



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**As relações entre a ética médica e a ética da medicina militar  
em conflitos armados**

**MESTRANDA: Carla Regina Marchon**

**ORIENTADORA: Profa. Dra. Marlene Braz**

**MARÇO 2009**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE E SOCIEDADE**

**As relações entre a ética médica e a ética da prática da  
medicina militar em conflitos armados**

Dissertação de Mestrado em Saúde Pública apresentado à Comissão de Pós Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial à obtenção do Grau de Mestre em Ciência.

**MESTRANDA: Carla Regina Marchon**

**ORIENTADORA: Profa. Dra. Marlene Braz**

## Resumo

O trabalho tem como objeto relacionar a ética médica e a prática da medicina militar em situações de conflitos armados. Discute o processo decisório de questões éticas que surgem em períodos de guerra na medicina militar. De um lado o médico está comprometido com o seu paciente e, portanto, com seu direito a beneficência, não-maleficência, confidencialidade, e autodeterminação. E por outro lado, por ser também militar, está submetido à cadeia de comando e de certa forma comprometido com os objetivos militares. O assunto é abordado por diferentes correntes éticas, entre elas, a deontologia, o principialismo, a ética das virtudes e o utilitarismo. Alguns autores, com um viés deontologista absolutista, denunciam uma incoerência entre ser médico e aceitar servir nas fileiras militares, porque o mesmo estaria impossibilitado de defender os interesses do paciente sob seus cuidados. No outro extremo, há aqueles que defendem que os interesses de Estado superam os interesses individuais e o médico como qualquer outro cidadão deve participar dos esforços de guerra, mesmo que isso represente participar do desenvolvimento de armas químicas, biológicas e nucleares e até, em casos extremos, torturar, se for para salvar a vida de muitos. Um viés utilitarista. Obviamente, no contexto da guerra, esperar que o médico tenha uma conduta baseada apenas no principialismo ou na ética das virtudes como na medicina tradicionalmente conhecida em tempos de paz, algo pouco provável. Também buscar regras que possam ser universalizadas e visualizar o paciente apenas como um fim em si mesmo, esquecendo-se de que também é combatente, portanto tem um valor instrumental no campo de batalha, algo ingênuo. Porém considerá-lo somente como meio para atingir um fim, algo perverso. Concluindo, a influência da corrente utilitarista na conduta médica, só pode ser admissível em situações extraordinárias como é exemplo a guerra e com ressalvas: a inviolabilidade da não-maleficência da profissão médica..

Palavras-chave: ética médica, medicina militar, bioética, conflito armado

## Abstract:

The goal of this paper is to relate medical ethics and military medical practice in the context of armed conflicts. The paper analyzes the decision process during wars and

discusses ethical questions facing medical doctors in the military. Doctors are committed to their patients' right to beneficence, nonmaleficence, confidentiality and self-determination. Doctors in the military are, as well, committed to military goals and have to conform to a hierarchical structure of command. The ethical issues facing a doctor in the military are discussed under the influence of different schools of thought; they are deontology, principlism, ethics of virtues and utilitarianism. Some authors, biased toward absolutist deontologist, report an inconsistency between medical practice and a military service because it would be impossible for doctors in the military to protect the interests of their patients. Others, with a utilitarian bias, argue that State interests are above individual interests. Doctors, as any other citizen, should contribute to the war efforts, even if, it involves development of nuclear, chemical or biological weapons and, in extreme cases, torture, if it will save many lives. In times of war, it is unlike that doctors will base their conduct solely on principlism or ethics of virtues like the traditional medicine practiced in periods of peace. Additionally, to search of universal rules that that considers only the individual and ignores its role as a combatant would be naive. However, to consider the patient as an instrument to accomplish a goal would be perverse. In summary, the influence of the utilitarian school of thought in medical practice can only be accepted under extraordinary circumstances, like wars, but demands the inviolability of nonmaleficence in medicine practice.

Keywords: medical ethics , military necessity, military medicine, bioethics, armed conflicts

Introdução

Considerações Metodológicas

Capítulo I – Um pouco de história das divergências éticas

- 1 - Introdução à história
- 2 - Pontos divergentes
- 3 - A guerra
- 4 - Dupla lealdade

Capítulo II – Teorias Éticas

- 1 - Deontologia
- 2 - Utilitarismo
- 3 - Corrente principialista
- 4 - Teoria das virtudes
- 5 - Neutralidade médica

Capítulo III – Ética Médica e o Serviço Militar

- 1 - É possível conciliar os dois?
- 2 - A ética médica em tempos de paz é diferente de tempos de guerra?
- 3 - Necessidade militar: quando a exceção possibilita a intersecção entre o lado tático e a prática médica

Capítulo IV – A Ética em Foco

Conclusão

Referências Bibliográficas

## INTRODUÇÃO

O médico militar na maior parte das vezes recebe respaldo da ética militar quanto às suas condutas clínicas diárias, não diferindo em quase nada da rotina de seus colegas civis. Porém em tempos de guerra, os objetivos da Instituição Militar podem divergir do ponto de vista médico, gerando dilemas éticos. Nesse contexto, a decisão desse profissional de ingressar nas fileiras militares pode sofrer uma análise moral.

Segundo o filósofo John Lemmon existem dois tipos de dilemas morais. O primeiro dilema seria aquele em que existem evidências que apontam que um ato é correto e evidências que apontam o contrário, isto é, seria errado sob o ponto de vista moral. Essas evidências contraditórias impediriam decidir qual é a alternativa a ser prescrita ou seguida. Aqui não se trata de um conflito entre normas, mas entre fatos. O segundo tipo denominado *normativo*, o agente se encontra indeciso entre dois tipos de normas que o obrigam a agir de uma ou outra forma e não existe parâmetro que ilumine qual norma deve seguir. No primeiro tipo pode-se evidenciar que não existe um verdadeiro dilema, já que a impossibilidade de decisão é apenas circunstancial e não em essência, podendo deste modo, pelo menos em tese, ser decidido. O verdadeiro ou legítimo seria apenas o dilema do segundo tipo, qual seja o *normativo*, já que as ações “são consideradas moralmente em função de sua correção ou não tendo em vista normas ou princípios” (p.37), segundo Azevedo<sup>1</sup>. Entretanto, o verdadeiro dilema não tem uma solução ética melhor, pois seria uma escolha de Sofia, personagem do filme que teve que optar qual dos filhos ficaria com ela e qual iria sozinho para o campo de concentração. Nesse estudo, a definição que melhor se encaixa é o dilema normativo.

A prática médica estimula um exercício em favor do interesse do paciente e é guiada pelos princípios da beneficência, não-maleficência, justiça, respeito à autonomia e à autodeterminação do paciente, bem como o da confidencialidade e sigilo. Ao comprometer-se com uma instituição baseada na disciplina, na hierarquia e na presunção da obediência, há implicitamente renúncia de parte de sua autonomia. Tal escolha configura situação de dupla lealdade, de um lado preservar os princípios da relação médico-paciente tradicionalmente estabelecida e de outro lado o dever de acatar a ordens

superiores e de servir nas fileiras militares de um País, o que em situações de conflito armado, significa a máxima de otimizar a força de combate.

