

# Por uma Ética do Gerenciamento dos Conflitos

---

Rejane Maria de Freitas Xavier

Doutora em Filosofia pela USP, São Paulo/SP; Assessora do Ministério da Cultura, Brasília/DF

*Na "condição pós-moderna", fragmentária e plural da sociedade contemporânea, a gestão dos recursos em saúde tem de enfrentar conflitos inéditos. O que torna peculiar a situação da nossa época não é a falta de um corpo formal de princípios bioéticos básicos, mas a ausência de um marco comunitário universalmente compartilhado que proporcione aos mesmos um conteúdo substantivo homogêneo. Pela primeira vez na história aceita-se, dentro da sociedade, a oposição entre pontos de vista que, embora inconciliáveis, são reconhecidos como igualmente legítimos e respeitáveis.*

*Sugere-se que nas decisões e na implementação das políticas de alocação de recursos a abertura para uma ampla participação dos diferentes grupos e agentes sociais seria a melhor forma de contribuir, neste campo, para recriar uma nova base comunitária, não-homogeneizante, capaz de fundar uma ética do gerenciamento do conflito legítimo, única adequada e possível para o nosso tempo.*

## UNITERMOS \_ Ética, conflito, marco comunitário, pós-modernidade

É cada vez mais aguda, para toda a sociedade, a consciência de que, a cada momento, médicos, enfermeiros, administradores hospitalares \_ mas também políticos, planejadores, economistas, empresários \_, homens e mulheres com formações especializadas e distintas responsabilidades, estão tomando decisões que significam a vida ou a morte. Vida ou morte para uma pessoa concreta, que procura o sistema de saúde em busca de ajuda para o seu caso, ou vida ou morte para milhares de pessoas, afetadas por uma lei, por uma política, por uma medida administrativa.

Enquanto os recursos públicos forem administrados por uma elite remota, e constituírem aos olhos da sociedade uma caixa-preta aparentemente inesgotável, a tendência de todos será reivindicar tudo, e não contentar-se com nada. O que constitui, em cada momento, *cuidados básicos* de saúde? Qual o seu custo coletivo? Como deve incidir sobre os diferentes estratos sociais o seu financiamento? O que fazer diante de tendências como a do aumento dos custos das descobertas diagnósticas e terapêuticas, em relação ao poder aquisitivo dos indivíduos e à capacidade de financiamento dos estados? Ou da tendência ao adiamento da idade de entrada das novas gerações no mercado de trabalho, ao mesmo tempo em que a expectativa de vida dos idosos aumenta, lançando sobre a população economicamente ativa uma carga de responsabilidade duplamente acrescida?

O direito à vida, que é devido a todo indivíduo, implica o direito a ter assegurados pela sociedade todos os recursos médicos sofisticados disponíveis no mundo, a qualquer custo? Deve-se, em termos de equidade ou justiça distributiva, "dar a cada um conforme a sua necessidade", ou "dar a mesma coisa para todos"? Quem define a necessidade de cada um? Diante de recursos escassos, como estabelecer critérios para a seleção de seus beneficiários? Como evitar que as preferências, valores e preconceitos do corpo médico ou dos administradores influam nessas decisões? Deve-se respeitar as prioridades das diferentes clientela (grupos diferentes aceitam melhor a morte das crianças ou dos adultos, por exemplo) ou devem-se buscar critérios gerais? Que indicadores selecionar para o critério de "expectativa de vida qualitativamente ajustada" (*quality*): o que cada grupo considera como tal, ou novamente um conjunto genérico de condições? Em nome da autonomia todos deverão pagar a conta das escolhas de alguns (beber e provocar acidentes; produzir a custos mais baixos, aumentando os riscos de doenças profissionais nos trabalhadores; continuar fumando; não se prevenir contra a AIDS; ignorar o planejamento familiar), ou certos comportamentos, embora não proibidos, devem onerar diretamente aqueles que os assumem?

As decisões envolvidas na alocação de recursos em saúde estarão hoje realmente mais difíceis e complicadas de tomar? Por que nos acompanha sempre uma sensação de não estar fazendo a coisa certa?

Há um corpo de princípios já bem estabelecidos que configuram uma espécie de *received view* em bioética. Os princípios da autonomia, da beneficência e da justiça ou equidade expressam, respectivamente, os pontos de vista do paciente, dos provedores de cuidados de saúde e da sociedade. Entretanto, por menos passível de contestação nos pareça cada um deles, o seu conjunto não parece funcionar adequadamente para orientar as decisões concretas que precisam ser tomadas. Há conflitos potenciais e reais entre eles, que parecem requerer o apelo a alguma instância superior de decisão para serem arbitrados.

