

## **PARA UMA INTERPELAÇÃO SOCIAL DA ÉTICA MÉDICA**

*Márcio Fabri dos Anjos*

As reflexões deste breve ensaio nascem de um contexto latino-americano e se alimentam em concepções cristãs. Sua finalidade é, em grandes linhas, colocar a pergunta sobre o social na ética médica. De fato, a ética médica parece estar mais freqüentemente pensada e aplicada ao nível das relações médico-paciente, dentro das fronteiras hospitalares. Seu ponto de encontro com o social está sem dúvida muito desenvolvido nas implicações jurídicas da prática médica. Chega-se a confundir às vezes a própria ética médica com a deontologia (legal) da prática médica. Entretanto, a dimensão social parece estar menos presente no seu estatuto específico enquanto ética. Buscamos então aqui recolher alguns elementos metodológicos em vista de uma ética médica que resgate a dimensão social em sua própria construção ética.

### ***1. A realidade social: um ponto de partida***

Para uma releitura da ética médica na América Latina, um ponto de partida indispensável é a consideração de seu contexto social. Surpreendentemente, esse contexto não se desenha apenas com as cores da pobreza. Grandes e sofisticados centros hospitalares se concentram em cidades como S. Paulo, Rio, Buenos Aires, além de outras menos conhecidas. Ali se desenvolvem pesquisas avançadas nos campos mais atuais da biomedicina; e reúnem condições para a aplicação de técnicas médicas ao mesmo nível dos importantes centros médicos de primeiro mundo. O valor das conquistas científicas que isto representa deve ficar muito claro. E que fique também claro que as possíveis críticas à ética médica a partir do mundo dos pobres não significa renunciar à cientificidade e ao progresso.

O ponto crucial do contexto começa exatamente pela disparidade entre os "mundos" sociais de ricos e pobres que simplesmente divide as chances de vida entre as pessoas. Este fato tem uma incidência direta nas questões do mundo médico-hospitalar e abre o caminho para questões agudas no campo da própria ética médica. Não é possível ter uma idéia mais exata desta disparidade sem falar em números e estatísticas que os meios de comunicação não hesitam em divulgar.

Os números da pobreza no Brasil, por exemplo, indicam que cerca de 33 % de sua população estão sobrevivendo com um salário mensal abaixo de US\$ 50 (cinquenta dólares), isto é, um salário de indigência. O resultado imediato é a fome e a doença, com sinais indisfarçáveis no seu próprio corpo: já em 1989 havia cerca de 13 milhões de brasileiros maiores de 18 anos com seu peso abaixo do normal<sup>1</sup>. Esta situação não é obra do acaso. As políticas de saúde na América Latina de modo geral (exceto Cuba) obedecem a um sistema político e econômico em que a vida e a saúde da população não são uma prioridade. Conforme uma leitura teológica da libertação, elas estão inseridas em um "sistema" causador de morte para grandes maiorias<sup>2</sup>.

Diante deste quadro, emerge uma questão de fundo sobre a relação entre indecência social e ética médica. Trata-se de uma questão metodológica que tem, por sua vez, uma resposta implícita segundo a forma de se conduzir a ética médica. Um pressuposto freqüente é assumir os campos da ética social e da ética médica como perfeitamente separáveis. Eles se tocariam apenas desde o ponto de vista material, como no caso de pobreza extrema que gera doença e morte, ao mesmo tempo que impede o acesso aos recursos médico-hospitalares.

Deixando de lado uma discussão sobre a formalidade específica de cada um desses dois campos éticos, podemos nos concentrar melhor sobre alguns aspectos da dimensão social da ética médica.

## 2. A questão sobre os Sujeitos

A experiência amarga dos pobres no campo da saúde faz levantar uma primeira questão ao conjunto da ética médica. Que qualidade pode ter uma ética médica ao simplesmente desconhecer a discrimina-

<sup>1</sup> Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília 1992; e do Instituto de Estudos Políticos e Sociais, Rio 1992, cit. Isto É nº 1212, p. 26 (23-12-1992).

<sup>2</sup> Cf. F. HINKELAMMERT, *Las armas ideológicas de la muerte*, S. José de Costa Rica, DEI, 1981<sup>2</sup>; J. SANTA ANA, *O amor e as paixões. Crítica teológica à economia política*, Aparecida, Ed. Santuário, 1989; H. ASSMANN, *Clamor dos pobres e "racionalidade" econômica*, S. Paulo, Ed. Paulinas 1990; J. M. SUNG, *Deus numa economia sem coração. Pobreza e neo-liberalismo: um desafio à evangelização*, S. Paulo, Ed. Paulinas 1992.