De fato, independentemente do contexto, médicos em geral assumem múltiplas obrigações: para com seu paciente, com os familiares deste, com seus colegas de profissão, empregadores e a com sociedade como um todo. Diferentemente dos seus colegas civis, como os médicos do trabalho e forenses, a Instituição Militar exige dos seus componentes um alto grau de comprometimento com os seus objetivos<sup>2</sup> e permite pequena margem a não adesão as suas determinações. Observa-se o alto nível de complexidade e de tensão que caracterizam o processo decisório de ordem ética do profissional de saúde, e que se acentuam em situações extremas.

O médico militar, portanto, enfrenta grandes dificuldades de encontrar uma orientação ética acerca de sua conduta em conflitos armados. Ao se recorrer aos documentos disponíveis e legalmente vigentes, como a Convenção de Genebra<sup>3</sup>, os códigos de ética<sup>10,11</sup> e o Regulamento da Associação Médica Mundial para Tempos de Conflitos Armados<sup>4</sup>, os quais sustentam que a ética médica em tempos de paz é idêntica a de tempos de guerra, o dilema aumenta. Esses documentos parecem não levar em grande conta o número e a complexidade das novas variáveis que se apresentam em estados de exceção<sup>5</sup>.

Fica a questão: na prática da guerra, pode o médico militar pautar suas decisões apenas baseado nas necessidades médicas?

Essa questão é bastante polarizada. Para Sidel e Levy<sup>6</sup>, o papel do médico militar é uma impossibilidade moral, algo antiético e disforme. Segundo esses autores, para honrar suas obrigações profissionais, os médicos não devem ingressar no serviço militar, porque nesses locais seus deveres para com o paciente estariam ameaçados.

O outro extremo é representado pelo bioeticista Michael Gross<sup>7</sup> defendendo que os médicos, como quaisquer cidadãos, devem participar dos esforços de guerra. Em casos especiais podem até mesmo participar de atos de tortura se for para obter informação que impeça a morte de muitos indivíduos. Em relação à participação do desenvolvimento de armas químicas, biológicas e nucleares alega não caracterizar relação médico-paciente. Ainda defende métodos de triagem baseados prioritariamente no objetivo militar, ou seja, que os soldados amigos sejam atendidos de acordo com a possibilidade de retornarem ou

não a linha de batalha. No que concerne aos soldados inimigos se, ao serem atendidos, puderem representar uma ameaça ao exército amigo, seu atendimento deverá ser postergado em favor daquele que não mais venha a representar uma ameaça<sup>7</sup>.

Beam e Howe<sup>8</sup> defendem que em caso de legítima necessidade militar, o médico deve atender priorizando os objetivos militares. A necessidade militar é a variante que pode justificar adaptações da conduta do médico militar no cenário beligerante.

As questões colocadas aqui são: Até que ponto é aceitável o sacrifício da prática médica, sem violar a barreira de sua ética? Como o médico militar pode no seu processo decisório em conflitos armados manter-se íntegro, tanto em relação à ética militar quanto à médica?

Nesse cenário de incertezas, esse estudo objetiva discutir a dupla lealdade e os dilemas que emergem da prática médica militar em conflitos armados. Além de fornecer subsídios éticos que orientem a sua escolha moral do médico à luz das correntes éticas pertinentes, ou seja: a deontologia, o utilitarismo, o princípalismo e a ética das virtudes.

Para atingir tal objetivo, serão abordados além da dupla lealdade, a questão da redução da autonomia do médico militar, bem como do combatente sob seus cuidados. As diferenças do exercício da medicina em tempos de paz e de conflito armado. O exame do *status* moral do médico ao ingressar no serviço militar. Os novos argumentos de bioeticistas contemporâneos que defendem a mudança da ética médica tradicional para respaldar objetivos táticos. E por fim, o conceito de necessidade militar e sua influência no processo decisório da medicina na caserna. Os posicionamentos e soluções presentes na literatura sofrerão uma reflexão ética correlacionando aos pilares das correntes éticas pertinentes.

Esse trabalho se justifica, pois, ao longo da história, vários são os casos de médicos que emprestam seus conhecimentos e habilidades em prol dos objetivos políticos vigentes e no fim revelam-se ações que vão de encontro aos direitos humanos, como o exemplo extremo da Alemanha nazista e mais recentemente o debate na mídia em torno dos detidos após 11 de setembro.

Também, a guerra é um grave problema de saúde pública. Há destruição das sedes hospitalares, inúmeras mortes e exponencial aumento da demanda do atendimento dos

feridos e mutilados. Quando todo arcabouço econômico, social e político de um país prioriza os objetivos militares.

Para realizar tal projeto foi percorrido um caminho na tentativa de esclarecer as características peculiares à medicina na caserna e às tensões que emergem em conflitos armados, de modo a diminuir a margem de possibilidades de ocorrência de condutas eticamente questionáveis, fornecendo subsídios que respaldem os médicos militares em sua busca pela conduta ética.

## **CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório, e quanto aos procedimentos técnicos para a coleta de dados, foi classificada como documental e bibliográfica.

A metodologia utilizada no presente estudo foi baseada em uma busca ativa de informações nas bases de dados PubMed (MEDLINE), BVS (BIREME/LILACS), GOOGLE SCHOLAR, além das bibliotecas virtuais SciELO. Alguns estudos foram identificados a partir das referências bibliográficas de outros estudos. Foram selecionadas produções publicadas em livros, documentos oficiais e artigos científicos; nos idiomas português, inglês e espanhol. Durante a busca científica não houve delimitação de ano de publicação ou tipo de estudo. Os descritores de assunto utilizados foram: military/militares, medicine/medicina e ethics/ética. A seleção do material científico utilizado baseou-se na conformidade dos limites dos assuntos aos objetivos do presente estudo.

A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir de três grupos temáticos: primeiro defende que a neutralidade médica e que ética médica permanecem idênticas nos tempos de paz e de conflito; um segundo que reitera a linha de pensamento anterior, porém acrescenta que os médicos não devem ingressar no serviço militar alegando incompatibilidade entre a ética médica e os objetivos militares. E o terceiro que priorizando o dever civil do médico, defende sua participação nos esforços da guerra, argumentando que os interesses de Estado podem suplantar os interesses individuais da relação médico-paciente.

O conflito armado é um exemplo de estado de exceção, cuja definição usada foi do autor Giorgio Agamben no seu livro *Estado de Exceção*, no qual ele estuda a existência de momentos rotulados como extraordinários (estado de emergência, de sítio ou guerras), onde o Estado usa dispositivos legais justamente para suprimir os direitos dos cidadãos. É a suspensão da própria ordem jurídica vislumbrando a criação de regras da nova ordem jurídica, segundo Agamben<sup>5</sup> “*Longe de responder a uma lacuna normativa, o estado de exceção apresenta-se como abertura de lacuna fictícia no ordenamento, com o objetivo de salvaguardar a existência da norma e sua aplicabilidade à situação normal*”(p.48). Ou ainda segundo Rossiter apud Agamben<sup>5</sup>: “*Em tempos de crise, o governo constitucional deve ser alterado por meio de qualquer medida necessária para neutralizar o perigo e restaurar a situação normal. Essa alteração implica, inevitavelmente, um governo mais forte, ou seja, o governo terá mais poder e os cidadãos menos direitos*”(p.21).

