-A Finalidade da Psiquiatria

É necessário que, neste ponto do nosso raciocínio, busquemos definir qual é a finalidade da psiquiatria, quais são os seus objetivos. Entendendo que a psiquiatria visa a compreender as manifestações do psiquismo humano e tratar as alterações consideradas mórbidas da mente humana, adotamos a concepção de Henri Ey de que tratar significa contribuir para promover o crescimento, a liberdade e o amadurecimento emocional dos pacientes. Estas são metas que se mostram como bem mais amplas e importantes do que a simples remoção dos sintomas. Ora, é evidente que, para serem alcançados tão elevados objetivos, é necessário que sejam atendidas algumas premissas básicas. Uma das mais

importantes, de cujo cumprimento depende fundamentalmente o êxito de qualquer tratamento psiquiátrico é a de que o psiquiatra deve ter um profundo respeito por seus pacientes. Isto significa, de principio, que o psiquiatra deve trabalhar tendo por referencial a verdade. Poucas coisas são tão deletérias para o tratamento psiquiátrico quanto o falseamento da verdade, quer se de de maneira sutil ou sob a forma grosseira da mentira e do subterfúgio, sendo fácil visualizarmos as consequências em termos de minar ainda mais a confiança do doente nas pessoas em geral, reforçar possíveis componentes persecutórios ou incrementar sentimentos de menos valia e incapacidade. Chegamos mesmo a afirmar que tal distorção é incompatível com a obtenção dos resultados que entendemos a psiquiatria pretende alcançar. Aliás, o reconhecimento da importância da verdade como caminho para o autoconhecimento e o crescimento tem ocupado lugar importante nas idéias dos grandes pensadores, bastando lembrar Sócrates, com o seu "conhece-te a ti mesmo"; e as palavras de Cristo, no texto de João Evangelista (Jo.8.32): "E conhecereis a verdade, e a verdade vos libertará". Adotando esta concepção, Freud, em mais uma demonstração de sua genialidade, ampliou enormemente o conceito de verdade, para incluir também aquilo que se encontrava em nível não consciente e evidenciar de forma clara que o conhecimento dos fatores que estão agindo inconscientemente é fundamental para libertar o homem das limitações que estão cerceando seu desenvolvimento.

Mas, ao falarmos no compromisso com a verdade, também estamos querendo nos referir ao esclarecimento que deve ser dado quando houver necessidade de tratamentos medicamentosos prolongados, com seus efeitos colaterais, suas complicações e seus riscos, ou mesmo quando, na presença de um grave quadro de depressão, com persistentes idéias de suicídio, estiver indicado o uso de ECT.

É igualmente imprescindível que o psiquiatra seja capaz de aceitar os valores culturais e éticos do paciente, seu modo de ver o mundo e sua maneira de agir, possivelmente diferentes do usual. Com efeito, não nos interessa o estabelecimento de uma postura autoritária, com o médico a impor seus valores aos pacientes. Como ressalta Frieda Fromm-Reichmann, é necessário que o psiquiatra tenha suficiente segurança e independência em relação aos preconceitos e convenções vigentes e que se disponha a contribuir para que o seu paciente adquira este mesmo grau de autonomia. Isto significa que, no trabalho psicoterápico, compete ao médico estimular o paciente a se tornar mais consciente das suas dificuldades, dos problemas que podem lhe advir de condutas desastrosas do que é aceito socialmente, mas deve ter o paciente o direito de escolher se quer ou não desenvolver, juntamente com o médico, um trabalho no sentido da mudança.

IV-O Consentimento, o Tratamento Compulsório

Com esta compreensão de que o tratamento psiquiátrico deve ser discutido entre médico e paciente, fica claro que estamos nos referindo também àquele que é um dos aspectos centrais do contexto médico-paciente e que tem dado origem a muitas polêmicas. Trata-se da questão do consentimento.

Em medicina geral esta bem firmada e aceita a necessidade da obtenção do consentimento do paciente ou de seus familiares para que se dê a intervenção médica, a não ser que se trate de caso de emergência, com risco iminente de vida. Esta conceituação visa

a proteger um dos direitos fundamentais do homem, que é a sua liberdade individual. E inaceitável que, em caso de não emergência, um paciente seja submetido, por exemplo, a uma cirurgia sem ter dado autorização para tal. Mas como é que este problema se apresenta no âmbito da psiquiatria? É admissível a imposição de tratamento independentemente da vontade do paciente? Em que condições isto seria justificável? Dada a sua complexidade e a sua importância, é imprescindível que esta questão seja analisada em toda a sua profundidade, tendo-se em vista todas as suas implicações. Há quem diga que a intervenção do psiquiatra só está moralmente justificada, se precedida do consentimento do paciente. Entretanto, é evidente que, quando falamos de consentimento, estamos nos referindo a consentimento lúcido e informado. Consentir implica um ato de vontade livre e consciente. A dificuldade está em definir em que casos a própria doença do paciente comprometeria de forma marcante sua capacidade de consentir e se, nestas condições, há suficientes razões que justifiquem a ação médica independentemente do consentimento ou até mesmo contra a vontade manifesta do paciente.

Caracterizar com precisão se há ou não comprometimento da capacidade de consentir com apoio em uma correta avaliação da realidade parece ser uma questão de competência médica para fazer um cuidado-só e bem fundado exame psiquiátrico, que naturalmente leve em conta a enorme diversidade das manifestações humanas e a realidade global do paciente. Afigura-se como mais complexa a delimitação de em quais destes casos caberia a adoção do chamado tratamento compulsório, se é que tal prática é admissível. Ou seja, a questão que se coloca aqui é se é eticamente defensável a instauração de algum tipo de tratamento psiquiátrico contra a vontade do paciente. Vários estudiosos deste problema têm afirmado que a prática psiquiátrica mostra que há vários casos em que se impõe a ação médica, podendo ser dispensado o consentimento. A preocupação aqui seria com o estabelecimento de rigorosos critérios que embasassem tal procedimento, de modo a assegurar que o mesmo não estaria se constituindo em um abuso. Propugnam os defensores desta ideia que é cabível o tratamento compulsório nos casos de pacientes perigosos para si mesmos, ou para as outras pessoas, incapazes de entender o caráter doentio de suas manifestações e nos quais se poderia esperar uma boa resposta ao tratamento. Porém, mesmo aqui, dentro desta perspectiva, surgirão algumas dúvidas. É sabido como é difícil estabelecer com precisão a natureza e a intensidade da periculosidade de um paciente, bem como evidenciar rigorosamente que esta não mais existe. Por outro lado, é fácil imaginar casos em que não falte uma das três condições aqui referidas, mas que são vistos como aqueles em que se impõe a adoção do tratamento, principalmente nas psicoses com manifestações agressivas.

Positivamente o que ocorre é que estamos inseridos em uma sociedade que não sabe ou não quer conviver com a loucura, embora contribua bastante para produzi-la. A presença do fenômeno psicótico causa tamanha angústia nas pessoas, que estas, se sentindo incapazes de suportá-la, julgam-se autorizadas a internar e tratar compulsoriamente os pacientes portadores desta condição. Talvez seja a psicose vista como uma ameaça à situação de racionalidade em que o homem julga estar e da qual tanto se orgulha, ou possivelmente porque a presença do louco pode ser, em muitos casos, encarada como a expressão sintomática e reveladora das profundas contradições do sistema vigente e do mal-estar da civilização. Dai porque a loucura tem de ser isolada e aprisionada nos hospitais, os quais de preferência devem ser situar em locais afastados das cidades, das aglomerações urbanas.

V-Os Limites da Ação Psiquiátrica

É claro que existem doenças mentais graves, passíveis de tratamento, e que há um importante lugar para a psiquiatria no conjunto dos recursos de que dispõe o homem para o seu crescimento e o seu progresso. O que inquieta, no entanto, é a real possibilidade de a psiquiatria, tanto quanto qualquer outro ramo do saber, ser utilizada não para o bem-estar do ser humano, mas para sua subjugação. Isto tem dado margem a que pensadores do porte de um Marcuse se preocupem com o fato de que a psiquiatria, sendo uma das grandes ciências libertadoras do nosso tempo, possa se converter em um poderoso instrumento de repressão. Com efeito, a psiquiatria tem sido acusada de, em muitos casos, atuar no sentido de adaptar as pessoas, e não curá-las, de tratar certos indivíduos como doentes pelo fato de estes não se acomodarem às regras do jogo social, enfim, de buscar sufocar e conter manifestações de rebeldia contra as opressões do sistema social e econômico.

Entendemos que se constitui em um dever ético do psiquiatra, terá do como valor maior o respeito à liberdade do ser humano, colaborar para que o paciente reencontre o caminho do crescimento e da maturidade emocional. No cumprimento desta tarefa, deve haver um importante esforço do médico no sentido de ajudar o paciente a compreender melhor a origem e o significado dos seus sintomas. Como assinala Hal-leck, deve o paciente ser estimulado a buscar conhecer em que extensão seus sintomas são uma tentativa de influenciar o meio ambiente e também a tornar-se ciente de como o alívio dos sintomas pode mudar seu relacionamento com o meio ambiente. E acrescenta que este esforço do psiquiatra para incrementar o conhecimento do paciente acerca: de sua inserção social não é apenas uma necessidade ética, mas uma parte essencial do bom tratamento psiquiátrico. Pode-se concluir que, tendo a exata perspectiva do alcance e dos limites da psiquiatria e uma clara definição dos seus objetivos éticos, é possível que os psiquiatras deem uma importante colaboração na amenização da dor e do sofrimento humanos. Vejamos de que forma estas diretrizes se aplicam à pesquisa científica e a outros aspectos da prática médica cotidiana.

VI-A Pesquisa em Saúde Mental

Um dos aspectos mais notáveis da aventura do homem ao longo da história tem sido seu constante anseio de buscar novas perspectivas, abrir horizontes desconhecidos, investigar possibilidades ainda inexploradas, enfim, ampliar o conhecimento. Desde seus primórdios, os seres humanos se dedicam a investigar e a pesquisar, sendo esta curiosidade, este desejo de conhecer, uma das mais significativas forças impulsionadoras da humanidade.

O que leva o homem a esta inquietação, a esta busca intelectual? Qual a origem e o significado deste esforço do homem para superar a si próprio e ao seu mundo? É assunto que tem ocupado exaustivamente os estudiosos. O fato é que esta ininterrupta e incansável luta pelo saber tem sido uma das mais importantes atividades do homem. Ocorre que, ao dar vazão ao seu insaciável afã de descobrir, criar, conquistar, ao tentar realizar em toda a sua plenitude a livre aventura do espírito, o homem se depara com seus limites.

A Bíblia relata que, com o objetivo de alcançar os céus, os homens decidiram construir uma alta torre, a qual ficou conhecida como a Torre de Babel, pois da experiência resultou a confusão, a desordem, o desenendimento, a discórdia, como castigo divino por uma ação tida como orgulhosa. Em outra perspectiva, esta questão é abordada por Goethe, em seu notável poema Fausto, onde o personagem central se angustia com a constatação da pequenez dos seus conhecimentos ante a imensi-dão do desconhecido e decide passar por cima de quaisquer regras ou considerações para empreender a tentativa de desvendar os mistérios da natureza, os enigmas do universo. A verdade é que, muitas vezes, tem sido o homem tentado a querer ultrapassar sua própria condição humana, e este anseio, esta fantasia, se expressa nas crenças, nos mitos, no folclore e nas produções artísticas e literárias, mesclado com a intuição dos riscos inerentes a esta "transgressão".

Coloca-se, aqui, em questão a própria finalidade do conhecimento para o ser e as medidas que devem ser tomadas para que se harmoni-zem e se identifiquem conhecimento e sabedoria. Dizia Aristóteles que toda arte e investigação e igualmente toda ação e todo propósito pare-tem ter em mira um bem qualquer. Ora, aceitando-se que o objetivo, vis-to como bom, para o labor de investigar, é o benefício do homem e nun-ca seu prejuízo, dificilmente se admitiria, de um ponto de vista moral, que a caminhada com vistas a este benefício, ou seja, os procedimentos destinados a fazer progredir o saber, pudesse fazer-se sem o respeito aos valores maiores do homem, tais como sua vida, sua saúde, sua li-berdade, sua dignidade.

Todavia, se a história registra como indiscutível que a procura, a in-vestigação, a pesquisa têm desempenhado papel fundamental no progres-so humano, proporcionando descobertas nos vários ramos do saber e conquistas indispensáveis ao bem-estar do homem, também assinala que, em muitos momentos os avanços do saber, a ciência, a tecnologia têm sido utilizados em detrimento do homem, para a sua subjugação, quando não para o seu extermínio. E a própria investigação por vezes tem se realizado sem nenhum compromisso com os valores humanisti-cos. Estes fatos demonstraram de forma cabal a necessidade de se ela-borar normas éticas a serem aplicadas à pesquisa. Não se trata de criar obstáculos ao progresso da ciência, não se trata de pôr restrições, pelas à investigação, à criatividade científica. Trata-se, isto sim, de se adotar providências para que esta investigação se dê na observância de uma regulamentação ética bem definida e aceita.

Este cuidado se torna imprescindível nos casos de pesquisa cujo objeto de estudo é o próprio homem, sua vida, sua saúde ou sua doença, enfim, nos casos de pesquisa biomédica em seres humanos. Des-de sua origem, a medicina tem sido conceituada como uma profissão a serviço da saúde do ser humano, em benefício da qual deve envidar to-dos os seus esforços. E sabido, no entanto, que em várias épocas hou-ve violação dos direitos humanos na condução de experiências médicas. Estes abusos se tornaram mais gritantes e chamaram mais a atenção durante a Segunda Guerra Mundial, quando prisioneiros foram submeti-dos a experimentas altamente lesivos aos seus interesses, justificando--se os promotores destes crimes com a alegação de que pretendiam al-cançar verdades científicas que, em último caso, poderiam beneficiar a humanidade. A denúncia destas ocorrências levou a um esforço mun-dial para que fossem estabelecidas normas internacionais que discipli-nassem a prática da pesquisa médica. Embora muitos achem que moralmente não é admissível a experimentação em seres humanos, outros entendem que o progresso do

conhecimento médico se faz em grande parte devido à pesquisa e que a etapa da experimentação no homem ainda é indispensável, uma vez que os resultados obtidas da testagem em animais de laboratório não podem ser transpostos integralmente pa-ra o homem, sob pena de se incorrer em graves erros. Sendo este o en-tendimento prevalente e com vistas a evitar as distorções apontadas, foi inicialmente elaborado o chamado Código de Nuremberg, em 1946, ten-do posteriormente a Assembléia da Associação Médica Mundial aprova-do um importante documento, intitulado Declaração de Helsinki, onde estão explicitadas as normas éticas a serem seguidas pelos médicos nos trabalhos de pesquisa biomédica em seres humanos. Esta importan-te carta de princípios, cujo detalhamento não cabe fazer aqui, foi adota-da pelo Conselho Federal de Medicina como guia a ser seguido pelos médicos brasileiros em matéria referente à pesquisa clínica.

Por sua vez, o Código de Ética Médica, aprovado após ampla dis-cussão de que participaram medicas de todo o Brasil e posto em vigor a partir de janeiro de 1988, contém alguns artigos sobre pesquisa medi-ca, dentre os quais destacamos oparágrafo único do artigo 123, que diz: "Caso o paciente não tenha condições de dar seu livre consentimento, a pesquisa somente poderá ser realizada, em seu próprio benefício, ' após expressa autorização de seu responsável legal". Já o Artigo 129 pontifica que: É vedado ao medico... "Executar ou participar de pesqui-sa médica em que haja necessidade de suspender ou deixar de usar te-rapêutica consagrada e, com isso, prejudicar o paciente".

Este conjunto de normas consagrou os preceitos humanísticos que milenariamente nortearam o exercício da medicina, tendo por principio axial a prevalência da pessoa humana sobre o conhecimento e a com-preensão de que a ciência só se justifica se estiver a serviço da humanidade.

Qual deve ser a aplicação dessas regras éticas na psiquiatria? Co-mo nas demais áreas da medicina, a pesquisa é necessária em psiquia-tria, até para se evitar que condutas médicas incorretas e prejudiciais aos pacientes continuem sendo adotadas pelo simples fato de não pas-sarem pelo crivo da comprovação científica. Há mesmo o dever moral de pesquisar, e, na verdade, se ocorrem males porque experimentações são realizadas descumprindo normas éticas, também se verificam claros malefícios pelo fato de não se pesquisar. Ora, se em pesquisa clínica em geral não há segurança na transposição para o homem de dados obtidas em animais, em termos de concordância de respostas, maior dificuldade vai existir na área psiquiátrica, uma vez que as doenças psi-quiátricas, como as conhecemos, não ocorrem em animais; por outro la-do, os psicofármacos usualmente empregados em psiquiatria têm pou-co efeito sobre indivíduos normais. De tal forma que mais imprescindível se torna, para que se avance o conhecimento psiquiátrico, que sejam I realizadas pesquisas em portadores de doença mental.

Dadas as suas peculiaridades, no entanto, a pesquisa em psiquia-tria, além de implicar necessariamente na observância dos princípios éticos anteriormente mencionados, suscita questionamentos específicos de grande relevância. O primeiro deles se refere ao problema do con-sentimento informado, ou consciente, tão importante para a adequa-da participação de uma pessoa em qualquer pesquisa. Se a precisa ca-racterização de quem tem ou não capacidade para consentir consciente-mente é uma questão a ser equacionada pela ciência e pela técnica psi-quiátricas, ainda assim nos restará uma importante interrogação: o que

fazer em relação aos pacientes que não têm capacidade mental para consentir conscientemente? O Código de Ética Médica aponta um caminho, ao aceitar que o consentimento possa ser dado pelo responsável legal do paciente. Mas impõe a exigência de que a pesquisa tenha que se destinar a beneficiar diretamente a pessoa submetida a mesma. Outra situação que dá margem a dúvidas é aquela em que o pesquisador suspende ou deixa de utilizar um tratamento já consagrado, para experimentar um novo tipo de terapêutica, por exemplo, um novo medicamento. Tem de ser bem avaliada a possibilidade de o quadro psiquiátrico vir a se agravar. Caso haja um componente depressivo severo, o risco de suicídio poderá ser um fator de contra-indicação para este procedimento. Igualmente há que se ter em conta que existem certos casos de esquizofrenia cujo prognóstico parece piorar consideravelmente se ocorre uma demora na utilização da medicação adequada. Em qualquer caso, nunca é demais recordar o antigo princípio hipocrático do *primam non nocere*. Não se exige do médico as habilidades de Blacaman, fan turístico personagem do escritor Gabriel Garcia Marques, capaz de curar os pacientes até de doenças que não tinham. Contudo, o mesmo que se pode esperar é que a conduta médica não venha a ser mais danoso que a doença. De todo modo, é indispensável o estabelecimento de critérios bem definidos de inclusão e exclusão de pacientes psiquiátricos em pesquisas médicas. Se alguns pacientes não devem ser incluídos em virtude do seu quadro mental, outros também não deverão sê-lo por fatores tais como sua resposta a tratamentos realizados anteriormente. Referimo-nos a pacientes que, em crises pregressas, tiveram excelente melhora com o uso de determinada terapêutica. Não seria admissível que se privasse estes pacientes do tratamento comprovadamente eficaz, para inclui-los em procedimentos de experimentação clínica.

Constata-se, assim, que existem hoje normas Áticas bem elaboradas acerca da pesquisa em seres humanos, as quais, se fielmente observadas, contribuirão para evitar que a luta pelo progresso do conhecimento se faça à revelia dos direitos humanos. Existe atualmente uma consciência mais nítida a respeito da responsabilidade social e ética do cientista, do pesquisador, e a convicção de que se pode fazer avançar a ciência, sem que seja necessário firmar um pacto com o diabo. Desta forma, a pesquisa clínica, de tantos e tão meritórios feitos, poderá se realizar dentro de padrões universalmente aceitos, respeitando-se a vida, a saúde e a dignidade dos seres humanos.

VII-Dilemas Éticos na Prática Psiquiátrica

O trabalho clínico diário, por sua vez, freqüentemente coloca o médico diante de situações que requerem não apenas conhecimento técnico-científico e agudeza profissional, mas também compreensão e discernimento quanto às implicações morais de sua atividade. E nem sempre é fácil adotar a conduta mais acertada, consentânea com os ditames éticos da profissão médica.

Alguém poderia dizer que o Código de Ética Médica já traz as linhas mestras que devem ser seguidas pelos médicos em geral, inclusive os psiquiatras. Ai poderiam os profissionais da psiquiatria se orientar quanto aos vários tópicos da Ática profissional. E, na verdade, o Código de Ética Médica em vigor contém um moderno conjunto de regras, ' estabelecidas com o intuito de contribuir para o reencontro da medicina- com a sua vocação humanística, do médico com a dignidade do seu trabalho. Incluindo dispositivos voltados para a

questão dos direitos humanos, enfatizando as responsabilidades do médico como técnico e como ser social, condenando qualquer forma de discriminação ou de violação da pessoa humana, nossa carta de normas não omitiu os tradicionais temas da ética médica, alguns dos quais podem ser aqui referidos. Um deles, que tem dado margem a tantas distorções, é o diagnóstico. Quantos de nós já tomaram conhecimento de casos em que o diagnóstico psiquiátrico e utilizado como uma arma contra o doente, um estigma que favorece tantas vezes a discriminação e a violação de direitos. Intimamente relacionados com o diagnóstico temos os capítulos dos atestados médicos e do segredo profissional, de implicações éticas e jurídicas. Já tomamos conhecimento de um caso em que os próprios familiares de um paciente buscavam o atestado médico com um diagnóstico psiquiátrico, com o objetivo de utilizá-lo para se apossar dos bens do doente. O mau uso e as manipulações que podem estar associados ao diagnóstico e aos atestados médicos não podem ser omitidos pelos psiquiatras, os quais devem se acautelar para evitar que o seu trabalho, cuja finalidade se vincula ao zelo pela saúde e a dignidade dos pacientes, venha a ser utilizado para manobras espúrias.

Também convém fazer algumas reflexões sobre o segredo médico. Só para exemplificar, lembremos as modalidades de terapia de grupo e a documentação do trabalho terapêutico através de gravações de som, vídeos etc., onde podem surgir novos aspectos do segredo. Pensamos não ser necessário insistir na necessidade de autorização, por parte do paciente ou seu responsável, para que o trabalho terapêutico seja assim documentado, bem como quanto ao uso necessariamente restrito e judicioso do material clínico e a cautela no que se refere a sua guarda.

Há circunstâncias, porém, em que o psiquiatra terá enormes dificuldades em discernir qual a conduta correta a adotar. Podem surgir situações em que o segredo médico, tão valorizado como um dos pilares da relação médico-paciente, seja fortemente posto em xeque. Sandro Spinsanti relata um caso em que um médico psiquiatra foi processado pelos pais de uma moça assassinada por um de seus pacientes. Ocorre que o paciente relatara previamente ao médico ter planos de cometer homicídio. O profissional providenciou o internamento do paciente, mas não comunicou aos familiares da jovem ameaçada o risco existente. Após a alta, o paciente acabou por realizar seu intento. No julgamento do processo, o tribunal, embora reconhecendo ser de interesse social a confidencialidade das informações obtidas no contexto terapêutico, entendeu que, naquele caso, deveria ter prevalecido a preocupação com a segurança de terceiro contra a agressão do paciente e concluiu ser o psiquiatra culpado de negligência profissional.

Outra questão que traz grandes inquietações e dúvidas é a vasta utilização de psicotrópicos na prática clínica. Há uma tendência a medicar e uma expectativa de ser medicado. Vivemos em um mundo onde a dor, a ansiedade, a tristeza, em qualquer grau de intensidade, têm de ser combatidas por uma ação medicamentosa.

Dai já ter sido dito que a nossa é uma "cultura analgésica". Sem negarmos a extraordinária importância dos psicofármacos, principalmente no tratamento das psicoses, alertamos para a distorção que é a medicalização ou "psiquiatrização" dos problemas sócio-econômicos ou existenciais. Recordemos o ensinamento dos clássicos pregos, de que

o aprendizado se dá no sofrimento, para valorizar o potencial do ser humano de desenvolver recursos adaptativos e de elaboração das situações penosas.

Ainda no tocante à terapêutica, assinala-se a crescente capacidade de modificação do comportamento humano pelo uso das terapias psiquiátricas, sejam os psicofarmacos, as psicoterapias, a neurocirurgia ou a nascente engenharia genética. O registro é feito para, mais uma vez, enfatizarmos ser imprescindível a coletividade encontrar meios de assegurar que a utilização dos recursos científicos se dê sempre respeitando-se os direitos humanos.

Diversas outras interrogações são inerentes ao cotidiano dos psiquiatras. O verdadeiro paraíso do homem é aquele que se estrutura sob o primado da razão? Há espaço, no competitivo mundo de hoje, para os que deliram ou alucinam? Pode-se admitir que os doentes mentais têm o direito de recusar qualquer forma de tratamento, ou, pelo menos, algumas condutas terapêuticas? Como conciliar o respeito à liberdade dos pacientes psiquiátricos com o dever da sociedade de prestar assistência aos doentes graves?

VÁ-Doença Mental e Cidadania

Estas indagações nos levam diretamente à abordagem dos direitos dos pacientes psiquiátricos. Já pertence à história da psiquiatria o momento em que houve o reconhecimento do direito dos doentes mentais ao tratamento, superando-se, assim, a fase em que estes pacientes eram simplesmente expulsos das comunidades, ou recolhidos às prisões e hospícios, sem que lhes fosse ministrada qualquer assistência sanitária. Entretanto, o processo de conscientização de que a doença mental não exclui a cidadania, tendo, portanto, os pacientes psiquiátricos, tanto quanto todas as outras pessoas, direito à liberdade, ao respeito e à consideração dos membros da sociedade, ainda está longe de se completar. Os doentes mentais continuam sendo tratados como cidadãos de segunda categoria, vítimas de uma forma de apartheid social em que a tônica é a marginalização, o preconceito, a discriminação.

Que conseqüências teve esta visão acerca da doença mental para o tratamento dos pacientes? E que esforços têm sido feitos para um redirecionamento dessa questão? Ao longo dos tempos, tal maneira de ver as coisas resultou na adoção do internamento compulsório prolongado como a forma predominante de tratamento psiquiátrico. Deste modo, embora a psiquiatria se propusesse a avaliar o sofrimento psíquico, terminava por contribuir para a exclusão e o controle de um segmento social.

Como já afirmamos em outra parte, "só após muito tempo, porém, foram se tornando mais numerosos os que postulavam que a psiquiatria precisava, a partir de uma profunda revisão de suas premissas morais e científicas, desvencilhar-se do inaceitável papel de instrumento de segregação e controle social, reformular suas propostas e renovar sua ação terapêutica.

Tal perspectiva passou a apontar para o reconhecimento do doente mental como um ser humano integral, um sujeito de pleno direito. Hoje multiplicam-se em vários países os movimentos com o objetivo de concretizar esta grande mudança de concepção e de práxis. Neste contexto, inserem-se a luta contra a psiquiatrização dos problemas sociais e

econômicos, a discussão sobre o papel do hospital psiquiátrico, a busca de outras formas de assistência à saúde mental que privilegiem a comunidade como o local ideal onde o paciente deve ficar e onde se dará seu esforço pelo crescimento e pela liberdade. São, por fim, alvo de grande reflexão temas de maior relevância ética e moral, tais como a questão do consentimento e do tratamento compulsório".

Nesta linha de afirmação dos direitos dos doentes mentais inserem-se o documento da ONU, intitulado "Princípios para a Proteção das Pessoas que Padeçam de Enfermidades Mentais e para a Melhoria da Assistência em Saúde Mental", de 1991, e o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, em tramitação no Parlamento Brasileiro.

IX-Conclusão

O presente trabalho não tem por objetivo dar respostas definitivas, nem apresentar soluções, mas formular algumas questões que nos parecem instigantes e suscitar nos psiquiatras uma atitude mais indagadora, um repensar dos valores automaticamente aceitos e um mais freqüente questionamento das práticas adotadas no trato dos problemas psiquiátricos.

Queremos concluir com uma reflexão que tivemos o ensejo de formular em parecer apresentado em sessão plenário do Conselho Nacional de Saúde: "A que serve a Ciência? A quem aproveita o saber? E de pronto respondemos: em qualquer momento de nossa caminhada ter como regra básica que o saber, inclusive o saber psiquiátrico, não pode contribuir para o desrespeito, a discriminação, a subjugação do ser humano. Deve sim, buscando harmonizar a ciência e a moral, colaborar para que o ser humano cresça e alcance, em toda a plenitude, sua liberdade, realizando plenamente sua dimensão humana".

Bibliografia

_____. A Bíblia Sagrada. Sociedade Bíblica do Brasil, Brasília. 1969.

_____. Código de Ética Médica. Aprovado pela Resolução CEM nº 1246/88. de 08/01/88.

.. ARISTOTELES. Ética a Nicômaco. Coleção Os Pensadores, Nova Cultural, São Paulo, 1987. .. EY, H., BERNARD, P. e BRISSET, C. Manual de Psiquiatria. 5a ed., Editora Masson do Brasil Ltda., Rio de Janeiro, 1981.

.. FÉ, I.A.M. A Saúde Mental no Brasil e o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado. Parecer exarado para o Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 1992.

.. FRANÇA, G.V. Direito Médico. 5a ed., Fundo BYK, São Paulo, 1992.

.. FREUD, S. Obras Completas. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1967.

.. FROMM^REICHMANN, F. Princípios de Psicoterapia Intensiva. 5a ed., Edicio nes Hormé S.A.E., Buenos Aires, 1980.

.. JORES, A. El Hombre y su Enfermedad. Editorial Labor, S.A., Barcelona, 1981.

.. SPINSANTI, S. Ética Biomédica. Edições Paulinas, 1990.

.. VAZQUEZ, A.S. Ética, 6ª ed., Editora Civilização Brasileira S.A., Rio de Janeiro, 1983.

Ética e Psicanálise

Antonio Carlos M. Cesarino

A psicanálise é uma técnica terapêutica e um método de pesquisa. No presente artigo, discutimos aspectos da utilização ética desse ramo do saber por profissionais médicos. Não são apenas médicos que se utilizam desses conhecimentos, mas é a eles que nos referimos neste texto. Como técnica terapêutica pode-se, para fins deste capítulo, situá-la como uma das formas de realizar psicoterapia, aqui definida simplesmente como "tratamento de problemas e distúrbios emocionais por meios psicológicos" (H. Goto). Todo os que militam no campo da saúde mental (e da saúde em geral) sabem que estão exercendo algum tipo de influência psicológica sobre seus pacientes durante a relação terapêutica. Quando essa influência é intencional e consciente podemos dizer que estão executando alguma forma de psicoterapia. Frequentemente, essa atuação é informada de maneira mais ou menos erudita por conhecimentos psicológicos e ou psicanalíticos.

O que se expõe a seguir é fundamentalmente dirigido aos profissionais médicos que se dedicam à psicanálise como especialidade. Naturalmente, muito do que aqui se considerar aplica-se também à psicoterapia médica, em todas as suas formas. Essa questão não é considerada neste escrito diretamente.

De passagem vale a pena lembrar que não existe no Brasil legislação que regule a profissão de psicoterapeuta, ou que distinga psicoterapeuta de psicanalista. Dessa maneira, a prática da psicoterapia passou a ser um campo de atuação possível para qualquer profissional de saúde. Há um parecer do Cremesp que "recomenda", mas não pode exigir, que os médicos que desejem trabalhar com psicoterapia façam sua análise pessoal e realizem um curso de especialização (H. Goto).

Este texto, entretanto, refere-se aos psicanalistas. Aqui, novamente, coloca-se uma situação de difícil solução. Como já foi dito, não existe uma legislação que defina com clareza o que é o psicanalista médico, nem se distingue uma especialidade médica (como a de psiquiatra, por exemplo, que não exige formação específica em psicanálise ou em outra forma de psicoterapia, por mais estranho que pareça). Assim, existem médicos que se autodefinem como psicanalistas sem pertencer a qualquer grupo organizado de profissionais. Talvez o grupo maior de psicanalistas médicos organizados seja o de filiados à Associação Brasileira de Psicanálise, através de uma de suas organizações regionais. Há, entretanto, numerosos grupos, com estrutura e orientação doutrinária variadas. Dessa maneira, em relação à indispensável formação técnica para uma atuação profissional adequada, não podemos colocar grande ênfase neste artigo.

Como toda relação médica de ajuda, a atuação do profissional deve se basear em princípios éticos definidos e claros. Nessa linha, o princípio fundamental é aquele que vale

para toda a prática médica: "O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional" (Código de Ética Médica, artigo 2).

Como se coloca neste contexto a preocupação de manter uma relação fundamentalmente ética?