ção brutal com que as práticas médico-hospitalares envolvem as pessoas? E que vitalidade teria uma ética médica que se mostrasse incapaz de ao menos colaborar para uma transformação das disparidades?

Estas questões são mais profundas do que à primeira vista transparecem. Elas se desdobram em muitas outras e tocam em duas dimensões extremamente importantes. Uma diz respeito aos sujeitos implicados na ética médica e a outra às estruturas sociais em que se dão as relações entre tais sujeitos.

A pergunta sobre os sujeitos implicados na ética médica é um assunto antigo e em grande parte conhecido. A história da ética médica, desde o juramento de Hipócrates, mostra claramente uma centralização na pessoa do médico<sup>3</sup>. O outro sujeito, o doente, entra como um "paciente" associado a uma relação paternalista, humanitária ou autoritária, em que a figura central é sempre a do médico. Chega-se a transformar a ética médica em deontologia médica<sup>4</sup>, entendida como um código entre a ética e as leis civis, muito voltada para a defesa das conveniências e interesses de classe dos médicos<sup>5</sup>.

Os tempos atuais tem recuperado a importância do doente como sujeito nas relações, especialmente no processo de tomada de decisões. Mas embora isto já seja um grande avanço e uma conquista a ser garantida, é, ao mesmo tempo, visto como apenas meio caminho andado. Viktor von Weizsäcker, um autor da década de 1940, já tecia críticas interessantes neste sentido. Sandro Spinsanti resume sua contribuição em três pontos principais: a ética médica "tem caráter ideológico (isto é, mascara e justifica as relações de poder como são exercidas concretamente na sociedade e na profissão); foi historicamente ineficaz para prevenir abusos gravíssimos, como aconteceu sob o nacional-socialismo; e traz o debate sobre a humanização da medicina para um nível muito superficial, sem atingir a raiz dos males da medicina"<sup>6</sup>. Sua proposta é partir de uma crítica epistemológica em que se reexaminem as bases antropológicas da medicina e consequentemente da ética que a rege. Explora, em seguida, o potencial psíquico do ser humano e as diversas dimensões que compõem sua integridade.

<sup>3</sup> S. SPINSANTI, *Curar o Homem Todo*, S. Paulo, Ed. Paulinas, 1992, pp. 111-112; o autor aponta a acusação do corporativismo médico no uso do "ethos" hipocrático; cf. P. LUETH, *Die Leiden des Hippokrates*, Darmstadt 1975; G. CARO, *La médecine en question*, Paris 1974. É antológico o respeito que o nazismo teve pelo juramento de Hipócrates, expresso na obra de J. GOTTLIEB, *Hippokrates, Gedanken ärztlicher Ethik aus dem Corpus Hippocraticum*, Praga 1942.

<sup>4</sup> Cf. S. SPINSANTI, *Ética Biomédica*, S. Paulo, Ed. Paulinas 1990, p. 11ss.

<sup>5</sup> Cf. L. M. MARTIN, *Ética Médica e Códigos diante do Doente Terminal*, Aparecida, Ed. Santuário, 1993. Esse interessante estudo analisa a evolução dos códigos de ética médica nesta relação de envolvimento do doente, particularmente terminal. Cf. tb. L. M. MARTIN, "O paciente terminal nos códigos brasileiros de ética médica", in REB 53(1993)209, 72-86.

<sup>6</sup> S. SPINSANTI, *Curar o Homem Todo*, op. cit. 112.

No contexto em que vivemos, e pelas sensibilidades teológicas que desenvolvemos, estas observações se mostram mais do que simpáticas. Mas, a partir sempre da experiência amarga dos pobres, a descoberta do sujeito-doente na ética médica caminha mais rapidamente adiante. Embora reconheça a importância da parceria da medicina com a psicologia para descobrir a potencialidade do sujeito na superação da doença e da morte, os pobres levam a considerar os sujeitos nas relações macro-sociais. A questão passa do sujeito-indivíduo, para os sujeitos sociais, grupos e classes de pessoas que surgem nas relações médico-sanitárias, carregando em sua saúde conseqüências muito negativas de uma rede de relações sociais. Então a fome passa a ter cor na pele das pessoas e muitas doenças passam a ter sua classe social.

A consideração dos sujeitos sociais na ética médica a induz a recuperar sua força crítica dentro dos processos sociais mais amplos em que se insere; pode também ajudar a ética médica a superar uma visão míope que tornaria o corpo médico-hospitalar impossibilitado de perceber e acusar as discriminações sociais mais absurdas em que atua.