A (bio)ética pode ser abordada como um sistema formal de regras, cuja utilização coloca problemas descendentes (de aplicação aos casos concretos) e ascendentes (de fundamentação em normas mais genéricas ou "de segunda ordem": normas para escolher entre normas). Pode-se também combinar as considerações de princípio com as

teleológicas ou de conseqüências: quando os princípios colidem entre si, busca-se entre eles aquela escolha que proporcione o maior benefício (ou represente o menor custo) em termos de conseqüências (1). Sob a pressão da cobrança individual, social e jurídica os responsáveis pela alocação dos recursos muitas vezes se voltam para a bioética com a expectativa de encontrar um conjunto de orientações capazes de eliminarem, ou pelo menos reduzirem ao mínimo, o elemento "prudencial", visto como *subjetivo*, em suas decisões.

Mas há na ética em geral, e isso se torna muito patente na bioética, um elemento que explica porque essa preocupação é extremamente difícil e até mesmo indesejável. Trata-se do fato de que *a moralidade pressupõe um marco comunitário* (2). A idéia de que a ética envolve uma forma de vida compartilhada nos leva a questionar, de um ponto de vista histórico, a nossa própria sociedade atual, e a indagar até que ponto nossas dificuldades específicas não dependem de características dessa mesma sociedade. Sugerirei que grande parte do mal-estar ético peculiar à nossa época, em relação às políticas de alocação de recursos em saúde, reflete a novidade e as contradições próprias do novo marco comunitário que caracteriza a sociedade contemporânea.

O grande problema com as nossas escolhas \_ no caso que nos interessa, com as decisões que tomamos frente à necessidade de alocar recursos escassos em saúde \_ não diz respeito à falta de princípios éticos. Tampouco nos faltam instrumentos conceituais ou dados empíricos para realizar os cálculos de benefício/custo necessários para "otimizar" teoricamente as conseqüências dessas decisões. É claro que há muitas situações em que tais considerações são suficientes para orientar as decisões, embora não de forma mecânica ou algorítmica, deixando, portanto, sempre uma margem para a discussão e para a consciência \_ e conseqüentemente para a dúvida e a angústia.

Mas os problemas mais profundos surgem sobretudo da ausência de uma instância a quem seja consensualmente conferida a *autoridade de arbitrar* nos casos onde a aplicação dos princípios contraria os interesses de uma ou mais de uma das partes envolvidas. Não me refiro aos cada vez mais freqüentes apelos ao poder judiciário para garantir direitos ou buscar ressarcimento por danos reais ou supostos resultantes de decisões médicas ou político-sanitárias. Trata-se, antes, de apontar para a ausência de uma força moral \_ que em outras épocas foi chamada "o destino", "a vontade divina", "a natureza" ou mesmo "a razão" \_, reconhecida consensualmente, que represente a última palavra e diante da qual nenhuma contestação tenha cabimento. *Este vazio de autoridade última* é uma característica peculiar da nossa época, e talvez seja um dos mais importantes condicionantes do mal-estar ético-político na área da saúde.

O senso do dever moral pressupõe uma forma de vida comum que inclua um acordo sobre os fins. Na sociedade onde isso ocorre, a autoridade dos conceitos, dos princípios e da linguagem morais \_ a idéia de obrigação que eles transmitem, a valoração que eles impõem sobre a conduta, "certa" ou "errada" \_ é expressão e decorrência do mesmo consenso que está na base da relação social. "Nesta sociedade, há uma lista admitida de virtudes, um conjunto estabelecido de regras morais, e uma conexão institucionalizada entre a obediência às regras, a prática das virtudes e a consecução dos fins" (2). A tal ponto que, numa sociedade idealmente coesa, seria impossível permanecer dentro da relação de comunidade e rejeitar a força dos imperativos morais vigentes (embora, é claro, seja sempre possível *deixar de obedecê-los*). O acordo sobre os fins se traduz, em tais sociedades, pelo reconhecimento de uma autoridade objetiva das regras morais, que a partir dos interesses de indivíduos ou de grupos as coloca acima do questionamento.