Para que se saiba com clareza sobre o que estamos falando, é importante que posturas básicas sejam colocadas desde já. Não cabe aqui naturalmente desenvolver uma grande discussão filosófica a respeito da ética e da moral, enquanto categorias teóricas. Isso necessitaria um capítulo à parte dentro deste livro. A própria ética da psicanálise se presta a profundas e fecundas discussões, que são objeto de trabalhos importantes, que devem ser conhecidos por quem deseja se aprofundar no assunto. (O leitor interessado encontrará algumas indicações bibliográficas no fim deste capítulo). O complexo ética-moral-ideologia não será jamais suficientemente discutido. Apenas alguns aspectos que nos parecem mais pragmáticos poderão ser lembrados neste texto. Talvez uma citação bastante significativa possa definir uma posição que nos parece fundamental;

"Na época em que Freud se tornou médico, dois papéis haviam sido estabelecidos para o psiquiatra e são ainda hoje grandemente aceitos: um é o de agente da sociedade: o psiquiatra do hospital do Estado, embora pareça estar cuidando do paciente, está realmente protegendo a sociedade dos atos do paciente. O outro é o papel de agente de todos e de ninguém: árbitro dos conflitos entre o paciente e a família, entre o paciente e o empregador, e assim por diante: a lealdade desse tipo de psiquiatra é dada aquele que o paga.

Freud recusou-se a desempenhar qualquer desses dois papéis.

Ao invés disso, criou um novo tipo de agente do paciente. Em minha opinião, essa foi a sua maior contribuição para a psiquiatria (Thomas Szasz)."

No seu livro *A Ética da Psicanálise*, entre outras coisas, Szasz quer distinguir dois níveis de atuação, um nível "psiquiátrico" e um nível psicanalítico, como atividades diferentes, de intenção e endereço diferentes. Quer falar da psicanálise, que é executada para os ricos, e da "psiquiatria", dirigida aos que não têm dinheiro para a psicanálise. Uma discussão que se coloca entre nós particularmente importante nos dias que correm é a de como se acomoda com um comportamento ético adequado essa situação dupla, vivida com frequência pelos profissionais médicos entre nós. Com os pacientes "psiquiátricos" do trabalho na instituição pública (ou conveniada), trabalha-se com uma determinada postura, com os demais, no consultório, essa postura é diferente. Duas éticas, para duas situações distintas? Mas nas duas o objeto é o mesmo: o ser humano em sofrimento. Como se colocará a situação de "agente do paciente" nessas circunstâncias?

E exatamente nesta situação (de trabalho com pacientes carentes na instituição pública), em que o terapeuta age fora de seu setting tradicional (aquele para o qual ele foi treinado), que a possibilidade de um tratamento verdadeiramente ético das questões da prática se torna mais difícil. Não é simples criar normas de conduta que sejam mais ou menos "adequadas", até porque as universidades e os demais aparelhos formadores não preparam os profissionais para esse tipo de trabalho.

Existe o risco de a formação psicanalítica ocasionar um certo viés na percepção de suas criaturas. A crença de que apenas uma relação de tratamento individual pode chegar a atingir a compreensão e a "cu-ra" através da utilização instrumental da transferência e da interpretação pode ser uma das razões importantes de desestímulo dos jovens analistas em relação ao trabalho nas instituições. Na realidade, essa afirmação era (ou é) decalcada na velha experiência de observação da vida dos pacientes psiquiátricos colocados em condições tipo asilares nos hospitais, sem qualquer tipo de cuidado que não seja o da rotina cronificadora das relações (ou falta de relações) dos pacientes e dos "técnicos". Na realidade, atualmente se tem um grande acúmulo de informações nascidas de outras formas de convivência com as diferentes maneiras em que se apresenta o sofrimento psíquico. Há situações em que se podem criar condições de permanente estimulação e contato criativo, não rotineiro e burocrático. Aí surge um outro relacionamento muito mais vivo e completo com a loucura, aqui vista menos como doença, mas mais propriamente como uma forma diferente de existir no mundo. A subjetividade, afinal, é fruto da somatório de uma grande quantidade de componentes. Além da fala, de importância básica, há também meios de comunicação corporais, gestuais, relações com o espaço físico, relacionamentos sociais de diversas ordens, situações econômicas, interações com diversos agentes, além de seu terapeuta etc. Tudo isso e muito mais são dados que enriquecem a descoberta de atuações até então inesperadas nos psiquiatrizados de todo o tipo. Assim, a vivência da relação com o paciente nessas condições pode enriquecer muito a consciência e a habilidade do analista. Quando se tende a permanecer naquela atitude retrógrada e desenformada, o psicanalista perde a chance de enriquecer seu cabedal de conhecimentos e, mais do que isso, a instituição perde o concurso interessado de um profissional de grande utilidade. Naturalmente não se pode dizer que a psicanálise é responsável pelo viés anteriormente referido, mas sim o tipo de formação produzido por determinado órgão formador. A psicanálise não é, mas pode ser obediente à ética dominante, se não fornecer (ou exigir, ou facilitar) uma visão mais geral da estrutura social. Deve lembrar que uma terapia psicanalítica é uma ação de saúde mental, e, portanto, por mais liberal ou contratual que possa ser o trabalho, ele é, enquanto ação de saúde, um trabalho de alcance público e, portanto, um trabalho que não tem como ignorar honestamente um vínculo político.

Idealmente o profissional deveria ter presente, com certo grau de clareza, que é na sociedade que se desenvolvem os dramas humanos (em algum lugar dessa sociedade). Ora, a sociedade não é uniforme. Os diferentes estratos sociais se organizam em dominantes e dominados e vivem interesses e possibilidades diversas. A fração dominante impõe as normas que lhe interessam para manter o status que. Assim a ética formalizada a que devemos obedecer é a ética da classe dominante. Óbvio é que para a classe dominada suas regras são mais problematicamente aplicáveis, quando o são. Se a ética se refere à maneira de existir e se relacionar dos indivíduos, fica claro que a ética do dominante não pode ser igual à ética do dominado, por mais que esta última não tenha sido jamais de fato formulada. Nesse sentido, quando abordamos a ética da psicanálise no presente texto, é importante que se tenha presente de que boa parte do que será dito trata de aspectos de relacionamento entre indivíduos de níveis sócio-econômicos e culturais pelo menos aproximados. Seria assunto de um outro trabalho, importante e complexo em sua realização, inclusive em função de suas implicações políticas e ideológicas indispensáveis, a discussão dessa ética ao nível da relação de pessoas socialmente "diferentes".

Como se vê, portanto, ética não é algo que paira no ar. Na medida em que se refere às relações reais de pessoas concretas, ela se estabelece e realiza a partir do que realmente ocorre entre as pessoas em relação. Assim, além de respeitar uma série extensa de regras de comportamento que serão expostas mais adiante, há todo um conjunto de comunicações verbais e extraverbais que se desenvolve durante o correr dessa relação que significam posturas, aprovações e rejeições que entram em jogo, de forma quase ou totalmente inconsciente, ou pelo menos imperceptível. Por aí está sendo transmitida, em pequenos detalhes, a ideologia do terapeuta.

Dessa forma, como é muito íntima e delicada a relação entre os participantes da atividade analítica, na qual o analista sempre, por mais que queria evitá-lo, desempenha um papel de autoridade, a preocupação com o respeito à liberdade e autonomia do paciente deve estar sempre presente. Esse interjogo de influências é muito sutil para que possa ser codificado. Apenas atuações grosseiramente autoritárias poderão ser percebidas com clareza pelo cliente. É possível ainda e relativamente comum que este deseje, em função de suas dificuldades emocionais renunciar à sua liberdade e almejar ser dirigido em suas decisões existenciais pelo terapeuta. Essa utilização em si antiética da relação analítica pode escapar da percepção de ambos e não há como codificá-la. Deveria ser objeto de parte do cuidadoso trabalho de formação técnica do psicanalista. Entre muitas posturas eticamente importantes do profissional, uma que deve ser sempre lembrada é a de tentar se colocar a serviço do paciente no sentido de ajudá-lo a saber mais sobre si próprio para poder se situar como responsável real por suas decisões.

Pode haver certo tipo de necessidade subjetiva não totalmente requeirida a ser discretamente satisfeita pelo decorrer da relação analítica: é bastante comum que a sensação de poder que redonda dessa situação seja extremamente gratificante. Obviamente, impõe-se renunciar a essa gratificação.

Há muitas maneiras de definir o trabalho psicanalítico e através dele a meta essencial desse trabalho. Trata-se de definições baseadas mais ou menos corretamente na teoria, na técnica e no setting escolhido.

Não é o caso aqui de se entrar numa discussão de escolas dentro do movimento psicanalítico. Mas pode-se afirmar, sem medo de contestação, que todas elas aceitam como básica a postura, aqui já sugerida, de auxiliar o paciente a conseguir o nível possível de liberdade pessoal.

Como se situa essa meta com o paciente socialmente carente, "psiquiátrico"?

Não se pode deixar de considerar que essa finalidade fica essencialmente comprometida quando se trata de pessoas que não têm possibilidade de ter acesso às liberdades individuais em dada estrutura social.

Seria equivocado pretender que se pudesse ajudar adequadamente nesse sentido alguém que no concerto civil não gozasse dessa situação. É importante que o psicanalista tenha o nível de informação e a tomada

de consciência suficientes para não cair no erro grosseiro (e infelizmente um tanto frequente) de "psicologizar" situações de contradição sócio econômica. Isso seria desperdiçar pelo uso inadequado um bom instrumento de trabalho, além de prestar ao cliente um desserviço, ao ampliar o nível de sua alienação.

Colocadas essas premissas que nos parecem indispensáveis (não temos uma solução "ética" para problemas cuja natureza é essencialmente política, neste contexto onde nos movimentamos agora), passamos a considerar os diferentes aspectos que definem uma situação ética na psicanálise.

O profissional médico deve se responsabilizar pela sua conduta na relação com seus pacientes, seus colegas, com os padrões e limites de seu fazer técnico, bem como com suas associações profissionais e formadoras de novos psicanalistas. O mesmo se dá naturalmente em relação à sociedade em que vive e trabalha.

Relação com os pacientes

O artigo 5 do Código de Ética Médica (CEM) reza que "o médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente". Neste contexto, isso significa que o psicanalista deve estar sempre ampliando e reciclando seus conhecimentos, deve ser capaz de aplicar novos desenvolvimentos em sua prática, contribuir quando possível para esse desenvolvimento através da relação científica com seus colegas de profissão e com a sociedade em que vive.

Dentro do princípio de autonomia que deve reger sua prática (artigo 7 do CEM) tem direito de escolher seu cliente e as condições em que ele vai servi-lo. Por outro lado, deve recomendar, ou aceitar para a psicanálise apenas os indivíduos que julgar, através de seu melhor tirocínio, como objetos adequados para esse tipo de tratamento. O cliente deve ser informado de forma suficientemente clara sobre o tratamento que se propõe, de maneira a poder tomar com independência e conhecimento a decisão de se submeter ou não a esse procedimento. Não se pode excluir essa informação, se o que se pretende é realizar um trabalho de cunho terapêutico ou apenas de análise. Inclusive não devem ser esca- moteadas informações sobre outro tipo de tratamento alternativo (CEM, artigos 56 e 59).

Apenas depois dessas informações deve ser estabelecido um contrato explícito de trabalho, do qual deve fazer parte uma concordância a respeito dos honorários. A discussão desses honorários deve ser conduzida com realismo e humanidade (CEM, artigo 89). Estabelecido este contrato, o psicanalista não pode negligenciar o tratamento de seu paciente, colocando-se dentro do possível e das necessidades reais desse cliente à sua disposição, mesmo para emergências, sempre que não se cora sidere, em função da situação específica do tratamento em questão, que o atendimento extra possa prejudicar o curso adequado da análise. Por outro lado, o psicanalista não deve prolongar o tratamento além do tempo necessário, apenas para assegurar a continuação de seu ganho financeiro.

A peculiar situação de um tratamento psicanalítico confere ao terapeuta uma posição de poder em relação a seu cliente. Esse poder não pode, em qualquer hipótese, ser utilizado

para explorar monetariamente o paciente, ou conseguir, através dessa situação, vantagens que não sejam aquelas pecuniárias advindas do contrato prévio (CEM, art. 65).

A liberdade de decidir do paciente deve ser sempre profundamente respeitada. O contacto deve ser sempre adequado, coloquial e cuidadoso, tendo em vista a questão da transferência que se estabelece. Estão encluídas naturalmente quaisquer atuações ameaçadoras ou violentas, exceto em circunstâncias em que seja necessário se defender de eventuais reações agressivas explícitas (Artigos 48 e 65 do CEM).

Não se admite qualquer envolvimento sexual do terapeuta com seu paciente ou qualquer pessoa proximalmente relacionada com ele. Tal atitude será não apenas antiética, mas prejudicial em relação ao próprio tratamento. Mesmo durante considerável tempo após o término da terapia, essa forma de aproximação deve ser evitada, uma vez que persiste a possibilidade de se tratar de uma situação transferencial e, portanto, com diminuída capacidade de escolha ex-paciente. Não se ignora a possibilidade de surgir um envolvimento amoroso entre as duas pessoas em questão. Neste caso, entretanto, a terapia deve ser interrompida e o paciente encaminhado a outro profissional. A prudência indica que o próprio analista se consulte com outro colega a respeito de seus sentimentos. Eventuais contactos sociais extraterapêuticos entre os participantes do tratamento não são proibidos, mas devem ser considerados e manejados com discrição e cuidado.

É de todo desaconselhável que relações de tipo comercial que não as definidas no contrato inicial se realizem entre ambos (CEM, artigo 65).

O psicanalista médico pode sentir necessidade, durante a terapia, de receitar medicamentos para seu paciente. A forma de tratamento e postura individual do técnico vai definir se essa prescrição será feita por ele mesmo ou se outro colega deve ser procurado. Não é necessário acentuar que a prescrição de remédios tem em si um significado simbólico que deve ser levado em consideração ao decidir receitá-los ou não.

Todas as recomendações anteriormente colocadas têm uma base fundamental de referência: o psicanalista deve se colocar, em todas as vicissitudes da terapia, como agente do paciente.

Assim, a preservação do segredo médico reveste-se de particular importância e devem ser atentamente observados os artigos pertinentes do CEM (artigos 102 e 103 principalmente). O bom senso (e a consulta ao CRM local, quando necessário) norteará a aplicação adequada desses princípios. O segredo até pode ser rompido em circunstâncias especiais, quando isso puder ser útil para o paciente, ou quando revelações ocorridas durante o processo terapêutico coloquem em grave risco a vida ou a saúde de outras pessoas de seu convívio (por exemplo, no caso hipotético de um paciente que revele estar decidido a assassinar outra pessoa).

Em casos particularmente difíceis o psicanalista pode (e é até aconselhável) procurar supervisão ou consulta com outro colega. Ou apresentar sua dúvida ao CRM local.

Crianças e adolescentes

No caso do tratamento de crianças e adolescentes obviamente certas modificações dos procedimentos aqui já expostos se fazem necessárias, embora em linhas gerais as mesmas disposições se apliquem. É mesmo se coloca em relação ao paciente psicótico. Naturalmente ante o contrato, em seus aspectos pecuniários e outros, deve ser feito com o concurso dos pais ou responsáveis. O cuidado no trato pessoal deve ser ainda mais atento, dadas as peculiaridades dessa faixa etária. Atenção com o segredo médico: não obrigatoriamente o que se passa e uma situação de análise deve ser revelado aos pais ou responsável. Além das considerações de ordem técnica, nesse particular é importante a observância do artigo 103 do CEM.

Relações com os colegas

Devem ser norteadas pelos princípios éticos gerais do respeito da liberdade e independência profissional (artigo 18 do CEM), sem perder de vista o interesse e bem-estar dos pacientes. Embora como profissionais devam pronunciar-se livre e abertamente sobre suas opiniões, posturas em relação às diferentes formas de exercício da psicanálise, da psicoterapia, esse pronunciamento deve ser ético e respeitoso, ciente de-se mais a considerações de ordem técnica ou doutrinária do que apreciações de caráter pessoal. Isso não significa que devam ser atribuídos aos profissionais, mas que mesmo as referências a eles em qualquer contexto, devam ser exaradas de tal maneira que não confundam com maledicências. O mais adequado, sempre que possível é que a crítica a esses profissionais vistos como ímprobos seja execução da onde houver condições de levar a correções técnicas ou administrativas de sua má conduta: o foro institucional ou profissional em que. Não é lícito, entretanto, deixar que um colega, por seu procedimento profissional inadequado, prejudique um paciente, quando isso ocorrer má fé, incompetência ou até mesmo por estar em condições de se deficientes. A intervenção em situações desse tipo, quando não possível via instituição, deve ser o mais discreta possível, sem por isso perder sua eficácia (CEM, artigo 19).

Quando procurado para tratamento por paciente em análise outro colega, é aconselhável solicitar ao cliente que encerre preliminarmente sua relação terapêutica anterior.

Além da consideração técnica de que pode se tratar de uma; questão referente a algum incidente da outra terapia, colocasse a que de consideração pelo outro profissional.

A relação com colegas ou futuros colegas ainda em formação veste-se de obrigações semelhantes às devidas aos pacientes e col de mesmo nível, além evidentemente, da busca da melhor forma transmissão dos conhecimentos adquiridos durante o exercício da profissão.

Relações com as instituições formadoras e a sociedade em geral

Como já foi dito, ao realizar uma psicoterapia (ou uma análise) está sendo feita uma ação de saúde, portanto está sendo realizado um serviço público, ainda que dentro de um setting liberal, artesanal e contratual. Dessa maneira, o profissional deve ter presente durante todo o tempo que é um cidadão, afetado de direitos e deveres que caracterizam essa cidadania. O mesmo se dá com seu paciente. Por mais perturbado emocional ou socialmente carente que

seja, esse paciente é também um cidadão, que goza exatamente dos mesmos direitos (e deveres) que o médico. Nessa medida, enquanto membro ativo de suas sociedades profissionais, gerais e de especialidades, o psicanalista esta, como to-dos os outros profissionais médicos, ligado às determinações de seu Có-digo de Ética, assim como ao Código Internacional de Ética Médica, às declarações de Nuremberg, Genebra e Helsinque e a Declaração Uni-versal dos Direitos do Homem. Isso define com clareza suficiente suas obrigações enquanto protagonista da sociedade em que vive e trabalha. (Para detalhes sobre essas declarações, ver o Código de Ética Médica indicado na bibliografia).

Referências Bibliográficas

O que foi acima exposto é fruto de longa experiência como psiquia-tra e como conselheiro do Cremesp. Muita coisa foi lida, vivida e discuti-da, de tal que há conhecimentos e opiniões que passaram a fazer par-te de nossa formação, após um trabalho pessoal de elaboração. Assim nem tudo o que se diz neste texto acima é obrigatoriamente próprio, mas fruto de informações de diferentes fontes que se perderam no tem-po; muitas vezes inclusive discordamos dessas fontes, mas foram esti-mulo para reflexão. Os titulas abaixo são os que nos foram ultimamen-te úteis em relação ao assunto. Nem de longe pretende ser uma biblio-grafia mais completa. Os psicanalistas Plínio K. Montagna e Antônio Lan-cetti, de diferentes situações dentro do mundo psicanalítico leram e co-mentaram este trabalho. Não têm, entretanto, qualquer responsabilida-de pelos conceitos aqui emitidos.

Bibliografia

- . Código de Ética Médica. Conselho Federal de Medicina, 1988.
- . Fassa, B. e Echenique, M.: Poder e Amor: a Micropolítica das Relações. Ed. Aleph, São Paulo, 1992.
- . Goto, H.: Parecer-Consulta "A Psicoterapia é campo comum a todos que atuam I no campo de saúde mental" In Ética Medica, CREMESP, 1988.
- . Katz, C.S.: Ética e Psicanalise, uma Introdução. Graal, Rio de Janeiro, 1984.
- . Kernberg , P. F. (Presidente da Comissão de Ética da I PA): Draft Code of Ethi-cal and Professional Conduct. Mimeo circulando desde 1991 pelas Sociedades de Psicanálise do Mundo, filiadas a International Psychoanalytical Association.
- . Parsons, T.: Sociologia de la Religion e y la Moral. Paidos, Buenos Aires, 1968.
- . Rotelli, F. et ai: Desinstitucionalização. Hucitec, São Paulo, 1990.
- . Szasz, T.S.: A Ética da Psicanalise. Zahar ed. Rio de Janeiro, 1983.
- . Valis, A.L.M.: O que é Ética. Brasiliense, São Paulo, 1986.

Aids e Ética

Guido Carlos Levi

O aparecimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SI-DA ou AIDS), no início da década de 80, trouxe uma natural preocupação, no mundo todo, com essa nova doença, ainda na época com mecanismos de transmissão não bem esclarecidos. Os profissionais de saúde, inclusive médicos, não ficaram imunes a esses temeres. Não é de se estranhar, portanto, que os primeiros problemas éticos relacionados com a AIDS foram de recusa de atendimento a pacientes, da realização de exames que incluíssem manipulação de seus fluidos e tecidos e até de realização de necropsia dos falecidos com essa patologia. A queixa do diretor de um hospital público de São Paulo relativa à recusa dos patologistas de sua instituição em realizar exames necroscópicos de indivíduos falecidos em consequência da AIDS levou o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) a solicitar a dois de seus conselheiros, Antônio Ozório Leme de Barros e Guido Carlos Levi, a preparação de um parecer mais amplo, que enfocasse todos os aspectos mais importantes na época quanto à ética médica e AIDS. Optaram esses autores por uma normatização do assunto apresentada conjuntamente com uma série de informações científicas que ajudassem os médicos a conhecer melhor a doença e a compreender e aceitar mais facilmente as decisões do parecer. Este foi aprovado em reunião plenária de 3 de maio de 1988, tendo sido posteriormente endossado pelo Conselho Federal de Medicina, passando a vigorar desde o dia 20 de maio de 1988 em todo o território nacional.

O primeiro aspecto analisado dizia respeito à discriminação dos pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Numa época em que não poucos clamavam pela segregação destes indivíduos como forma de evitar a expansão da doença, mostrava-se a total falta de fundamento científico para esse tipo de conduta, baseada em atitude preconceituosa e contraproducente, por colocar na "clandestinidade" não somente os indivíduos infectados, mas principalmente os pertencentes a todos os chamados "grupos de comportamento de risco".

Já era sabido, na época, por experiências de outros países, em particular os EUA, que a melhor maneira de deter a propagação da epidemia era por informação e orientação, para toda a população e, em particular, para os membros dos citados grupos, para que mudanças de comportamento, no sentido de uma maior segurança e cuidados corretos, levassem a um menor número de novas infecções. Para tanto, era necessário que houvesse um maior número possível de diagnósticos dos infectados, para que fossem orientados sobre como evitar transmitir o vírus para outras pessoas e mesmo para informar aos não infectados sobre como evitar futuras contaminações. Para que isso se tornasse possível, no entanto, era necessário garantir aos indivíduos que procurassem centros onde o diagnóstico era possível, que eles não ficariam sujeitos a prejuízos graves de sua vida pessoal (ver mais adiante também item relativo ao sigilo). Evidentemente, a segregação dos infectados produziria efeito totalmente oposto, além de ser medida inócua do ponto de vista epidemiológico, pois já então era sabido que para cada doente havia várias dezenas de infectados, muito mais perigosos em termos de disseminação do que aqueles já com sintomas decorrentes da patologia.

O segundo aspecto abordado dizia respeito à relação médico-paciente, tendo como ponto central justamente aquele que deu origem ao parecer, ou seja, a recusa de paciente. Conclui-se que, embora não deva fazê-lo, pode o médico no âmbito da clínica particular recusar seus serviços profissionais a quem não deseja como paciente, ressalvadas as situações em que está obrigado a atender: ausência de outro médico no local, em casos de urgência, ou quando sua negativa puder trazer danos irreversíveis ao paciente. Entretanto, caso mantenha relação de trabalho com entidade pública ou privada que se dispõe a receber casos de determinada natureza, não é direito do médico recusar atendimento, a não ser que a instituição deixe de lhe oferecer mecanismos de proteção considerados úteis e necessários, segundo o conhecimento científico disponível a respeito. Ressaltou-se, a propósito, a obrigação de o médico em cargo de chefia garantir que na sua instituição sejam oferecidas essas condições adequadas aos colegas que nela trabalham.

O respeito ao paciente é condição básica para uma relação médico-paciente adequada. Face à enorme carga emocional que se vincula à condição de infectado pelo HIV, o parecer ressaltou a necessidade de o médico ter em mente a condição fragilizada deste tipo de paciente, e do seu dever de atuar de forma a atenuar seu sofrimento e a ajudá-lo a restaurar o respeito próprio. Também foi destacada a necessidade de informá-lo de maneira cuidadosa, porém correta, quanto às suas condições e perspectivas, a fim de que possa exercer plenamente o direito de tomar decisões pessoais, incluídas aqui aquelas que dizem respeito ao seu bem estar, quanto à sua situação presente e futuro. É óbvio, também, que a não ser em casos especiais, que configurem justa causa, não poderá o médico abandonar o paciente por se tratar de doença ainda incurável. Deverá dar prosseguimento ao atendimento visando a prolongar a quantidade e a qualidade de vida do paciente, ainda que seja apenas atenuando seu sofrimento físico e/ou psíquico.

Finalmente, ponto básico na relação médico-paciente, o parecer foi muito enfático na lembrança da obrigatoriedade do respeito ao direito ao sigilo. Este é fundamental tanto do ponto de vista legal e ético, quanto, como já anteriormente ressaltado, do ponto de vista epidemiológico. No entanto, algumas situações especiais mereceram análise em separado, por constituírem exceções nas quais é lícita a ruptura do sigilo.

Resumidamente:

1. Por solicitação do próprio paciente, ou de seus responsáveis -em circunstâncias em que este considere do seu interesse o fornecimento do seu diagnóstico;
2. Notificação compulsória - o médico é obrigado a seguir as normas estabelecidas pelas autoridades sanitárias. Recorde-se que, no Brasil, até a presente data, esta notificação é somente para os casos de doença, não incluindo os indivíduos com infecção assintomática.
3. Comunicantes sexuais (atuais ou futuros) ou membros de grupo de uso de drogas endovenosas. O ideal aqui seria que o próprio paciente colaborasse e fizesse ele próprio a comunicação de sua situação de infectado a estes contactantes. No entanto, caso ele se negue, o seu bem-estar individual torna-se secundário frente ao bem-estar social e do

direito à saúde (e mesmo à vida) de outras pessoas, autorizando o médico e/ou as autoridades sanitárias a quebrar o sigilo para permitir uma proteção e orientação adequadas dos comunicantes. No entanto, deve ser tomado cuidado a fim de impedir a disseminação de informações relativas ao paciente para além dos limites daquilo realmente necessário. item seguinte focado pelo parecer dizia respeito à situação e atuação de alguns tipos de instituições diante da AIDS. Inicialmente foi analisada a possibilidade de recusa de pacientes infectados pelo HIV por estabelecimentos de assistência médica. A questão da recusa, aqui, coloca-se na mesma perspectiva que a da recusa do paciente pelo médico: poderá a instituição recusar atendimento desde que efetivamente não disponha de recursos para tal, não se destine a esse específico tipo de atividade ou clientela e haja na localidade outro estabelecimento em condições de fazê-lo. Evidentemente que em situações de urgência o atendimento será sempre obrigatório.

Ressaltou-se, também, a necessidade de a instituição fornecer a seus funcionários ampla informação acerca da doença, para evitar problemas advindos da ignorância dos fatos: discriminação, preconceito, conduta errada ou inadequada em face do paciente, utilização indevida de instrumentos e materiais, proteção individual e coletiva insuficientes ou inexistentes etc. Deve, também, a instituição fornecer adequadas condições de trabalho, com acesso aos meios de proteção individual e coletiva adequados. Quanto aos médicos, cabe a obrigação de transmitir aos demais membros da equipe multiprofissional as informações necessárias ao correto atendimento do paciente e as precauções a serem adotadas. Recorde-se que os outros membros da equipe também estão presos a necessidade de resguardo do sigilo quanto às informações obtidas.

Quanto à conduta de algumas instituições, obrigando os pacientes que nelas desejam se internar à realização de triagem sorológica, embora tal procedimento não possa ser considerado antiético, ele deve ser desaconselhado, não só por poder ensejar o surgimento de posturas discriminatórias, mas, também fundamentalmente, por não ser conduta correta do ponto de vista preventivo. Hoje é praticamente consenso que o ideal é a prática dos cuidados universais, considerando-se qualquer paciente como possivelmente transmissor não só do HIV, mas de qualquer dos patógenos que podem ser transmitidos pela contaminação com sangue ou fluidos corporais.

Quanto aos estabelecimentos de atividades hemoterápicas, desde a aprovação da Lei Federal 7649, de 25 de janeiro de 1988, passou a ser obrigatória a realização de testes que têm por fim evitar a transmissão, por sangue ou derivados, da AIDS, hepatite B, sífilis, malária e doença de Chagas. Recorde-se ser necessário informar ao doador da realização desses exames previamente à coleta de sangue, dos desdobramentos possíveis em face do encontrado, sendo, também, um direito do doador o acesso e informação adequada dos resultados dos seus testes.

Os estabelecimentos prisionais constituíram um dos aspectos mais delicados e polêmicos do parecer. Por um lado, havia que levar em conta o precário estado de nossos presídios, cadeias públicas e delegacias, bem como a qualidade frequentemente muito baixa do atendimento médico nelas prestados. Por outro lado, havia na época, e isto ainda hoje ocorre, uma forte pressão para que se realizasse triagem sorológica obrigatória em relação ao HIV para todos aqueles que ingressam no sistema prisional. Conclui o parecer ser inútil

a adoção de medidas de identificação de portadores do HIV, se não se puder desenvolver um atendimento subsequente adequado e que respeite a dignidade da pessoa; pelo contrário, serviria apenas para estigmatizar os positivos, expondo-os a riscos de segregação e mesmo de hostilização. Até que estas condições possam sofrer total transformação, a redução do risco de aquisição da doença nos presídios deverá ser tentada através de amplos programas educacionais, dirigidos à população carcerária e aos funcionários de tais instituições.

Outro aspecto muito polêmico enfocado pelo parecer dizia respeito aos problemas relativos à infecção pelo HIV no âmbito da medicina do trabalho. Hoje felizmente menos, mas nas épocas iniciais do aparecimento da doença foi bastante comum empresas exigirem exame sorológico para HIV aos seus funcionários e mais frequentemente como critério de seleção nos exames pré-admissionais. O parecer conclui não haver justificativa técnica ou científica para a realização indiscriminada desse exame de triagem. Embora o empregador seja livre para contratar quem deseje, este tipo de conduta é descabido e discriminatório, não devendo o médico contribuir para o prevailecimento dessa maneira de agir. No entanto, caso a empresa insista, contra o conselho do médico, pela realização dessa sorologia, caberá ao médico a obrigação de garantir algumas condições ligadas ao exame. Em primeiro lugar, este só pode ser efetuado após informação e consentimento do funcionário ou candidato a emprego. Em segundo lugar, o resultado deve chegar às mãos somente do médico. Este não pode, sob risco de violar o sigilo profissional, fornecer nomes e resultados ao empregador. Cabe-lhe informar, tão somente, a aptidão ou não, temporária ou permanente, para o desempenho de determinada função, do funcionário ou candidato. Finalmente, terá o médico obrigação de fornecer o resultado a cada indivíduo, em particular os positivos, de maneira adequada, explicando seu significado e orientando quanto aos procedimentos que poderão ser adotados.

Por fim, encerrou-se o parecer com considerações relativas às pesquisas médicas no âmbito da infecção pelo HIV. Enfatizou-se a necessidade de seguir as normas contidas na Declaração de Helsinque, cuja redação atualizada foi aceita pelo Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM Nº 1098/83. Embora se reconheça legitimidade nas pressões para que sejam abreviados os tempos de pesquisa, contra-indica-se a supressão de etapas habitualmente observadas na investigação científica realizada com rigor metodológico, principalmente no que concerne a busca de novos medicamentos. Devem ser reduzidos, no entanto, os entraves burocráticos que impeçam o estudo ou retardem a comercialização de novas drogas utilizáveis nesse contexto. Desnecessário enfatizar a importância do caráter voluntário da participação humana na pesquisa, após ampla informação quanto aos seus propósitos, da possibilidade de desistência a qualquer momento sem prejuízos disto decorrentes e da necessidade do acompanhamento constante pelo pesquisador para evitar quaisquer danos ou sofrimentos aos indivíduos participantes do estudo.

Com o passar dos anos, uma série de novos problemas vieram exigir um segundo parecer quanto à ética médica e AIOS. Novas questões necessitaram ser levadas em consideração e normatizadas para que os médicos brasileiros continuassem dispondo de correta orientação quanto aos aspectos éticos, muitas vezes complexos e controversos, que envolvem essa patologia de aparecimento ainda relativamente recente.

Este segundo parecer, preparado pelos doutores Guido Carlos Levi e Gabriel V\blf Oselka, veio, portanto, complementar o anterior, que permanece em pleno vigor. Foi aprovado pelo CFM em 14/02/1992, entrando em vigor a seguir.