São ainda referências bibliográficas: o Manual dos Direitos e Deveres do Pessoal Sanitário durante os Conflitos Armados<sup>9</sup>, a Convenção de Genebra e seus protocolos adicionais<sup>3</sup>; o Regulamento da Associação Médica Mundial para Tempos de Conflitos Armados<sup>4</sup>; o Código de Ética Médica da Associação Médica Mundial<sup>10</sup> e o Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina do Brasil<sup>11</sup>.

O material bibliográfico utilizado inclui também o livro *Bioethics and Armed Conflict* de Michael L. Gross<sup>7</sup>, *A Lei da Guerra* de Michael Byers<sup>12</sup>, bem como o livro *War and Public Health* de Barry S. Levy e Victor W. Sidel<sup>13</sup>. Outra referência importante são os volumes 1 e 2 intituladas *Military Medical Ethics do Office of the Surgeon General*<sup>8</sup>. Entre os artigos científicos, merecem destaque os dos autores Miguel Kottow<sup>21</sup> e John C. Moskop<sup>2</sup>.

Em relação às correntes da bioética, quatro serão consideradas:

1) a ética deontológica enfatizando: a) a kantiana que se preocupa em estabelecer regras claras e invariáveis, inerentes a todo ser humano racional, que se expressam no exercício da vontade autônômica e são independentes do contexto (sociedade, metas); os atos só são legítimos se forem regidos por uma máxima que pretende ser válida para todos (universalismo) e em qualquer circunstância (imperativo categórico kantiano); em qualquer ato o ser humano deve ser sempre respeitado como um fim, nunca como mero

meio; b) deontologistas absolutistas que seguem a mesma linha kantiana: Donagan (1977), Fried (1978), os moderados como Ross (1930), Bennet (1995), Nagel (1985), como também Rawls<sup>35</sup>.

2) a consequencialista e sua vertente utilitarista baseada em Peter Singer<sup>36</sup> que “*Difere do utilitarismo clássico pelo fato de - ‘melhores consequências’ - ser compreendido como o significado de algo que, examinadas todas as alternativas, favorece os interesses dos que são afetados, e não algo que simplesmente aumenta o prazer e diminui o sofrimento*”(p.22), isto é, o princípio da igual consideração de interesses;

3) a principialista, de acordo com os princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça de Beauchamp e Childress<sup>30</sup>. Não há princípio absoluto, mas de forma pragmática são tomados *prima facie* de acordo com a singularidade de cada caso.

4) a ética das virtudes, o agir moral seria baseado não em princípios, mas sim no caráter virtuoso do agente, caráter entendido como uma disposição habitual para fazer o bem, priorizando os motivos internos que levam os agentes a fazerem suas escolhas morais e não meramente o simples cumprimento de obrigações.

Inicialmente serão abordados os princípios da guerra para facilitar familiarização do leitor civil ao jargão militar enfatizando os princípios da guerra: proporcionalidade, distinção, necessidade militar e limitação que norteiam o Direito Internacional dos Conflitos Armados (DICA), baseado nos princípios de guerra construídos desde o século XVI por São Thomaz de Aquino, ou seja o *jus ad bellum* - a causa justa, isto é, os critérios estabelecidos que legitimem o direito de recorrer à guerra e, - o *jus in bello* - os meios justos de conduzir a guerra.

Para fazer o levantamento das dualidades e de possíveis discrepâncias geradas no processo decisório do oficial médico que ingressa na carreira militar, alguns conceitos pertinentes serão abordados.

## CAPÍTULO I

### UM POUCO DA HISTÓRIA DAS DIVERGÊNCIAS ÉTICAS

#### **1 – Introdução à história**

A resolução do conflito ético, objeto de nosso estudo é uma tarefa difícil, pois, faz-se necessário a elaboração de algoritmos de tomada de decisão, formulação de regras de conduta moral ou determinação de precedência de uma parte sobre a outra. Estas são tentativas identificadas na literatura sobre o tema, que tentam orientar o profissional de saúde militar no seu dia-a-dia.

A medicina militar é a combinação de duas profissões, que se mesclam na pessoa do médico militar. Na maior parte das vezes o médico militar dedica-se às suas atividades médicas da mesma forma que seus pares civis, e eventualmente participa de operações das forças armadas. A fusão das duas profissões já era abordada na mitologia grega, com os dois filhos de Asclépio (deus da medicina na Grécia), Machaon e Polidarius – que eram tanto curadores quanto guerreiros<sup>8</sup>.

Após o século dezoito, devido ao rápido desenvolvimento de armas militares, aos avanços na tecnologia médica e as técnicas de rápida retirada dos feridos do campo de batalha, os recursos médicos tornaram-se cada vez mais importantes para os exércitos e seus comandantes. Nessa época ainda não existia a consciência médica ou pública da responsabilidade de tratamento médico dos feridos de guerra amigos ou inimigos, bem como dos civis.

Mesmo nos primórdios, Hipócrates aparentemente não defendia o princípio de que os médicos têm a obrigação de na guerra socorrer tanto os inimigos quanto os amigos, quando foi a ele oferecido pagamento pelos seus honorários em troca da garantia de não tratar os bárbaros inimigos da Grécia<sup>15</sup>.

Em consequência da Guerra da Criméia e a Guerra Civil norte americana, no final dos anos de 1860, as enfermeiras Florence Nightingale, que atuou na Turquia e na Criméia de 1854 a 1856 e Dorothea Dix, que trabalhava cuidando de pacientes mentais,

organizaram o Corpo de Enfermeiras do Exército norte-americano. Paralelamente, Henri Dunant, um banqueiro suíço que tinha sido testemunha na Batalha do Solferino em 1859, organizou o serviço médico para australianos e franceses feridos. Em 1864, ele iniciou a organização da Conferência Internacional em Genebra, que levou a fundação da Cruz Vermelha Internacional e de suas filiais<sup>9</sup>.

Esta conferência adotou a *Convenção para Melhorias das Condições dos Feridos e Doentes das Forças Armadas nos Campos de Batalha*<sup>9</sup>. Quatorze nações signatárias prometeram cuidar dos feridos e doentes, assim como dispor de recursos humanos e materiais, o transporte para seus cuidados e a neutralidade desses membros no campo de batalha. Com a Primeira Guerra Mundial exacerba-se a necessidade de melhorar as condições dos prisioneiros de guerra e com o fim a segunda Grande Guerra e as atrocidades maciças acometidas contra civis, surge a necessidade de protegê-los.

Assim em 1949, numa Conferência Diplomática são publicadas as quatro Convenções de Genebra, que são:

- Convenção de Genebra para melhorar a sorte dos feridos e doentes.
- Convenção de Genebra para melhorar a sorte dos feridos, doentes e náufragos das forças armadas no mar.
- Convenção de Genebra relativa ao tratamento dos prisioneiros de guerra.
- Convenção de Genebra relativa à proteção das pessoas civis em tempo de guerra.