### **3. O desafio das estruturas sociais**

A recuperação dos sujeitos (pensados como indivíduos ou como grupos sociais) na ética médica chama a atenção para as estruturas sociais que configuram e permeiam as práticas médico-hospitalares e o mundo da saúde. Estruturas sociais são formadas por um conjunto de instituições e práticas no plano nacional e internacional e que orientam ou organizam a vida econômica, social e política. Daí resulta uma "ordem social" que não é, por esse fato, necessariamente justa<sup>7</sup>.

A experiência latino-americana das estruturas no campo sanitário e médico-hospitalar é desastrosa. Já fizemos notar que os fatos mostram como a "ordem social" não prioriza a vida e a saúde de todos. Neste pressuposto, — que, pelos limites deste ensaio, fica mais sugerido do que demonstrado — se coloca a questão sobre a relação entre as estruturas sociais injustas e a ética médica.

Em uma visão metodológica parece correto, por um lado, reconhecer que a ética tem sua especificidade segundo os distintos campos em que se aplica. Assim, se poderia concluir que a ética médica não pode

<sup>7</sup> A justiça social aplicada ao campo da ética médica é um assunto que mereceria um artigo à parte. O conjunto da questão pode ser visto em DIEGO GRACIA, *Fundamentos de Bioética*, Madrid, EUDOMA 1989, 199-311. Aqui assumimos as principais críticas ao sistema político-econômico internacional dentro do qual se inserem os programas nacionais de saúde, as chances desiguais de se desenvolverem pesquisas e tecnologias no campo bio-médico, as distribuições dos recursos daí resultantes. Cf. entre outras a obra de H. ASSMANN, F. J. HINKELAMMERT, *A Idolatria do Mercado. Ensaio sobre Economia e Teologia*, Petrópolis, Ed. Vozes 1989.

ser confundida com ética no campo comercial, político, econômico. Seriam campos materiais distintos. Mas por outro lado, a vida humana não acontece de forma tão fragmentada, de modo que fosse possível isolar-se de uma inter-relação entre os diversos "campos". Quando a medicina deixa de tratar simplesmente de doenças e passa a cuidar de pessoas doentes, depara-se com sujeitos que carregam em suas vidas a rede de relações sociais em que vivem ou adoecem. A experiência de vida dos sujeitos conjuga os "campos materiais" que a metodologia distingue. Os distintos sistemas de ética, mesmo quando centrados sobre os "objetos", contornam este fato dando importância às "circunstâncias" no juízo ético.

A partir de uma visão dos "sujeitos", a ética médica encontra neles, implicada em suas condições de saúde, a organização social que promove e condiciona suas vidas. Tirar-lhe a capacidade de perguntar sobre a produção social da saúde e sobre as raízes sociais das doenças, seria reduzir a ética médica à ingenuidade. Conseqüentemente, cabe à ética médica chamar também a atenção dos médicos e profissionais de saúde sobre as estruturas sociais e seus desafios éticos mais amplos em suas práticas biomédicas.

Assim, não é possível continuar sendo ética uma ética médica que não se preocupe com a injustiça social que a rodeia. Porque de um modo ou de outro tal injustiça também a invade e permeia. O Código de Ética Médica publicado em 1988 no Brasil parece captar em parte esses conceitos ao proclamar que "A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza"<sup>8</sup>.

E na apresentação do Código, a "saúde do ser humano" não é definida simplesmente como ausência de doença, mas como vida "resultante das adequadas condições de alimentação, habitação, saneamento, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde"<sup>9</sup>. Definitivamente é uma visão que insere a medicina, e conseqüentemente a ética médica, no conjunto da organização social. E para quem conhece a precariedade injusta das condições sociais de saúde, percebe imediatamente o desafio ético desta inserção.

#### ***4. Ética médica: compromisso social***

O alargamento da questão dos sujeitos na ética médica traz consigo a exigência do compromisso social. Por ética médica já não se entende

<sup>8</sup> Cons. Federal de Medicina, *Código de Ética Médica*, Brasília-Rio, 1988, Art. 1º.

<sup>9</sup> F. A. BARBOSA COSTA, *Apresentação*, in CFM, *Código de Ética Médica*, o. c. p. 8; apud L. M. MARTIN, *Ética Médica e Códigos diante do Doente Terminal*, o. c. 123. (paginação no prelo).

apenas o dever ser da ação do médico sobre seu paciente, como também não se reduz à relação mútua entre médico e doente, estendendo-se ao máximo a seus familiares. Além dessas relações, que são importantes, se colocam as relações sociais mais amplas pelas quais médico e doente se encontram com os "outros" da grande sociedade. A ambigüidade ética de cirurgias consideradas "de luxo" seriam um exemplo de como pesa um compromisso ético social sobre a própria relação médico-paciente.