Inicialmente foram levados em consideração os problemas relacionados com infecção pelo HIV e gestação. A alta possibilidade de transmissão para o filho (cerca de 30%), e nesse caso a certeza de uma vida relativamente curta e cheia de sofrimentos, deveria ser, aparentemente, um desestímulo poderoso ao desejo de engravidar de qualquer mulher infectada pelo HIV. No entanto, isto pode não ocorrer, ou por ignorância dos riscos e conseqüências, ou por desinteresse quanto a estes ou por crenças religiosas ou filosóficas. O parecer considerou que nessas circunstâncias o papel do médico deve ser informativo, fornecendo à mulher infectada todos os dados atualmente disponíveis relativos ao assunto. Não pode, no entanto, impedi-la de ter um filho, se essa for sua decisão, nem poderá negar (e isto vale também para instituições de assistência médica) assistência futura a essa mulher (com a exceção já analisada no primeiro parecer quanto a recusa de pacientes, de situações em clínica particular em que o médico não está obrigado ao atendimento).

A legislação em vigor só permite interrupção da gravidez causado por estupro ou caso seja comprovado risco de vida para a mãe. Em relação à infecção pelo HIV, inexistência de evidência, apesar de algumas opiniões em contrário, de uma nítida influência negativa, tanto para o desenvolvimento da gestação quanto para um possível agravamento da doença materna em decorrência desta. Assim, o parecer concluiu pela inexistência, na atualidade, de substrato para interrupção de gravidez somente pelo fato de a mãe ser HIV positivo, e a não ser que condições peculiares ao caso permitam concluir por risco para a vida da gestante pela continuação da gestação. Da mesma maneira, por ser proibida pela legislação atual, inexistência de base legal para a esterilização, mesmo que voluntária, de mulher ou homem HIV positivos.

Quanto à sorologia no pré-nupcial ou pré-natal, são evidentes hoje os benefícios de um diagnóstico precoce de infecção pelo HIV. No pré-nupcial, resultado negativo permitirá orientação quanto aos comportamentos de risco a serem evitados para prevenir a infecção, e, quando positivo, permitirá informações quanto ao risco de futura gestação. Já resultado no pré-natal permitirá identificar candidatas aos benefícios terapêuticos tornados disponíveis nos últimos anos e talvez reduzindo risco de transmissão para o feto. Da mesma maneira, permitirá maior atenção para diagnóstico precoce de transmissão vertical e eventual instituição de terapêutica para a criança, bem como orientação adequada quanto aos cuidados pós-natais para diminuir o risco de transmissão para o recém-nascido não infectado. No entanto, o parecer recordou a necessidade de obter autorização, mesmo que verbal, específica para a realização desta prova, bem como de garantia de sigilo quanto ao resultado e de aconselhamento quando do fornecimento deste. Além disso, a negativa não deve trazer prejuízos a paciente, nem deve ela ser ameaçada nesse sentido.

Igualmente, quando houver indicação clínica ou suspeita epidemiológica que justifiquem realização de exames diagnósticos no recém-nascido, devesse o médico prestar aos pais ou responsáveis pela criança as informações adequadas e obter autorização específica para

efetuá-los. Em caso de recusa, devem ser explicadas as possíveis consequências e registrada no prontuário da criança a negativa referente ao exame.

A seguir, o parecer se debruçou sobre os aspectos éticos ligados ao final de vida de pacientes com AIOS. Em muitos países, como os EUA e a Holanda, voltou à tona a discussão quanto à eutanásia, e neste último país, embora persista a proibição legal, existe um compromisso de não perseguir penalmente o médico que a efetue dentro de um determinado contexto. No Brasil, a legislação, e conseqüentemente o Código de Ética Médica, proíbe, terminantemente, a prática da eutanásia ativa. No entanto, a forma passiva, ou por omissão, corresponde somente à não-utilização de certos recursos médicos para prolongar a vida de pacientes incuráveis. Hoje é bastante aceito que o médico não tenha obrigações legais, morais ou éticas de empregar, em casos irreversíveis e terminais, medidas que só levem a um prolongamento do processo de morte. Nem sempre a situação será de absoluta clareza para o médico quanto à melhor conduta a tomar. E, por isso, importante e até obrigatório que as opções terapêuticas e suas implicações sejam discutidas com os familiares, e, se possível, com o próprio paciente. Sua vontade, embora não determinante, será orientadora para o médico, e nesse sentido que se tem tornado mais populares, nos últimos tempos, declarações assinadas contendo o ponto de vista e a vontade do paciente, denominadas "testamentos em vida". Recordamos, novamente, que esta expressão diz respeito somente ao emprego de recursos extraordinários. Mesmo assim, caso o médico assistente sinta que os termos do testamento em vida colidem com sua visão de como atuar de uma maneira profissionalmente correta, deve solicitar sua substituição por outro profissional que não tenha restrições quanto à atuação médica solicitada.

O último ponto analisado pelo parecer, também bastante polêmico, diz respeito à triagem sorológica de pacientes e médicos em ambiente hospitalar.

Hoje, a maioria dos especialistas defende o uso de precauções universais, ou seja, considerar que o sangue e fluidos corporais de todo paciente podem ser potencialmente infestantes. Embora ainda haja defensores da triagem sorológica rotineira para admissão de um paciente num hospital, diversos argumentos colocam-se contra este posicionamento. A falta de tempo útil nos setores de emergência para aguardar resultados dos testes, a possibilidade de haver viremia ainda com sorologia negativa, a existência de outras infecções, além da AIDS, transmissíveis por sangue e derivados são alguns pontos que embasam esta crítica, bem como certas evidências quanto à não-redução do risco para a equipe pelo próprio conhecimento da situação de infecção pelo HIV.

A implantação de cuidados universais, para ter êxito, deverá ser acompanhada de treinamento adequado dos profissionais de vários níveis envolvidos e de informações e esclarecimentos que levem à compreensão e aceitação das vantagens deste tipo de procedimento. Isto permitirá que a colaboração e a obediência às normas, por parte dos profissionais da instituição, sejam voluntárias e constantes.

Frisou, porém, o parecer, que a preferência por cuidados universais não é, na verdade, uma imposição científica, legal ou ética. Uma instituição pode optar pela triagem sorológica dos pacientes a serem internados, desde que alguns princípios sejam resguardados. Assim, o exame deve ser voluntário, após informações completas e adequadas quanto à sua finalidade; a recusa do exame não deve causar prejuízos à assistência do paciente; os

pacientes positivos deverão ter garantias tanto de sigilo acerca do resultado, quanto de manutenção de todos os seus direitos em relação a assistência oferecida pela instituição. Embora não existam dados disponíveis quanto à ocorrência, em nosso meio, de médicos infectados pelo HIV, seguramente não deve ser situação excepcional. Apesar de ainda não ter sido relatado nenhum caso de transmissão de infecção pelo HIV devido à atividade profissional de médico infectado, tal acontecimento causado por dentista foi re-centemente revelado nos EUA, e já ocorreu transmissão do vírus de he-patite B de cirurgião para paciente. Assim sendo, deve ser considerado como teoricamente possível o risco de transmissão do HIV pelo médico infectado, em particular quando cirurgião. No entanto, este risco deve ser extremamente baixo, sendo avaliado como de 1/130.000 a 1/1.000.000 de procedimentos invasivos, havendo perigo maior nos procedimentos que envolvem manipulação cega de instrumentos cortantes nas cavidades do paciente do que em outros, como nas cirurgias oftalmológicas, por exemplo, que quase nunca produzem transferência de sangue do cirurgião para o paciente.

Surge, a partir daí, uma série de indagações, com repercussões legais e éticas, ainda sem respostas definitivas, e que, por isso, permitem somente sugestões quanto ao correto posicionamento ético. Por exemplo: devem os médicos que realizam procedimentos invasivos ser testados sorologicamente? Caso a resposta seja afirmativa, compulsória ou voluntariamente? Terá o médico positivo obrigação de informar seus pacientes a esse respeito?

O parecer acompanhou o ponto de vista prevalente na atualidade em outros países quanto a não existir direito de exigir teste sorológico do médico, pois tal conduta fere o direito deste à confidencialidade, é à não-obrigação do profissional infectado de informar seus pacientes nesse sentido, conduta esta que iria prejudicar seu direito ao trabalho e ajudar a aumentar os preconceitos e a difundir a opinião incorreta de haver risco de transmissão por contato casual. O que se espera é que, por dever ético de não prejudicar o paciente, o profissional com comportamento de risco efetue voluntariamente testes periódicos e que o médico infectado se abstenha voluntariamente de realizar procedimentos considerados de risco aumentado de transmissão. Os limites de sua atuação devem ser estabelecidos, de uma maneira individual, por uma análise conjunta da questão pelo médico infectado, seu próprio médico e a Comissão de Controle de Infecção da instituição.

Como vemos, para algumas das questões levantadas ainda não existem respostas definitivas e de consenso. Algumas das normas de conduta apresentadas podem ser consideradas como sugestões válidas na atualidade para a proteção dos direitos dos pacientes e dos médicos, bem como para evitar aumentar ainda mais a carga de preconceitos e discriminação que cerca a infecção pelo HIV.

Tratando-se, no entanto, de assunto dinâmico e tão rapidamente evolutivo quanto este, é óbvio que a análise de novos problemas, bem como revisão crítica das decisões anteriormente tomadas, exigirá periodicamente reavaliações do tema, e é de se prever que, num futuro não longínquo, outros pareceres venham ampliar e aperfeiçoar as decisões éticas quanto a esta tão polêmica patologia.

Dedico este capítulo ao doutor Antônio Ozório Leme de Barros, antigo colega de medicina e de Conselho, cuja importância foi fundamental para que pudéssemos dispor, na atualidade, de uma visão mais clara sobre o correto comportamento ético dos médicos

diante da AIDS. Temos a certeza de que hoje, no seu novo campo profissional, continuará o amigo Ozório a lutar com o mesmo empenho e seriedade pela justiça e contra todas as formas de discriminação.

A Ética Médica e a Verdade do Paciente

Dalgimar Beserra de Menezes

Existe, por certo, um abismo muito largo e profundo entre a cosmo-visão dos médicos em geral (fundada em sua leitura dos fenômenos bio-lógicos) e as concepções de vida da vasta maioria da população. Salta à vista, na abordagem do assunto (a ética e a verdade do paciente), que se fica, mais uma vez, diante da pergunta feita por Pôncio Pilatos a Je-sus Cristo, encarando, como estava, um homem pleno de sua verdade, portanto de uma determinada sorte de verdade; Pilatos, pois, perguntou: "O que é a verdade?" E é evidente que um e outro detinham e se cingiam a verdades dispares.

No Brasil moderno, ou modernoso, os meios de comunicação, criadores da opinião pública, tendem a expandir mais ainda esse abismo, ao embaralharem fatos do domínio da ciência médica ou pervertê-los. Recentemente, em Fortaleza, aldeia do autor, uma emissora de televisão apresentou um anencéfalo, ao lado do Baby-Sauro, para mostrar a semelhança entre eles, ao mesmo tempo em que o pai do monstro da-va entrevista inculcando a mãe, sua esposa, pelo fenômeno, em virtude de ela ter exibido, durante a prenhez, um exacerbado bem querer pelo monstrinho da mídia. De outra forma, programas pseudocientíficos introduzem no seio da população técnicas e procedimentos de Primeiro Mundo, criando falsas esperanças e expectativas, inseridas na confusão que se estabelece entre a possibilidade de informação e o real acesso ao objeto da informação, que é uma das tragédias do subdesenvolvimento.

Ainda no plano da formação de opinião, a imprensa, por ideologia ou qualquer outra coisa, inclusive ignorância, confunde e mistura fatos que são perfeitamente separáveis, como erro médico e insucesso terapêutico, condicionando o surgimento de uma definida atitude de prevenção contra o médico.

O médico aprende na escola de medicina as suas verdades, emba-sadas cada vez mais no método científicocriação de Galileu Galilei, trazido ao âmbito da medicina por Claude Bernard, as quais são, trocando em miúdos, aproximações da verdade ou simples modelos consideráveis, no momento, como verdadeiros, que podem vir a sofrer mudanças de detalhes, substanciais ou totais. Recorde-se que, há cerca de meio século, irradiava-se o timo das crianças, por aumentado de volume, como se doente, quando na verdade era normal e que tal prática fez aumentar o risco de câncer da tireóide, após um período médio de latência de vinte anos. E tantas outras coisas!

Esses modelos ou aproximações da verdade são encarados como peças neutras, válidas aqui e alhures (cá e na China), e nos seus mais variados aspectos (propedêuticos e terapêuticos, inclusive) descuram quase que completamente do social. Como consequência, a sua aplicação prática não leva em consideração a escolaridade do paciente, nem os seus hábitos, costumes, credos, crenças, religiões etc.

Em assim sendo, a utilização desse corpo de conhecimentos pode-rá escandalizar, chocar ou simplesmente perturbar o paciente que o não conceba ou que vá de encontro ao seu sistema de vida, isto é, de crenças e concepções que constituem, em última análise, a sua verdade mais entranhada, fruto de aprendizado, educação ou adesão.

Nada mais oportuno nesse confronto do que lembrar o aforismo áureo da Escola Hipocrática, para estabelecer que a prática médica não é a mera instrumentalização do fato científico, universal, neutro e frio: primeiramente não causa dano. A prática médica, nesse contexto, vai além do corpo de conhecimentos da ciência exata ou biológica e obser-va-ou deverá observar-verdades do domínio das ciências sociais.

Por outro lado, existem verdades científicas que se sobrepõem às sociais, ao que parece, em definitivo. Em frente de uma comunidade que se insurja contra o uso de uma vacina, por exemplo, reconhecida-mente benéfica, como ocorreu no Rio de Janeiro, no início do século -não interessando as causas, haja manipulações políticas ou outras -, o médico passa a fazer parte do esforço do Estado para a aplicação de tal medida preventiva. Está aí em jogo a saúde do todo, ao que cons-ta um bem maior do que a saúde da parte. O médico, então, como que se identifica ao Estado e impõe suas regras, como o doutor Stockmann em *O Inimigo do Povo*, de Ibsen. Duas coisas, entretanto, parecem ób-vias: deve-se respeitar aquele que, individualmente, não possa ser per-suadido a se submeter ao procedimento, por motivos os mais diversos, e o sobredito perde forçosamente validade nos estados totalitários que podem deter verdades espúrias, pretextadas para o bem-estar e o benefício do todo, e, em verdade, destinadas a privilegiar classe, casta ou raça.

O discurso do benefício do todo, pela utilização ou "sacrifício" da parte, tem ainda outros desenvolvimentos. Diderot, um dos pais da Re-volução Francesa, preconizava a vivisseccção em animal nobre-conde-nados e facínoras-visando ao aumento do conhecimento científico da humanidade, o que é um absurdo. No entanto, a prática foi adotada durante a Segunda Guerra Mundial, vitimando não celerados, mas indivíduos em tudo normais. Já não se cogitam tais monstruosidades, contu-do há de se questionar, sempre, em termos de uma moral abstrata, a validade do uso do indivíduo, com o fito de se melhorar a comunidade. Mulheres latino-americanas foram cobaias nos experimentas com contra-ceptivos, e prisioneiros e outros têm-nos sido nos testes de novas dro-gas e de outros procedimentos. Alega-se consentimento, comutam-se penas, oferece-se dinheiro. Na verdade, o grande problema é que não pode consentir quem não tem plena cidadania ou quem tem a liberda-de cerceada, por mais que se edulcore a pílula e se contemple a verda-de existencial pouco invejável desses seres. Não têm autonomia de volição ou de movimento os que não têm plena cidadania ou que estão presas.

Num país de flagrantes contrastes sociais, em que há cada vez mais nitidamente uma medicina para os pobres e outra para os ricos, deve-se temer esse tipo de desenvolvimento. Consta que, na já decanta-da aldeia do autor, um pobre cedeu um rim a um rico, em troca de bens de fortuna; o pobre foi atendido em sua verdade econômica, pobreza. E subiu na escala social. Os médicos implicados no episódio perceberam gordos honorários, postos acima do bem e do mal, super-homens. Todas as partes foram agraciadas e quedaram

satisfeitos, a despeito de a lei vedar ao compadre pobre a venda de seu Órgão ao compadre rico.

Poder-se-ia imaginar que o trato com o paciente implicasse uma moral prática, ou seja, além de não prejudicar, o médico poderia lançar mão de atitudes consideráveis como úteis e, portanto, boas, verda-deiras, conformando-se a uma espécie de pragmatismo. Todavia, o simples pragmatismo pode se constituir em prática distorcida e condenável, manancial de erros e equívocas. Como exemplo, tome-se em consideração a verdade das pacientes quanto ao uso de métodos contraceptivos e anticoncepcionais. Movidas pelas necessidades imediatas, sobretudo as dificuldades financeiras, passa a ser a verdade qualquer medida que se lhes ofereça, sem qualquer senso crítico ou avaliação de consequências futuros. O útil e o imediato ganham foros de verdade, gerando-se, ao mesmo tempo, aberrações medonhas no campo da ética médica. O médico, na falta de uma regulamentação moderna e adequada ao momento histórico, de leis, por conseguinte, não só se sente no dever de executar tais métodos, indiscriminadamente-seja exemplo a laqueadu-ra tubária-, como também os utiliza para usufrutos seus os mais varia-dos, designadamente os econômicos e os políticos. São incontáveis as laqueaduras tubárias feitas neste ano eleitoral de 1992, no país inteiro. E quando se descobre a taxa de 90% de apendicectomias brancas, de uma determinada cidade do interior, mister é inferir-se que a laqueadu-ra foi perpetrada, e como não pode ser cobrada, seguida de uma cirur-gia desnecessária-a apendicectomia-, houve ganho de uma eleito-ra, pelo menos, e foi cobrada ao SUS a cirurgia despropositada. Subentendida fica a idéia de que a cirurgia foi executada (a laque-adura) sob pretexto de atender a uma necessidade vital e ingente das pacientes, e muitos dos que realizam tal desserviço se tomam de justifi-cativas que soariam até integrantes da moralidade cristã, visto que man-têm que a efetuam por pena e compaixão, quando se lhes são perfeita-mente conhecidas as verdadeiras intenções.

No caso em pauta, há hipocrisia da parte do medico, quando não cinismo, emoldurados nessa abordagem piedosa e compassiva. Porém há também uma verdade das pacientes, traduzida em termos de não quererem ter filhos por não poder sustentá-los, situação, todavia, cuja solução escapa grandemente ao âmbito da atividade médica. De uma coisa pode-se estar seguro: a verdade das pacientes, nessas circunstan cias, não pode ser tomada em conta e atendê-la é certamente uma aber-ração. As que a detêm, detêm-na por necessitadas e carentes, e são pessoas desprovidas de cidadania plena, que não podem decidir o que é bom ou ruim para si mesmas. Além do mais, atender a essa verdade (realidade) é atitude de poder, poder-ilícito, de quem está numa posição social alta e impõe sua vontade.

Situação análoga, em termos de poder ou não decidir, e a do pacien-te com enfermidade incurável, sujeito a dores que considera insuportá-veis e que se vê competido a solicitar ao médico a morte para alívio definitivo do seu sofrimento. Embora a verdade do paciente seja "a dor in-suportável", nenhum médico tem o direito de "obedecer" ao pedido de eliminação, e, se assim proceder, comete homicídio, ao que tudo indica. O que é clássico e moral consiste em usar de todos os meios para sua-vizar a dor (sedare dolorem...). A atitude ética, depreende-se, vai muito além do pragmatismo (ou utilitarismo), que exhibe essa mascara bondosa e implica (e esconde) amiúde intenções perversas.

De outra forma, nesse mesmo terreno, atente-se para a atitude do médico face à verdade das Testemunhas de Jeová. Do ponto de vista singelamente científico, tais crentes, como não são vegetarianos, tomam sangue todos os dias ao ingerirem tecidos musculares (carnes) e outros, às refeições. Não obstante, encrencaram com o sangue que o médico muita vez vê-se obrigado a utilizar em tratamentos cirúrgicos e outros procedimentos. Zombar, simplesmente, da postura deles parece atenta-tório aos direitos humanos, posição de poder, o poder desmistificador da ciência; enganá-los parece não somente atentatório, mas também imoral. Como, pois, atuar, nessas ocasiões, em que a verdade do paciente precisa ser devidamente levada em consideração?

Dois pontos parecem vitais nessa questão: em primeiro lugar, o bom senso; em segundo, a exposição dos atos perpetrados. O bom senso exige que se respeite a decisão (vontade, verdade) do paciente, que neste caso é a recusa ao sangue (hemofilia). E que se lhe respeite até não mais poder. Em não mais podendo respeitá-la, que se utilize sangue, por necessário, obedecendo à legislação do país, que é mais importante do que as regras e as indignações de seitas religiosas e de minorias. Dessarte, na situação emergencial de uma atitude não tomada poder configurar omissão de socorro, entende-se que não pode haver vacilação. E, fato consumado, que se diga ao paciente e a seus responsáveis que o sangue foi administrado, como medida salvadora. Os religiosos se animam na expectativa de ganhar o paraíso, mas, pelo geral, não querem tão cedo migrar desta para a outra, atitude muito semelhante a de qualquer execrando ateu. Se houver alguma dificuldade legal, depois, a lei respaldará o médico, mesmo levando-se em conta a temporada de caça que se estabeleceu contra ele nos últimos tempos, no Brasil.

Pelo exposto, atitudes consideradas como éticas não podem se alinhar, muitas vezes, ao que é prático e útil, assim como não podem, ao mesmo tempo, ser convertidas às verdades do paciente, sob pena, inclusive, de infração de leis vigentes.

Reflui o velho aforismo-*primum non nocere*-assentado no bom senso. E diante de tudo isso, deve-se perguntar o que viria exatamente a ser não causar dano, não prejudicar, apriorismo do exercício da profissão. Talvez seja assumir diante do paciente, independentemente de seu estrato social e de seus costumes e crenças, uma posição de humildade das possibilidades da ciência de que se dispõe, e de crítica das possibilidades dessa ciência, nas imbricações dela, ciência, com o estrato social, o status, os costumes etc., sem latim ou grego, sem jargão enfatuado ou dialeto, isto é compreensível e inteligivelmente, e dessa forma, torna-se ele próprio, médico, o paciente que se lhe entrega, numa espécie de identificação na humanidade comum a todos (ou seja: "Médico, cura-te a ti mesmo").

E corrente a afirmação de que muitos pacientes não querem saber a verdade de sua doença, quando grave, ou que procuram de toda maneira se enganar. Acredita-se que o médico não deva ser cúmplice dessa tendência, salvo se a verdade preferida dos fatos for mais deletéria do que a sua exclusão. Outra forma de dizer seria, talvez: salvo se a verdade revelada dos fatos for mais prejudicial do que a própria afecção de que é portador o paciente. Desemboca-se por outra vertente no velho aforismo. Na prática, apesar do propalado caráter emocional latino, faz-se cena ou drama; porém, é provável que, na maioria das vezes, prefira-se a verdade ao engodo. Ademais, a mentira piedosa, o engodo

ou a não verdade podem até redundar em escândalo, em atitudes ainda mais dramáticas, ou se revestirem de implicações de ordem legal. Em Fortaleza, para tomar novamente como base a aldeia do autor, ao modo de Miss Marple, um renomado médico sofreu os maiores constrangimentos, no momento em que seus pacientes adivinharam o conhecimento de que estavam sendo tratados para AIOS, sem lhes serem revelados os diagnósticos. Não se julga a intenção de quem assim agia, no entanto, fica claro: os pacientes precisam saber dos males de que estão acometidos. E, como se diz, o caminho do inferno está, não raras vezes, pavimentado das melhores intenções.

Nestes casos, admite-se, a verdade conhecida do médico deve se constituir também na verdade do paciente. Ele tem todo o direito de saber de seu diagnóstico, do prognóstico, de suas chances de sobrevivência, de tudo o que se relaciona à sua enfermidade.

Apesar disso, algumas questões devem ser levantadas, inerentes às relações médico-paciente. A primeira que se fiagra é o tato com que todos esses dados para o médico palavras frias, para o paciente matéria de vida e de morte devem ser fornecidos. O paciente precisa cuidar da vida que lhe resta, com o máximo de serenidade possível. Portanto, o doutor no canto dele (paciente) para receber essas notícias e para avaliar bem o significado do que está dizendo.

Outra dificuldade que se surpreende guarda relação com a mania numérica ou estatística, de caráter mecanicista e oriunda de uma espécie de burrice ou de compreensão imperfeita e reducionista dos fenômenos biológicos. O médico é competido a dizer que o paciente tem três, seis meses, um ano de vida, ou que suas chances de cura são 30, 40, 50% etc. Assume o papel de juiz que sentencia e marca a data da execução, de senhor da vida e da morte. Dito de outro jeito, investe-se de atitude de certeza frente ao que é muitas vezes imperdoável. Que este já contam os dias do paciente, como se sabe que frequentemente sucede, não se discute. Contudo, as pedras têm de ser contadas com muito cuidado. Os fenômenos biológicos são, não raramente, imprevisíveis ou de difícil previsão. Demais, o que é tido hoje incurável amanhã poderá não mais sê-lo. E, por isso, esse domínio vê-se pejada de histórias que se recantam de médicos que faleceram antes de seus pacientes para quem tinham previsto pouco tempo de vida e dos que lançaram prognósticos de três, seis meses de sobrevivência e reencontraram os pacientes lépidos e faqueiros, dois, cinco, dez anos depois.

Não se trata aqui de generalizações a partir de exceções (*secundum quid*), erro de diagnóstico, melanoma etc., trata-se do cuidado de elaborar diagnóstico e prognóstico, sem concepções meramente mecânicas, ou fundamentadas predominantemente em dados estatísticos. Trata-se de não propor sentenças olímpicas ou exarar observações que podem, de feito, levar o paciente ao desespero e minar o que lhe sobra de vida. Outra face da moeda é a falsa esperança que pode ser conferida, diante de fatos não completamente avaliados ou proporcionados por envolvimento emocional piedoso, mais das vezes prejudicial à adequada apreciação de qualquer caso ou quadro. Sem que paira dúvida, restará ao paciente a sua mentira, ao invés de sua verdade, com a qual passará a conviver. Dessa forma, sua verdade é absurda, por falsa. E é aqui que se insere outro conto de aldeia, o do paciente que propalava, a partir das palavras de seu médico, que era portador de um "cancerzinho de nada".

Pelo meio andar´a a verdade ou a virtude-simples e med´ioce ´etica aristot´elica, tantas vezes gratificante. Pelo meio, pelo comedimento. Pelo uso ponderado, cauteloso, dos termos, que alimentar´a o pacien-te de amizade e bastar´a ao m´edico e `a sua ciˆencia, humanizando a pro^ fiss˜ao, que ´e, por suposto, pautada em dados neutrais, indiferentes, e em tabelas frias e n´umeros, mas tamb´em ´e arte que brota do cora¸˜ao.

O paciente, leigo ou nˆao, pode nˆao perceber em plenitude o signifi-cado real de sua doen¸a ou o car´ater ominoso do progn´ostico, como em casos de cancer ("fur˜ao an˜ao"), e acalentar a esperan¸a secreta de cura, seja pelo uso de suas pr´oprias for¸as, seja pela possibilidade de o m´edico estar enganado, seja ainda, se tem posses, atrav´s de um tratamento nos Estados Unidos (ultimamente, em Cuba, quando afetar dos por vitiligo). A verdade estabelece residˆencia na esperan¸a. Os mais esclarecidos nˆao andar˜ao isentos dessa tendˆencia, "nada do que ´e hu-mano (Ihes) ´e estranho". E a esperan¸a os vuinerabiliza, tornando-os suscept´iveis a todo tipo de explora¸˜ao por parte de gente inescrupuloso.

Mesmo assim, ao fim e ao cabo, nessas situa¸˜oes de gravidade, se o paciente volve-se ao m´agico, `as chamadas alternativas, e `as mui-tas outras tolices que habitam este velho mundo, que o fa¸a sem que se torne alvo de indigna¸˜ao (pela gala ciˆencia) ou de chacota, uma vez que est´a cuidando de sua vida, s´o tem uma... e que "h´a mais coisas en-tre O ceu e a terra...."

Paciente Crˆnico - Paciente Terminal – Eutan´asia

M´acio Palis Horta

Problemas ´eticos da morte e do morrer

Campo Santo

Na minha terra
a morte ´e minha comadre.

...

M´acio Palis Horta
A grande tarefa ´e morrer.

...

Enegrecidas de chuva e velas,
adornadas de flores sobre as quais
sem preconceitos as abelhas porfiam,
a vida e a morte sˆao uma coisa s´o.

...

Ressurgiremos. Por isso
o campo santo ´e estrelado de cruzeiros.

Ad´elia Prado.

Paciente terminal e eutan´asia sˆao termos que se aproximam ou at´e se tocam. Paciente crˆnico ´e, por´em, express˜ao de uma quest˜ao certa-mente diversa; pouco tem a ver com o

substrato comum dos primeiros, que é a própria questão da morte. Desta perspectiva, melhor seria que falássemos de paciente com doença incurável e, assim, estendêssemos também a esses uma reflexão preliminar sobre o eterno tema da morte.

Desde o seu início, a espécie humana busca uma resposta para o mistério da morte. Nos dias atuais, em que pairam sobre o ser humano possibilidades concretas de auto-extinção pela esquizofrenia nuclear, mais do que nunca é fundamental tentarmos compreender seu verdadei-ro sentido.

Para os que procuram entender a morte, ela é uma força altamen-te criativa. Os grandes valores da vida podem originar-se da reflexão so-bre a morte. A meta de todos os filósofos tem sido elucidar o seu signifi-cado. Sócrates entendia que filosofar significava simplesmente estudar o problema da morte. Através dos tempos, inúmeros pensadores busca-ram encontrar o seu significado nas vidas humanas e, à medida que o esclareciam, contribuíram também para a compreensão do significado ~ l da vida. Disse Thomas Mann: "Sem a morte haveria muito poucos poe-tas na terra". E todos eles tocaram o profundo segredo da vida enquanto falavam sobre a morte. No dizer de Elizabeth Kübler-Ross, "a chave para o problema da morte abre a porta da vida".

A morte sempre existiu e existirá entre nós porque morrer é parte integral da vida e da existência humana, tão natural e previsível como n ascer. Por que, então, é tão difícil morrer? Por que, então, na sociedade moderna a morte se transformou num tema a ser evitado de todasas maneiras?

Mesmo aceitando a morte como parte integral da vida, é difícil mor-rer e o será sempre porque isto significa renunciar à vida neste mundo. Porque a morte nos traz permanentemente a consciência de nossa vul-nerabilidade e que nenhum avanço tecnológico nos permitirá dela esca-par. A morte é indiscriminadamente democrática. Todos devem morrer, bons ou maus, ricos ou pobres, pessoas famosas ou anônimos desco-nhecidos. Sua imprevisibilidade e inviabilidade é o que aterroriza a maioria das pessoas. É o que diz Roberto Freire: "Não pedi e não esco-lhi de quem, por que, onde e quando nascer. Da mesma forma não pos-so decidir quando, como, onde, de que e por que morrer. Essas coisas me produzem a sensação de um imenso e fatal desamparo, uma insegu-rança existencial permanente". Esse medo tornou-se exponencialmen-te maior em nossa sociedade moderna, adoradora da juventude, idólatra da tecnologia, do progresso, do poder e dos bens materiais e iconoclas-ta da intangível, mas imanente, espiritualidade da espécie humana. Por isso, essa sociedade transformou a morte estranha aos homens. Quer escondê-la por todos os modos, varrendo-a, qual avestruz, para baixo do tapete. Pretende-se esquecer que há um "tempo de nascer e tempo de morrer", como nos ensina o Livro dos Eclesiastes.

Nos tempos modernos, já não se morre mais como antigamente -a morte esperada no leito de casa, os últimos desejos, a família reu-nida, as crianças ativamente presentes, os ritos da morte e suas ora-ções. Ninguém mais vitima do totêmico tabu em que a sociedade contemporânea transformou a morte que as crianças. Ao privá-las da experiên-cia de vivenciar a morte e o morrer, afastando-as das pessoas que estão morrendo, criamos nelas as raízes de um medo irracional, por vezes de-finitivo, ao mesmo tempo em que as

tornamos incapazes de lidar com sua futura, mas inexorável, morte, retirando-lhes assim "a chave da por-ta da vida".

Na sociedade tecnológica moderna, morrer é algo que acontece no hospital. E o moribundo não mais preside a cerimônia de sua morte. Proibiram-lhe até seu último direito-o de saber quando o seu fim se aproxima. Muito freqüentemente, já está inconsciente e se encontra nu-ma UTI.

De sua parte,. a instituição hospital também passou por uma radi-cal transformação. Nos seus primórdios, ela se destinava aos pobres e desvalidos que estivessem para morrer. Eram basicamente instituições de caridade cristã. Após os enormes avanços científicos e tecnológicos da medicina neste século XX, transformou-se em instituição fundamentalmente voltada para os processos de tratamento e cura. Ao se transformar em instituição comprometida com o processo de cura, os pacientes à morte se transformaram numa ameaça a sua precípua função. Como nos lembra Hans O. Mauksch, no livro O Contexto Organizacional do Morrer: "No centro da atual ênfase tecnológica na história do sucesso da cura, o paciente cujo mal não pode ser curado, o ser humano que está a morte, é inexoravelmente tido como um fracasso daqueles profis-sionais e instituições".

Há que se relevar que provem do elevado mister da medicina de preservar a vida, seu legítimo esforço na luta contra a morte, buscando impedi-la ou tentando retardá-la. Essa natural inclinação não pode e não deve, contudo, obscurecer-lhe a consciência de ser a morte a culminância de um processo natural-o processo da vida.