Infelizmente após 1949, as características dos conflitos armados mudam, estes multiplicam-se, não mais entre Estados, usam métodos de guerrilha, têm grande baixa na população civil e usam armas cada vez mais mortíferas. Há necessidade de adaptações às Convenções de Genebra, surgindo em 1977 os Protocolos Adicionais I e II, com aplicação relativa à proteção de vítimas de conflitos internacionais e o outro aos conflitos não internacionais, respectivamente.

As convenções de Genebra e seus protocolos foram declarados com validade sobre todas as nações de acordo com as leis consuetudinárias, com uso estabelecido entre todas as pessoas civilizadas, de acordo com as leis da humanidade, e ditadas pela consciência pública. De acordo com as convenções, à equipe de saúde são asseguradas algumas proteções específicas devido à separação explícita dos papéis de curadores e o de

combatentes. A equipe médica e os recursos para tratamento são considerados imunes ao ataque, e quando capturada deve ser prontamente repatriada.

Em troca, visto que são considerados não-combates, algumas obrigações são exigidas do corpo de saúde militar: a equipe está proibida de se engajar em uma ou outra parte nos atos de guerra; os feridos e doentes – combatentes, civis, amigos ou inimigos – devem ser respeitados, protegidos, tratados humanamente e receber cuidados; os feridos e doentes não devem ser deixados sem assistência médica, e somente razões médicas de urgência autorizam qualquer prioridade na ordem de seus tratamentos.

A assistência deve ser realizada baseada em argumentos médicos, sem distinção de sexo, raça, nacionalidade, religião, opinião política, ou qualquer outro critério similar. A equipe médica não deverá exercer nenhuma coerção moral ou física contra as pessoas protegidas para obter informação dos mesmos.

No que concerne ao tema da interação da ética médica deontológica no exercício da medicina na caserna, três pontos já estão bem estabelecidos, o primeiro: o rigor da conduta profissional dentro de limites estritamente éticos é consensualmente esperado tanto do militar quanto do médico. De acordo com o Col Anthony E. Hartle apud TONER, J<sup>16</sup>: “*Pessoas de caráter forte são o derradeiro recurso da organização militar ...*”(p.6). Em relação aos médicos, conforme Rego<sup>17</sup> “*A medicina é uma profissão que traz, implicitamente, a expectativa de um comportamento pleno de virtudes por parte de seus profissionais*”(p.15).

Isto torna a busca pela decisão ética daquele que personaliza a intersecção de tais rígidos códigos de conduta extremamente árdua e as ocasiões de incertezas bastante angustiantes.

O segundo ponto de consenso da interação da ética médica na medicina militar é a ampla constatação da capacidade de gerar situações conflitantes de tal união, segundo a declaração conjunta do *U.S. Army* e o *Air Force Surgeon General* apontando que todos os médicos enfrentam problemas de lealdade em sua prática diária, isto é, existe essa questão real para todos eles<sup>18</sup>. Esta posição corrobora a existência da polêmica do assunto no meio tanto civil quanto militar.

A percepção do problema de ser militar e médico ao mesmo tempo pode não ser vista num primeiro momento àqueles que optam em ingressar nas fileiras militares. Na

maior parte das vezes tanto os objetivos militares quanto os médicos serão coincidentes, por exemplo: melhorar o estado de saúde da tropa. Porém no decorrer da carreira poderão surgir situações problemáticas, como em conflitos armados e recursos escassos, o médico atenderá realmente o soldado inimigo independentemente de qualquer outro critério senão o de gravidade do quadro clínico, seguindo o que está estabelecido pela Convenção de Genebra e o código de ética médica mundial? Poderiam fatores inerentes ao conflito armado exercer algum grau de influência na decisão de prioridades médicas que fossem contra ao que está estabelecido pelo código e convenção supracitados?

O terceiro ponto notório da interação do exercício da medicina em situações de estado de exceção são os exemplos ao longo da história de médicos envolvidos em atos cruéis em estados fascistas, ditatoriais e em conflitos armados. O envolvimento de médicos em atos cruéis, como o uso de prisioneiros judeus, ciganos e outros em experimentações humanas na Alemanha nazista. Segundo a declaração do nazista nacional-socialista alemão e defensor da limpeza racial General F. Von Bernhardt apud Goliszek<sup>19</sup>: *“Não fosse a guerra, poderíamos provavelmente descobrir que raças inferiores e degeneradas superariam as saudáveis e jovens por sua riqueza e número. A importância geradora da guerra reside nisso: causa seleção e, portanto, torna-se uma necessidade biológica”* (p.117). Nessa linha de pensamento, atrocidades foram cometidas por Josef Mengele e outros médicos da SS, no movimento eugênico, no contexto de submissão médica aos interesses de um Estado com sua moralidade distorcida.

No Brasil, a relação de médicos com estados de exceção pode ser ilustrada quando alguns médicos tiveram seus registros médicos cassados em 1988, 1999 e 2000, respectivamente; Amílcar Lobo, José Lino Coutinho França e Ricardo Agnese Fayad, por envolvimento com técnicos da tortura em suplícios perpetrados contra muitos presos políticos no regime de força das décadas de 60 e 70.

Estas situações envolvem tanto os membros das Forças Armadas quanto da polícia militar e já existem diretrizes bem estabelecidas com formação de prerrogativas consensuais em torno da interação da ética médica e militar em relação ao envolvimento direto ou indireto com práticas de tortura<sup>22</sup>.

## 2 - Pontos divergentes

Conforme já mencionado, nem sempre o médico foi visto como um curandeiro imparcial. No entanto a construção da ética médica conforme conhecida atualmente, considera a equipe médica neutra, não-combatente, podendo recorrer às armas somente em caso de autodefesa ou de defesa daqueles sob seus cuidados médicos, protegida pelas leis internacionais, não podendo ser alvo de combate. Aos combatentes e civis, amigos ou inimigos está assegurado o direito a cuidados médicos de acordo com o grau de gravidade do quadro clínico, independentemente de qualquer outro critério.

Mesmo que a perspectiva de suporte às vítimas de guerra com atendimento imparcial seja respeitada, a medicina pode em certa medida ser considerada como um 'fator de sustentação da guerra'. Percebe-se que ao fornecer cuidados médicos aos soldados amigos, estes ao se recuperarem e se tornarem aptos para o combate, voltarão a lutar acarretando mais feridos, mais baixas e mais destruição.

Surgem deste modo, as divergências em torno da moralidade médica para os que decidem ingressar no serviço militar. Para alguns teóricos, como Sidel, os médicos estariam ameaçando o juramento ético e vulnerabilizando a relação médico-paciente. Em contrapartida outros como Gross dizem que o médico, como qualquer cidadão deve participar dos esforços de guerra.

Outro ponto discordante é a corrente que defende que a ética médica se mantém idêntica em tempos de paz e de conflito armado, embora todo o contexto seja dramaticamente diferente, isto é, como a ética médica poderia permanecer inalterada e não ser influenciada pelas variantes da guerra?

Também deve ser abordado à precedência em caso de conflito, se a ética militar teria sempre precedência sobre a médica, vice-versa ou se cada caso seria analisado separadamente e a melhor opção escolhida conforme as circunstâncias.