A *pólis* grega (bastante idealizada) costuma ser a referência quando se pensa em um exemplo histórico que se aproxime do modelo de uma forma de vida caracterizada pelo consenso ético-social. O importante, nesse modelo, não é a ausência de conflitos, de injustiças ou de frustrações. O que importa é que, sejam quais forem as formas de enfrentar tais inconvenientes, essas formas são socialmente aceitas e não geram, por sua vez, novos conflitos de mesmo nível. Na Grécia antiga, *a natureza* era a instância a que se remetia em último recurso, e *o conhecimento* a chave que permitia interpretá-la.

Assim, não era chocante que o doente fosse visto como um "incompetente físico e moral". A base da ética, como da vida social, era a idéia de uma "ordem natural", acessível ao conhecimento, ele próprio privilégio de uma elite intelectual e política. O absolutismo político \_ a idéia de que o povo não sabe o que é bom para si mesmo, e que o monarca esclarecido deve conduzi-lo \_ tornava-se moralmente justificado. Correlativamente, o paternalismo médico era aceito como uma autoridade natural, decorrente de uma percepção privilegiada da verdade, e conseqüentemente do bem, a ser imposta ao paciente mesmo contra a vontade do mesmo. O *Corpus Hippocraticus* contém pérolas como essa: "De fato, é muito mais verossímil que o doente seja incapaz de obedecer às prescrições do que o médico faça más prescrições. Com efeito, o médico trabalha são de espírito e de corpo, raciocinando sobre o caso presente e, entre os casos passados, sobre aqueles que se parecem ao caso presente, de modo a poder dizer por qual tratamento eles foram superados. Mas o doente, que não conhece nem sua doença, nem as causas de sua doença, nem o que acontece nos casos semelhantes ao seu, recebe as receitas sofrendo no presente, temendo pelo futuro, cheio de seu mal, vazio de alimentos, desejando antes o que a doença lhe torna agradável do que aquilo que convém à sua cura, não desejando sem dúvida morrer, mas incapaz de

firmeza. O que é mais verossímil: admitir que o doente assim disposto não executará ou executará mal as ordens do médico, ou admitir que o médico, encontrando-se nas condições descritas acima, dará más receitas?" (3).

A beneficência do médico era decorrência do seu saber, que incluía o "saber o que é bom": o bem do paciente, com certeza, porém não como indivíduo autônomo, mas sim como parte integrante do bem maior da sociedade. Também não era chocante a idéia de que as diferenças "naturais" entre os homens determinassem uma hierarquia social, e que a esta, por sua vez, correspondessem diferentes formas de acesso aos cuidados de saúde.

Na *sociedade moderna*, a autonomia do indivíduo e o pluralismo religioso, político e moral passaram a ser reconhecidos como ideal de sociabilidade. Através de diversos movimentos e fatores convergentes \_ da incorporação das idéias judaico-cristãs de dignidade da pessoa e de sentido progressivo da história à ascensão de uma burguesia que valorizava mais a iniciativa individual do que a ordem feudal estabelecida \_ assistiu-se ao progressivo descobrimento e afirmação dos direitos humanos. Não se temia que o individualismo provocasse a desintegração da ordem social. Acreditava-se que os inevitáveis conflitos gerados pela pluralidade de valores e de interesses entre os indivíduos autônomos unidos por um contrato social seriam, no limite, passíveis de uma conciliação na *idéia do "bem comum"*, reconhecível e aceita por todos. Otimismo fundamental, que via na natureza humana *racional* o denominador comum capaz de arbitrar entre os interesses legítimos. E esses, ao contrário dos interesses mesquinhos e egoístas, seriam sempre, em princípio, interesses *universalizáveis*. Acreditava-se, dentro de uma *visão liberal do conceito de justiça*, que \_ uma vez reconhecida e respeitada a autonomia dos indivíduos e assegurados seus direitos fundamentais (também chamados direitos "negativos", pois tratava-se basicamente de assegurar que cada um pudesse conduzir seus assuntos sem interferência dos demais) \_ o papel da coletividade, especialmente do Estado, poderia ser mínimo.

Era nesse contexto que se estabelecia o consenso básico justificador da prática médica vigente. Ricos e remediados, cujo *status* era considerado justa decorrência de seu próprio trabalho e competência, teriam a medicina que pudessem pagar, diretamente ou por meio de seguros privados. E aos pobres não era reconhecido nenhum *direito* à assistência médica, a qual, na melhor das hipóteses, lhes poderia ser prestada por *caridade*.