O fato é que-concomitantemente ao progresso científico e tecno-lógico da medicina-ela se tornou, nos dias atuais, fria, distante, impes-soal-menos humana, enfim. Exatamente, à imagem e semelhança dos modernos hospitais e dos profissionais que neles atuam, cada dia mais preparados tecnicamente para lidar estritamente com os aspectos biológicos da vida e cada dia mais despreparados para a relação médi-co-paciente, para o contato humano, para o relacionamento interpesso-al integral e mais ainda para o estar simplesmente com o paciente à morte, confortando-o nos seus momentos finais, amparando-o, ouvindo, aceitando-o, amando-o, enfim, como seu semelhante. Aliás, em ne-nhum outro momento os seres humanos são mais semelhantes entre si do que na hora das suas mortes. Mais uma vez recorro à notável Elizabeth Kübler-Ross para constatar que a medicina moderna tem diante de si este dilema-o de continuar sendo uma profissão humanista e humanitária, e só assim respeitada, ou uma nova mas despersonaliza-da ciência, cuja finalidade é prolongar a vida em vez de mitigar o sofri-mento humano. Se atentarmos para a antiga máxima, "o médico deve confortar ou consolar sempre, aliviar algumas vezes ou freqüentemente e curar quando pode ou muito raramente", vemos que as duas últimas variaram com o tempo e o progresso, mas a primeira delas permanece intacta e assim deverá continuar no futuro, pois ela é a essência mais íntima e profunda, o come mais nobre da medicina e profissões deriva-das ou correlatas.

Se é incontestado que os avanços tecnológicos na área da saúde con-tribuíram e continuam a contribuir para salvar muitas vidas e minorar-lhes o sofrimento, trouxeram-nos, todavia, inúmeros problemas éticos a enfrentar. O primeiro deles diz respeito à definição ou conceito de mor-te. Sua tradicional definição como o instante do cessamento dos bati-

mentos cardíacos tornou-se obsoleta. Hoje ela é vista como um processo, como um fenômeno progressivo, e não mais como um momento, ou como um evento. Morrem primeiro os tecidos mais dependentes do oxigênio em falta, sendo o tecido nervoso o mais sensível de todos. Três minutos de ausência de oxigenação são suficientes para a falência encefálica que levará à morte encefálica ou, no mínimo, ao estado permanente de coma, em vida vegetativa.

Segundo Leocir Pessini, a revisão do conceito de morte, definindo-a como morte encefálica, tornou-se necessária devido a diversos fatores, entre os quais destaca: a capacidade da medicina de prolongar indefinidamente uma vida por meios artificiais; motivos sociais, humanos e mesmo econômicos (para os casos irreversíveis); e o fato de as cirurgias de transplantes exigirem órgãos, em perfeitas condições de vitalidade, para o seu sucesso. Desse novo contexto, emergem questões éticas, até aqui inéditas. A vida humana deve ser sempre preservada, independentemente de sua qualidade? Devem-se empregar todos os recursos tecnológicos para prolongar um pouco mais a vida de um paciente terminal? Devem-se utilizar processos terapêuticos cujos efeitos são mais nocivos do que os efeitos do mal a curar? Quando sedar a dor significa abreviar a vida, é lícito fazê-lo? O que fazer com os nascituros portadores de malformações congênitas do sistema nervoso central cujas vidas, se mantidas obstinadamente, significarão a condenação ao sofrimento permanente ou a um estado meramente vegetativo?

O cenário da morte e do morrer se transforma, não só para os pacientes incuráveis e terminais, como também para os próprios médicos. Estes chegam até a pôr em discussão um dos princípios deontológicos no qual tradicionalmente sempre se inspiraram. Desde a Antiguidade, no juramento de Hipócrates, obrigavam-se eles a jamais ministrar medicamentos letais mesmo a pedido do paciente. Que sucederia se viesse a cair esse pilar da ética médica? Creio que a própria relação médico--paciente estaria comprometida, pois que seu principal elemento--a confiança no médico--seria definitivamente abalada por incontornável suspensão. Imagine-se a situação do doente perguntando para si mesmo se a próxima injeção é para ajudá-lo a curar-se ou para matá-lo. É o que nos diz o Guia europeu de ética e comportamento profissional dos médicos: "Recorrer ao médico significa, em primeiro lugar, pôr-se em suas mãos. Essa ação, que domina toda a ética médica, proíbe, consequentemente, ações contrárias a ela. Assim, o médico não pode proceder à eutanásia. Ele deve esforçar-se por suavizar os sofrimentos de seu paciente, mas não tem o direito de provocar deliberadamente sua morte... Essa regra, conhecida de todos e respeitada pelos médicos, deve ser a razão e a justificação da confiança neles posta. Nenhum doente ao ver o médico chamado à sua cabeceira, deve ter dúvida a esse respeito".

Tal entendimento, por mais inequívoco e transparente que seja, não deve nos conduzir à insensibilidade e diante de alguns argumentos levantados pelos que defendem a mudança desta norma deontológica. Um dos mais consistentes nos lembra que a angústia mais profunda do moribundo de nossos dias é a de ser abandonado no momento em que, segundo a ciência médica, não há mais nada a fazer. Outro nos diz que a própria medicina cria situações desumanas e depois se recusa a assumir responsabilidade por elas. E, ainda, que, muitas vezes, o próprio médico, apelando para valores hipocráticos, na verdade abandona o doente, porque a morte não é de sua competência. O lado positivo desses argumentos, aponta Sandro Spinsanti, "está na exigência de reflexão sobre a finalidade da

profissão médica, nos termos concretos de sua prática atual"; e ainda ao fato de que "as novas condições do morrer obrigam os médicos a se ocupar também da morte do ser humano".

Aliás, para desideologizar o debate sobre a eutanásia, há que se desfazer os equívocos de que se nutre o apaixonado debate sobre esse que é sem dúvida um dos pontos mais delicados da ética médica contemporânea. O principal responsável por esses equívocos é a própria palavra "eutanásia", tanto no aspecto semântico quanto no seu significado conotativo.

O pioneiro brasileiro da deontologia médica, Flaminio Fávero, lembra-nos que "euthanásia, etimologicamente (de eu, bem, e thánatos, morte) é a morte calma como registra Ramiz Galvão (Vocabulário etimológico e prosódico, Rio de Janeiro, 1909)". São seus sinônimos etimológicos morte harmoniosa e morte sem angústia; ou ainda, morte sem dor e morte sem sofrimento; e também morte fácil e morte boa.

Já nos tempos pré-históricos, havia medidas para apressar a morte, segundo as práticas culturais dos povos primitivos. Na antiguidade greco-romana, o direito de morrer era reconhecido, o que permitia aos doentes desesperançados por fim às suas vidas, algumas vezes com ajuda externa. Tais práticas tiveram seu termo com o surgimento do cristianismo que introduziu a noção de sacralidade da vida, como um dom de Deus a ser preservado e cultivado. Como os seres humanos devem sua existência, valor e destino a Deus, ninguém mais tem o direito de reivindicar para si o domínio total sobre sua própria vida ou sobre a vida de outrem.

Até o século XVII, eutanásia se referia aos meios para se alcançar a morte boa ou a morte fácil, como, por exemplo, cultivar uma vida sóbria e de temperança ou pela aceitação da própria mortalidade. Em 1605, com Francis Bacon, em *Advancement of Learning*, eutanásia passa a se integrar aos domínios da medicina, com a conotação de aliviar o sofrimento de doentes terminais, até apressando a sua morte, se preciso fosse. Paradoxalmente, Bacon se inspirava nos conceitos humanísticos e cristãos de bem-estar e dignidade do ser humano para defender a longevidade livre de enfermidades e da senectude, como o mais nobre propósito da medicina, e a morte livre da dor e do sofrimento, como objeto das habilidades médicas. Este significado de provocar a morte indolente de um doente terminal, sem chances de recuperar a saúde, prevalece até os dias atuais.

Fala-se hoje em morte piedosa e até em suicídio assistido, como eufemismo de eutanásia, para explicitar a situação de se por termo deliberadamente à vida de uma pessoa enferma, a pedido explícito ou presumido desta, em nome da compaixão por quem está sofrendo, numa condição considerada já desumana, e de sorte a por fim a esse sofrimento. A "Declaração sobre a eutanásia", da Igreja Católica, de maio de 1980, reitera esse conceito: "Entendemos por eutanásia uma ação ou omissão que, por sua natureza ou nas intenções, provoca a morte a fim de eliminar a dor".

A eutanásia pode ser voluntária ou involuntária. Eutanásia voluntária, solicitada por aquele que sofre, tem sido descrita como suicídio assistido ou homicídio por requisição.

Eutanásia involuntária implica numa decisão da sociedade ou de um indivíduo em por fim à vida daquele que sofre, sem que este exprima sua vontade, como, por exemplo, nos casos de crianças com severa deficiência mental ou das pessoas dementes e inconscientes. Em nenhum país existe qualquer forma de eutanásia legal. Outras distinções também clássicas são as eutanásias ativa e passiva, direta e indireta. A eutanásia é ativa quando se produz a morte; é passiva, quando a morte advém da omissão de medidas indispensáveis para salvar a vida. Do ponto de vista moral, não é relevante se se põe fim a uma vida, por ação ou omissão.

Nos últimos anos, a expressão "eutanásia passiva" trouxe formidável confusão aos debates, ao ser estendida para aquelas situações em que se cogita da suspensão de certas terapias médicas destinadas ao prolongamento da vida de pacientes terminais, ou seja, deixar a natureza seguir os seus caminhos. Existe uma distinção clara entre este "deixar morrer", decorrente da aceitação da condição humana, tanto do suicídio quanto da "eutanásia passiva". Hoje, a pergunta que deve ser feita é: existem situações nas quais, mesmo sendo possível prolongar a vida, é moralmente justificado omitir a ação médica? Diz Sandro Spina que "a omissão é ilegítima quando se deixa que o paciente entre naturalmente no processo de morrer, renunciando-se ao empenhamento que qualificamos de obstinação terapêutica". Segundo ele, o médico dominado pela obstinação considera seu dever exclusivo prolongar o mais possível o funcionamento do organismo do paciente, em qualquer condição que isso se dê, ignorando toda dimensão da vida humana que não seja a biológica, e sobretudo negligenciando a qualidade de vida que é conseguida desse modo e a vontade explícita ou presumida do paciente. O preço dessa obstinação é uma soma indizível de sofrimentos gratuitos, tanto para o moribundo quanto para seus familiares". Cai-se aqui no extremo oposto a eutanásia dos antigos, no seu antônimo, a distânasia, para definir esta violenta deformação estrutural do processo natural do morrer.

A outra fonte de equívocos trazidos pela expressão "eutanásia passiva" decorre do erro de não se fazer distinção entre doença terminal e doença aguda. Ambas são entidades fisiopatológicas distintas e o que é apropriado para uma pode não sê-lo para outra. Sondas, infusões venosas, antibióticos, respiradores e reanimação cardíaca são todas elas medidas que se usam em doenças agudas, para assistir um paciente durante um período crítico até a recuperação da saúde. Geralmente usar tais medidas em pacientes terminais, sem nenhuma expectativa de recuperação, é tratamento impróprio e, portanto, má medicina. Um médico tem o dever de manter a vida enquanto ela seja sustentável, mas não tem nenhum dever legal, moral, ou ético de prolongar o sofrimento de um moribundo.

A distinção entre ação direta e indireta é também clássica na filosofia moral. Na eutanásia indireta, a ação produz a morte, mas a intenção daquele que age não é supressão da vida. Contrariamente à crença popular, é possível aliviar a dor, no câncer terminal. Além disso, para aliviar esta dor, bem como a dor de outras origens, raramente é necessário embotar a consciência. A expressão "eutanásia indireta" tem sido usada para descrever a administração de drogas para alívio da dor em pacientes com câncer terminal. Isto é incorreto; aplicar uma droga para diminuir a dor, bem como a dor, no câncer terminal. Isto é incorreto; aplicar uma droga para diminuir a dor não é a mesma que aplicar uma dose letal para pôr fim à vida. É comumente aceito que se a vida pode ser encurtada pelo uso de tais drogas, este é um risco aceitável em tais circunstâncias. Todo tratamento tem um risco

inerente; um risco maior é aceitável em situações extremas. Contudo, é axiomático que, mesmo em situações extremas, deve ser usado o remédio necessário menos drástico. O exemplo típico de situação extrema é o da superdose de analgésicos narcóticos, aplicados para aliviar as dores do paciente, e não para matá-lo. Pio XII aplicou explicitamente esta distinção, que se baseia na teoria do duplo efeito, à terapia da dor: "Se a administração dos narcóticos causa, por si mesma, dois efeitos distintos, a saber, de um lado, o alívio das dores e, do outro, a abreviação da vida, é lícita". Acrescentou, porém, que é necessário ainda considerar se entre os dois efeitos existe proporção razoável e se as vantagens de um compensam os inconvenientes do outro.

Essa distinção, a par de reforçar o significado da reta intenção, fundamental na ação moral, não oferece sempre regras precisas para situações de conflito. Surgiu, assim, a distinção entre meios ordinários e extraordinários. Por esse critério, os esforços para salvar uma vida ou prolongá-la podem ser lícitamente omitidos quando extraordinários. Na prática médica, contudo, o critério da extraordinariedade dos meios e de uso difícil, a não ser que esteja ligado a algum outro critério, como, por exemplo, o de apreciação subjetiva do paciente. De outra parte, um meio ordinário clássico, como o uso de antibióticos em pneumonia, pode-se tornar impróprio em determinada situação concreta como nos pacientes com diagnóstico de morte encefálica já estabelecido. A insatisfação com essa terminologia no âmbito da ética, decorrente de tais impressões, deu origem a nova distinção, a saber, entre meios proporcionados e desproporcionados. Esta tem a vantagem de introduzir como critério uma apreciação subjetiva da vida e da sua qualidade. Aceitando o critério da qualidade de vida, a ética recorda à medicina que ela deve estar a serviço não só da vida, mas também a serviço da pessoa. Se o prolongamento da vida física não oferece mais às pessoas nenhum benefício, ou até mesmo lhe fere a dignidade do viver e do morrer, torna-se desproporcionado qualquer meio para esse fim.

Ainda dentro do aspecto conceitual da eutanásia, temos de nos referir a duas situações especiais, não necessariamente ligadas ao doente terminal. É o que Leocir Pessini chama de eutanásia neonatal, em que determinados tratamentos deixam de ser utilizados, ou até mesmo se subtrai a alimentação, em crianças com defeitos congênitos do sistema nervoso central. E, em segundo lugar, a eutanásia dita social, seja a econômica ou a eugênica, em que a sociedade se recusa a investir recursos no tratamento de doentes com enfermidades sem perspectiva de cura e de custos elevados ou simplesmente pretende eliminar, como na óptica perversa do nazismo, os excepcionais do ponto de vista físico ou mental.

Definidas as questões conceituais em torno da eutanásia e entendido o significado bem delimitado que a expressão passou a ter nos dias atuais, resta-nos abordar a questão central da eutanásia voluntária - o desejo, a vontade e o "direito de morrer". A conjectura em favor da eutanásia depende em última análise de se considerar que uma pessoa tem, ou deveria ter, o direito de decidir sobre que quantidade de sofrimento ela está preparada para aceitar e, quando esse limiar for atingido, se ela tem o "direito de morrer", com a finalidade de pôr fim ao sofrimento. A expressão "direito de morrer" é, todavia, usada numa variedade gama de condições, incluindo o direito do paciente não ser submetido a terapias inapropriadas ou inoportunas e o seu direito de receber medicamentos para aliviar a dor, mesmo sob o risco de abreviação da vida. Esta ambigüidade limita o valor da expressão numa discussão séria.

Contra a eutanásia voluntária, resta a negação do direito de pôr fim à própria vida, isto é, a negação do direito ao suicídio. Tal negação se baseia em considerações filosóficas, morais e religiosas. O argumento religioso, desde tempos imemoriais, estendia a vida da própria pessoa a aplicação do mandamento "não matarás", baseado no princípio da sacralidade da vida. Hoje, já se pode dizer que o valor ético da vida humana existe e é reconhecido per se, independentemente do valor a ele atribuído pelas diversas religiões. A norma moral, enquanto fundada na razão, pode ser universalizada a todos os seres que seguem a razão. O princípio no qual se fundamenta a norma moral que condena a eutanásia é o mesmo que condena o aborto provocado e a pena de morte - a dignidade da vida do ser humano. O primeiro direito da pessoa humana é a sua vida. Ela tem outros bens que são preciosos, mas a vida é fundamental e é condição de todos os outros. Por isso, esse bem deve ser protegido acima de qualquer outro.

Tal entendimento norteou a Associação Médica Mundial a declarar em 1950 que a eutanásia voluntária é contrária ao espírito da Declaração de Genebra e por essa razão antiética, no que foi seguida pelas associações médicas nacionais em todo o mundo. Nos anos recentes, as ciências jurídicas também incorporaram o princípio da norma moral em defesa absoluta da vida, formulando o princípio jurídico segundo o qual o direito à vida deve ser entendido como um direito absolutamente indisponível, a ser tutelado pelo Estado até contra a vontade do indivíduo.

Se não há, por tudo que dissemos, nenhum motivo válido para re-formular o juízo ético segundo o qual é ilícito qualquer atentado contra a própria vida, isto não deve nos desobrigar de refletir sobre o significado de alguns gestos suicidas, porque muitas vezes eles nada mais são que um veemente protesto contra as condições de vida impostas pela medicina moderna aos doentes terminais. Constatando-se que se trata de verdadeira vontade de morrer, a ética nos obriga a outra tarefa de discernimento: a distinção entre a vontade sã e patológica. Nem todos aceitam que possa haver vontade sã de morrer. É Roberto Freire, em assumido agnosticismo, quem nos diz que o suicídio transmite a falsa impressão de se ter algum poder sobre a vida. "Mas quem me garante", diz ele, "que o suicídio é realmente um ato voluntário? Acredito que todos os suicidas buscam a morte contra a vontade, violentando-se, dominados pelo desejo onipotente de dar um sentido à vida e outro à morte, como se esta fosse um substituto para aquela, e não apenas dois degraus da mesma escada em direção ao nada". Entendemos que a vontade de morrer não pode, contudo, ser excluída, de modo absoluto, do projeto humano de vida. Ao contrário, ela pode exprimir a aceitação positiva da própria humanidade como essencialmente limitada no tempo. Há um "tempo de nascer e tempo de morrer"...

Finalmente, lembremo-nos que, quando a vida física é considerada o bem supremo e absoluto, acima da liberdade e da dignidade, o amor natural pela vida se transforma em idolatria. A medicina promove implicitamente esse culto idolátrico à vida, organizando a fase terminal como uma luta a todo custo contra a morte.

Rebelarmo-nos contra a organização médica do morrer é tarefa inadiável. A medicina e a sociedade brasileira tem hoje diante de si um desafio ético, ao qual é mister responder com urgência - o de humanizar a vida no seu ocaso, devolvendo-lhe a dignidade perdida. Centenas ou talvez milhares de doentes estão hoje jogados a um sofrimento sem pers-

pectiva em hospitais, sobretudo nas suas terapias intensivas e emergências. Não raramente, acham-se submetidos a uma parafernália tecnológica que não só consegue minorar-lhes a dor e o sofrer, como ainda os prolonga e os acrescenta, inutilmente.

Bibliografia

- . Humber e Almeder, *Biomedical Ethics and The Law*, Plenum Press/New York, 1979
- . Flaminio Fáveo, *Deontologia Médica e Medicina Profissional*, Bibliotheca Scientifica Brasileira
- . Duncan, Dunstan e Welbourne, *Dictionary of Medical Ethics*, Crossroad/New York, 1981
- . Warrent T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, The Free Press/New York, 1982
- . Sandro Spinsanti, *Etica Biomédica*, Edições Paulinas, 1990
- . Leocir Pessini, *Morrer com Dignidade*, Editora Santuário, 1990
- . Elisabeth Kübler - Ross, *Morte - Estágio Final da Evolução*, Editora Record
- . Adélia Prado, *O coração Disparado*, Editora Nova Fronteira, 1977
- . Douglas N. Walton, *On Defining Death*, McGill/Montreal, 1979
- . Roberto Freire, *Sem Tesão não há Solução*, Editora Guanabara, 1987
- . Elisabeth Kübler - Ross, *Sobre a Morte e o Morrer*, Livraria Martins Fontes Editora, 1981

Atestado Médico **Considerações Ético – Jurídicas**

Sérgio Ibiapina Ferreira Costa

Considerações Preliminares

Em sentido amplo, pode uma Instituição ser entendida como um conjunto de procedimentos, de normas e de conceitos que, aceitos e praticados repetidamente no âmbito de determinado grupo social, tornam-se a ferramenta útil e necessária à solução de seus problemas de inter-relacionamento.

Nesse plano conceitual amplo é que podemos conceber o atestado como uma instituição, criado que foi, sem dúvida, para uma finalidade certa e definida, qual seja a de demonstrar a verdade de determinado ato, ou de determinada situação, estado ou ocorrência.

A utilidade e a segurança do atestado estão intrinsecamente vinculadas à certeza de sua veracidade. Assim é que uma declaração duvidosa tem, no campo das relações sociais, o mesmo valor de uma declaração falsa, exatamente por não imprimir um conteúdo de certeza ao seu próprio objeto.

A natureza institucional do atestado, o seu conteúdo de fé pública e o pressuposto de verdade e certeza que lhe é inerente justificam, sobejamente, a preocupação e o interesse que o mesmo desperta. Isto facilmente se constata pelas repetidas abordagens do tema em inúmeros encontros e simpósios médicos, jurídicos, éticos e sociais.

Examinada a questão sob o ponto de vista da realidade social, observa-se que, infelizmente, encontram-se muitos e muitos atestados desmerecedores da fé pública que lhes deve ser atribuída. Lamentável ocorrência tanto pode proceder da pusilanimidade do próprio atestante, como da conduta viciada do beneficiário dissimulador e fraudulento.

Qualquer que seja a situação, atestante e beneficiário estarão sempre envolvidos em responsabilidade conjunta e solidária, capaz de produzir efeitos diversos e funestos tanto no campo ético-profissional, como no campo jurídico-social.

A concessão de atestados gratuitos pode, então, debitar-se não apenas a profissionais irresponsáveis, que vêm nos seus respectivos códigos de ética simples manuais de boas maneiras, mas também a interessados desprovidos de formação moral que buscam, através desse valioso instrumento, a criminosa obtenção de vantagens escusas.

A freqüente abordagem do tema em diversos fóruns especializados demonstra, só por si, a preocupação que a matéria tem despertado e revela o esforço educativo que os vários conselhos de Entidades profissionais vêm desenvolvendo.

Sem prejuízo de seu inter-relacionamento, a abordagem que do tema iremos fazer ordenar-se-á de acordo com os seguintes passos: conceito de atestado médico; aspectos ético-penais relativos à sua expedição e utilização; o atestado falso; segredo médico e o atestado médico.

Conceito

Como se viu preliminarmente, a matéria aqui versada não desperta a preocupação exclusiva da ciência médica. Também a ciência jurídica dela se ocupa. Justifica-se, pois, servir-nos do significado jurídico para nele moldarmos o conceito de atestado médico.

É assim que de Plácido e Silva, dicionarista especializado, colhemos a indicação de que:

"atestado indica o documento em que se faz atestação, isto é, em que se afirma a veracidade de certo fato ou a existência de certa obrigação. É assim o seu instrumento. "

Obtido o conceito genérico de atestado e agregando-se a ele o componente médico, chega-se à conclusão de que atestado médico é documento de conteúdo informativo, exarado por médico, como "atestação" de ato por ele praticado.

Confirmada por atestado médico a veracidade de determinado fato ou a existência de certa obrigação, poderá o beneficiário da declaração pleitear os direitos advindos daquilo que foi declarado. Expedido no exercício de profissão regular, merecedora de que seus profissionais nele depositem confiança, o atestado médico é verdadeiro por presunção e sua recusa propicia o oferecimento de reclamações tendentes à garantia dos direitos representados pela declaração.

Em busca de preservar a confiabilidade do atestado médico, apontamos aqui cinco condições para sua expedição

1. ser sempre exarado por médico habilitado na forma da lei;
2. ser subscrito por quem, de fato, examinou o beneficiário da declaração;
3. ser elaborado em linguagem simples, clara e de conteúdo verídico;
4. omitir a revelação explícita do diagnóstico, salvo quando ocorrente dever legal, justa causa ou pedido expresso do paciente;
5. expressar a prudência do médico ao estabelecer as conseqüências do exame e, portanto, ao prognosticar.

Em sendo o atestado parte integrante do ato médico que se inicia com o exame do paciente, não justifica cobrança de valor adicional por sua expedição, sob pena de Dominações éticas e Renais.

Aspectos Ético-Penais

O aspecto penal envolvido na matéria atestado médico está intimamente vinculado ao conteúdo ético. É que, nesta passagem, a legislação penal estrutura-se, no mais das vezes, como "norma em branco" assim entendida aquela que, colhendo conceitos de outras disciplinas ou áreas do conhecimento, serve-se das definições ali obtidas como instrumento de tipificação da conduta penalmente reprovável.

Assim, partir do conteúdo da norma ética é analisar primeiramente a base da própria reprovação penal.
O Código Internacional de Ética Médica, tratando dos deveres do médico, expressa que:

"A doutor should certify or testify only to that which has personally verified". (Mason & McCall Smith In Law and Medical Ethics, Butterworths, Londres, 3a Ed. 1991, p. 441)

A disposição do Código visa a preservar um dos pontos mais importantes da relação do médico com o paciente, qual seja o de garantir que a conduta médica relate, sempre, a veracidade dos fatos constatados no exame, qualquer que seja o procedimento executado ou a executar.

A mesma linha de disposições pode ser flagrada em nosso Código de Ética Médica. Tratando conjuntamente do atestado e boletim médicos, o Código pátrio proíbe ao profissional fornecer atestado que não corresponda à prática de ato que o justifique, ou relatando situação diferente da realmente constatada.

Como normatização interna que é, o Código Brasileiro se permite detalhamento incompatível com a natureza internacional daquele outro diploma.

Assim, proíbe a utilização do atestado como instrumento de captação de clientela: confere ao paciente direito subjetivo ao atestado que define como parte integrante do ato médico, não importando seu fornecimento em majoração de honorários.

E ainda do nosso Código a proibição de que o médico sirva-se de formulários de instituições públicas para atestar, mesmo a verdade, quando verificada em instituição particular. O óbito, em princípio, somente poderá ser atestado após verificação pessoal e por quem tenha prestado assistência ao paciente, salvo nas hipóteses de verificação em plantão, como médico substituto ou por via de necropsias ou exame médico-legal. Por outro lado, se o médico vinha prestando assistência ao paciente, atestar?lhe o óbito converte?se em obrigação, salvo na suspeita de morte violenta.

Quando o boletim médico contiver afirmação técnica à semelhança do atestado, deverá comportar?se segundo as linhas gerais que regulam a produção deste, vedando?se a informação falsa ou tendenciosa.

Em capítulo diverso daquele especificamente dedicado ao atestado e boletim, proíbe o Código, ao médico, receitar ou atestar secreta mente ou, de forma ilegível, bem como assinar em branco formulários destinados à prática de ato médico.

Do ponto de vista da legislação, o Código Penal, tomando como bem jurídico a preservar a veracidade do atestado médico, pune com detenção de um mês a um ano a quem concede atestado falso, agregando à pena certa multa, se o crime é cometido com fim de lucro.

As disposições do Código de Ética acerca do atestado de óbito e do fornecimento deste sem base em ato profissional pessoalmente desenvolvido são igualmente encontradas no Decreto?Lei nº 20.931, de 1932. Verificando?se a legislação estrangeira, observa?se que o tratamento é semelhante ao dado pela norma nacional. E o que resulta da análise da legislação francesa, portuguesa, italiana e outras. A diferença em

tre aqueles países e o nosso vai ocorrer, não nos textos legais, mas na maneira como aquelas normas são aplicadas e na efetividade da punição que ali se observa.

Em comparação àqueles povos, falta?nos, não o texto legal, mas o costume de cumprir e aplicar a lei.

O Atestado Falso Seria impossível apontar um médico que, em algum momento de sua vida profissional, já não tenha sido assediado por amigos, paciente sou familiares, em busca de "atestados de doença" por via do qual pretendem livrar?se de embaraços administrativos. Questões banais como a ausência de um filho ao colégio, o não comparecimento a uma assembléia de entidade de classe ou um final de semana prolongado até segunda-feira, motivam as pessoas ao pedido de atestado médico justificador de suas faltas, agregando-se à solicitação, não raro, a manifestação de que todo mundo faz isso, que não há prejuízo para o médico, que ninguém vai saber etc.

Se é verdade que muitos médicos resistem, igualmente certo é que ,em alguns casos, o profissional, levado por considerações de amizade ou laços familiares, fazendo pouco caso de uma análise mais aprofundada de seu procedimento e responsabilidade, cede, expedindo atestado gracioso ou falso, proibido pelo Código de Ética e tipificado como conduta punível pela legislação penal .Abordando o tema, Wanderley Lacerda Panasco comenta:

"se a desvalia do segredo médico trouxe um descaso ao paciente, por seu turno, o atestado falso, essencialmente doloso, tem merecido muito mais criticas a Medicina, pela desmotivação com que é realizado. O atestado é a afirmação competente da dignidade profissional e pública".

E prossegue o autor:

"o médico seguro das suas funções, responsável por suas deliberações civis, penais ou administrativas, encarregado de averiguações periciais da formulação de atestados de óbitos, de retratar o instante orgânico para as diferentes necessidades requeridas, não pode, por simples condição graciosa ou em busca de valores pecuniários, se embair por tais pensamentos. Tanto o atestado gracioso, quanto o de efeito lucrativo se miscigenam na mesma hierarquia ética e não merecem apelo, senão a inconformidade da justiça".

Não é demais concluir repetindo que, em nenhuma hipótese, poderá o médico ante aqueles que o procuram para, a qualquer preço ou sob qualquer argumento, justificarem?se através do atestado médico pelo

A displicência ética, arreigada à prática diária, ou um lamentável desejo mercantilista, induzem a que proliferem na medicina brasileira casos de concessão de atestados graciosos.

Algumas medidas simples têm sido propostas a essa prática mal-sã, como relata Irany Novaes ao escrever:

"a experiência de juizes registra casos de ação contra médico que, em um semestre, vendeu mais de quinhentos atestados para abono de falta em uma só entidade. Há situações muito

ilustrativas que comprovam ser possível coibir o médico em sua faina de conceder atestados falsos. Os mesários escolhidos pela Justiça Eleitoral não encontram um só médico que dê atestado para justificar seu não comparecimento a convocação, graças a idéia brilhante que um juiz teve de despachar o pedido nos seguintes termos: Justificada a ausência, convoque-se o atestante para as próximas eleições".

Sem dúvida, a liberalidade na outorga desse valioso instrumento é nociva aos médicos e à própria medicina, por abalar a credibilidade de ambos perante a sociedade, a qual, ademais, perde um instrumento útil que pela prática fraudulenta já não atende à sua finalidade original.

O mais grave e o que mais indigna é a posição de alguns, em considerar a prática delituosa como um procedimento de nenhuma importância, justificável em diversas circunstâncias, esquecendo-se de que, se o ato isolado tem pouca repercussão social, é exatamente a soma desses diversos atos isolados que vai corroendo a instituição, denegrindo a imagem até apagá-la totalmente de entre as coisas serias e úteis. Perigoso, também, generalizar-se a conduta judicial citada por Irandy Novaes, pois parte do entendimento de que todos os atestados médicos sejam graciosos, punindo quem corretamente atestou o que constatara, de fato, acerca do paciente, além de não contribuir para o resgate da credibilidade necessária a valorização do atestado médico.

As soluções externas à classe médica serão sempre repressoras; correções do procedimento falho levado a termo por integrantes da categoria. Resolver o problema significa buscar a retidão de proceder, dentro do próprio conjunto dos médicos, levando-os à adoção de conduta ética, invocando o espírito público que deve presidir seu ofício.

Soluções internas à categoria têm, em alguns casos, demonstrado absoluto engano da abordagem do tema. Sugere alguém que os atestados médicos passem a ser expedidos em duas vias, entregue a primeira ao paciente e remetida a segunda aos conselhos regionais para possível amostragem de sua procedência e conformidade com a ética.

Este procedimento, ao lançar todos os médicos indistintamente na zona de dúvida, o que já é prejuízo imenso, exigiria a multiplicação do número de conselheiros, para ocupá-los em tarefa burocrática inútil, obrigando-os a dar parecer acerca de paciente que sequer viram, na medida em que, dispondo apenas do atestado médico, deveriam concluir sobre se bem passado ou não.

Cumpra-se a matéria como problema de toda a categoria e da própria sociedade não deixada ao juízo de cada qual. Deliberações individuais quanto a expedir ou não o atestado correrão sempre o risco de envolverem-se em interesses pessoais, quer pecuniários, quer de solidariedade ou amizade, tendendo a soluções divergentes, adotadas segundo padrões que não expressarão a moralidade da categoria e da sociedade.