Os autores, como Thomas E. Beam, MD e Edmund G. Howe <sup>8</sup>, defendem que em caso de necessidade de guerra, sempre a estratégia militar seria preponderante, para não atrapalhar a execução da missão militar, que em última instância seria em prol da sobrevivência da sociedade, que nesse caso estaria ameaçada. Vê-se, claramente, uma posição consequencialista utilitarista nesta visão.

Outro exemplo é o do autor Victor W. Sidel que defende que médicos, enfermeiros e outros profissionais da área de saúde têm claramente o dever ético de cuidar das vítimas da guerra, assim como os profissionais de saúde pública têm o dever ético de prevenir a guerra e suas conseqüências. Portanto, visto que ser membro das forças armadas significa implicitamente ser participante dos esforços de guerra, mesmo que considerados não-combatentes, tais profissionais estariam em uma posição ética pouco confortável. Para cuidar das baixas da guerra esses autores defendem profissionais de saúde apenas civis, pertencentes a organizações tais como Cruz Vermelha, Médicos Sem Fronteira e *Doctors of the World* entre outras. Este ponto de vista segue a corrente deontológica absolutista.

Papel fundamental teria o profissional da Saúde Pública, no sentido de ajudar a reduzir e eliminar as causas da guerra, como a discriminação, pobreza e doenças. Eles ajudariam a educar e a aumentar a consciência sobre as conseqüências drásticas da guerra nas áreas social e da saúde.

Outros, como o bioeticista Michael L Gross, de visão utilitarista, defendem que a ética médica em guerras é diferente daquela em tempos de paz, e diz que os princípios bioéticos que norteiam a relação médico-paciente em tempos de paz estariam aquém dos princípios da guerra justa contemporânea, que priorizam o interesse coletivo do Estado. Portanto, os princípios da necessidade militar, razões de Estado e o esforço de guerra competem e às vezes superam os axiomas da ética médica em tempos de paz. Assim os deveres do médico de confidencialidade, autonomia, neutralidade, cuidados médicos distribuídos de acordo com a gravidade do quadro clínico podem ser suspensos durante a guerra por causa da necessidade militar.

Michael L. Gross em suas publicações questiona a crença da vocação pacifista da medicina, defendendo que todo cidadão deve se envolver com as questões da guerra e com a comunidade na qual está inserido, inclusive o médico.

O contexto acima ainda é agravado pela questão da autonomia reduzida dos médicos militares para fazer suas próprias escolhas e ações, o que segundo John C. Moskop<sup>2</sup> afirma: “*os médicos militares não estão livres para responder a um conflito entre as obrigações militar e médica, ordens superiores podem tirar essa decisão de suas mãos*” (p.4).

A todas essas preocupações que ao longo da história vem permeando a interação da ética médica com a carreira militar, soma-se uma mais recente, a possibilidade de que questões contingentes venham a distorcer a moralidade médica tradicional. Segundo Kottow<sup>20</sup> uma nova corrente de bioeticistas vem justificando moralmente a participação de médicos em atos beligerantes, o que pode vir a erodir os acordos internacionais amplamente reconhecidos e já estabelecidos desde o período após as duas grandes guerras.

O problema passa então por terrenos bem discutidos ao longo da história. A decisão do médico ingressar nas fileiras militares pode gerar grande número de dilemas morais. A conduta tanto do militar quanto do médico segue rígidos códigos de ética. Apesar disso, os exemplos de atrocidades cometidas por esses profissionais se repetem insistentemente e chocam a imagem que a sociedade em geral projeta do médico, que cura seus sofrimentos e moléstias e do militar, protetor de sua nação e, portanto de cada cidadão que a compõe. Considerações sobre as variantes que podem influenciar a ética médica em tempos de paz e de estado de exceção, sobre a autonomia do médico militar e mesmo sua moralidade devem sofrer uma análise crítica.

### **3 – A GUERRA**

A defesa da Pátria, a garantia dos poderes constitucionais, da lei e da ordem são os objetos de destinação das Forças Armadas Brasileiras, de acordo com a Constituição Federal de 1988. A mesma que determina que o Brasil em suas relações internacionais priorize a solução pacífica dos conflitos (artigo 4, inciso VII).

Paralelamente, o artigo 33 da Carta das Nações Unidas determina que as Partes em uma controvérsia, devem procurar antes de tudo chegar a uma solução por negociação, inquérito, mediação, arbitragem, solução judicial, recurso a entidades ou acordos regionais, ou qualquer outro meio pacífico. A solução de controvérsias deve ser realizada por meios diplomáticos, jurídicos ou coercitivos. Este tipo de solução pacífica deve ser sempre considerado porque caso falhe a solução é violenta – a guerra. Portanto, esta é a última fase da solução de controvérsias, quando tentativas de solução pacíficas fracassaram.

Em caso de conflitos armados, são quatro os princípios para o emprego da força militar: distinção, necessidade militar, limitação e proporcionalidade. A clássica teoria da guerra justa tem em suas origens as três condições defendidas por São Tomás de Aquino no século XV, que versam sobre a legitimidade de quem declara a guerra, e principalmente sobre a causa justa e os meios utilizados na guerra, significando respectivamente que aquele que é atacado deve merecê-lo e os meios usados não devem ultrapassar o necessário para garantir a vitória.

Desde a idade média, filósofos têm se preocupado com a moralidade da guerra e dois conceitos são amplamente divulgados em relação à guerra justa: *jus ad bellum* (quando é justo ir para a guerra?) e *jus in bello* (quais os métodos podem ser usados na guerra justa?). Em relação ao *jus ad bellum*, subentende-se a existência de um agravo justo e a tentativa frustrada de resolvê-lo por outros meios pacíficos. Em relação ao *jus in bello* são necessários a proteção dos não-combatentes e a proporcionalidade da força, incluindo evitar o uso de armas de destruição em massa como armas biológicas, químicas ou nucleares e bombardear massivamente cidades atingindo a população civil.

Na guerra observam-se algumas preocupações. Sobre os elementos táticos e estratégicos e o como fazê-la. Sobre quando se deveria recorrer à guerra, com considerações de guerra justa, ou seja, sobre a intenção correta, proporcionalidade de fins, última tentativa de solucionar a controvérsia, razoável possibilidade de sucesso e de alcançar a paz (*jus ad bellum*). E ainda considerações sobre a maneira de realizar a guerra, se o uso de certas armas é realizada de maneira ética, a proporcionalidade apropriada dos meios utilizados e quem é o combatente na guerra (*jus in bello*). Dependendo das respostas encontradas a guerra é considerada justa ou não (DeCew apud Becker)<sup>21</sup>

Os princípios supracitados estão presentes nas quatro Convenções de Genebra e em seus Protocolos<sup>3</sup>. O princípio da distinção determina que os ataques devem se limitar estritamente aos objetivos militares, que são aqueles que por sua natureza, localização, utilização ou destino contribuam para a ação militar ou que ao serem destruídos oferecem uma vantagem militar<sup>3</sup>. Necessidade militar são medidas indispensáveis para vencer o inimigo e não são proibidas pelo Direito Internacional dos Conflitos Armados (DICA)<sup>3</sup>. O princípio da limitação proíbe a utilização de armas, projéteis e materiais que causem

danos supérfluos ou sofrimento desnecessário, logo os métodos e meios da guerra não são ilimitados, como por exemplo, a utilização de munição com radiatividade a qual impede a cicatrização de feridas<sup>3</sup>. E por último, proporcionalidade, isto é, não lançar ataque que acidentalmente possa causar danos e perdas que seriam excessivos relativamente à vantagem militar esperada.