No século XIX, a evolução das condições da sociedade européia exigiu que fosse dado ao princípio de justiça uma determinação mais substantiva. O predomínio da produção industrial em grande escala, por um lado, esvaziou a verossimilhança da tese de que o trabalho e a iniciativa individual eram a fonte de legitimidade da riqueza. Por outro lado, também a pressão das lutas políticas dos trabalhadores organizados forçou o seu reconhecimento como sujeitos de *direitos positivos*, aos quais passaram a corresponder *deveres* por parte da sociedade e, mais especificamente, do Estado.

Diferentes "pontos de equilíbrio" foram procurados e encontrados entre os interesses dos dois grandes protagonistas históricos nesse período, a burguesia, ainda fortemente responsável pelo dinamismo econômico, e a classe trabalhadora, cada vez mais consciente de seu próprio peso dentro do sistema. Nenhum dos lados consegue um predomínio nítido na disputa ideológica, e deixa de haver a aderência da sociedade como um todo a um sistema de valores compartilhados. O *ideal* de uma forma de vida compartilhada permanece: o conservador Comte fala da "incorporação do proletariado à sociedade industrial"; o revolucionário Marx projeta uma sociedade comunista sem classes como perspectiva da luta vitoriosa do proletariado, "classe universal". Mas o fato é que o *consenso social* já não existe.

Não é de surpreender, portanto, que nessa época o campo médico reflita as inquietações, conflitos e tentativas de solução que perpassam toda a vida social. O alcance e os limites dos novos direitos positivos; as fontes de financiamento das instituições exigidas para assegurá-los, e as novas formas de gestão que elas requerem; o alcance e os limites do papel do Estado e as bases de sua legitimidade tudo isso são temas que agitam o debate social e se refletem na área da saúde. Comunistas, anarquistas, social-democratas e conservadores tentam soluções diferentes, a partir de *diferentes concepções do que seja o bem-comum*. Mas o que ainda *não está em questão* é a *idéia de que existe algo como o bem-comum*, ao qual se deve chegar: por bem ou por mal, mais cedo ou mais tarde, a sociedade deve ser conciliada e a coesão restabelecida. Existem diferentes campos dentro da sociedade, mas cada um acredita que a sua visão, a sua ética são universais e deverão acabar predominando. O conflito é, portanto, entre perspectivas éticas diferentes, que não se reconhecem como equivalentes mas sim como rivais. Embora conflituosa, a situação não é dramática pois dentro de cada campo há coesão suficiente para garantir a segurança dos juízos éticos.

Nossa condição atual, que se tornou moda chamar de "*pós-moderna*", se caracteriza pelos processos acelerados de urbanização e de globalização, sob a égide do capital financeiro, no contexto de uma revolução tecnológica e gerencial que torna a produção cada vez mais incorporadora de "inteligência" e menos de matérias primas ou de energia humana não-qualificada. A mudança do padrão tecnológico marginaliza os grandes contingentes populacionais que no modelo anterior constituíam as reservas de mão-de-obra não-qualificada, agora dispensáveis e indesejadas. O Estado perde sua função econômica de grande acumulador de capital; seu caráter nacional passa

a ser um obstáculo à livre circulação financeira; seu papel de compensador das desigualdades sociais um empecilho ao descarte, considerado inevitável, da velha mão-de-obra industrial.

No terreno ideológico, a nossa é uma época marcada pela perda de vigência dos grandes ideais unificadores (a "falência das grandes narrativas", de que fala Lyotard). Nem a Natureza, nem Deus, nem a Razão conseguem mais desempenhar o papel de recurso supremo ao qual apelar para dar um sentido global à história e à ação humanas. O *mercado*, a nova grande força sobre-humana a que se passou a recorrer, não tem nem de longe o mesmo potencial legitimador de suas antecessoras.

Não mais existe, no seio das sociedades complexas e avançadas, um sentido comunitário compartilhado por todos, ou por grandes segmentos sociais. A um exacerbado individualismo correspondem identidades sociais múltiplas e flutuantes. O indivíduo transita entre vários grupos, simultânea ou sucessivamente, e sua identificação com os valores de cada um deles dificilmente o absorve de forma total ou definitiva. Proliferam as "tribos", com experiências, linguagens e interesses tão diversos que seu diálogo se torna não apenas difícil mas inclusive ocioso, por falta de bases ou de objetivos comuns. As movimentações das populações \_ do campo para as cidades, dos países pobres para os desenvolvidos \_ criam guetos culturais, étnicos e linguísticos no seio das grandes metrópoles, enquanto o abismo econômico e cultural se aprofunda entre as classes e as nações. A rapidez da criação de novos conhecimentos e da transmissão das informações, aliadas à especialização crescente em quase todas as áreas, produzem microcomunidades, muitas vezes virtuais, de iniciados cujo jargão é impenetrável mesmo para seus vizinhos mais próximos do espectro científico (ou literário, ou filosófico). Não é de admirar, em tais circunstâncias, que a ética tenha se transformado em um diálogo de surdos (com perdão da expressão, pois é sabido que os surdos desenvolvem sofisticadas formas de comunicação entre si e com os ouvintes, e podem dialogar tão perfeita \_ ou imperfeitamente \_ como os demais).