Aliás, é exatamente essa moralidade, aquilo que se espera do profissional médico como conduta ética aceita pela sociedade em geral; é o que se fez expressar no Código de Ética Médica, instrumento de consulta freqüente obrigatória a que se devem acostumar os

médicos, valendo-se, ainda, dos textos de outras resoluções e pareceres cuja atualização deve ser buscada com o mesmo interesse despertado por uma nova modalidade terapêutica.

Sem embargo disto, deve o médico evitar transformar-se em cumpridor formalista da letra fria das normas. Ensina Gonzalez Sabathier, citado por Rui Sodré, que "não se deve interpretar como sendo permitida a prática de tudo quanto não tiver sido proibido no Código". O conteúdo da norma não encerra todos os preceitos morais a que estão sujeitos os médicos. A aplicação da regra requer do profissional atenção àqueles outros padrões de conduta, obviamente exigíveis do cidadão em geral. Buscando as causas dos abusos verificados na expedição de atestados médicos, há quem advogue ser a impunidade um dos principais motivos de não reverter-se a prática delituosa.

Embora não se possa considerar a ocorrência de tal impunidade, cumpre registrar que os conselhos regionais não tem poupado severas punições aos médicos Sagrados em abuso. É possível que o número de casos julgados seja pequeno, frente ao universo de fraudes cometidas. Mas é verdade incontestável que, constatada a ocorrência, tem sido punidos os culpados.

Ainda há pouco, o Conselho Federal referendou a cassação do exercício profissional de médico que mantinha vínculo com empresa funerária, assinando formulários de atestados de óbito em branco e cobrando taxas para liberação de corpos, sem, sequer, ver ou examinar os cadáveres.

Um dos conselhos regionais, soubemo-lo recentemente, conduz processo ético em desfavor de médico que, por motivo mercantilista, teria passado atestado de óbito a respeito de determinada pessoa, propiciando que, em lugar dela, fosse sepultado caixão cheio de pedras. O pretense morto foi encontrado tempos depois do sepultamento, hígido, numa cidade vizinha. Confirmada a história, visto o dever de atestar apenas o que pessoalmente constatou, pode-se considerar o fato apenas um equívoco?

Apreciada a questão em suas linhas gerais, cumpre registrar alguns casos concretos, em busca de causas da expedição do atestado médico falso, dos tipos que o atestado falso pode assumir e da interpretação que se deve dar a determinadas situações.

Neste sentido, anotamos o que colhemos recentemente junto a empresário do setor de construção civil. Diz aquela fonte que em tempos de recessão econômica como o presente, reduz-se consideravelmente o absenteísmo, da mesma forma caindo o número de faltas abonadas por atestados médicos.

Entende o construtor que, receosos em perder o emprego na vigência de conjuntura adversa, os trabalhadores reduzem a pressão exercida sobre o médico para que lhes forneça atestado.

Parece-nos pouco razoável admitir que a pressão exercida pelo paciente seja a causa única da proliferação de atestados falsos no setor. Outros fatores como o incremento da rotatividade da mão-de-obra na construção civil, a redução dos níveis gerais de renda em tempos de recessão econômica, com a conseqüente queda do padrão de vida da população e

outros elementos, vem-se somando no sentido de levar os operários da construção civil a resistir um pouco além do que praticam habitualmente, passando a manter-se em seus postos de trabalho, mesmo quando lhes faltam as condições ideais de saúde.

Acerca dos tipos que o atestado falso possa assumir, registra-se modalidade de utilização relativamente usual até bem pouco tempo: o dito laudo piedoso.

Especialmente ao referirem-se a pacientes acometidos de neoplasia maligna, alguns médicos, atendendo a solicitação de familiares, serviam-se do expediente de atestar enfermidade diversa, sempre de caráter benigno, no intuito de aliviar a tensão emocional do paciente, minorando-lhe o sofrimento.

Embora piedoso, o procedimento é espécie de atestado falso e nesta condição reprovável.

Sobre o tema, pronunciou-se, em 25 de julho de 1986, a Sociedade Brasileira de Patologistas, como segue:

"diante de problemas surgidos com a concessão de laudos piedosos por patologistas alguns, inclusive por desconhecimento dos problemas relacionados com a legislação em vigor, resolveu (a Associação em sua última reunião posicionar-se contra essa prática em vista de ela ferir o Código de Ética Médica".

Apreciando as conseqüências do procedimento, Genival Veloso França ensina, em Direito Médico:

"ainda que se trate de um documento particular o seu conteúdo (do laudo) é sempre um atestado de saúde ou doença que não interessa apenas ao indivíduo em si, mas a toda coletividade".

Pela prática piedosa, convém registrar, vários médicos foram indiciados e submetidos a procedimentos judiciais e disciplinares, com graves conseqüências para suas atividades profissionais.

Finalmente, relatamos casos através dos quais é possível perceber o que a prática tem dito sobre algumas situações em que se expedem atestados médicos.

Em primeiro lugar, que dizer sobre expedição de atestado em desacordo com as normas vigentes, sob a alegação de seu desconhecimento?

É pouco razoável admitir que um médico, beneficiário de longa formação, desenvolvida em diversos graus e em convivência diária com o conjunto das pessoas, possa argumentar que não sabia estar proibido de conceder atestado falso ou a respeito do que não constataria pessoalmente.

Além da ausência de verossimilhança no argumento, deve-se ter presente o princípio de que a lei e as normas em geral obrigam a todos só pela sua expedição e publicação. Seu conhecimento é dever cívico e, na interpretação de Anibal Bruno, "se o cidadão falta a esse

dever, não pode tirar proveitos disso, eximindo-se da pena". A própria Lei de Introdução ao Código Civil, ferramenta geral de interpretação das normas legais, determina que "a ignorância ou a errada compreensão da lei não exime da pena".

Em um segundo caso, analisamos a possibilidade de o médico emitir atestado em seu próprio benefício. A questão foi confiada à apreciação do Conselho Federal através de consulta que recebeu a seguinte resposta, da lavra do Conselheiro Genival Veloso de França:

"É difícil aceitar o fato de o médico concentrar, num só tempo e em si próprio, a condição de examinado e de examinador, de médico e de paciente, atraindo todas as responsabilidades e todos os privilégios, policiando-se para que um não se sobreponha ao outro. O resultado de um atestado médico nessas circunstâncias será sempre suspeito, tanto pelas razões citadas pelo profissional, como pelos benefícios argüidos ao paciente".

O mesmo não se pode dizer de atestado em benefício de familiares.

Ainda quando se trate de atestado médico passado pelo pai ao filho, ou vice-versa, é de seguir-se a própria jurisprudência, entendendo legítimo o documento, desde que expedido em atendimento às normas gerais aplicáveis.

Nada obstante, em casos assim, não se pode descuidar da consideração de que o médico estará afetivamente envolvido com o paciente, dificultando em muito a análise objetiva necessária.

Finalmente, servimo-nos da análise de questão que, além de corroborar o presente tema, introduzirá o estudo sobre o segredo médico.

Trata-se de definir em que circunstâncias estaria o médico obrigado ou, antes, em que hipóteses lhe seria dado lançar no atestado o diagnóstico.

Consultado sobre a matéria, respondeu o Conselho Federal de Medicina que não comete infração o médico que atende a solicitação expressa de seu paciente, lançando no atestado o nome da enfermidade, seja literalmente ou sob forma codificada, obedecendo à classificação do Código Internacional de Doenças. Neste caso, o pedido expresso do paciente constituiria a "justa causa" para revelação de segredo profissional, referida no Código Penal quando tipifica:

"Art. 154 ? Beve/ar alguém sem justa causa, segredo de que te
nha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e
cuja revelação possa produzir dano a outrem. " (o grifo é nosso)

Segredo Médico

Por segredo entende-se tudo aquilo que é conhecido e não revelado.

O segredo é, portanto, o guardado resultado de um certo processo de conhecimento que se desenvolveu. Não há que falar em segredo quando ausente o conhecimento. Ai teremos a ignorância ou o desconhecimento, jamais uma informação negada a outrem.

Visto que a informação segredada advém de pesquisa, delimitasse dois campos dentro dos quais se pode considerar o sigilo: sigilo quanto aos passos do processo de conhecimento e sigilo quanto ao resultado da pesquisa.

No primeiro caso, tratamos, segundo a terminologia definida por alguns autores, de segredo profissional. Na outra hipótese, temos o sigilo médico ou sigilo diagnóstico.

Para o professor Hilton Rocha, a divisão existem é indispensável. Diz o mestre:

"Com a evolução, com as evoluções sociais e comunitárias, o rigorismo do sigilo foi?se atenuando, ampliando?se as exceções iniciais. Não se consegue mais manter estritamente inviolados os diagnósticos. Tenho para mim que poderíamos considerar dois aspectos distintos, a que eu rotulo para diferenciar como sigilo médico e segredo profissional. Se sigilo médico envolve diagnósticos, que hoje muitas vezes somos compelidos a divulgar, já o segredo profissional, como relacionado com confidências, inclusive sobre intimidades dos lares visitados, estes são segredos de que somos confidentes, e não podemos jamais revelar, sob pena de nos tornarmos perjuras".

Acerca da quebra do sigilo médico, destaca Clóvis Meira.

"neo haver infração ética, máxima em uma época em que os procedimentos médicos ganham os meios de divulgação sem nenhuma restrição".

Aprofundando um pouco mais a análise dos ilustrados mestres, entendemos indispensável registrar a dificuldade em dissociar o diagnóstico-que para Clóvis Meira pode ser revelado sem cometimento de infração-dos fatos geradores da enfermidade, os quais, em alguns casos, se vindos a público, poderão acarretar prejuízos morais irreparáveis ao paciente.

No limite dos exemplos, citaríamos o caso da AIOS. Embora doença de notificação compulsória, deve, em nosso entender, ser omitido o diagnóstico da síndrome em atestado, mesmo quando tal solicitado pelo paciente.

De passagem, cabe registrar que em vinte anos de exercício clínico, pouquíssimas vezes fomos instados pelo paciente para expressar o diagnóstico no atestado e até na ocorrência do pedido, evitamos, quanto possível, fazer a indicação. Mesmo após a vigência da portaria ministerial que passou a exigir a codificação, ainda mantivemos nosso ponto de vista e, só em casos especiais, externamos no documento o diagnóstico. A questão é, sem dúvida, delicada e só se resolve através da boa relação médico/paciente.

Casos extremos servem para ilustrar os pequenos detalhes esporadicamente existentes. E o que se verifica em depoimento de cirurgião que, após atender vítima de perfuração do escroto por projétil de arma de fogo, recebeu pedido de que, no atestado, não se indicasse o alvo. Temia o paciente que a declaração servisse de instrumento para ridicularizá-lo entre

os colegas de trabalho. Preferiria, em caso de recusa do médico, arcar com o prejuízo das faltas.

Considerações Finais

Na abordagem do tema aqui desenvolvido, surpreendemo-nos com a falta de referência ao assunto em livros e revistas de ética médica publicados nos países de língua inglesa.

Do lado norte das Américas, não se encontra nenhum comentário sobre o assunto. Igual é o teor das revistas editadas no Reino Unido.

Perdemos com isto a oportunidade de proceder a estudo compara do acerca de como o conteúdo ético do atestado médico é abordado em nações desenvolvidas e naquelas em vias de desenvolvimento.

Por outro lado, é possível presumir que o tema não se coloque entre as preocupações dos profissionais, pelo simples fato de estarem superadas, naqueles países, as dificuldades que ora enfrentamos.

Obrigou-nos a deficiência bibliográfica a conduzir o assunto segundo notas dispersas em alguns livros médicos e em outros tantos volumes de matéria jurídica pura ou de medicina legal, tudo isso analisado segundo nossa própria experiência, decorrente do que temos visto na faina dos Conselhos.

As considerações aqui lançadas não devem ser entendidas senão tendo presente o fato de que vivemos um instante social de instabilidade, quando os preceitos morais são sub-repticiamente desautorizados pelos meios de comunicação de massa e numa ocasião em que o médico, recebendo formação em tudo alheia ao estudo ético, vê-se lançado a conviver dentro de uma sociedade descrente dos bons princípios, pedinte, em sôfrega busca de uma vantagem imediata, inconseqüente e irresponsável.

A solução do problema, como sempre se verifica em questões sociais, vira necessariamente da própria categoria e jamais da repressão. Também aqui se aplica a regra de que é melhor prevenir que remediar.

Perícia Médica

Elias Tavares de Araújo

A perícia medica é atribuição privativa de medico, podendo ser exercida pelo civil ou militar, desde que investido em função que assegure a competência legal e administrativa do ato profissional.

O exame médico-pericial visa a definir o nexo de causalidade (causa e efeito) entre:

- doença ou lesão e a morte (definição da causa mortis);
- doença ou seqüela de acidente e a incapacidade ou invalidez física e/ou mental;

- o acidente e a lesão;
- doença ou acidente e o exercício da atividade laboral;
- doença ou acidente e seqüela temporária ou permanente;
- desempenho de atividade e riscos para si e para terceiros.

Por outro lado, o medico perito, através de competente inspeção médica, pode concluir se a pessoa portadora ou não de doença ou vítima de seqüela resultante de acidente reúne condições para exercer determinada atividade (ocupação); é o denominado exame de aptidão/inaptidão física e/ou mental.

Ainda é considerada tarefa médico?pericial especializada a definição do grau de parentesco entre pessoas, diversos exames especiais para identificar indivíduos, dos mais simples aos mais complexos, como, por exemplo, a identificação através de polimorfismo genômico, cuja prática é esporádica ou excepcional.

A perícia médica, há muito tempo, vem sendo utilizada para apoiar as investigações a cargo das policias técnicas, sempre que do evento investigado resulte dano físico e/ou mental. É a base do trabalho exercido pelo medico perito junto às instituições de medicina legal, vinculadas aos setores de policia especializada, destacando-se aí o papel dos IML's.

O trabalho médico?pericial também tem sido requisitado pelos juizes, objetivando definir a existência, grau, natureza e causa de lesões físicas ou mentais sofridas por pessoas que recorrem ao Poder Judiciário, na expectativa da reparação de danos sofridos sob a responsabilidade direta ou indireta de terceiros.

Cabe destacar o papel da Previdência Social, que, desde a década de 30, vem condicionando a concessão ou manutenção de beneficias à ocorrência de incapacidade ou invalidez, comprovada por inspeção médico-pericial.

O Regime Trabalhista, ao adotar as estratégias de proteção à saúde do trabalhador, institui mecanismos de monitoração dos indivíduos, visando a evitar ou identificar precocemente os agravos à sua saúde, quando produzidos ou desencadeados pelo exercício do trabalho. Ao estabelecer a obrigatoriedade na realização dos exames pré?admissional, periódico e demissional do trabalhador, criou recursos médico?periciais voltados a identificar o nexo de causalidade entre os danos sofridos e a ocupação que desempenha.

Do mesmo modo, nos serviços prestados ao Estado, os servidores públicos civis e militares estão amparados por dispositivos dos Regimes Jurídicos a que estão filiados, sendo-lhes assegurada a proteção a saúde. Para tanto, as estratégias utilizadas no acompanhamento do funcionário público em nada devem diferir daquelas adotadas no Regime Trabalhista.

No Regime Trabalhista, como no Regime Jurídico do Servidor Público, a concessão ou manutenção de licenças remuneradas, em virtude de doença ou acidente que produz incapacidade ou invalidez, está condicionada à realização da inspeção médico-pericial.

Como se vê, a perícia médica é exercida, praticamente, em todas as áreas de atuação do médico. Muitas vezes, nós a praticamos em sua plenitude, sem que estejamos alertados para as graves responsabilidades assumidas. Um "simples" atestado de aptidão ou de incapacidade que emitimos deve proceder da competente avaliação médico-pericial, não somente para cumprir as exigências legais, como também em respeito ao indivíduo que se orientará por nossa recomendação. Por outro lado, feríamos cometido um delito ético, se atestássemos um ato que não tivéssemos praticado.

Aspectos Legais e Administrativos

A prática médico-pericial obedece a uma extensa e complexa relação de leis, decretos, portarias e instruções normativas, que estabelecem os limites de atuação dos setores administrativos e indicam quais as competências e atribuições do médico investido em função pericial.

O presente "capítulo" foi elaborado com o propósito de orientar os médicos que, no dia-a-dia, são compelidos a prestar informações sobre o atendimento médico a seus pacientes, como o atestado ou relatório, ou designados para realizar perícia médica, ainda que de modo eventual ou esporádico. Os que exercem a perícia médica como especialidade, como e o caso dos médicos peritos da Previdência Social, dos setores de polícias especializadas, dos tribunais de Justiça e dos serviços médicos de pessoal dos setores público e privado, devem aprofundarse no conhecimento da legislação específica e instruções de natureza administrativa, sem, contudo, deixar de privilegiar o atendimento médico com o ato científico, técnico e social.

A aplicação dos dispositivos contidos nos principais diplomas legais (leis, decretos e portarias), todos da área federal, depende da avaliação médico-pericial, e, entre eles, destacamos:

I-Legislação Previdenciária

É a mais extensa, já que disciplina a atuação da perícia médica na concessão e manutenção de diversos benefícios que integram o Plano de Benefícios da Previdência Social.

- Lei 8.213/91 e Dec. 611/92-tratam do Plano de Benefícios do Regime Geral de Previdência Social, aí incluídos os Auxílios-doença, Aposentadorias por Invalidez, Auxílios-acidentes, Pecúlios, Qualificação e Habilitação do Dependente Maior Inválido, para concessão de benefícios de família, entre outros; sua concessão e manutenção dependem de exame médico-pericial;

- Lei 6.179/74-trata da renda mensal vitalícia, concebida a maiores de 70 anos ou inválidos, sendo indispensável a perícia médica na segunda hipótese;

- Lei 7.070/82-trata da concessão de benefícios por invalidez aos portadores de seqüelas resultantes do uso da talidomida;

II-Legislação Trabalhista

- Lei 6.514/77-altera o título 11 da CLT e trata da higiene, medicina e segurança do trabalho; entre as diversas providências adotadas, institui a obrigatoriedade dos exames pré-admissionais, periódicos e demissionais, instrumentos de monitoração do trabalhador. Estas avaliações médicas visam, sobretudo, a identificar o nexo de causalidade entre os agravos à saúde e o exercício da atividade ou ocupação.

- Portaria MTb nº 3.214/78 e as Normas Regulamentadoras (NR).

III- Legislação do Regime Jurídico do Servidor Público Federal

- Lei 8.112/90-Regime Jurídico Único (artigos transcritos ao tratarmos do atestado médico para abono de faltas ao trabalho).

- Lei 7.923/89 e Lei 8.270/91 -tratam, entre outras questões, da concessão dos adicionais de insalubridade e periculosidade, que depende de laudo pericial.

IV- Legislação Fiscal

- Leis 7.713 e 8.541/92 - tratam do Imposto de Renda da Pessoa Jurídica e Pessoa Física, aí incluído o dispositivo (inciso XIV, art. 6.º da Lei 7.713/88 e art. 47 da Lei 8.541/92) que isenta do pagamento de Imposto de Renda os proventos de aposentadoria de pessoas portadoras de seqüelas de acidentes do trabalho ou de doença constante da relação contida no referido inciso, desde que comprovada em exame médico-pericial especializado.

Existem, ainda, miríades de instrumentos legais, a nível estadual ou municipal, cuja aplicação implica em avaliação médico-pericial.

Ao tratarmos do atestado médico para abono de faltas ao trabalho, transcrevemos os dispositivos de leis ora citados, a título de esclarecimento sobre as decisões a serem adotadas pelo médico perito.

Capacidade e Incapacidade Laboral

O indivíduo é considerado capaz para exercer uma determinada atividade ou ocupação quando reúne as condições morfofisiológicas compatíveis com o seu pleno desempenho. Não necessariamente implica ausência de doença ou lesão.

Por outro lado, determinada limitação imposta por doença ou lesão que não o incapacita para uma certa função poderá impedi-lo de executar várias outras. As condições morfofisiológicas exigidas para o desempenho das tarefas de um comissário de bordo (aeronauta) não são as mesmas se esse trabalho estivesse sendo executado no escritório da

mesma empresa. Conclui-se, portanto, que o exame de aptidão física e/ou mental e a avaliação médico-pericial realizada para a concessão da licença médica dependem do conhecimento dos dados profissiográficos da atividade exercida ou a exercer. A omissão de tais informações, muitas vezes, explica a ocorrência de problemas que surgem entre o examinado e o médico perito, quando a conclusão pericial não corresponde à recomendação feita pelo médico assistente.

Imaginemos a hipótese de três trabalhadores que apresentassem ao exame médico-pericial a mesma entidade mórbida-cegueira de um olho: um auxiliar administrativo, um motorista jovem e um motorista idoso, sem outras experiências profissionais. Consolidada a lesão, isto é, após realizados os tratamentos indicados, o primeiro trabalhador reunia condições para retornar ao trabalho, sem restrições; enquanto o motorista jovem seria reabilitado para nova ocupação, e o terceiro, o motorista idoso, dificilmente obteria êxito na mudança de atividade e terminaria por ser aposentado por invalidez. A mesma entidade (a visão monocular) ensejaria a concessão do benefício extremo (aposentadoria por invalidez) ao motorista idoso e nenhum benefício seria concedido ao auxiliar administrativo, não pela deficiência objeto da nossa hipótese.

Embora se trate de conclusões médico-periciais simples e óbvias, dependem, contudo, do conhecimento da legislação previdenciária e do acesso às informações sobre a real ocupação exercida pelo examinado.

Uma questão que deve ser considerada, quando da avaliação médico-pericial, é o risco, para si próprio e para terceiros, que pode advir do exercício da ocupação. E o que pode ocorrer com o motorista epilético e a condução de um ônibus. Nessa hipótese, configura-se a existência de incapacidade laborativa, embora o exame clínico e eventuais exames subsidiários não a constatem. Situação semelhante ocorreria quando o médico perito concluísse que o exercício da atividade desencadearia ou agravaria doença ou lesão de que é vítima o trabalhador. Como um exemplo entre vários, o pedreiro com lesões cicatrizadas de dermatite de contato pelo cimento: o retorno à ocupação com certeza desencadearia nova crise que o incapacitaria.

Outra ocorrência, objeto de avaliação do médico perito, é a incapacidade laboral produzida por procedimentos de diagnóstico ou terapia. O trabalhador, embora não esteja impedido de exercer a tarefa, considerando-se isoladamente a doença ou lesão, entretanto está internado para exploração diagnóstica ou realiza tratamento que o impede de comparecer ao trabalho.

Por último, devemos estar atentos para a hipótese da segregação compulsória. Nesse caso, a decisão da autoridade sanitária dispensa a avaliação médico-pericial para a concessão da licença remunerada, devendo ser utilizada para definir o tempo de afastamento e a liberação para retorno ao trabalho.

Médico Perito

O médico que assume a especialidade de perícia médica deve ter boa formação médica, manter-se atualizado com as diversas técnicas utilizadas nas investigações

médico?periciais, visando a conclusões seguras, e acompanhar a evolução da legislação que define os procedimentos nessa área.

Reiteramos que a aceitação da função pericial deve ser espontânea, sem que isso implique renunciar as determinações judiciais, nem fugir do compromisso social assumido.

Convém, entretanto, julgar?se impedido de realizar perícia medica em seu próprio paciente, seu parente, pessoa com que mantenha relação que possa vir a influir no livre julgamento pericial e nos casos em que se julgar inseguro para emitir sua conclusão, em face do pouco dominio da especialidade médica a que se reportar o caso. Assim é que, por exemplo, um exame de sanidade mental deve ser da competência privativa do psiquiatra, salvo se o médico indicado julgar?se competente par assumir a avaliação.

Nesse item, queremos destacar o papel do médico perito junto aos serviços de administração e assistência de pessoal das empresas e de órgãos públicos. Nas empresas organizadas, bem estruturadas e nas instituições da Administração Pública, de regra, essa tarefa é executada por médicos com formação e especialização em medicina do trabalho, apoiados por outros profissionais especializados, como o enfermeiro, o assistente social e o psicólogo, que tornam o procedimento medico?pericial mais seguro e mais eficiente.

Como estabelecem a Lei 8.213/91, do Plano de Benefícios do Regime Geral da Previdência Social e a Lei 8.112/90, do Regime Jurídico Único, a concessão da licença médica, nos períodos de até 15 dias, para os trabalhadores filiados ao Regime Trabalhista e, por qualquer período, inclusive na ocorrência e invalidez, para os servidores públicos do Regime Estatutário, é de responsabilidade e competência dos médicos que atuam junto aos órgãos de pessoal.

Como afirmamos, a concessão da licença é de sua inteira responsabilidade, porquanto resulta de conclusão médico?pericial com base em exame obrigatório. O atestado do médico assistente deve ser entendido como uma recomendação; como tal, não tem poder de decisão. Se sua conclusão coincide com a recomendação do médico atestante, tanto melhor, porém a responsabilidade da decisão continua sendo do médico perito.

O exame médico?pericial deve ser registrado em formulário próprio, conclusivo, datado e assinado. As informações do setor médico?assistencial devem ser juntadas ao prontuário do trabalhadora mesmo que a recomendação do médico assistente não tenha sido acatada, no todo ou em parte.

O médico perito não deve admitir conclusão pericial insegura, para tanto deve recorrer a exames subsidiários, pareceres de especialistas, relatórios dos médicos assistentes ou pesquisas realizadas no prontuário do setor médico-assistencial.

Já comentamos que a falta do atestado médico, incorreção ou omissões não justificam o indeferimento ou a concessão da licença, sem a competente avaliação médico-pericial.

Reiteramos que a conclusão médico?pericial tende a ser insegura, imperfeito, se o médico perito não tem a formação exigida pela especialidade e não pode contar com apoio de um

serviço estruturado, de preferência com equipe multidisciplinar e todos os recursos necessários a uma conclusão legal, técnica e socialmente correta.

Nesse sentido, entendemos que o médico do trabalho é o que melhores condições reúne para o desempenho da tarefa. Considerando que esse especialista tem como função pericial monitorar os trabalhadores, em defesa de sua saúde, o surgimento da incapacidade laboral é tido como uma intercorrência verificada no processo de seu monitoramento; nada mais justo, mais técnico e social do que reconhecer o fato e adotar o procedimento mais adequado para o trabalhador, ou seja, a concessão da licença remunerada.

Junta Médica Oficial

São dois ou mais médicos, geralmente três, investidos em função pericial, mediante designação formal. A junta médica oficial poderá ser designada pela autoridade administrativa do órgão a que estiver vinculada a pessoa a ser periciada, o que ocorre na Administração Pública, ou pode ser nomeada pelo juiz, quando entender que o parecer médico-pericial subsidiará seu julgamento. Outrossim, esse recurso pode ser utilizado para atender diligências do Ministério Público, entre outros de ocorrência menos frequente.

A junta médica oficial recebe missão específica, visando a definir o nexo de causalidade objeto do julgamento, em nível judicial ou administrativo.

A junta deve reunir-se formalmente, em local, data e horário previamente estabelecidos, realizar o exame com a presença de todos os seus integrantes, inclusive dos assistentes técnicos (somente médicos), quando indicados pelas partes.

O laudo ou relatório médico e a conclusão médico-pericial devem ser datados e assinados pela junta e pelos assistentes técnicos. Quando houver divergência na conclusão, os pareceres discordantes serão apresentados em separado.

A junta médica poderá recorrer a exames subsidiários, pareceres de outros especialistas, informações contidas em prontuário médico, sempre buscando melhor consistência em sua conclusão.

Atestado Médico para Abono de Faltas ao Trabalho e Atestado de Aptidão Física e Mental

O atestado para abonar faltas ao trabalho fornecido pelo médico assistente a seu paciente, no caso de um trabalhador, tem motivado sérios desentendimentos, envolvendo o requerente do benefício, o médico perito da empresa, do Órgão público, da Previdência Social, e, às vezes, o próprio médico atestante e até as representações sindicais dos trabalhadores.

No entender do trabalhador e, por vezes, do próprio médico assistente, a recomendação contida no atestado não pode deixar de ser atendida pelo médico perito, sob pena de se configurar o cometimento de delito ético e infração legal. Se, por um lado, mostra que o documento seria sempre tido como incontestável, não permitindo outras avaliações sobre

seu soberano poder de decisão, do que deveria orgulhar-se a classe médica, por outro lado, as legislações previdenciária e da administração pública não confirmam o acerto desse entendimento.

Já comentamos que nem sempre o médico assistente tem acesso às informações sobre as reais tarefas exercidas pelo trabalhador, sobretudo determinadas peculiaridades inerentes às condições do trabalho e como se realiza. Desse modo, por mais competente que seja a avaliação médica, sem esse conhecimento torna-se impraticável aferir-se, com segurança, a capacidade ou incapacidade laboral do examinado. O trabalhador, ao omitir detalhes sobre a função que realmente exerce, poderá induzir o médico que o atende a emitir parecer equivocado sobre a necessidade ou não do afastamento. Quantas vezes atendemos um "motorista", conforme registro na Carteira Profissional, que, de fato, exerce função administrativa, ou um aeroviário, que trabalha no escritório, na recepção e informa ser aeronauta.

Por sua vez, o desconhecimento pelo médico assistente de detalhes da legislação a que nos referimos, o que convençamos, não o torna menos competente em sua área de atuação médica, entretanto faz com que as recomendações ingeridas no atestado possam não se identificar com as exigências impostas na habilitação ao benefício pretendido ou requerido pelo trabalhador.

Por exemplo, um dedicado e hábil especialista, para exercer plenamente sua especialidade, não precisa saber que o conceito de "invalidez" para que o segurado da Previdência Social habilite-se aos benefícios da Lei 8.213/91 não é o mesmo quando se trata da concessão do benefício da Lei 6.179/74.

Visando a esclarecer as dúvidas quanto ao papel do atestado médico na concessão da licença de natureza médica, transcrevemos os dispositivos legais que disciplinam a questão.

Legislação Previdenciária

Lei 8.213/91, de 24.07.91, reproduz integralmente artigos das leis e regulamentos previdenciários anteriores.

-Seção V - Dos Benefícios

art. 42.

§ 1.º-"A concessão da aposentadoria por invalidez dependerá da verificação da condição de incapacidade mediante exame médico-pericial a cargo da Previdência Social, podendo o segurado, às suas expensas, fazer-se acompanhar de médico de sua confiança. " (grifo nosso)

§ 2.º-"A doença ou lesão de que o segurado já era portador ao filiar-se ao Regime Geral de Previdência Social não lhe conferirá o direito à aposentadoria por invalidez, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de agravamento ou progressão da doença ou lesão."

Art. 59-O auxílio-doença será devido ao segurado que, havendo o cumprimento, quando for o caso, o período de carência exigido nesta Lei, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos.

Parágrafo único-Não será devido auxílio-doença ao segurado que se filiar ao Regime Geral de Previdência Social já portador da doença ou lesão invocada como causa para o benefício, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão.

Art. 60-O auxílio-doença será devido ao segurado empregado e empresário a contar do 16.º (décimo sexto) dia do afastamento da atividade, e no caso dos demais segurados a contar da data do início da incapacidade e enquanto ele permanecer incapaz.

§ 1.º-Quando requerido por segurado afastado da atividade por mais de 30 (trinta) dias, o auxílio-doença será devido a contar da data da entrada do requerimento.

§ 2.º-O disposto no § 1.º não se aplica quando o auxílio-doença for decorrente de acidente de trabalho.

§ 3.º-Durante os primeiros 15 (quinze) dias consecutivos ao do afastamento da atividade por motivo de doença, incumbirá a empresa pagar ao segurado empregado o seu salário integral ou, ao segurado empresário, a sua remuneração.

§ 4º-A empresa que dispuser de serviço médico, próprio ou convênio, terá a seu cargo o exame médico e o abono das faltas correspondentes ao período referido no § 3.º, semente devendo encaminhar o segurado a perícia médica da Previdência Social quando a incapacidade ultrapassar a 15 (quinze) dias.

Legislação do Regime Jurídico do Servidor Público
Lei 8.112/90, de 11.12.90.

Da Licença por Motivo de doença em Pessoa da Família

Art. 83-Poderá ser concebida licença ao servidor por motivo de doença do cônjuge ou companheiro, padastro ou madrasta, ascendente, descendente, enteado e colateral consanguíneo ou afim até o segundo grau civil. Mediante comprovação por junta médica oficial.

§ 1.º-A licença somente será deferida se a assistência direta do servidor for indispensável e não puder ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo.

§ 2.º-A licença será concebida sem prejuízo da remuneração do cargo efetivo, até 90 (noventa) dias, podendo ser prorrogada por até 90 (noventa) dias, mediante parecer de junta médica, e, excedendo estes prazos, sem remuneração.

Da Licença para Tratamento de Saúde

Art. 202-Será concedido ao servidor licença para tratamento de saúde, a pedido ou de ofício, com base em perícia médica, sem prejuízo da remuneração a que fizer jus.

Art. 203-Para licença até 30 (trinta) dias, a inspeção será feita por médico do setor de assistência do Órgão de pessoal e, se por prazo superior, por junta médica oficial.

§ 1.º-Sempre que necessário, a inspeção médica será realizada na residência do servidor ou no estabelecimento hospitalar onde se encontrar internado.