Esses princípios norteiam o Direito Internacional dos Conflitos Armados encontrados nas Convenções de Genebra e de Haia. O Direito da Guerra, Direito Internacional Humanitário e o Direito Internacional dos Conflitos Armados (DICA) prevalecem em tempos de guerra, enquanto os direitos humanos prevalecem em tempos de paz. Pode-se dizer que o DICA restringe os direitos humanos na medida em que o matar na guerra viola o direito à vida. Pode-se contra-argumentar dizendo que o combatente não goza do direito à vida. Mas o relevante na prática é que a não violação dos direitos humanos na guerra aplica-se a regras contra o assassinato ou maus-tratos dos prisioneiros de guerra, destruição indiscriminada de propriedades não relacionadas a objetivos militares, e outras regras gerais presentes nos acordos internacionais depois da I e II Guerras Mundiais, como as Convenções de Haia e Genebra<sup>3</sup>.

Uma importante particularidade do DICA é que as partes contratantes comprometem-se a respeitar e a fazer respeitar a Convenção em todas as circunstâncias<sup>3</sup> anulando o princípio da reciprocidade. Ou seja, se um país beligerante violar os regulamentos da Convenção, isto não autoriza o outro país envolvido no confronto a fazer o mesmo.

Em relação ao pessoal sanitário, civil ou militar, das partes do conflito, eles devem ser respeitados e protegidos<sup>3</sup> e não são considerados combatentes, devendo os mesmos se abster de cometer atos hostis. Devem destinar-se exclusivamente, em caráter permanente ou temporário, ao exercício da prática médica. E ainda devem respeitar seu juramento como em tempo de paz<sup>3</sup>.

Embora o médico seja considerado pelas convenções não-combatente, ele é um militar e continua subordinado à hierarquia militar, o que torna o papel de não-combatente deste médico difícil. Os médicos podem ter dúvidas quanto à justiça de uma guerra engajada pelo seu país e, no entanto, como todos os membros das Forças Armadas são limitados pela disciplina militar para declarar publicamente seu protesto<sup>13</sup>.

Determinar se a guerra é justa ou injusta é um fato valorativo. No militarismo, a conduta ética e moral é mais do que um objetivo desejável é na verdade um dos pilares da Instituição. O Coronel Richard Szafranski, Primeiro-Tenente William D. Casebeer, ambos das USAF e o Dr. James H. Torner, defendem que as Forças Armadas devem ser mais fortes eticamente ou mais puras que a sociedade em geral, e até, mais do que qualquer outra profissão. Segundo Toner<sup>34</sup> “*Os guerreiros têm que entender, que a honra e a virtude militares, não são somente algo bonito, mas um imperativo da função*” e ainda: “... *porque temos nas mãos a questão da vida e da morte, às vezes, temos de assegurar a sobrevivência do nosso País e das instituições e dos valores e, por isso, precisamos aderir ao pensamento e comportamento corretos*” (p.1). Em tese, espera-se o ‘altruísmo’ de sacrificar a própria vida na defesa do seu País. Isto pode ser justificado pelo utilitarismo, buscando o resultado que favoreça os interesses de maioria, mesmo que com o próprio sacrifício.

Esse propósito altruísta do militar de assegurar a sobrevivência do país, das suas instituições e valores traz em si grande responsabilidade, requer retidão e integridade de escolhas e atitudes. A busca pela decisão moralmente correta é na realidade, o imperativo de sobrevivência da própria instituição militar perante a sociedade civil.

#### **4 – DUPLA LEALDADE**

Quando houver conflito de lealdade, como será possível decidir quais obrigações ou direitos devem ser priorizadas, especialmente em conflito armado? Qual terá precedência: as obrigações do médico para com o bem-estar individual do paciente/combate e seu direito à autonomia, sigilo, confidencialidade, beneficência, não-maleficência e justiça? Ou seriam os interesses da coletividade que conduziriam o processo decisório, e em casos extremos, até mesmo o sacrifício do indivíduo/paciente/combate em prol da necessidade de otimizar a força de combate ou de obter informações logísticas, mesmo que se recorra a práticas de tortura? Finalmente, seriam irreconciliáveis tais obrigações?

Mesmo que o médico militar seja considerado não-combatente pela Convenção de Genebra, goze os direitos e os deveres da mesma e seja respeitada sua função de cuidar dos seus pacientes, inimigos ou não, de acordo com as necessidades médicas ainda assim,

está submetido à disciplina militar e à hierarquia de comando, bem como envolvido pelo contexto do sucesso da missão. Em tese, o comandante não médico, pode determinar rápido deslocamento do grupamento por necessidade militar, e pela mesma razão negar ao médico militar que permaneça cuidando de seus pacientes mais graves que não poderão ser deslocados com o grupamento, porque precisa dele para cuidar dos soldados que venham a se ferir em combate. O médico sabe que mesmo seguindo a Convenção de Genebra e deixando medicamentos com os doentes, suas chances de sobrevivência são remotas.

Segundo o Código de Ética Médica Internacional da Associação Médica Mundial<sup>10</sup> o médico deve completa lealdade aos seus pacientes e todos os recursos de sua ciência. Na prática, no entanto, os médicos geralmente têm obrigações para com outras partes, além de seus pacientes, como os familiares, os empregadores, o governo, os superiores hierárquicos na estrutura militar, entre outros. Portanto, existe a dupla lealdade quando o médico está situado entre seus deveres para com seu paciente e outras obrigações expressas ou implícitas, reais ou percebidas, em relação ao interesses de uma terceira parte, como por exemplo, os interesses militares.

Os profissionais médicos, ao finalizar sua graduação médica, estão aptos a pleitear ingressar nas fileiras militares por meio de concurso ou não, sendo considerados de carreira ou para serviço temporário, respectivamente, no caso do Brasil. Também pode acontecer a convocação para serviço obrigatório no caso do sexo masculino. Geralmente, freqüentarão um curso em escola de treinamento de oficiais médicos, onde por vezes, a mensagem de que a condição de militar precede a de profissional de saúde é defendida. Segundo o relato do Dr. Ugur Cilasan, diretor executivo da Associação Médica da Turquia, ele descreve a situação no seu país da seguinte maneira:

“Depois das mudanças legislativas dos anos 80, com o golpe militar, a escola de medicina militar estabeleceu o propósito de treinar médicos somente para o militarismo. Em uma cerimônia da escola militar, o chefe da junta, dirigindo-se aos alunos, disse: ‘Vocês são primeiramente e nada mais que soldados, e só depois disso, médicos’. Isso evidencia que dos médicos militares se espera a obrigação de priorizar a cadeia de comando, sobrepondo-a ao código de ética médica” (Moskop, 2004, p.2)<sup>2</sup>.