Esta observação pressupõe uma posição metodológica mais de fundo, que a teologia da libertação chama de "lugar social" a partir de onde se reflete a ética médica. Quando este "lugar" for exclusivamente o individualismo dos interesses pessoais, rompe-se o vínculo de uma ética médica com o social. Igualmente, se este "lugar" for apenas o conjunto de pessoas que tem acesso aos recursos médico-hospitalares e às condições básicas de saúde, a ética médica perde sua função de instância crítica e se torna reduzida às casuísticas de grupos e pessoas privilegiadas. O "lugar" a partir de onde se colhe um critério ético fundamental, numa perspectiva de libertação, é exatamente o mundo dos pobres e excluídos. A partir daí se podem descobrir as tarefas mais urgentes requeridas pela vida e saúde e se pode passar a outros níveis de relações.

A partir de uma visão de libertação pode-se portanto postular a reflexão da ética médica em ao menos três diferentes níveis que naturalmente se cruzam:

— Um nível macro-social, em que a saúde e a doença possam ser percebidas dentro da trama social que as produz e ao mesmo tempo filtra o acesso a seus recursos. Conseqüentemente, nascem tarefas éticas de transformação social para os sujeitos implicados.

— Pode-se distinguir também um nível que chamaríamos de midi-social. Por ele estão compreendidas relações biomédicas intermediárias entre o macro-social e o interpessoal. Elas se dão ao se constituírem por exemplo grupos médicos, instituições de promoção da saúde e instituições hospitalares.

— E por fim, naturalmente o conhecido nível micro-social que diz respeito às relações interpessoais entre o médico, o doente e seus familiares.

## **5. Uma questão de horizonte**

É sabido que não há ética sem um horizonte antropológico de sentido para a vida humana e suas relações. Mais particularmente, não se pode postular um compromisso social na ética médica sem se fazer

referência a concepções básicas sobre a vida em suas relações sociais. A própria negação de qualquer vínculo social também requer um correspondente universo de sentido que a ampare. De fato, a ética médica, como todas as instâncias éticas, se nutrem de convicções de fundo que as sustentam.

Numa perspectiva humanitária e cristã, o compromisso social na ética médica encontra uma primeira base no reconhecimento da condição existencial humana que genericamente é igual para todos nós em suas riquezas e precariedades. Isto convoca todo o gênero humano a um "humanismo solidário", que hoje, pelos avanços da ecologia, se estende ao conjunto dos seres. Desprezar o "outro" é de alguma forma desprezar a si mesmo. Abandoná-lo, é abandonar-se também. Assumindo esta concepção, torna-se um desafio ético superar o individualismo, a marginalização, a discriminação entre as pessoas. Mas tal desafio se torna ainda maior na ética médica, quando se evidencia que as práticas humanas se transformam em sistema de exclusão e ao menos indiretamente em sistema de produção de doença. Então o "humanismo solidário" se vê desafiado a ir além das relações interpessoais e intra-hospitalares.

Entretanto, dentro de uma visão cristã da ética médica, deve-se acrescentar outra base que certamente constitui um passo mais largo. Em meio às contraposições que contradizem todo humanismo, a proposta cristã para a ética é a gratuidade, o amor. A convicção cristã afirma que no dinamismo da gratuidade se encontram as respostas para as grandes questões da vida, da doença, do sofrimento e da própria morte. Uma base ampla, vaga, geral? Pode ser. Mas esta tese é fundamental para que uma ética possa ver as pessoas, e especialmente os pobres, para além do clamor por mera justiça distributiva na "ordem social". A gratuidade é indispensável para que eles possam ser vistos com olhos de um amor que se traduz em expressões sociais.

**Márcio Fabri dos Anjos C.S.S.R.** é doutor em Teologia pela Pontifícia Universidade Gregoriana (Roma). Diretor do Alfonsianum (Instituto de Teologia Moral - São Paulo) e professor de Teologia Moral. Presidente da SOTER (Sociedade de Teologia e Ciências). Autor e coordenador de *Articulação da teologia moral na América Latina*, Aparecida: Ed. Santuário, 1988; *Temas latino-americanos de ética*, Aparecida: Ed. Santuário, 1989; *Teologia moral e cultura*, Aparecida: Ed. Santuário, 1992.

**Endereço:** Rua Oliveira Alves, 164 — 04210-060 São Paulo - SP