§ 2.º-Inexistindo médico do Órgão ou entidade no local onde se encontra o servidor, será aceito atestado passado por médico particular.

§ 3.º-No caso do parágrafo anterior, o atestado só produzirá efeitos depois de homologado pelo setor médico do respectivo órgão ou entidade. (grifo nosso)

Art. 204-Findo o prazo da licença, o servidor será submetido a nova inspeção médica, que concluirá pela volta ao serviço, pela prorrogação da licença ou pela aposentadoria.

Em face da presente legislação, com abrangência no setor público e setor privado, o abono das faltas ao trabalho motivadas por incapacidade resultante de doença ou lesão acidentária é da competência e atribuição do médico perito, especificamente designado para tal função.

Contudo, o atestado médico, embora não reúna, por si só, os elementos suficientes para o abono das faltas, convém ao médico perito que o receba, retirar dele as informações que servirão de base a orientar seu trabalho. É tecnicamente recomendável que a investigação pericial se inicie pela informação prestada pelo médico assistente do periciado. Melhor seria se o atestado contivesse, como regra geral, as seguintes informações sobre o atendimento médico: registro, data, local, natureza (urgência, eletivo), diagnóstico (ou suspeitas), tratamento(s) realizado(s) e instrução sobre repouso. Restaria ao perito, após confirmados os elementos médicos através da inspeção médica, proceder a análise profissiográfica em relação à atividade exercida pelo examinando e emitir a conclusão sobre concessão ou indeferimento do pedido de benefício. Tal parceria, trabalho sintonizado entre o médico assistente e o perito, respeitando-se a autonomia desses profissionais, honrará a instituição médica e zelará pelo direito do trabalhador.

Até aqui, apenas fizemos referência ao papel do atestado médico, como um dos responsáveis por problemas que surgem em relação à prática médico-pericial de abonar faltas ao trabalho, em razão da doença ou lesão. Muitas dificuldades verificadas nessa área também podem ser imputadas à avaliação médico-pericial imperfeita, incorreta ou equivocada, em razão da desatenção do médico perito, ao deixar de praticar o ato em sua plenitude. Temos constatado, através de denúncias dirigidas ao CRM, que pedidos de licenças médicas são indeferidos por peritos simplesmente porque o atestado que lhe chega às mãos não informa o CIO, contém algum tipo de rasura ou o nome do paciente está incompleto, entre outras. Esquecem-se de que a concessão e o indeferimento do pedido de licença estão condicionados à existência ou não de incapacidade verificada em exame

médico-pericial. O benefício poderá ser deferido ou negado, independentemente de apresentação de atestado do médico assistente.

Julgamos apropriado concluir lembrando que o médico perito tem não só a competência legal e administrativa, como, também, a responsabilidade pela concessão ou indeferimento da licença médica.

Conceder ou indeferir abono de faltas ao trabalho, sem ter exercido a competente avaliação médico-pericial, significa atestar ato que não praticou, por isso haver cometido delito ético.

Os Monstros são Filhos do Segredo

Ennio Candotti

A disputa entre Gallo e Montaigner pela paternidade da descoberta do HIV, o vírus da AIOS, transcende a glória e a miséria dos laboratórios científicos para se tornar um caso emblemático das relações entre ciência, ética e poder em nossos dias.

A prioridade na descoberta dá a um ou outro cientista os direitos de propriedade sobre o uso da descoberta, isto é, os royalties obtidas com os testes para a identificação do vírus.

Um e outro tornaram-se imediatamente França e Estados Unidos. Em 1982, os dois países celebraram um acordo, admitindo a dupla paternidade da descoberta. Recente relatório do Instituto de Integridade Científica, dos EUA, detectou irregularidades no processo e reabriu a questão, atribuindo finalmente a paternidade ao cientista francês.

Quando uma descoberta científica tem aplicação com interesse de mercado, admite-se o patenteamento dessa aplicação, o que garante a remuneração dos investimentos realizados por empresas ou Estados nas pesquisas que levaram ao invento.

As pesquisas em áreas fundamentais têm hoje, em muitos campos, aplicações quase imediatas que abrem a possibilidade de patenteamento. Esse fato atribui nova dimensão, atualidade e importância à discussão do caráter público ou privado das instituições de pesquisa.

Atribui-se - ou atribuía-se-caráter público às pesquisas fundamentais realizadas nos laboratórios de universidades ou de institutos de pesquisa públicas, isto é, financiados com recursos públicos. Os resultados dessas pesquisas são, em geral, divulgados nas revistas especializadas e constituem patrimônio da humanidade.

A proximidade-temporal e espacial-entre a descoberta científica e sua aplicação induz uma permanente transgressão das fronteiras entre o público e o privado em universidades e institutos.

Se a norma de comportamento em um instituto de pesquisa básica é divulgar, publicar tudo-o que se entende e, muitas vezes, o que não se entende-, em um instituto tecnológico, de pesquisas aplica das, a norma é o segredo, até a obtenção da patente.

Ao se confundirem as pesquisas básicas e suas aplicações, realiza das nos mesmos laboratórios e pelas mesmas equipes, confunde-se frequentemente o público e o privado, o que deve ser de domínio público e o que, pelo contrário, pode permanecer segredo.

Em uma universidade, a pesquisa científica renova e atualiza os conhecimentos ensinados. Estes são cruzados com os de outras disciplinas e divulgados. No debate, dentro e fora da universidade, sua função social, e valor ético e científico são avaliados.

Limites impostos à circulação dos conhecimentos-devido aos vínculos colos de propriedade sobre os resultados das pesquisas-, estabelecidos por contratos de financiamento ou interesses de mercado, alteram em profundidade o caráter público do instituto ou da universidade, e sua capacidade de difundir conhecimentos atualizados e de formar pesquisas dores ou profissionais especializados.

Dispomos de um único meio para definir-e defender-limites e normas éticas, os quais devem acompanhar as descobertas de novos conhecimentos e seu uso como instrumentos de ação sobre o homem ou a natureza: a sua divulgação e o debate público .Os monstros são filhos do segredo. Como conciliar os interesses de propriedade e de mercado com os imperativos impostos a pesquisa científica pelos valores éticos que orientam o convívio de homens e culturas na Terra?

Esta pergunta deve encontrar resposta antes da definição jurídica de direitos e normas de registro de conhecimentos e inventos. Tanto mais que tramita, no nosso Congresso, a lei de propriedade intelectual (e a que regulamenta as manipulações com seres vivos).

A Conferencia das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento aprovou, em junho último, uma convenção sobre a proteção à biodiversidade, que atribui propriedade sobre os seres vivos aos países de sua origem.

Significativamente, os Estados Unidos recusaram subscrevê-la, temendo perder os direitos e as vantagens derivadas das descobertas, realizadas em seus laboratórios, feitas com plantas e animais.

Dois fatos novos polarizaram recentemente a comunidade científica e a opinião pública e revelaram o alcance e a grave responsabiliza de desse debate .No início deste ano, o NIH (Instituto de Saúde, dos Estados Unidos) solicitou o registro de propriedade de 2.700 seqüências do genoma humano, mesmo sem conhecer a sua função ou sua utilidade. Na mesma época as cortes norte-americanas concederam patente para um rato transgênico, ou melhor, para o biólogo que o "engenheirou" .A manipulação genética de seres humanos está ao alcance das instituições científicas e de seus pesquisadores. Deixaremos às forças de mercado a responsabilidade de sua disciplina?

Em fins de 1990, Anderson e Blease, no NIH, foram autorizados a realizar uma experiência sobre uma paciente portadora de grave defeito genético, responsável por uma deficiência do sistema imunológico (ausência de uma enzima, a adenosina deaminase). Na experiência, retiraram de seu organismo células sanguíneas, as modificaram, as "consertaram" e as devolveram ao organismo, com o objetivo de restabelecer o funcionamento equilibrado do sistema imunológico defeituoso.

O objetivo humanitário e o extraordinário valor científico da experiência a justificaram eticamente. Não se pode, porém, dizer o mesmo, a priori, sempre que se realizam experiências com o genoma de um ser humano ou de um embrião humano.

Decodificados os segredos do código genético-ou, pelo menos, alguns deles-, é possível interferir no genoma, repará-lo ou modificá-lo. Essa operação suscita questionamentos éticos inéditos na história da ciência. Trata-se da possibilidade de programar ou reparar as características físicas e bioquímicas de um indivíduo.

Nos anos 40, o programa que por séculos desafiou os alquimistas (transformar o chumbo em ouro) foi resolvido pela física nuclear. Menos de 50 anos depois, a cor dos olhos de um bebê pode ser programada -e o que dizer do gene da rebeldia? Existiria? O gene ou a rebeldia? Mefisto deve estar duplamente feliz: antes ganhou a alma de Fausto e agora o pode redesenhar, à sua imagem e semelhança...

"Você utilizará, para assinar o teu nome, apenas uma pequena gota de sangue....O sangue é um fluido muito particular.

A engenharia das raças, que tantas tragédias trouxe para a humanidade, ganhou as bancadas dos laboratórios. Os graves conflitos políticos e culturais de nossos tempos recomendam muito cuidado no exame desses novos conhecimentos e dos instrumentos que eles oferecem para realizar experiências (de melhoramento) com o genoma (patenteado).

Como estabelecer os limites para tais experiências? Como avaliar vínculos e impactos? Vimos que dar publicidade às descobertas é fundamental para que seu interesse, científico e social, seja livremente debatido e as normas de comportamento sejam socialmente estabelecidas. Em alguns casos, porém, é necessário examinar as dimensões éticas de uma experiência científica, antes mesmo de sua realização. E, por vezes, antes que as próprias normas e valores tenham sido imaginados e debatidos.

Surgem duas perguntas a esse propósito: é lícito estabelecer vínculos de natureza moral à pesquisa ou à experiência científica, mesmo em se tratando de seres vivos e humanos? Quem, no caso, deve ou poder estabelecer normas e interdições?

A resposta a primeira pergunta encontra seus limites nas diferenças culturais (e valores científicos), nos interesses econômicos de mercado e, finalmente, na eficácia das próprias interdições em um determinado tempo e sociedade. A segunda encontra resposta através da formação dos comitês de ética, mas abre novas indagações. Qual a composição desses comitês? Qual sua autonomia? Quais os limites de sua atuação?

O exame do projeto de lei sobre biossegurança, em tramitação no Congresso, propicia a discussão pública em nosso país dessa questão, se a legislação sobre patentes e propriedade intelectual estabelece as normas e os direitos sobre os resultados das pesquisas. O debate sobre os limites das experiências com seres vivos (e humanos) se refere às condições preliminares impostas pela ética e pela cultura (se inclui aí também a científica) de um país (o nosso) nos dias de hoje.

Há três grandes questões na mesa dos comitês de ética: os transplantes de órgãos, as experiências com embriões humanos e, dentro em breve, a geração de seres híbridos, produtos do cruzamento de humanos com macacos. Um antropólogo italiano mostrou recentemente que, se essa última possibilidade, à primeira vista, choca o senso comum, mas que a rejeição ética, de princípio, possivelmente seria questionada se fosse comprovada a utilidade desse cruzamento para a realização de experiências clínicas de alto risco e de interesse social, como, por exemplo, em pesquisas sobre a AIOS.

Valores, normas de comportamento e, até mesmo, princípios éticos devem ser pensados em contextos sociais e históricos definidos, em permanente transformação.

III

Casos em (ou de) transformação

1. Mudanças de princípio ativo do medicamento sem a mudança do nome (por exemplo, o Diepin, classificado como ansiolítico por mais de dez anos, passou a antidepressivo, sem mudar o seu nome). Entre março e julho deste ano, o professor Carlini assinalou que foram alterados 27 princípios ativos, mas em três casos o nome do medicamento foi mudado.

2. Medicamentos proibidos em outros países são comercializados livremente no país (por exemplo, o BentilR gotas). Ou já proibidos aqui, são liberados (por exemplo, o Parenzyme).

3. Não há planilhas de consumo de drogas psicotrópicas (morfina e anfetaminas). Existe uma denúncia da Junta Internacional de Entorpecentes, da ONU, de que a empresa alemã Bayer exportou 1.250 quilos de metilfenobarbital, mas que o Brasil nunca acusou a entrada dessa droga.

4. O Brasil importa de dez a 80 quilos por ano de morfina com finalidade médica-quantidade considerada insuficiente-e autoriza a importação de três toneladas dessa mesma droga para outros fins. Quais seriam esses fins? Pode-se suspeitar que seja para a fabricação de heroína para exportação?

Os abusos que ocorrem na fabricação e na comercialização de medicamentos constituem um exemplo da complexa interação entre o ético, o técnico e o político. As graves denúncias-e outras que certamente serão ainda apresentadas-indicam a precariedade de nosso sistema de vigilância, ou a desobediência (ou ausência) às normas que devem

orientar o comportamento de fabricantes, governo, comerciantes e técnicos (médicos ou pesquisadores).

As grandes questões éticas de uma sociedade, a todo momento estão presentes, através de exemplos particulares, não menos dramáticos, em múltiplas situações no cotidiano de indivíduos ou institutos. Por sua natureza, as respostas (normas, valores e princípios) que buscamos nestes dias trágicos serão encontradas quando os direitos e os deveres do exercício da cidadania se aproximarem de modo intransigente.

Ao que tudo indica, os milhões de brasileiros que ocuparam as ruas são intransigentes. Cidadãos.

Ética e Tecnologia

Dr. José Liberado Ferreira Caboclo

A tecnologia invadiu as três atividades humanas fundamentais conforme a sistematização de Hannah Arendt. Labor, trabalho e ação foram completamente modificados no último século, a tal ponto que até a mais privada de todas as atividades humanas, o labor, tornou-se pública.

Se em outro tempo se poderia dizer que a condição humana do labor é a própria vida, ou seja, o processo biológico do corpo humano cujo desenvolvimento e declínio dependem da satisfação das atividades básicas atendidas pela atividade laborativa, hoje, este processo elementar já tem uma dependência íntima com o conhecimento tecnológico.

O homem mais humilde, desprovido de ambição do acúmulo de riqueza, vivendo numa sociedade razoavelmente organizada já não mais consegue cumprir apenas a sua atividade laborativa. As leis e diretrizes sociais obrigam-no a compromissos que o excedente da sua atividade laborativa não atenderá. A sua alimentação, que ele mesmo produz por meio de uma agricultura primitiva, talvez não consiga atingir um valor no mercado, de tal forma que, o excedente sendo vendido, não será suficiente para que ele pague as taxas e impostos da "sua propriedade". Até mesmo a água que ele bebe, seja de um poço, ou de um sistema de captação e distribuição, sofre um controle tecnológico. A sua composição deve ser avaliada por uma instituição tecnicamente competente. A quantidade de micróbios desta água tem de estar dentro de um limite aceitável. Ele pode até ser obrigado a se mudar do lugar que escolhera para viver, se os controladores do meio ambiente concluírem que o ar por ele respirado tem uma concentração muito alta de dióxido de carbono. O destino dos seus dejetos não mais lhe cabe decidir. Eles terão de ser encaminhados a um sistema adequado de drenagem e terminarão numa usina de compostagem, onde se transformarão em fertilizante biodegradável. No seu isolamento, sequer uma atitude estóica, de convívio com a dor, lhe é permitida. A dor, reflexo de uma enfermidade de causa desconhecida, implicará numa investigação profunda, para que se afaste o perigo de eclosão de uma epidemia. Ele será radiografado, tomografado, sonorizado e ressonorizado magneticamente. Todos os líquidos do seu corpo serão cientificamente caracterizados. Ele poderá, ao fim de todos esses exames, ser geneticamente aconselhado a não ter filhos. A sua capacidade de reproduzir foi cerceada tecnicamente. Talvez ele possa até ter filhos, desde que a sua mulher faça um exame especial para afastar a possibilidade de uma segregação perigosa de

gens. A tecnologia permite que ele "escolha adequadamente o seu objeto ideal. Melhor que os seus sentimentos".

Viver simplesmente a vida passou a ter um custo que a simples atividade laborativa não consegue atender. Em toda a história da humanidade, nenhum ditador, nenhum império exerceu um tamanho domínio sobre o homem. Não .mais existe a possibilidade de se viver em contato com a natureza sem a pretensão de dela não se apropriar.

A ética do desenvolvimento tecnológico se fundamenta numa existência mais longa e mais prazerosa. O prazer, no entanto, jamais é atingido numa atitude passiva. A tecnologia imposta, num sistema de acumulação de riqueza, perde seu significado ético, porque, de modo contraditório, gera um sofrimento infrene. O desenvolvimento tecnológico industrial nada tem a ver com um índio, que um dia à beira de um ,rio, observando o seu curso, percebe que as escamas do peixe brilham sob a luz solar. Aprende a pescá?lo com a mão e corre para a sua taba, carregado de piramutabas. E difunde para toda a sua tribo a sua descoberta, além de com eles compartilhar o incremento da produtividade decorrente do progresso tecnológico. Singelamente aquele indígena definiu a subordinação da técnica ao modo de produção, o caráter Ático, a função social e a apropriação social do progresso técnico.

A perda quase total de significação da atividade laborativa é um dos fatores principais de nossa desagregação social. A migração das populações rurais e a prostituição feminina decorrem da extinção da chamada economia de subsistência.

Os migrantes para os centros urbanos vão contrair sócios na sua atividade laborativa (empregada domestica), que lhes permite viver sem evoluir para um trabalho que não existe ou para o qual não têm competência ou, pelo menos, competitividade. Em outras situações mascaram uma atividade laborativa, como se fosse um trabalho, posto que vendem sua força por um preço inferior ao custo e custeio da máquina (servente de pedreiro).

Finalmente, promovem a ausência de dor por falta de afeto, perspectiva de felicidade, dentro da existência privada do indivíduo isolado do mundo (prostituição).

Na esfera do trabalho, o avanço tecnológico melhorou a qualidade de vida na medida em que diminuiu a dor corporal, reduziu a utiliza ção da força física e com isto absorveu maiores contingentes humanos, facilitou o aprendizado, aproximou o homem à distancia e reduziu as especulações exotéricas. No entanto, a tecnologia deu ensejo a emoções negativas, excluiu humanos não competitivos, diminuiu a criatividade humana, distanciou os homens na sua proximidade e aumentou o misticismo não religioso. Mas muitas vezes se confundem as distorções trazidas pela tecnologia com as incorreções de governos não democráticos. Há que se distinguir a origem das imperfeições.

Negar a aquisição de tecnologia a uma sociedade, seu domínio e sua implementação, é condená-la a um estado de submissão e de empobrecimento inexorável. Dominar uma tecnologia nada tem a ver com a sua aplicação imediata, sem se considerar outros fatores condicionantes. O domínio tecnológico envolve investimentos em pesquisa.

Em qualquer nação organizada, este investimento deve ser feito sob o controle da sociedade. Esta é uma atitude ética. É uma interpretação errônea presumir que a liberdade criativa deva ser assegurada para que a pesquisa possa se desenvolver mais plenamente. Não se pode de modo algum submeter a vontade coletiva aos desejos individuais. O que parece ser uma posição liberal, na realidade, transforma-se numa típica atitude nazista. Nada justifica uma atitude procrastinatória em relação à aquisição de tecnologia. Não existe limite para o investimento. O que se deve limitar é a abrangência da aplicação do avanço tecnológico. O acesso ao progresso tecnológico deve ser eticamente estabelecido por parâmetros de prioridade. Infelizmente a não fixação de limites de demanda impede a investigação vertical. Uns poucos são contemplados a curto prazo. A médio e longo prazo todos perdem. Teme-se enfrentar uma realidade indesejável, não tanto pela sua inexorabilidade, mais muito mais por atitude de onipotência, elaborada como se fosse uma posição idealista. Procura-se uma explicação conjuntural para a impossibilidade e se perde tempo e energia num preciosismo ridículo. Pesquisa não se faz num só projeto, nem muito menos numa só geração. A pesquisa deve ser uma atividade continua, não condicionada a verbas flutuantes, nem muito menos dependente de paixões pessoais.

Numa sociedade heterogênea, em que diferentes segmentos se encontram em fases assíncronas de desenvolvimento, deve-se fugir da atitude escapista que postula a satisfação prioritária das necessidades básicas antes de "se aventurar" em projetos mais avançados. Se existe alguma aventura, é a teimosia em se querer negar que muito da defasagem no desenvolvimento se deve justamente à submissão tecnológica. E mais, é querer negar que o avanço tecnológico pressupõe a simplificação dos modelos, tornando-os mais acessíveis às comunidades mais atrasadas.

Um programa nuclear deve ser pesquisado com obstinação. Se não existe recursos para a montagem de uma usina termonuclear, que se construa um pequeno reator até mesmo para finalidade didática, de tal forma que os cientistas do país possam apreender a evolução dos conhecimentos. O mesmo deve ocorrer em todas as áreas do desenvolvimento tecnológico: fibra ótica, supercondutores, biotecnologia, químico-farmacêutica.

O não-desenvolvimento tecnológico é antiético, na medida em que torna uma sociedade definitivamente subordinada aos interesses imperialistas de outras nações. Não se pode mais aceitar velhas teses da harmonia de objetivos, que é a característica básica da economia clássica. Mesmo os liberais admitiram a existência de um único objetivo, como se houvesse uma mão invisível a produzir a harmonia dos vários interesses. De modo diferente, Marx encarou a realidade do conflito e anteviu a hipotética ficção da harmonia. A sociedade pós-moderna tem mostrado uma característica não prevista. Os segmentos mais privilegiados assumiram uma atitude de conformismo ante a evolução tecnológica, de tal forma como se dissesse-vamos para a festa, assim já está bom. Este neoconservadorismo é designado por apelidos notáveis-preservação do planeta, conservação ambiental, respeito

aos códigos morais e religiosos. Chega-se mesmo a se contar como atos heréticos certas práticas da engenharia genética. Não é ético limitar o conhecimento humano. Mais uma vez cabe à sociedade disciplinar seu uso.

Durante muito tempo a cultura ocidental judaico-cristã aceitou o postulado platônico da criatividade humana, segundo o qual toda invenção é um ato do pensamento. E o pensamento é um atributo de Deus, que é um ser infinito pensante, completaria Spinoza. A velha tese Aristotélica de que a criatividade humana decorre apenas e tão-somente de um sem número de percepções que modulam o pensamento foi rejeitada pelos ideólogos das religiões cristãs. Muito antes da descoberta do inconsciente, Agostinho e Nicolaus de Cusa entenderam que o trabalho criativo está intimamente relacionado à capacidade emocional do amor e da paixão. É dentro desta concepção que se pode admitir uma perfeita conciliação ética entre o avanço tecnológico e a harmonia da sociedade. Não se trata de se exigir uma homogeneização da sociedade, graças à adoção de políticas que incluam a potencialidade de todos. Esta pseudovisão marxista levaria fatalmente a sociedade a uma estagnação e submissão irreversíveis. Cumpre antes ensejar o desenvolvimento tecnológico e delimitar a sua implementação aos segmentos cujo estágio cultural de desenvolvimento o permita. A tabuada deve conviver com o supercomputador, o míssil com o estilingue, o transplante com a pajelança, a máquina de lavar roupa com a tina da beira do rio, o alimento congelado com o feijão da panela de barro preparado no velho fogão de lenha. A atitude ética que permite a fusão destas realidades é a educação.

A imposição de uma tecnologia a uma sociedade que não teve uma educação adequada para recebê-la tem provocado os maiores desastres para a humanidade. Levaram, por exemplo, jovens a matarem milhões de míseros camponeses asiáticos, na presunção de que eles representavam uma grande ameaça para a democracia do novo mundo. Esta educação deve obrigatoriamente priorizar o aprendizado de atitudes coletivas de respeito humano, segundo a tábua dos mandamentos os mais sagrados. Tudo dentro da proposição de Spinoza-todas as idéias, enquanto se referem a Deus, são verdadeiras!

O desenvolvimento tecnológico passou a envolver um outro tipo de dominação, o código da propriedade intelectual. A tecnologia industrial atualmente se encontra em discussão em quase todo o mundo em função de certas conquistas recentemente atingidas, e enfrenta problemas de natureza ética. O nosso país, por exemplo, há cerca de vinte anos deixou de reconhecer o direito de patente sobre produtos químicos farmacêuticos e sobre produtos nutritivos. O capital internacional agora tenta obter o direito de patente, não só para este tipo de produto, como também para os resultantes de processos biotecnológicos. Argumenta-se que o investimento em pesquisa é muito grande, nem sempre com retorno imediato e, portanto, o direito à patente se justifica ante a necessidade de se cobrir os custos de produção e poder-se continuar num processo de investigação, necessário à melhoria da qualidade de vida de toda a humanidade. Quando se pergunta se o preço do produto já não inclui estes gastos, a resposta é a de que a reprodução imitativa por um competidor impediria uma concorrência efetiva no mercado. Não deixa de ser paradoxal-o neoliberalismo pedindo a interferência do Estado para proteger a economia. Ou seja, o neoliberalismo aceita o Estado que defenda as suas incoerências. Quando se pergunta ainda por que a patente com direito à exploração monopolista não pode ser substituída pelo pagamento do royalty, a explicação é que seria impossível o controle da produção. Não há

qualquer dúvida de que a patente poderá ser um artifício de estímulo à competitividade técnico-científica. Mas não se pode deixar de considerar o aspecto global do relacionamento econômico entre as diferentes sociedades. A ética não pode prevalecer em situações circunscritas. Antes deve nortear acordos bilaterais em que não só a propriedade intelectual, mas outros fatores devam ser equacionados.

Um organismo internacional do tipo Gatt, que regule todos os assuntos pertinentes à proteção industrial e agrícola, está fadado ao insucesso, posto que é impossível uma sistemática única que contemple as expectativas de países em fases diferentes de desenvolvimento. A patente seria mais bem regulamentada em acordos bilaterais, sendo a transferência de tecnologia uma determinante para uma posição consensual.

Do ponto de vista moral-filosófico a patente é antiética no conceito de Spinoza. Com efeito, o pensamento de Deus é infinito e o ato de pensar está em Deus. Não cabe tributar a criação divina.

Transplante e Ética

José Roberto Coelho da Rocha

O primeiro homotransplante renal (humano para humano) referido na literatura médica foi realizado em 1936, pelo médico russo U. Voronoy. O caso em questão não obteve o sucesso desejado, pois, ignorando regras primárias da transplantologia, inexistentes na época, utilizou-se um rim de cadáver B + para um receptor O + . Além disso, o rim empregado na operação veio de um cadáver com mais de seis horas de óbito. Naturalmente, o receptor faleceu, anúrico, após 48 horas.

Depois de algumas frustradas tentativas, foi somente em 1954, em Boston, que o Doutor John P. Merrill, às vésperas do Natal, em colaboração com colegas cirurgiões do Peter Bent Brigham Hospital, conseguiu realizar o primeiro transplante com sucesso, entre irmãos gêmeos idênticos. Este transplante, um marco na medicina internacional, durou mais de 20 anos e foi o grande impulso para o desenvolvimento dos transplantes renais em todo o mundo.

No Brasil, a era dos transplantes se iniciou em 1965, no Hospital de Clínicas da USP, com o grupo liderado por Emil Sabagga e Geraldo Campos Freire, e hoje-e muitos milhares de transplantes depois- esta alternativa terapêutica já se tornou comum entre nós, especialmente na Nefrologia.

A técnica cirúrgica está amplamente dominada, a seleção de pacientes já obedece a critérios internacionais seguros e a imunossupressão muito evoluiu, permitindo mais de 95% de "pega" em pacientes recebendo rins de doadores vivos, no primeiro ano, um resultado que podemos considerar excelente, levando-se em consideração as inúmeras dificuldades imunológicas conhecidas.

Apesar de toda esta evolução bastante favorável, muitos problemas ainda persistem no campo da transplantologia renal, como de resto em todas as atividades médicas.

Naturalmente, além dos aspectos puramente técnicos, específicos desta forma terapêutica, surgem constantemente dúvidas referentes à maneira correta de atuação ético-legal, não só dos profissionais aqui envolvidos, como também do poder público e da sociedade civil como um todo.

Historicamente, a "grande dúvida" ética dos transplantes sempre foi a utilização de "doadores vivos", relacionados ou não. Consideramos doadores "relacionados" aqueles que apresentem consangüinidade direta com o receptor do Órgão. Assim, irmãos, pais, primos de primeiro grau, avós etc., estão nesta categoria, e ainda são empregados como doadores de rim, na maioria dos países do mundo.

Na Brasil, a maioria dos transplantes renais é proveniente de doadores vivos relacionados e uma pequena parcela dos chamados doadores vivos "não relacionados", ou seja, que não apresentam consangüinidade direta com o paciente receptor.

Onde esta, neste caso, a dúvida ética?

O problema reside em dois diferentes planos, que vêm sendo objeto de discussão há muitos anos:

1. A retirada de um rim, para doação-e, portanto, de manifesta livre e espontânea vontade-pode vir a lesar o próprio doador, especialmente no que se refere à sua função renal remanescente?

Ou, colocado de maneira mais prática, esta uninefrectomia no doador tem grandes riscos imediatos ou futuros para sua saúde?

Esclareça-se, desde já, que a seleção do doador vivo obedece a um protocolo universalmente aceito, considerado bastante rígido e capaz de eliminar, com segurança, indivíduos portadores de quaisquer doenças que possam pôr em risco não só sua própria saúde, como também a de seu parceiro, o receptor. Deste modo, quando selecionado, após passar por extensos testes e exames, pode-se afirmar que tais doadores possuem saúde física e mental quase sempre "perfeita". Digo quase sempre, pois hoje já se admitem doadores, por exemplo, com história prévia de litíase, hipertensão leve sem lesões de órgão, idade acima de 60 anos etc.

Assim, quando submetidos à intervenção para a retirada do rim, estarão em condições clínicas excelentes, capazes de suportar muito bem a agressão cirúrgica. Portanto, do ponto de vista de lesão imediata, o risco maior, de mortalidade destes pacientes, tem sido calculado, em grandes séries, variando entre 0,04 e 0,1%, considerado bastante aceitável para estas circunstâncias [1].

O ponto mais sensível desta discussão ética-quanto a futuros riscos para o doador-, porém, provem da controvérsia iniciada, na década de 70, pelos trabalhos do grupo de Brenner, Hostetter e outros [7],

quando demonstraram, em animais, que a substancial ablação cirúrgica de nefrons normais era capaz de permitir a deterioração da função renal remanescente. Isto se dá, segundo os autores, porque os nefrons residuais ficam submetidos à "hiperfiltração" e à hipertensão, levando à lesão do endotélio glomerular, esclerose progressiva e eventual perda total do órgão.

Estes trabalhos, a princípio, suscitaram grandes preocupações entre os nefrologistas e os transplantadores. Afinal, milhares de indivíduos já haviam, àquela altura, sido submetidos a nefrectomias unilaterais para doação, e poderiam estar em risco de perda progressiva da função renal remanescente.

Mas, como já aconteceu tantas outras vezes na medicina, estudos subsequentes, não só experimentais, mas também de revisão de doadores renais e de pacientes submetidos a grandes ablações renais, não confirmaram estas observações iniciais, trazendo maior tranquilidade para a transplantologia [6].

Ressalte-se que alguns autores continuam a sugerir que se deve manter alguma cautela quanto a essas observações científicas favoráveis: alguns alegam ser necessário um maior período de tempo (30 anos).

Este lado da questão ética ligada à doação parece, pelo menos por enquanto, estar sendo "resolvido" pelas comprovações científicas favoráveis, e a grande maioria dos países continua fazendo transplante de doador vivo relacionado, até os dias de hoje.

2. Ainda em relação ao doador vivo, o outro ponto em discussão se refere à utilização de pessoas que não apresentem relação de consanguinidade com o receptor, isto é, o doador "vivo não relacionado".

O fulcro desta questão está centrado no discutível altruísmo alegado por estes doadores. Ninguém ignora pois tem sido público e notório que inúmeras pessoas já se ofereceram para doar um rim, até em anúncios de jornais, mediante pagamento. Todos os serviços de nefrologia envolvidos em transplante também já tiveram a oportunidade de receber ofertas de doação, por dinheiro, obviamente oriundas de pessoas pobres e desesperadas.

Vamos inserir alguns comentários, a bem da verdade científica, para demonstrar que tais assuntos não pertencem a um consenso universal. No Brasil, ressalte-se, a doação "paga" tem sido evitada e recusada sistematicamente pelos transplantadores, não se constituindo verdadeiramente em um problema. Em alguns países, esta prática é comum: na Índia, por exemplo, um grande número de transplantes envolve o pagamento direto do doador vivo, uma atitude tolerada até hoje pelas autoridades e pela sociedade civil. Durante o Primeiro Congresso Internacional de Transplantes em Países em Desenvolvimento, realizado em maio de 92, em Singapura, o representante indiano revelou que, em seu país, cerca de 2000 transplantes são vendidos a estrangeiros, todo ano. E embora o custo do transplante esteja em torno de US\$ 10.000,00, o doador acaba ficando com apenas US\$ 1.000,00, enquanto o "intermediário" lucra cerca de US\$ 3.000,00.