Mas há também fatores animadores nessa situação bastante preocupante. Não existe por parte desses grupos \_ religiosos fundamentalistas e neoliberais fanáticos à parte \_ a pretensão de fazer valer para o conjunto da sociedade seus pontos de vistas e objetivos. O pluralismo é a regra, seja por autêntico respeito à autonomia dos demais, seja por indiferença aos problemas e opções alheios. E uma nova consciência de solidariedade faz contraponto à exacerbação do individualismo. Os temas ambientais, a mobilização em torno das mais diversas questões coletivas \_ característica das ações das organizações não-governamentais \_, a solidariedade ativa em relação a grupos desfavorecidos ou discriminados mostram que se não há uma consciência ética baseada numa experiência comum aos diversos segmentos da sociedade, existem forças capazes de assegurar um novo tipo de coesão intergrupal não-homogeneizante.

O desafio para a nova (bio) ética dos novos tempos está em favorecer essas forças, que apontam para a constituição de um novo tipo de comunidade onde o consenso não exclui a diferença e nem mesmo o conflito. Reconhecer que nem todos os conflitos legítimos são conciliáveis é renunciar ao ideal (ou ao mito) da verdade, do bem ou da razão supremos, e contentar-se com o difícil e precário equilíbrio possível.

Do ponto de vista da alocação de recursos em saúde isso pode querer dizer, antes de mais nada, a abertura a uma *participação* pública realmente substantiva nas decisões fundamentais. Destaco a idéia de participação, em oposição ao simples *debate* público, que já se tornou chavão receber como saída para toda espécie de impasse. A idéia do debate (mesmo *assorti* com os adjetivos de livre, informado, racional, etc.) ainda é excessivamente tributária do velho ideal de uma razão universal, capaz de apontar, uma vez eliminados os preconceitos e a ignorância, para o velho objeto do desejo totalizante: o interesse geral, o "bem-comum". Insisto em que uma nova forma de solidariedade só poderá resultar de uma nova forma de vida, e que isto implica, mais do que *debater*, em *fazer* coisas junto uns com os outros. Claro que o debate público é parte disso, e os países nórdicos têm dado o exemplo no sentido de procurar envolver toda a sociedade na discussão dos temas de bioética (4). Mas é tendo a responsabilidade de agir, de dar razões da ação e de arcar com as conseqüências que se aprende a viver junto. Se isto for possível, estaremos fazendo a nossa parte no esforço de recriar a necessária base comunitária para uma ética do gerenciamento do conflito legítimo, que me parece ser a única adequada e possível para o nosso tempo.

#### **Abstract - For an Ethic of Conflict Management**

In the "post-modern condition" of modern society, fragmented and plural, the management of health resources has to face unprecedented conflicts. What makes the situation of our age peculiar is not the lack of a formal body of basic bioethical principles, but the absence of a universally-shared communal landmark, which provides them with a substantive homogenous content. For the first time in history opposition is accepted, within society, between points of view which, though irreconcilable, are respected as equally legitimate and respectable.

It is suggested that opening up to the ample participation of different social groups and agents in the decisions and implementation of resource allocation policies would be the best way to contribute, in this field, towards the recreation of a new communal base, not homogenizing, capable of establishing a legitimate ethic of conflict

management, the only one adequate and possible for our times.

#### Referências Bibliográficas

1. Gracia D. Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Bol Of Sanit Panam 1990;108:570-85.
2. MacIntyre A. Historia de la ética. Barcelona: Paidós, 1981.
3. Joly R. Hippocrate: médecine grecque. Paris: Gallimard, 1964: 228-9.
4. Lustig BA, editor. Bioethics yearbook: regional developments in Bioethics, 1991-1993. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1995: vol.4, pp. 301-27.

Endereço para correspondência:

*SQS 308, Bl. A, Aptº 112  
70355-010 Brasília - DF*

---

#### Agradecimentos

Agradeço aos doutores Paulo Francisco Estrella Faria e Graham Howells pelo estímulo, sugestões e ajuda na elaboração deste trabalho.