Esta posição, bastante polêmica, não parece ficar restrita à Turquia, talvez seja freqüente, a escolha irrestrita e incondicional pela precedência da obrigação para com as demandas militares em detrimento das médicas, o pode acarretar graves desdobramentos para as questões éticas que permeiam a relação médico-paciente na caserna. Quando no

ambiente militar a determinação de se antepor a patente ao quadro, por exemplo: tenente médico, coronel aviador, entre outros casos, pode ser carregada de um significado valorativo em relação à priorização da condição de militar em relação à profissional.

A declaração conjunta do *U.S. Army* e o *Air Force Surgeon General*, como já comentada, diz que “*todos os médicos enfrentam problemas de lealdade dividida em sua prática diária (...) a questão é real para todos os médicos*”. (Blanck; Roadman, 2002, p. 40)<sup>18</sup>. Percebe-se a constatação da dupla lealdade dentro das organizações militares.

Em condições extremas, como em estado de exceção, o conflito entre os objetivos da organização militar e as necessidades de cuidados médicos se acirra e isto pode ocorrer por interferência de comandantes militares não médicos na cadeia de comando e também devido a influências dos interesses tático-estratégicos. E ainda pela dualidade: de um lado, a preservação da vida, o atendimento aos doentes e a redução do sofrimento; e de outro, o suporte a guerra e o infligir dano ao inimigo.

Quando há confluência do que é bom para o paciente-combatente e o que é desejável para a organização militar, obviamente, não há conflito. Enquanto o atendimento do indivíduo militar ou civil, amigo ou inimigo, que esteja doente ou ferido e precisando de cuidados for realizado em concordância com o grau de gravidade do quadro clínico, independentemente de sua filiação militar ou visão política ou qualquer outro fator, não haverá divergência. No entanto, se for priorizado o objetivo militar de manter a força de combate e, portanto, o maior número de combatentes, pode ser que atender o soldado que tem chance de retornar a frente de guerra mais rapidamente seja taticamente mais relevante do que desprender esforços para salvar a vida de outro que não tenha mais chance de lutar.

Como já comentado, as organizações internacionais, reiteram que a ética médica em tempos de paz é idêntica a de períodos de guerra e, portanto os princípios de não-maleficência, beneficência, justiça e respeito à autonomia mantêm-se intactos durante a guerra. O Código de Ética Médica Internacional da Associação Médica Mundial<sup>10</sup> determina que o médico não deve deixar que a filiação política ou a crença afetem a relação médico-paciente. Os Regulamentos de Tempos de Conflito Armado da Associação Médica Mundial<sup>4</sup> reforçam os preceitos da Convenção de Genebra ao exigir que os cuidados médicos sejam realizados independentemente de crenças políticas,

nacionalidade e outros fatores não-médicos e determina que a ética médica em tempos de conflito armado é idêntica a de tempos de paz. E por fim, a Declaração de Tóquio (1975) diz que o médico deve ter completa independência e autonomia para decidir sobre os cuidados daquele que for seu paciente. Em relação ao envolvimento de médicos com atos de tortura, a publicação referente é a Resolução da Associação Médica Mundial (AMM) sobre a responsabilidade dos médicos em documentar e denunciar os atos de tortura e tratamento desumano, degradante ou cruel e tortura, adotado pela Assembléia Geral da AMM em Helsinque em 2003<sup>22</sup>.

Cabe ressaltar que no cenário beligerante, o nível de tensão da relação médico-paciente aumenta, bem como existe claramente um novo fator que pode influenciar essa relação, tornando-a acentuadamente assimétrica, ou seja: os interesses militares.

Um outro fator complicador da situação é que os militares em geral são considerados sujeitos de autonomia reduzida pelo próprio contexto de submissão a que estão filiados, o que torna ainda mais árduo seu processo decisório em caso de conflito de interesses e vulnerabiliza suas escolhas. Isso porque eles teriam poucas chances de negar-se a cumprir uma ordem de militar superior.

Percebe-se que o médico militar ao concordar em submeter-se à estrutura de comando e comprometer-se em alcançar os objetivos militares, abdica de parte de sua autonomia sobre suas escolhas e ações. Portanto, os médicos militares podem encontrar dificuldades de deliberar livremente suas decisões médicas porque ordens superiores podem impedi-lo ou pelo menos dificultá-lo. Tal situação gera posições de grande risco moral e possibilidade de serem forçados a agir em oposição às suas convicções<sup>2</sup>.

Segundo Moskop, o ponto crucial que diferencia o conflito de obrigações do médico militar e do civil é o alto grau de comprometimento do médico militar com os objetivos militares e sua capacidade reduzida de fazer suas próprias escolhas morais<sup>4</sup>. Ressalta, ainda, que existem práticas militares e procedimentos defensáveis e necessários e, outros, que podem ser moralmente problemáticos<sup>2</sup>.

A situação que se apresenta é o sujeito de autonomia reduzida (médico-militar) precisando resolver graves situações de conflito de obrigações. Segundo a citação do Grupo de Trabalho Internacional de Dupla Lealdade<sup>23</sup>:

“A dupla lealdade fica especialmente problemática quando profissionais de saúde agem para dar suporte aos interesses do Estado ou qualquer outra entidade ao invés dos interesses do indivíduo, de

uma maneira que viola os direitos humanos. A mais insidiosa violação dos direitos humanos é decorrente da dupla lealdade que emerge das práticas de saúde sob governos repressivos, onde os abusos assolam os direitos humanos, combinados com restrição de liberdade de expressão. Além do mais em instituições fechadas, como prisões, instalações psiquiátricas e **militares**, exige-se um alto grau de fidelidade dos seus profissionais de saúde, mesmo diante de violações dos direitos humanos. O problema pode ser agravado quando a conduta dos profissionais de saúde é constrangida por pressões para render-se a outros poderosos interesses, especialmente aqueles do Estado. A pressão pode ser produzida por meio de requerimentos legais, ameaças de dano pessoal ou profissional por não-conformidade, a cultura da instituição [militar] ou da sociedade, ou mesmo sobre o próprio senso de dever profissional para com o Estado” (p.12).

A decisão do médico de ingressar nas fileiras militares é uma decisão moral complexa. Renunciar a parte de sua autonomia e agir dentro da disciplina militar e segundo o acatamento às ordens de seus superiores pode levá-lo a situações de pouca conformidade com a ética médica vigente. Existem muitas declarações e códigos sobre os deveres dos profissionais da área de saúde em conflitos armados. Mesmo assim, os casos de envolvimento desses profissionais em situações antiéticas se repetem ao longo da história. Talvez isso atente para a fragilidade desse arcabouço construído e denuncie a necessidade de repensá-los.

## CAPÍTULO II

### TEORIAS ÉTICAS

#### 1- DEONTOLOGIA

Para a deontologia, a moralidade dos atos depende das intenções com que são praticados, e não de suas conseqüências. No processo decisório as ações em si devem ser consideradas, independentemente de seus resultados. O orientador das ações é o dever em si, e não outros interesses e sim a obrigação. A regra tem um valor moral independente de qualquer contexto e deve ser honrada.