Esta situação, embora absurda, sob o ponto de vista da ética tradicional ocidental, parece fazer sentido naquele país, onde a renda mensal média do trabalhador é de US\$ 11,00. Assim, com a "renda" obtida pela venda do Órgão, argumenta-se, uma pessoa pode sustentar a família por longos períodos [19]. Por mais horrível que isto nos possa parecer, o fato é que acontece e coloca mais uma carga sobre a profissão médica, já sobrecarregada por inúmeras dúvidas ético-morais. Tanto assim que o Prêmio Nobel de 1990, Doutor Joseph Murray, naquele mesmo congresso, discursou: "Considerando a diversidade de nações no mundo, não é realista esperar-se unanimidade de leis, religiões ou culturas em todos os seis continentes. Mas, em minha opinião, o ponto convergente do entendimento e da ação está com a profissão médica". Há alguns anos, no entanto, o uso de doadores não aparentados entre nós foi muito comum, chegando a representar 11% dos transplantes em 1981, mas, de 1985 para cá, seu número decaiu bastante [10].

Também não custa lembrar que a carência internacional de doadores tem levado outros países de melhores condições sociais do que o nosso a utilizar, moderadamente, o doador vivo não relacionado (e não pago), de maneira quase "experimental", com excelentes resultados [15].

Hoje, em nosso país, quando necessário, prefere-se a utilização de pais e irmãos adotivos e cônjuges, todos considerados "emocionalmente relacionados" ou "doador parente", o que facilita sobremaneira a aceitação pelo grupo médico.

Mas o assunto se torna ainda mais complexo quando examinamos o doador cadáver. A utilização inicial deste tipo de doador remonta aos anos 60 e 70, quando as verdadeiras questões eram outras: discutia-se, naqueles dias, o valor do transplante em si, se valia ou não a pena transplantar, pois os resultados eram medíocres. Por outro lado, o debate sobre a "morte cerebral" dominava o assunto dos transplantes, tanto do ponto de vista técnico como ético.

Curiosamente, o que muitos não se dão conta e que, desenvolvendo-se, neste período turbulento e incerto, a visão atual da "doação altruística" foi, essencialmente, uma invenção da comunidade médica transplantadora, e não da sociedade como um todo [14].

Esta surpreendente conclusão tem sido alvo de muitas críticas e debates recentes, dados os grandes progressos obtidos neste campo. Alguns afirmam que, naquela época, a não-utilização de dois rins, perdidos por recusa da família, não criava uma situação crítica, pois havia poucos pacientes em diálise e os resultados do transplante não eram alentadores. Na verdade, muitos pacientes-conhecedores deste insucesso-recusavam a cirurgia. O crescimento da diálise era lento e não trazia problemas éticos ou econômicos.

Hoje, a verdade é diferente: temos milhares de pacientes em diálise, aguardando e desejando um transplante cadavérico, de resultado muito melhor; além do mais, a demanda do transplante é maior do que a oferta, fazendo crescer indefinidamente a fila de espera, com reflexos sociais e econômico-financeiros de grande magnitude.

O transplante de cadáver passou, assim, a ser de suma importância para a comunidade, com o assunto extrapolando o meio científico e passando a interessar a toda a sociedade.

Apesar deste interesse, muitas são as barreiras a serem vencidas nesta luta pela massificação do transplante cadavérico, e é necessário que isto fique claro, para que os esforços empenhados não sejam seguidos de desilusões e sensação de fracasso, como acontece no Brasil.

Um grande passo para vencermos esta luta será dado com a nova lei de doação e transplante de órgãos que brevemente estará em vigor, permitindo o reconhecimento da "morte cerebral", desanuviando, tecnicamente, uma área difícil, isto é, a da responsabilidade jurídica dos médicos envolvidos na colheita dos órgãos. Aceitos os critérios (anteriormente estabelecidos pela Resolução 1346/91 do CFM), caberá aos médicos apenas segui-los, documentar tecnicamente a situação clínica (o que é razoavelmente simples) e, portanto, isentar-se de futuros responsabilidades legais.

Além disto, a mesma lei oferecerá aos cidadãos a possibilidade de doar, ainda em vida, seus órgãos para uso em transplantes, após a morte. Deste modo, a abordagem aos familiares do cadáver também estará facilitada, pois supostamente estes mesmos familiares já terão conhecimento da vontade do falecido, expressa ainda em vida, e que deverá ser respeitada pelos sobreviventes.

Parece, portanto, que duas das principais barreiras que vêm dificultando a utilização do Órgão cadavérico estarão sobrepujadas, quando da implementação desta nova lei. Engana-se quem pensa, no entanto, que tal lei trará a solução definitiva, pois, mesmo em países mais adiantados, leis semelhantes não conseguiram resolver o problema da oferta de órgãos, embora o tenha amenizado.

Nos Estados Unidos, por exemplo, o número de transplantes renais de cadáver cresceu bastante após a implantação da lei, mas estabilizou-se nos últimos anos. Já o total de pacientes transplantáveis continua a crescer à razão de 6,4% ao ano, pela inclusão de novos pacientes com doença renal terminal, fazendo aumentar interminavelmente a "lista de espera". [16].

No Brasil, aliás, tanto a imprensa quanto a classe médica muitas vezes argumentam que centenas de transplantes renais deixam de ser realizados, anualmente, pela ausência de regulamentação e de organização adequadas. Noticia-se e discute-se a morte acidental ou violenta de milhares de pessoas-muitas jovens-e que não são utilizadas como doadores. Os hospitais de pronto-socorro mostram a crueza destas estatísticas, e os jornais estampam o "recorde mundial de acidentes de veículos", por exemplo. Estas notícias não deixam de ser verdadeiras, mas a argumentação ético-moral para o aproveitamento "em massa" destes órgãos é de difícil aceitação para a Sociedade Brasileira de Nefrologia, pois, assim agindo, de certo modo estamos aceitando estes altos índices, insuportáveis e vergonhosos.

Onde está o verdadeiro comportamento ético? Devemos denunciar esta abominável situação e simplesmente nos recusarmos a utilizar estes órgãos, conseguidos de modo tão

ultrajante para nossa consciência, ou aceitá-los, procurando salvar uma outra vida inocente?

Esta e outras questões continuam a dificultar a obtenção de rins de cadáver em quantidade suficiente para suprir a demanda, pois, além dos aspectos éticos, fatores psicológicos, religiosos, técnicos, econômicos e morais devem ser levados em consideração.

A religião muçulmana, por exemplo, tem dificuldade em aceitar os critérios atuais de doação em vida, e somente a Arábia Saudita realiza transplantes de cadáver em grande número [19].

Já a religião católica e judia permitem este tipo de tratamento, por considerarem moralmente sólido o argumento da morte cerebral, segundo a interpretação da Lei Judaica e a Pontifícia Academia de Ciências [11].

Diferenças raciais-ou sociais-também podem ter muita influência nos programas nacionais de transplante. Uma situação, vinda dos Estados Unidos, pode ser considerada um bom exemplo. Lá, pacientes negros recebem e doam menos do que as outras raças. O fato de receberem menos transplantes renais poderia ser explicado por preconceito e desequilíbrio social inerentes àquela sociedade, mas as razões para a modesta doação negra são mais complexas de compreender.

Em estudos realizados em 1987, Callender analisou os motivos desta situação, identificando várias causas potenciais:

- falta de comunicações adequadas entre a comunidade médica e os africano-americanos;
- falta de conhecimento em relação aos transplantes;
- superstições religiosas;
- medo de ser declarado morto, prematuramente, se possuir "cartão de doador";
- ter certeza de que os órgãos doados por africano?americanos seriam utilizados preferencialmente por receptores africano?americanos [3,4]

Embora no Brasil não tenhamos estudos semelhantes, é fácil deduzir que algumas das razões alegadas no estudo americano poderiam ser aplicáveis às nossas grandes comunidades desfavorecidas. O reconhecimento e o enfrentamento adequado destas alegações, pela comunidade científica brasileira, certamente deverá ajudar o equacionamento de nossos problemas, no campo do transplante de órgãos. Alguns estudos estimam que cerca de 10.000 doadores potenciais deixam de ser utilizados por ano na América, principalmente por negação-pelos familiares-da doação de órgãos [5].

Este número alarmante traz à baila outro ponto de discussão, de caráter eminentemente ético: a recompensa, aos familiares, pela doação dos órgãos do falecido. A sociedade

americana já discute abertamente, geralmente tendo a classe médica como arauto, esta hipótese que há alguns anos seria considerada intolerável [13,17,18].

Inúmeras tem sido as propostas de "incentivos" e não resta dúvida de que em futuro breve algumas delas deverão ser implementadas. Entre estas, destacamos algumas consideradas bastante aceitáveis: reembolso de despesas com o falecido, doação a obras de caridade indicadas pela família, facilitação de recebimento de seguros etc. A principal razão alegada pelos defensores desta atitude é a negação da doação pelos familiares, ao saberem que não teriam nenhuma compensação financeira pelo ato [14].

Certamente este tipo de "incentivo" não se aplica ao Brasil, onde a penúria de transplante de cadáver parece ser muito mais dependente de falta de organização e divulgação adequadas, já que alguns grupos relatam índices satisfatórios de aceitação pelos familiares [9,12].

Aqui, a questão financeira é de outra natureza: o financiamento dos programas de transplantes. Por um lado, as organizações de seguro saúde privadas não têm se interessado pelo problema, excluindo, na maioria das vezes, este tipo de procedimento de seus contratos. Também muitas instituições de seguridade social de grandes empresas estatais dificultam ou explicitamente o proíbe. Isto obriga a maioria dos pacientes a procurar os serviços públicos para conseguir transplantar, naturalmente afunilando o processo. Por outro lado, o pagamento pelo INAMPS, hoje o maior e quase exclusivo financiador da doença renal crônica, é considerado insuficiente pela maioria dos centros privados, o que tem limitado esta cirurgia, principalmente, aos hospitais públicos e universitários, como demonstra um oportuno e recente levantamento de custos realizado por um grupo experiente [8].

Manter os transplantes limitados aos centros públicos e universitários é uma evidente aberração, constituindo-se, talvez, no maior empecilho para seu pleno desenvolvimento.

Em primeiro lugar, a configuração do sistema de saúde brasileiro, especialmente no tocante a instalações hospitalares, quer se queira ou não, é completamente dependente de entidades privadas, com ou sem fins lucrativos. Não adianta arbitrar preços e custos abaixo da realidade, pois, assim fazendo, estará o Poder Público conspirando contra o crescimento dos transplantes, pois o "sistema" continuará afunilado, por deixar de fora os hospitais privados.

Um bom exemplo, oriundo da própria nefrologia, são os centros de diálise distribuídos por todo o país. O modelo, neste caso, foi baseado na permissão para o estabelecimento de centros privados, com pagamento adequado, que hoje são responsáveis por mais de 90% dos pacientes em tratamento no Brasil. Apesar de ainda defeituoso, a nosso ver, este "modelo da diálise" mostrou-se muito mais eficaz, permitindo o acesso de milhares de pacientes, até em locais onde o poder público está notoriamente ausente.

E, por outro lado, após 30 anos de existência como terapêutica consagrada, o transplante já deixou, por todo o mundo civilizado, de ser uma atividade "universitária", tornando-se um procedimento rotineiro dos serviços de nefrologia e de transplante. É simplesmente

absurda a idéia de centros universitários se dedicarem à realização rotineira de transplantes renais intervivos. Isto ainda ocorre entre nós, infelizmente, porque só estes serviços-subsuencionados pelo governo-conseguem continuar funcionando.

Não custa lembrar que para o meio acadêmico-nos centros internacionais-deixou-se a pesquisa e a investigação clínica relacionadas ao assunto, verdadeiras *raisons d'être* da universidade, que deve se interessar apenas pelo ensino e pelo desenvolvimento de medicina "de ponta".

Assim, apesar da resolução do CEM quanto a morte cerebral e da entrada em vigor da nova lei-dois marcos muitíssimo importantes- enquanto o financiamento para transplantes, tanto pelo poder público quanto pelas empresas privadas de saúde, continuar magro e inconstante, levando à sua quase monopolização por alguns centros privilegiados, não se pode esperar um real e benéfico incremento desta forma de terapêutica.

Todas estas considerações devem ser levadas em conta para podermos definir, com maior precisão, a "ética do transplante". Afinal, tanto do ponto de vista do paciente renal crônico, como dos profissionais envolvidos com seu tratamento, é o bom transplante que garante a melhor qualidade de vida.

Sem dúvida, a negação do transplante, por qualquer uma das razões analisadas anteriormente, poderia ser considerada, pelo Código de Ética Médica, uma infração.

Mas é importante frisar, em que pese as palavras do Professor Murray, que existe aqui um importante componente ético dependente dos poderes constituídos e da sociedade em geral, que necessita participar mais ativamente deste longo processo de transformação, opinando, legislando, financiando e doando órgãos, sem onerar demasiadamente a classe médica, já atormentada por tantas dúvidas e frustrações, na luta diária contra a doença renal.

Bibliografia

1. Blay, William H. et. ai.; The Living Donor in Kidney Transplantation, *Annals of Internal Medicine*, 106:719,1987.
2. Bertolatus, J.A.; Living Donor Kidney Transplantation: What did We Learn During the 1980's? What Should We Learn During the 1990's? *Am. J. Kidney Dis.*, 17:596, 1991.
3. Callender, C.O.; Organ Donation in the Black Population: Where We Go From Here? *Transplant Proc.* 19, Suppl 2:36, 1987.
4. Callender, C.O.; Organ Donation in Blacks: A Community Approach. *Transplant Proc* 19:1551, 1987.
5. Evans R.W. et al.; The Potential Supply of Organ Donors. *JAMA* 267:239,1992.
6. Fine, Leon G., et al.: Of Rats and Men: The need for more convincing clinical Studies on the Progression of Renal Diseases. *Am J K Disease*, 17:258,1991.

7. Hostetter TH et al.; Hyperfiltration in remnant nephrons: A potentially adverse response to renal ablation. *Am J Physiol* 241:F85, 1974.
8. Medina J.O.P. et al; Estruturação de Programa de Transplante Renal em Hospital Não Universitário de São Paulo, Abst., XVI Congresso Brasileiro de Nefrologia, pg. 43, 1992.
9. Menezes, J.A.V. et al; Rio de Janeiro Transplante (RJ-Tx). Abst, XVI Congresso Brasileiro de Nefrologia, pg. 55, 1992.
10. Neumann, J. et al.; Desenvolvimento dos Transplantes Renais no Brasil. *J.B. Nefrologia*, 11:71, 1989.
11. Ornellas, J.F.R.; Aspectos Éticos do Tratamento da Insuficiência Renal Crônica *J.B. Nefrologia*, 14:3, 1992.
12. Pestana, J.O.M. et al.; Guia Clínico para o Transplante Renal. *J.B. Nefrologia*, 14:66, 1992.
13. Peters, TG; Life or Death: The Issue Payment in Cadaveric Organ Donation, *JAMA* 265:1302, 1991.
14. Peters. T.G.; Financial Incentives in Organ Donation: Current Issues. *Dial and Transp.*, 21:270, 1992.
15. Pirsch, J.D. et al.; Living Unrelated Renal Transplantation: Results in 40 Patients. *Am. J. Kidney Dis.* 12:499, 1988.
16. Port, F.K. et al; The Impact of Nonidentical ABO Cadaveric Renal Transplantation on Waiting Times and Graft Survival. *Am. J. Kidney Dis.* 17:519, 1991.
17. Spital, A.; The Shortage of Organs for Transplantation: Where do We Go From Here? *N. Engl. J. Med.* 325:1243, 1992.
18. Spital, A.; Overcoming the Organ Shortage: What are we Missing? *Dial. and Transp.*, 21:537, 1992.
19. Warren, J.; Conference Review: First International Congress on Transplantation in Developing Countries. *Dialysis and Transplantation*, 21 :626, 1992.

Ética e Imprensa e a Ética da Imprensa

Sydnei Rezende

Ao contrário do que se imagina, o debate em torno do tema ética jornalística é intenso tanto na Europa como nas Américas. E verdade que com o avanço da democracia no Brasil,

multiplicam-se as visões sobre conceitos pouco palpáveis como liberdade de imprensa, imparcialidade e informações fidedignas.

Acertadamente exige-se responsabilidade do jornalista, porém deve-se lutar por uma atuação mais presente da sociedade. Em 1956, o pensador Theodore Peterson resumiu em 7 (sete) pontos as suas críticas ao que chamou de "deficiências mais evidentes da imprensa":

1. tem concentrado um enorme poder para os seus próprios fins. Seus donos têm divulgado apenas suas opiniões, especialmente em assuntos econômicos e políticos, em detrimento de opiniões contrárias;
2. tem sido subserviente às grandes empresas e, às vezes, tem permitido que os anunciantes controlem a linha editorial;
3. tem sido resistente à mudança social;
4. tem dado mais atenção ao superficial e ao sensacionalista do que ao realmente significativo na sua cobertura dos acontecimentos;
5. tem colocado em perigo a moral pública;
6. tem invadido a privacidade das pessoas;
7. está controlada por uma classe sócio-econômica vagamente definida como "classe empresarial", que dificulta o ingresso de novas pessoas no negócio, colocando assim em perigo o livre e aberto mercado das idéias (1).

Para coibir estas imperfeições, os meios de comunicação têm apelado para normas de redação, códigos de ética, constituição de críticas internos (onde cintilam figuras como os ombudsmen), e a criação de conselhos de imprensa.

Aos ouvintes, telespectadores e leitores tem-se destinado a seção de cartas e departamentos de atendimento aos consumidores. É pouco. Até mesmo os conselhos de imprensa estão deficientes e também não funcionaram onde nasceram: nos Estados Unidos. Em 73, foi criado lá o Conselho Nacional de Imprensa e, em 22 de março de 84, os seus membros decidiram fechar as portas. Razões específicas e internas.

A iniciativa poderia servir como estímulo ao diálogo entre os próprios jornalistas e um canal a ser usado com a sociedade. A rigor os jornalistas pregam o direito a crítica no quintal dos outros. Quando se trata de dissecar as suas próprias feridas, brota o sentido de corpo e urge a raiz autoritária, tão entranhada em nossa gente. Soma-se a isso o medo da própria sociedade em questionar a mídia. Os norte-americanos nos impuseram a imagem "inquestionável" do 4º poder. Bobagem!

Diariamente a imprensa e a mídia eletrônica erram. Esta verdade é indiscutível. O que está em foco hoje, no entanto, são agressões a conceitos éticos nem sempre definidos, mas

captados. A ética pode morrer na filosofia, provavelmente não na matemática. Ética, em jornalismo, é moral. Moral na sociedade é mutável. Certa vez, um velho homem da imprensa já cansado de tanto blá?blá?blá sobre esse assunto provocou a platéia: "É preciso haver alguém em uma organização para dizer aos outros como fazer um trabalho honesto e responsável?"

Posturas e Condutas

O jornalismo precisa fugir da falsa noção de notícia transmitida ao público. Hodding Carter (2) resumiu o caráter essencial da profissão como uma busca constante de notícias, mas com responsabilidade, independência, verdade, exatidão, imparcialidade e honestidade.

Poderíamos acrescentar mais um elemento, o direito à resposta. O lamento daqueles que se sentem vítimas da imprensa é não obter o mesmo espaço concedido a acusação. Frequentemente, eles têm razão. Compete aos jornalistas manterem a equidistância. Conciliar a necessidade de noticiar com a verdade dos fatos. Parece cada vez mais absurdo transmitir uma notícia sem se ouvir os vários agentes envolvidos. A história dos dois lados é outra baleia. Sempre existem muitos lados. Notícia não interessa a um único setor. Notícia é movimento, incomoda e molesta. Neste caso, não vale a máxima irresponsável: o que é verdade? E, sim, quantas verdades estão envolvidas nisso? Você despreza a ver são do fato?

Os aliados venceram a Segunda Guerra e lançaram sobre os erros fados a sua verdade. Hoje, os japoneses ameaçam se insubordinar através de outro campo de luta. Diz o parlamentar Shintaro Ishihara (3): "O chip de um megabyte usado nos bancos de memória de um computador tem um milhão de circuitos em uma base de sílica, que tem um terço do tamanho da unha do meu dedo mindinho. Esse componente vital só é fabricado no Japão. A indústria japonesa controla o mercado de maneira quase total. Os Estados Unidos têm know-how, mas faltam-lhe os engenheiros e os técnicos para produzir os chips. Sem um sistema integrado de criação e manufatura, o conhecimento, por preciso que seja, de nada serve". Nada como um dia depois do outro.

Voltemos para a discussão que envolve o indivíduo. Todos nós já ouvimos falar de difamação, calúnia e injúria. Difamação (revelar as falhas verdadeiras do próximo sem provas suficientes) e calúnia ou injúria (forjar uma falsa acusação contra o próximo, de modo a prejudicar sua reputação) (4). Na discussão política, estes limites são embaralhados pelos próprios envolvidos, e a imprensa é mais vítima do que promotora da discórdia. Esta constatação não pode impedir a análise crítica do papel do jornalista.

A imagem primitiva do "consiga a reportagem e publique-a" está sendo substituída por "muito bem, apure melhor, cheque todos os dados e publique-a". Ou seja, apesar da arrogância injustificada dos profissionais da informação, cresce a necessidade de parâmetros. Há um preconceito já sedimentado contra o sensacionalismo e a ação de sensacionalistas. O número de aulas sobre ética tem aumentado no país. As universidades criaram cadeiras voltadas para o debate do cotidiano jornalístico. A discussão surge à margem de sindicatos e da própria Associação Brasileira de Imprensa. As entidades de

classe são dirigidas por abnegados, ainda incapazes de mobilizar a categoria. É incrível a falta de prestígio destas representações quando o assunto é política salarial.

Já se disse que o jornalista é o especialista em generalidades. Hoje, o profissional está se aperfeiçoando. Em breve, em mais quantidade, teremos talentos conhecedores dos meandros da medicina como se médicos fossem. Esta segmentação não impedirá polêmicas como a capa da Revista Veja, que trouxe, em close, o rosto do cantor Cazuza, portador do vírus da AIDS, nos seus últimos dias. No futuro, como no presente, vozes ressentidas se voltarão contra a média agressora. Nesta hora se reacenderão opiniões sobre a ética jornalística.

Os repórteres devem saber combinar a denúncia com o dever de informar corretamente. Pode-se revelar uma notícia sem o ranço da denúncia barata. O charme do jornalismo investigativo é apurar, apurar e apurar. Neste caso, o público tem o direito de saber o que é público. "Interesse do governante não é sinônimo do governo. E interesse do governo não é sinônimo de interesse público. Não raramente, são antônimos". Outra preocupação ética: "O fato de que uma mentira está em boca alheia não elimina a responsabilidade de quem a veicula. Assim, o jornal pode considerar legítimo publicar a declaração que supõe mentirosa, mas tem o dever de informar ao leitor sobre razões de reserva ou descrença em face da afirmação".(5)

Medicina e Média-Conclusões

Além do exposto, vale a regra de que o exercício da ética jornalística dependerá da consciência de quem transmite as notícias ao público. O controle desta relação deve ser exercido por regras definidas e pela sociedade civil. Levando-se em conta que uma transmissão ao vivo é um bom momento para se testar a liberdade de imprensa de um veículo.

Daqui para adiante, a tecnologia se desenvolverá como uma força auxiliar do talento do jornalista. A informática já está nas redações. Parece absurdo ainda se utilizar a máquina de escrever manual. É impossível que a diferença entre ricos e pobres diminua com o entrelaçamento dos sistemas de redes eletrônicas. As informações secretas serão cada vez mais democratizadas. Os limites entre o público e o privado serão encurtados. A remuneração da mão-de-obra já é uma discussão ética. Como apostar no desenvolvimento com a perpetuação da miséria? E o mercado universal? Os jovens profissionais já disputam vagas sabendo que hoje deve-se dominar pelo menos dois idiomas. A rede de televisão norte-americana (CNN) b a primeira a comprovar a tese de que o jornalismo já é global, via satélite e com equipamentos portáteis de eficiente uso. Notícia é um negócio, notícia é um negócio valioso.

Diante deste quadro, a medicina está intimada a mergulhar na tecnologia como ponto de partida na cura de doenças. A diferença é que a sociedade precisa saber rápido destes avanços. As campanhas de vacinação, de controle de acidentes de trânsito, de orientação de cura de epidemias são alguns exemplos da importância da aproximação com os meios de comunicação. Os profissionais da área de saúde não podem se escusar de disputar cada

segundo que a mídia oferecer. As grandes indústrias farmacêuticas já descobriram como combinar campanhas publicitárias com a fabricação de medicamentos em escala (e).

A propaganda de cigarros, por exemplo, é um bom elemento de discussão. Ela costuma ser ética? É pouco provável que ela venha a ser banida dos meios de comunicação, mas já esta sendo controlada. O melhor combate é a ocupação do espaço da informação. A imprensa conscientiza, a publicidade tenta convencer. Os médicos podem ser os poderosos instrumentos desta contra-informação. Os programas de rádio e TV e as reportagens publicadas em revistas e jornais devem ser cada vez mais fiéis à verdade científica. A saúde da população poderá melhorar, se as comunidades souberem como evitar o mal. A credibilidade do médico não é mais medida pela quantidade de tempo em que fica confinado no consultório. A história obriga-o a ir para os refletores e expor as suas idéias. Nesta hora, ele saberá, a exemplo dos jornalistas, porque o debate em torno da ética é intenso na Europa e nas Américas.

Bibliografia

1. Theodoro Peterson, Wilbur Schramm e Fred S. Siebert, *Four Theories of the Press*, (Ed. da Universidade de Illinois, 1936).
2. Hodding Carter Foreword, in Clifford G. Christians, Kim B. Rotzoll e Mark Fackler, "Media Ethics: Cases and Moral Reasoning" (Nova Iorque: Longman, Inc, 1983).
3. Shintaro Ishihara, *The Japan that can say no*, Ed. Simon & Schuster, Nova Iorque, 1989.
4. Conceitos do Rev. Edward A. Malloy, C.S.C. in *As Responsabilidades do Jornalismo*, organização de Robert Schmuhl, Ed. Nordica, 1984.
5. *O Globo-Manual de Redação e Estilo*, organizado e editado por Luiz Garcia, São Paulo, Ed. Globo, 1992.
6. *A Propaganda de Medicamentos e o Mito da Saúde*, José Gomes Temporão. RJ Edições Graal, 1986.
7. *Manual de Radiojornalismo* Jovem Pan, de Maria Elisa Porchat, Ed. Ática, 1989.

Ética das Publicações Médicas

Júlio César Meirelles Gomes

Juramento de Hipócrates.

"Ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes."

Legislação

Constituição Federal

Dos Direitos e Garantias Fundamentais

Art. 5.º-

XVI-É assegurado a todos o acesso a informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional.

XXVII-aos autores pertence o direito exclusivo de utilização, publicação ou reprodução de suas obras, transmissível aos herdeiros pelo tempo que a lei fixar.

IX-é livre a expressão da atividade intelectual, artística, científica ou de comunicação independentemente de censura ou licença.

Lei nº 3.268/57

Art. 2.º-... e os Conselhos Regionais de Medicina são órgãos supervisores da ética profissional e ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica (...)

Art. 15-

c) fiscalizar o exercício da profissão de médico.

Decreto Lei nº 4.113/42

Publicidade Médica

Art. 1.º-é proibido ao médico anunciar cura de doenças sem tratamento próprio, exercício de mais de duas especialidades, consulta por correspondência, especialidade não reconhecida, agradecimentos manifestados por clientes, alusões detratórias e escolhas médicas e terapêuticas reconhecidas pela legislação do país etc.

Código Penal

Art. 196-fazer concorrência desleal

Parágrafo 1.º-comete crime de concorrência desleal quem:

I-publica pela imprensa ou outro meio falsa afirmação;

II-presta ou divulga com intuito de lucro falsa informação;

III-emprega meio fraudulento para desviar em proveito próprio clientela de outrem.

Art. 184-Dos crimes contra a propriedade intelectual-violar direito autoral-pena-detenção de Ires meses a um ano ou multa.

Parágrafo 1.º -se a violação consistir na reprodução por qualquer meio de obra intelectual no todo ou em parte para fins de comércio, sem autorização expressa do autor ou de quem o represente(...)

Art. 153-Divulgação de segredo

Divulgar a alguém sem justa causa conteúdo de documento particular (...)

Art. 154- Violação de segredo profissional

Revelar a alguém sem justa causa segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão e cuja revelação possa produzir dano a outrem.

Lei n. 5.988/73 (Lei dos Direitos Autorais)

Les. CFM?DF 055/85

Art. 8º-Dar parecer e acompanhar do ponto de vista legal e ético as pesquisas e ensaios clínicos desenvolvidos no estabelecimento de Saudi ainda quando de ensino.

Código de Ética Médica/88

Art. 102-É vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo único-permanece a proibição mesmo que o fato seja público ou tenha o paciente falecido ou quando depoimento como testemunha.

Art. 104-É vedado ao médico fazer referencia a casos clínicos identificáveis, exhibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações leigas.

Art. 105-É vedado ao médico revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores...

Art. 137-É vedado ao médico publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado, atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação.

Art. 138-É vedado ao médico utilizar-se, sem referencia ao autor ou sem a sua autorização expressa, de dados, informações, ou opiniões não publicadas.

Art. 739-É vedado ao médico apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Art. 140-É vedado ao médico falsear dados estatísticos ou deturpar a sua interpretação científica.

Art. 123-É vedado ao médico realizar pesquisa em ser humano sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido sobre a natureza e conseqüências da pesquisa.

Parágrafo único-caso o paciente não tenha condições de dar seu livre consentimento, a pesquisa somente poderá ser realizada em seu próprio benefício após expressa autorização de seu responsável legal.

Art. 126-É vedado ao médico obter vantagens pessoais, ter qualquer interesse comercial ou renunciar a sua independência profissional em relação a financiadores de pesquisa médica da qual participe.

Art. 127-É vedado ao médico realizar pesquisa médica em ser humano sem submeter o protocolo a aprovação e acompanhamento de comissão isenta de qualquer dependência em relação ao pesquisador.

Art. 131-É vedado ao médico permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, desde que de caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade.

Art. 132-É vedado ao médico... divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

Art. 133-É vedado ao médico... divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido por Órgão competente.

Res. CEM nº 1.036/80

Das entrevistas, comunicações e trabalhos científicos

Art. 7.º-O médico pode, usando qualquer meio de divulgação leiga, dar informações, dar entrevistas e publicar artigos versando sobre assuntos médicos que sejam estamento de fim educativo.

Parágrafo 1.º-em tais casos o médico deve ater-se aos postulados éticos do Código de Ética em vigor e as Resoluções do CFM

Art 8.º-por ocasião das entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações em público, deve o médico evitar sua promoção e sensacionalismo, preservando sempre o decoro da profissão.

Dos boletins médicos

Art. 14 -quando da emissão de boletins médicos, devem os mesmos ser elaborados de modo sóbrio, impessoal e verídico rigorosamente fiéis ao segredo médico.

Declaração de Helsinque/64

Recomendações orientando o médico em pesquisa biomédica envolvendo seres humanos. Declaração adotada na 18.a Assembléia Mundial de Médicos. Helsinque, Finlândia, 1964 e revista na 29.ª AMM, Tóquio, Japão, 1975.

Resolução Normativa 01/78 da Câmara Técnica de Medicamentos do Conselho Nacional de Saúde sobre a Pesquisa médica com medicamentos.

Resolução n.º 01/88 do Conselho Nacional de Saúde sobre aspectos éticos da pesquisa em seres humanos.

Publicação médica neste capítulo entende-se como a divulgação do resultado do trabalho intelectual do médico em jornal, revista ou similar destinado à classe (sem circulação restrita). O trabalho intelectual do médico no caso pode assumir várias formas: desde um simples relato, revisão, informe científico, tese, monografia, ou até artigo sobre generalidades de interesse para o exercício da medicina. Seja como for, o caráter essencial do relato ou da elaboração deve conter um apelo intrínseco à verdade, posto que, além do cunho científico, pode existir uma tese fruto da simples compreensão do autor e de difícil comprovação ou não reproduzível por técnicas ou meios conhecidos. No caso prevalece como dominante a relação médico-cultura, exigindo-se deste o mais fiel e irrestrito apego à honestidade no manuseio de informações ou do respeito à cultura humana inerente à prática da medicina. Convém não esquecer que a revista ou o congresso médico, ou outras formas convencionais de divulgação representam a simples expressão moderna das antigas sessões magistrais ocorridas em famosos anfiteatros de grandes hospitais da Europa ou da América do Norte, onde processos ou novas técnicas eram submetidas in vivo à apreciação de médicos notáveis, como por exemplo, o ocorrido com Liston no século XIX: "A amputação do membro inferior sob narcose produzida por éter praticada pelo cirurgião Roberto Liston, a 21 de dezembro de 1846, foi na Europa a primeira operação indolor. Abriu de par em par a porta a marcha triunfal da anestesia pelo éter, através da Grã-Bretanha, da Alemanha, da Áustria, da Suíça, da Itália e da Rússia. Segunda-feira, 21 de dezembro de 1846, era um dia muito frio; duvido, no entanto, que entre médicos e estudantes que se premiam nos bancos do anfiteatro fossem muitos os que se ressentiam do ar gelado. Já nas primeiras horas da manhã espalhou-se a notícia de que Liston preparava uma experiência sensacional". Do livro O Século dos Cirurgiões-Jurgen Thorwald. Claro, um congresso médico seria por excelência o fórum principal para a apresentação de novos medicamentos, técnicas ou observações de interesse científico e para fins de conhecimento e comprovação. No entanto, as revistas oferecem espaço mais conveniente para a divulgação de matéria, embora sem possibilidade de discussão, mas com o proveito de grande abrangência devido à tiragem e penetração em toda classe. Hoje em dia temos diversas modalidades de eventos destinados à discussão e promoção do tema científico, tais como seminários, jornadas,

mesas?redondas, cursos, congressos, congressos via satélite, teledebates, além de formas singulares de apresentação como vídeo etc. Enfim, a grande tecnologia no ramo das comunicações amplia de forma irrestrita a possibilidade de divulgação de assuntos médicos dentro ou fora da classe. Vale registrar uma auspiciosa tendência nos congressos médicos de inserir temas éticos no seu programa de natureza conexa à especialidade, como, por exemplo, "ética e infecção hospitalar", tema de uma conferência no Congresso Brasileiro de Doenças Tropicais, Manaus/1988. A SIDA trouxe, por outro lado, um verdadeiro boom de artigos sobre implicações éticas da doença e que tem ocupado grande espaço na literatura médica. Mas qual é o compromisso ético fundamental na elaboração de uma publicação médica? Qual dos princípios do Código deve ser evocado para atender aos preceitos de austeridade e lisura no trato com a informação científica? Em primeiro lugar, é o elemento contido no juramento de Hipócrates, a saber, "ensinar esta arte generosamente aos meus e aos seus filhos...", que, ao contrário do entendimento de nepotismo cultural do professor Jaime Landman, revela a compreensão magnânima de que o conhecimento científico constitui patrimônio da humanidade e só em seu proveito deve ser exercido. Embora o domínio de técnicas, como a habilidade, seja componente individual, a cultura médica é necessariamente de domínio público.

Em segundo lugar considerando a destinação do conhecimento médico em favor do semelhante, como ainda o semelhante como origem ou meio do próprio conhecimento, os Princípios I e 11 do Código são chamados a configurar que o homem não é apenas a medida, mas o princípio e o fim do conhecimento médico.

A Pesquisa

Origem das Publicações

Ora, como a grande maioria dos trabalhos médicos pretende alcançar a compreensão das doenças ou trazer subsídios para formulações terapêuticas mais eficazes, nada mais justo do que promover uma avaliação de princípios e normas que regem a pesquisa in anima nobili. Neste sentido convém lembrar que a Segunda Guerra Mundial representa um marco no acervo de deveres inerentes à pesquisa face às escabrosas ocorrências de violação dos direitos humanos em campos de concentração, ou fora deles durante a "social?democracia" nazista vigente na Alemanha entre 38 e 44. Com efeito, temos em primeiro lugar a Declaração de Nuremberg ou Código, editado em 1946, onde se destaca como primeiro artigo que "o consentimento voluntário do paciente humano é absolutamente necessário". Logo em seguida, a Declaração de Genebra reflete preocupações com as graves violações dos direitos humanos e o envolvimento da medicina no teatro da Segunda Guerra. Este Código traz como ponto fundamental "o respeito pela vida humana, ... desde a sua concepção". Finalmente na Décima Oitava Assembléia Mundial dos Médicos promovida em Helsinque, na Finlândia, e revista na Vigésima Nona Assembléia, em Tóquio, no Japão, vem a lume o mais abrangente acervo de normas que regulam a experiência médica com o semelhante, e, não apenas refletindo o respeito fundamental pela vida, como a sujeição da pesquisa ao bem?estar do pesquisado, colocado acima dos interesses gerais da humanidade! O CFM, por sinal, adotou esta resolução através da Resolução nº 1.098/82.

Neste sentido é muito claro o que dispõe o Capítulo XII do Código vedando aos médicos o direito de participar de pesquisas com fim bélico, racial, político ou eugênico, inclusive excluindo do rol dos pesquisados os pacientes desprovidos de autodeterminação, salvo quando a experiência possa trazer comprovado ou indiscutível benefício ao mesmo, sendo, portanto, de sua conveniência e através de autorização de prepostos. É vedado também realizar pesquisa sem que a mesma esteja avaliada por comissão isenta e que, em nosso caso, além do disposto no artigo 127 do Código, precisa atender ao artigo 8º da Resolução nº 055/85-CRM/DF, que cria comissões de ética médica nos hospitais e dá-lhes competência para avaliação dos protocolos. Fato interessante é que a pesquisa de uma nova droga deve ser feita sem qualquer prejuízo da terapêutica convencional e consagrada em andamento. Nossa preocupação central remonta hoje ao conjunto de ensaios terapêuticos que deverão ocorrer entre aidéticos em face do caráter grave da doença e à inexistência na atualidade de uma terapêutica etiológica satisfatória. Fato muito comum entre nós e que merece ser comentado é a não-sujeição dos protocolos de pesquisa às comissões de ética dos hospitais, sobretudo em hospitais universitários, onde a sede de publicação constitui não apenas via de emulação na vida acadêmica, mas exigência administrativa para ascensão no próprio magistério. Por sinal, torna-se deplorável o espírito de vaidade prevalente nas publicações destinadas aos congressos médicos, quando se pode observar que os destaques e as projeções científicas estão muitas vezes voltadas para a promoção pessoal. Os congressos médicos às vezes se transformam em vitrinas para exibição de atributos e qualificações, sem grande proveito científico. Há quem tenha dito que as mulheres se enfeitam mais umas contra as outras do que para os homens. Acho que a vaidade médica às vezes promove o mesmo efeito, quando se trata de congresso. A pesquisa médica, além do respeito incondicional à condição humana, tendo em vista a adesão espontânea e informada do candidato, consoante o princípio do *primam nan necere*, alcança também um segmento muito importante do Código que é a questão do segredo médico. Ora, sabe-se de antemão que a obrigação do segredo decorre do respeito ao acervo de informações confidenciais que pertence ao paciente, como o álbum de fotografias da família que o doente mostra ao médico em busca de elementos que possam elucidar a doença presente. Assim sendo, cabe ao paciente o direito de dispor das informações que possam submetê-lo a quaisquer constrangimentos da maneira mais segura, mais reservada e mais pessoal.

É claro que a adesão espontânea e informada ao protocolo de pesquisa que traga alguma vantagem ao benefício traz implícita a aceitação sobre a divulgação de resultados em números, dados ou imagens, resguardada a identidade do paciente.

Convém ressaltar que a proibição sobre a revelação do segredo persiste mesmo no caso de morte do paciente, ou mesmo que seja o fato de conhecimento público. Em caso de simples boletins, que são comunicações formais à sociedade sobre o estado de saúde do paciente, cabe uma definição simples do estado de gravidade, sem revelações de diagnóstico ou ainda falso diagnóstico, já que o médico, para encobrir a verdade que não lhe pertence, não precisa mentir, basta calar-se. O artigo 104 do Código de Ética Médica proíbe em cheio a divulgação de casos ou imagens, até em artigos que tornem o paciente identificável. As revistas médicas e os autores, talvez movidos pela preocupação exaltada com a ciência, têm descuidado desse aspecto sobretudo em casos de dermatologia ou cirurgia plástica, haja vista o "antes e depois" das plásticas de nariz. A proibição persiste, mesmo com a autorização expressa da paciente, posto que revista médica não é vitrina nem

out deor para promoção de médicos ou pacientes. O artigo 105 do Código de Ética Médica/88 veda ao médico a revelação de informações confidenciais obtidas no exame médico de trabalhadores. Às vezes esses exames são transformados em trabalhos de revisão e podem conter revelações em desacordo com a ética. A resolução CRM nº 1.036/80 é muito elucidativa sobre normas e procedimentos para publicação de trabalhos científicos, inclusive na imprensa leiga, com fim educativo, e não promocional, "devendo-se ater aos postulados éticos contidos no Código e nas Resoluções do Conselho Federal de Medicina".

É curioso que o Parágrafo 1º do Artigo 8º da Resolução em apreço chega a definir o que seja autopromoção, quando dispõe que o médico pode beneficiar-se no sentido de "angariar clientela, fazer concorrência desleal, pleitear exclusividade dos métodos diagnósticos e terapêuticos e auferir lucros", depois vai mais fundo a ponto de definir o que seja sensacionalismo!

A Antigüidade Opina

A propósito do tema publicação médica, não se pode perder a oportunidade de registrar uma pérola da literatura médica de autoria do professor Flaminio Fávero, sucessor do mestre Oscar Freire, titular de Medicina Legal da USP em 1924. Por sinal, o livro Deontologia Médica e Medicina Profissional, do professor Flaminio Fávero, é integrante da coleção do não menos ilustre e famoso Pontes de Miranda, notável jurista. Com efeito, lê-se à página 115, item 50, sobre boletins médicos: "Estes devem ser redigidos de tal sorte que certas moléstias tidas como secretas não possam ser reveladas. Infelizmente, não é isto que se vê muitas vezes. Médicos de responsabilidade, tratando de pessoas em evidencia, assinam continuamente boletins para a imprensa onde estados mórbidos, que deveriam estar contidos no âmbito intransponível do segredo são revelados direta ou indiretamente".

É impressionante a dieta de apuro e continência na preservação do sigilo, a discrição e reserva na declaração pública, atendo-se o médico apenas ao que convém e mais nada. Aliás, esta era a compreensão de Vouvernagues sobre a eloqüência: "Dizer apenas o que convém".

No item 53, o mestre Flaminio Fávero retorna ao tema e alude com muita propriedade à questão dos "reclamos" que significa anúncio ou publicação científica. Senão vejamos: "Nas suas publicações de reclamos, nunca o médico deverá empregar meios que impliquem desrespeito ao segredo profissional. São, pois, reprováveis, as publicações de retratos, nomes, endereços de clientes nos jornais". Ora, ressalte-se a intransigente defesa do segredo, o resguardo absoluto da identidade do paciente! Não é de estranhar, numa época em que a relação médico-paciente era impregnada da grandeza e do mistério que presidiam as relações entre padre e confidente!

A Pesquisa Médica

Isenção e Autonomia

A pesquisa médica propriamente dita está bem balizada no Capítulo XII, tendo como fulcro o Artigo 123 do Código de Ética Médica, que dispõe sobre a necessidade do consentimento informatizado a priori e, nos casos de deficiência mental, só mediante autorização da família e mesmo assim nos casos de indiscutível benefício para o doente. O Artigo 126 traz a baila uma questão que mereceu um enfoque especial. É a questão de "obter vantagens pessoais"- "em relação aos financiadores". Ora, uma forma dissimulada e sutil de obter vantagens pessoais é o recebimento de prêmios, presentes ou o que é mais freqüente, passagens para congressos com estados pagas por órgãos da indústria farmacêutica ou fundações especiais por elas mantidas. Apesar da sutileza da ajuda, vemos com muita reserva essa forma de "cortesia" da indústria que tem os interesses voltados para a medicina. Quando o agente da vantagem material não cria o vínculo moral de sujeição, ao menos cria uma suspensão sobre o médico entre seus pares, o que é moralmente desconfortável. Temos visto que a relação promíscua do médico com certos laboratórios, quando não gera promoção de seus produtos, cria ao menos uma certa inibição na rejeição do fármaco de valor discutível. E quem cala às vezes consente! Ora, além do mais sabemos que a maioria das revistas médicas de grande circulação, quando não são financiadas pela indústria farmacêutica, tem nela sua principal fonte de sustentação. Dai a suspensão.

Há algo que relatamos em aceitar como ético, embora o parecer do CREMESP diante de uma denúncia de nossa lavra tenha considerado como "fato desprovido de insulto ao Código", a inserção maliciosa da propaganda comercial de um produto farmacêutico no meio de um artigo sobre a substância básica do referido produto! É claro que esta montagem constitui uma esperteza comercial da revista, como pode o médico alegar em sua defesa no entanto o resultado final sugere ao leitor a recomendação do produto, e o médico sem querer vira "doutor propaganda". Acresce à observação que em regra os artigos publicados em revistas financiadas pela indústria farmacêutica são sempre, ou quase sempre, favoráveis ao Medicamento ensaiado, quando se trata de produto de laboratório que concorre para a edição da revista. Dai...

O Trabalho Científico

O Artigo 131 do Código de Ética Médica faculta ao médico a participação em veículos de massa, desde que seja para esclarecer e educar a coletividade, sem laivos de sensacionalismo ou autopromoção. Há poucos meses deparamos com uma propaganda política de um conhecido médico de uma cidade satélite de Brasília onde se lia apenas "vote no Dr....". Ora, o "Dr.", no caso, identificava com muita propriedade a condição de médico, e não apenas de cidadão elegível! No horário da propaganda eleitoral não é infreqüente deparar com candidatos de jaleco e estetoscópio no pescoço buscando vantagens políticas com a imagem profissional. Nos casos citados, além da antieticidade formal na forma de apresentação do médico, quer nos parecer que o artigo lesado em cheio é o 65 do Código de Ética Médica, onde se lê que o médico não deve aproveitar-se de situações decorrentes da situação médico?paciente para obter vantagens...políticas. Embora o artigo se relacione ao corpo?o corpo no trabalho médico, é aplicável a imagem do profissional na sua relação com o leigo. O Artigo 132 insiste em boa hora no descabimento ético sobre divulgação de

assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de caráter inverídico. Não são poucas as tentações criadas pela televisão em forma de entrevistas inocentes. Em Brasília, um conhecido jornal, para burlar as limitações impostas pela Resolução CRM/DF nº 56/85, alusiva a anúncios, tem usado mão de um artifício que é um tipo especial de entrevista sobre assuntos de saúde com destaque fotográfico do médico ou da instituição onde trabalha, sendo no entanto matéria paga. Quase todos estes casos resultaram em protocolo. É preciso estar alerta para as alternativas sutis da propaganda médica dissimulada. A questão da divulgação fora dos meios científicos de produtos em pesquisa, como prevista no Artigo 133, é pouco freqüente nos círculos acadêmicos idôneos e, quando ocorre, constitui em regra matéria de interesse irrelevante, e os conselhos tem feito vista grossa. Não me recordo de processo a respeito aberto no Conselho de Brasília. O Artigo 137, que veda a publicação de nome do médico em trabalho no qual não tenha participado, infelizmente não é raro nos círculos acadêmicos, embora de comprovação impossível. As equipes médicas de grandes serviços via de regra incluem o nome do titular (quando o mesmo não participa por iniciativa própria) por deferência, cortesia ou para satisfazer necessidades acadêmicas de publicações exigidas pelas escolas médicas. A realização do trabalho nos próprios do serviço é paga mediante "inclusão" do nome do titular entre o autores. O fato equívale ao útero de aluguel. Por sinal, nosso entendimento é que as associações médicas, congregações escolares, sociedades de especialistas e entidades representativas de docentes deveriam tomar a si a tarefa de fiscalizar esses procedimentos inidôneos ; embora tenha caráter venial, o pecado existe e traz no seu bojo reservas colossais de vaidades. Por outro lado, os conselhos estão sobrecarregados de protocolos e processos por razões graves.

O Código Espanhol

A título de ilustração vale a pena buscar em outros países elementos que balizem as publicações médicas a fim de que se tenha um referencial "externo" sobre os princípios e pontos fundamentais na discriminação da ética relativa à publicação. Senão vejamos, o Artigo 38 do novo Código de Ética Médica Espanhol, que dispõe: "O médico tem o dever de comunicar prioritariamente à imprensa profissional as descobertas que tenha realizado ou as conclusões derivadas de seus estudos científicos. Antes de divulgá-las ao público não-médico, as submeterá ao critério de seus companheiros, seguindo os rumos adequados".

Aqui é evidente a preocupação em resguardar a notícia para a comunidade médica com o fito de evitar sensacionalismo e facultar à classe a discussão preliminar da descoberta. O segundo item do Artigo 38 estabelece que, "ao publicar um trabalho de investigação clínica, os autores farão constar que seu protocolo foi aprovado e supervisionado por um comitê de ética". Perfeito, o Código estabelece a obrigação de submeter o trabalho a previa aprovação do comitê. O item 3 dispõe com mais detalhes sobre as impertinências éticas mais freqüentes e chama a atenção dos médicos: "Em matéria de publicações científicas, constitui falta deontológica as seguintes incorreções: dar a conhecer de modo prematuro ou sensacionalista procedimentos de eficácia ainda não comprovada ou exagerar na comunicação; opinar sobre questões nas quais não se faça competente; falsificar ou inventar dados; plagiar a publicação de outros autores; incluir como autor a quem não tenha contribuído substancialmente para realização do trabalho e publicar repetidamente os

mesmos achados". Fato curioso, e chamamos a atenção para este deslize ético vigente no seio de nossa comunidade acadêmica, infrequente, mas efetivo. Por outro lado, vale a pena assinalar o chamamento moral pela publicação repetida, como, por exemplo, verificamos com trabalhos apresentados num congresso médico regional e no congresso brasileiro de especialidade. A propósito, o fato despertou nossa atenção, porque, interessados no Congresso e membro da Comissão Organizadora, foi fácil verificar a dupla apresentação de alguns trabalhos, o que a nosso ver constitui ilícito ético bem contemplado no Código Espanhol.

Outras Reflexões

A Questão das Normas de Publicação nas Revistas Médicas

Não há no CRM?DF um protocolo sequer alusivo à publicação médica inadequada. Por outro lado, é lícito admitir que há numerosas publicações em desacordo com as normas, além de uma relação promiscua entre alguns médicos pesquisadores e instituições farmacêuticas. Ocorre, no entanto, que o ilícito é chamado de menor, ou crime sem sangue, conforme os jargões jurídicos e diante da sobrecarga de protocolos e processos por motivos graves, relevantes. Naturalmente estas questões são preteríveis.

De um modo geral as normas traduzem preocupações de estilo redacional, definição de autoria, apresentação e forma, sem qualquer menção relativa à publicação de fotos ou violação de sigilo de identidade. Há revistas que exigem uma definição de procedência do serviço em que foi realizado o trabalho, o que parece salutar.

É preciso restabelecer a verdade sobre normas de publicação. Para nosso gáudio e satisfação, deparamos com critérios de publicação contidos no Jornal de Pneumologia, que refletem preocupações éticas pertinentes ao tema e confirmam a impressão de que não cabe aos periódicos (jornais ou revistas médicas) se ater com fleuma e sisudez à qualidade do texto literário. Há critérios de autoria de grande pertinência ética, como, por exemplo, aquele que estabelece que "a inclusão de um autor em um trabalho encaminhado para publicação só é justificada se ele contribui efetivamente do ponto de vista intelectual para a sua realização". A norma é bem clara e constitui um preceito ético legal de autenticidade de autoria. Mais adiante, num surpreendente arroubo de entusiasmo, diz em negrito que "a simples coleta e catalogação de dados não constituem critérios para a autoria". A frase dispensa comentários. Não bastasse, ainda arremata para nosso gáudio pneumológico: "Sempre que pertinente, declarar no texto que o trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética do hospital". Como se ve em perfeita sintonia com a Resolução 1.036/86 do Conselho Federal de Medicina e com o Código de Ética Médica.

A título de ilustração, convém relatar que as primeiras publicações remontam ao período da medicina egípcia, 10 a 15 séculos a.C., e estão contidas no Papiro de Ebers, um dos muitos registros dos procedimentos técnicos da época. Há uma interessante escultura em relevo na pedra que mostra uma mulher em trabalho de parto assistida pelos deuses. Nesta gravura, como em tantas outras, não parece haver grande cuidado em resguardar do público leigo os fatos delicados da medicina. O conhecimento médico egípcio estava inscrito em vários papíros preservados de dinastia a dinastia.

A rigor, temos, no entanto, que a literatura médica efetiva, ou as primeiras publicações de cunho científico que buscaram reproduzir o conhecimento médico, foram os tratados escritos por Hipócrates, IV século a.C., entre os quais "Ares, águas e Lugares", um dos mais famosos, fixando para a posteridade lições magistrais de saúde pública. O conjunto da sua obra só veio a lume no século I a.C. por estudantes alexandrinos. O primeiro autor de fôlego enciclopédico foi Aulo Cornélio Celso, que se encarregou de escrever sobre todo o conhecimento das artes médicas praticadas. Foi o primeiro escritor médico a traduzir os termos pregos para o latim.

O médico Cláudio Galeno, grego de origem, tornou-se famoso na Roma Imperial a ponto de preferir conferências para a elite romana sobre temas de anatomia e fisiologia, enquanto uma dezena de escribas anotava os seus tratados. Seu discurso era ético, porque representava a fidelidade do conjunto de ações e pensamentos, além do compromisso da preservação e reprodução do conhecimento médico.

Uma forma de comunicação entre médico e público não médico, cada vez mais freqüente em nosso tempo e que não dispõe de normas e critérios bem definidos, é o "boletim" improvisado diante das câmeras de TV e microfones, sempre que o médico é assediado pela imprensa por conta de um paciente notável ou importante nos meios sociais ou políticos. A postura da falação de improviso sobre um paciente ou leitura de texto diante das câmaras tem crescido, e gostaríamos de tecer a respeito algumas considerações.

Em primeiro lugar, embora não seja interdito, não deve o médico se expor aos agentes da imprensa com seus truques e técnicas especiais para colher informações, quando não seja pelo risco potencial em dizer o que não deve ou negar o que não convém. Esses boletins colhidos de surpresa ou feitos de improviso criam sempre um destaque desconfortável para a imagem do médico, ou fazem-no tropeçar no tapete das etiquetas médicas. Não raro, vê-se o médico envolvido em minuciosas explicações sobre fisiopatologia e complexos fatores prognósticos que fogem à compreensão do grande público e revestem a intervenção de aspectos maçantes ou pretensiosos, deixando entrever arrogância cultural ou autopromoção às expensas de uma enfermidade alheia.

Ora, a questão é simples, o leigo quer saber se o doente está melhor ou não, se há chances de se salvar e quais são os resultados ou seqüelas que podem advir. O resto é jogar conversa fora ou investir na promoção pessoal.

A matéria encontra alguns parâmetros nos capítulos IX e X do Código de Ética Médica, que não satisfazem as nuances dos meios de comunicação, sobretudo quando se trata de uma entrevista ao vivo. É útil recordar o disposto na Resolução nº 1.036/80, que versa sobre a matéria. A questão do segredo é vital, e o médico só pode revelar o diagnóstico quando houver interesse da parte e autorização expressa da família ou do paciente, caso este possa determinar-se. Ou poderá o médico não fazê-lo, mesmo assim entregando ao interessado ou ao preposto o laudo e o diagnóstico e deixando a critério deste a revelação final. Só não lhe cabe mentir, nem como esforço supremo para encobrir a verdade, quer seja em favor do doente ou em nome de supostos e relevantes interesses sociais ou políticos. Há alguns meses ocorreu em Brasília um fato ilustrativo da difícil e temerosa relação entre

médico e imprensa. Um diretor de hospital, de índole afoita e empenhado em averiguar um suposto erro médico, alarmado com a repercussão pública do fato, convocou a imprensa em seu gabinete para um esclarecimento. Enquanto falava para alguns jornalistas, tinha à mão o prontuário aberto da paciente e não percebeu que por trás outro cinegrafista ou camera man fazia uma tomada especial que permitiu a leitura dos registros do prontuário. Pronto, foi o bastante para o médico acusado do suposto erro denunciar o diretor ao Conselho por infração ao Artigo 108 do Código de Ética Médica. Mas o boletim lido ou exposto é um comunicado público sobre o estado de saúde do paciente. Deve ser curto, conciso, claro, lavrado em linguagem leiga de fácil compreensão, sem termos técnicos arrevesados, sóbrio o bastante para infundir tranqüilidade sobre o que não foi dito, além de austero e transparente naquilo que está escrito. E mais nada.

Um Caso de Interesse

A propósito de publicação de artigo médico em órgão da imprensa leiga, vem à baila um caso ilustrativo oriundo do Cremesp que alcançou o CFM. Um médico foi punido no Cremesp por escrever artigos na imprensa leiga considerados atentatórios à dignidade de outro colega. Causou viva polemica o pretenso direito de um médico, exercendo a função de "jornalista", comentar de forma desairosa a conduta de outro profissional médico. Coube ao relator do caso no Conselho Federal entender que a publicação do médico como "jornalista habitual" na imprensa leiga não constituía infração ao Código de Ética ou às normas vigentes. O caso ilustra bem a possibilidade ética de comentar a conduta de outros médicos na imprensa leiga.

A respeito do caráter das publicações, tem a mais justa e fundada razão o preclaro duble de médico e jurista, professor doutor Genival Veloso de França, quando nos ensina que "essas publicações devem ser feitas sempre com a finalidade de intercâmbio dos conhecimentos científicos em órgãos de divulgação médica ou nas sociedades de classe, sendo vedada a divulgação através da imprensa leiga". Como se vê, e marcante a preocupação do autor em prescrever o caráter da publicação como impessoal, a serviço do intercâmbio científico, e não como vitrina para exposição de vaidades autorais.

A Publicação dos Trabalhos

O capítulo do CEM/88 corresponde as normas e diretrizes que reagem as publicações de trabalhos científicos o discernimento ético no trato com a informação científica e sua apresentação ao médico leitor. Senão vejamos. O Artigo 137, já comentado, por sinal veda ao médico "publicar em seu nome trabalho no qual não tenha participado" ou, para contemplar ainda melhor a nossa preocupação, "atribuir a si autoria de trabalho realizado por subordinados, mesmo quando executado sob sua orientação". Vejam a que ponto chega o esmero com a postura ética do médico redator de trabalhos ou na qualidade de pesquisador! A orientação das teses de mestrado ou doutorado ilustra bem esse principio da não-expropriação intelectual de terceiros. Claro, pode e deve o autor citar o orientador do trabalho como sói acontecer por sinal. Não mais do que isso. O Artigo 138/CEM veda ao medico por exemplo utilizar-se de informações ou opiniões não publicadas, sem a referencia ou autorização do autor, numa clara deferência ao principio da propriedade intelectual. Entende-se bem, não se trata de proibição na reprodução de textos publicados, o

que tem a ver com direitos autorais e reprodução comercial. E, por sinal, seria infração ética servir-se o médico do texto de outro médico para ilustrar trabalho, tese ou artigo? Em princípio, se o médico veda qualquer forma de reprodução, cópia ou citação para qualquer fim, neste caso, além do ilícito comercial, vemos uma rasura ao Código na forma do Artigo 137, mesmo que a publicação do texto de outrem seja parcial. Quanto à simples reprodução de livros ou textos para fins de estudo pessoal e sem caráter lucrativo, temos que possa existir violação do direito de propriedade comercial, mas não necessariamente um ilícito ético, embora seja desconfortável esta prática e o Conselho por sua vez não a recomende. O Artigo 139 veda ao médico "apresentar como originais idéias, ou descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

A Constituição

E o que significa no caso ser original? Entendemos que significa ter origem no próprio autor, ser da criação e da iniciativa do mesmo, o que não deve ser confundido com ineditismo. Esse princípio pretende exigir do médico absoluto respeito ao trabalho intelectual dos seus pares, sobretudo no âmbito da pesquisa, palco freqüente de colisões e pequenos abalos cismicos motivados pela vaidade ou arreigados interesses lucrativos. É evidente que a reprodução de parte ou do todo do texto de um autor sem autorização do mesmo ou referencia constitui crime contra a propriedade intelectual e violação flagrante do direito autoral. O Código de Ética Médica, como remete o médico a legislação vigente, sujeita-o, portanto, ao acatamento do direito estabelecido em lei. Vale citar o item XXVIII do Artigo 5.º, relativo aos direitos e deveres individuais e coletivos inscritos na Constituição, que assegura a proteção às participações individuais em obras coletivas e a reprodução da imagem e voz humanas inclusive nas atividades esportivas, acrescido do item XXVII, que estabelece que "aos autores pertence o direito exclusivo de utilização, publicação ou reprodução de suas obras, transmissível aos herdeiros pelo tempo que a lei fixar". Por fim, o Artigo 140, que veda ao médico "falsear dados estatísticos ou deturpar sua interpretação científica", claro sempre em proveito pessoal. Isto porque vemos que a interpretação equivocada ou desconhecimento de outros fatos é ocorrência freqüente na avaliação de fatos científicos. Sua deturpação consciente com o objetivo de vantagem pessoal direta ou indireta é crime de má fé ideológica. A comunidade científica médica mostra-se pouco afeita aos ilícitos éticos comentados, porquanto sua obstinação e devoção à pesquisa já exigem em regra um esforço intelectual tão acentuado e uma erudição tão consciente, que o médico esquece ou desaprende a burlar as normas éticas da convivência. Além disso, o confronto com a verdade científica é tão angustiante que não dá margem a pequenos descuidos éticos. A preparação intelectual do pesquisador em regra significa um irrevogável compromisso com a cultura, uma renúncia dissimulada as formas convencionais de lazer, além de trazer em seu bojo uma preocupação de benfeitoria ao semelhante, que o torna naturalmente cativo da ética universal.

Literatura e Medicina

Por fim, consideramos descabido falar sobre ética das publicações médicas sem deixar de consignar o valioso acervo literário dos médicos praticantes da literatura em forma de prosa ou poesia. Talvez depois do direito, a profissão que mais contribuiu para as letras em nosso país foi a medicina. A começar pelo conceito antigo de que o médico era um homem culto e

erudito que sabia e praticava a medicina. Por sinal esse caminho é de mão dupla, o que significa que há bons literatos de origem que praticam com êxito a medicina. É curioso, o médico via de regra abraça o gênero da poesia como forma preferencial de escoamento das reflexões. Qual a razão aparente? A economia de meios e o poder de síntese são atrativos para o médico, que escreve longos relatórios voltados para a busca do detalhe. Em segundo lugar, o exercício da abstração na tecitura inorgânica da poesia atende melhor aos anseios da busca do inefável, a perfeição que não encontra na condição humana, frágil e perecível. Esse contraste entre a quimera e a chaga que empolga o médico em favor da utopia. A vocação para o etéreo talvez se explique pelo desencanto permanente com a morte no plano real e pela degradação física da condição humana. Por outro lado, a palavra e o sentimento são elementos comuns à literatura e à medicina, além do empolgante e eterno conflito entre a vida e a morte, ser e não ser, que envolve a raiz do discurso e a raiz da alma. José Gonçalves de Magalhães, Visconde de Araguaia, começa esta família de escritores médicos que passa por Laurindo Rabelo, Roberto de Oliveira, Olavo Bilac, que cursou medicina até o 5º ano, o poeta Jorge de Lima, da Nêga Fula, o poeta bissexto Pedro Nava, o exímio sonetista Luiz Delfino, o moderno Jamil Almusar Haddad, Afrânio Coutinho e Afrânio Peixoto, o ilustre Egas Muniz Barreto, além de Guimarães Rosa, o andarilho de estarias. Enquanto a poesia perscruta os espaços em busca da compreensão para os gemidos d'alma, a medicina busca o lenitivo possível para a limitação física da condição humana. Portanto, temos que não são atividades excedentes, são vasos comunicantes e não apenas cabem na mesma cabeça, como às vezes se completam.

Termo de Agradecimento: o presente trabalho constitui uma homenagem ao conselheiro Afonso da Rocha Campos, que nos forneceu substrato para o presente capítulo e cuja conduta irrepreensível põe-se acima do discurso ético.

Bibliografia

- . A Medicina e sua História-EPUC-Editor José Maria de Sousa Meio- Rio de Janeiro-Brasil.
- . A nova Constituição da República Federativa do Brasil-1988.
- ALCANTARA, H. R. Publicidade Imoderada, in Deontologia e Diceologia Médica-1 a edição ed. Andrei-São Paulo, 1979 pág. 115 a 118.
- ALCANTARA, H.R. Juramento de Hipócrates, in Normas Legais e Éticas para o Exercício da Medicina-LTr Editora, São Paulo, 1984, pag. 517 e 520 a 526.
- CAMPOS, J.A. e CAMPOS, J.A. Publicidade e Divulgação-Capítulo livro O Hospital-a Lei e a Ética-Ed. LTr. 1976, págs. 103 a 107.
- FÁVERO, Flaminio in Responsabilidade Médica, cap. VI do livro-Noções de Deontologia Médica e Medicina Profissional-Livraria Pimenta de Mello, Rio de Janeiro, 1930, págs. 121 a 140, pág. 115.
- FRANÇA, G.V. in Direito Médico, 5ª edição FEBYK, São Paulo, 1992. Capítulo Publicidade e Publicações Médicas-pág. 166 a 180.
- LANDMANN, J., in revista VEJA, páginas amarelas, entrevista ano 1986.
- LANDMANN, J., in A Ética Médica sem Máscara, Livro ed. Guanabara-cap. Juramento de Hipócrates, ano 1985, págs. 20 e 21.
- MENDES, A.C., Segredo Médico-parecer da Assessoria Jurídica do CFM, 1980.

Nuevo Código de Ética y Deontología Médica-Espanha, 1990, Publicaciones
Profesionales art. 38.

THORWALD, J.-O Século dos Cirurgiões-Ed. Hemus SP parte 11-"Luz ou o Despertar do
Século"-pág. 97 a 123.