A ética kantiana fornece a base da deontologia. Para Kant o agir de modo ético é dependente da boa vontade do agente. Este tem autonomia, quando intencionalmente e sem imposição externa, decide agir em concordância com os princípios morais universalmente válidos, ou seja: agir somente de acordo com a máxima que possas ao mesmo tempo querer que se transforme em lei universal e agir de tal modo que trate de todas as pessoas como um fim, e nunca simplesmente como mero meio.

Heteronomia, segundo Kant, é o agir movido pela paixão, ambição ou interesse próprio. De acordo com Engelhardt<sup>24</sup>: *“Se os agentes fazem o que é moralmente certo simplesmente porque sentem medo, porque tem prazer ou porque são egoístas, não merecem o credito moral pela ação, não satisfazem o requisito da boa vontade que deriva do agir em nome da obrigação”* (p.74). O sujeito autônomo e com boa vontade escolhe agir de acordo com um dever. Uma moral com princípios absolutos e universais, baseada na razão.

Para o deontologista a moralidade não depende das conseqüências e outros fatores determinam a permissividade ou não dos atos. Interessa o que fazemos e não o que acontecerá no mundo em virtude de tal ato. Diferentemente do conseqüencialismo, o qual concebe agentes morais como meros instrumentos para a promoção de objetos valiosos numa perspectiva impessoal, interessando aquilo que acontece para o mundo.

As prerrogativas das ações na deontologia estão centradas nos agentes morais, os quais não estão sob a obrigação de maximizar o bem, podendo desenvolver projetos pessoais, sem se preocupar em atingir o bem maior.

Outro ponto é que as restrições também estão centradas no agente como, por exemplo, a de não maltratar os outros, não matar pessoas inocentes, mesmo que isso seja para impedir que pessoas inocentes morram. Para alguns absolutistas as restrições são absolutas e, para outros, não (Galvão)<sup>35</sup>. Para os deontologistas absolutistas, como Kant, algumas restrições nunca podem ser violadas. Matar uma pessoa inocente é errado mesmo que isso seja para salvar a vida de milhões de pessoas.

Deontologistas moderados, como David Ross<sup>35</sup>(1930), acreditam que as restrições dão origem não a deveres absolutos, mas a deveres *prima facie*. Em algumas situações, as restrições podem ceder, se o bem a realizar for suficientemente significativo, a restrição poderá ser violada. O perigo é o capricho da intuição moral. Como será possível julgar quando o bem deve prevalecer em detrimento da restrição?

Uma outra crítica que pode se fazer, é que regras absolutas formam um sistema rígido que encontra dificuldades, às vezes irreconciliáveis, de resolver situações conflitantes.

Em resumo, age apenas por dever e não segundo quaisquer interesses, motivos ou fins. A pessoa deve agir por obrigação, por dever, seja porque o argumento utilizado é racionalmente irrecusável (não matar pessoas inocentes) ou para gerar um consenso com as nossas intuições morais (a boa vontade de Kant).

A estrutura da vida militar em tempos de paz se assemelha a algumas características da corrente deontológica. Por exemplo, em sua busca por regras que devem ser honradas e que possam ser aplicadas irrestritamente a qualquer situação e a qualquer agente, com pouco espaço para as singularidades e peculiaridades. O agir pela obrigação, onde as regras devem ser seguidas quase que como dogmas independentemente das conseqüências que advenham. Em tempos de guerra, outra corrente deverá ser somada para arrefecer tal rigidez.

## 2 - UTILITARISMO

Em tempos de guerra parece que a única corrente a que se pode recorrer é a utilitarista. Para justificar tantas atrocidades cometidas contra a humanidade, o argumento plausível é que a melhor ação é a que atende aos interesses do maior número de pessoas, em detrimento daquelas que sucumbiram no processo beligerante. *“Ainda que a restrição coercitiva das liberdades seja em si mesma um mal, ela estará justificada na medida em que for compensada por um máximo de bem-estar ou felicidade proporcionada para a coletividade”* (M.Braz, anotações de aula proferida em outubro de 2007). A idéia central do utilitarismo é a maximização da felicidade e a minimização do sofrimento. É considerada a principal teoria do consequencialismo porque sustenta que as ações são certas ou erradas de acordo com a ponderação de suas conseqüências. A questão que pode variar é a definição do bem melhor, que para alguns seria a felicidade e o prazer (hedonistas) e para outros a amizade, o interesse, o conhecimento, a saúde e a beleza, entre outros valores.

Levar em consideração o interesse de todas as pessoas envolvidas no processo decisório é o que caracteriza o utilitarismo do filósofo Peter Singer, ao invés de agir de acordo com a máxima felicidade possível para o maior número de pessoas. Para o autor, ao pretender ter uma vida ética, deve-se levar em consideração não só os nossos interesses, mas também os alheios, atribuindo valor igual aos interesses de todos. Deve-se ressaltar que em tempo de exceção, o conceito que mais se aplica é o de interesse e não o de felicidade dos envolvidos e, por este motivo, esse é o conceito considerado apropriado ao tema.

Também segundo P. Singer, a preocupação com o bem-estar da coletividade pode propiciar que se ignorem os direitos morais humanos e se autorize o tratamento de pessoas como simples meios a serviço do fim do bem geral, justificando o sacrifício dos interesses de uma minoria. Essa afirmação pode levar a interpretação de que a corrente em questão teria pouco espaço para as minorias, mas pode ser aplicada em caso de guerra.

Uma divisão interessante do utilitarismo é o de regras e o de ações. O utilitarismo das regras considera as conseqüências da adoção de regras. O que torna uma ação correta é a conformidade desta com uma regra justificada, a regra nunca é dispensável<sup>14</sup>.

O utilitarismo das ações considera as regras morais como apenas norteadoras das ações humanas, podendo ser dispensáveis, caso não sejam mais benéficas num contexto particular. J. J. Smart, representante do utilitarismo das ações, afirma: “*A obediência seletiva não corrói nem as regras morais nem o respeito geral pela moralidade. As regras, portanto, são diretrizes reguladoras, mas não obrigatórias da vida moral*” (J.J.Smart apud Beauchamps; Childress, 2002, p.67)<sup>14</sup>.

À parte a consideração de regras como absolutas ou dispensáveis, um conceito é incontestável e absoluto para o utilitarismo: o princípio da utilidade, que significa produzir o equilíbrio máximo do valor positivo sobre o desvalor<sup>14</sup>.

A teoria da deontologia, demanda a racionalidade para agir e a universalização de seus preceitos. Opostamente, o utilitarismo afirma que a moralidade dos atos está nas suas conseqüências, chegando mesmo a concluir que o fim justifica os meios. O que realmente importa são os resultados, e não os motivos.

Embora o princípio da utilidade possa ser usado como norteador para ações sociais, como uma avaliação objetiva do interesse da maioria, por outro lado pode ser criticado por fornecer pouco espaço para as minorias, prejudicando seus próprios interesses para maximizar os resultados da maioria, numa atitude de grande altruísmo, algo difícil para ser generalizado.

### **3 - CORRENTE PRINCIPALISTA**

A teoria dos princípios, na bioética, tem seus antecedentes representados nos documentos elaborados pela Comissão Nacional Americana (1974 a 1978), especialmente o *Belmont Report* (1978), a obra *Principles Ethics de Beauchamp e Childress* (1979) além do impulso gerado pelas contribuições do *Kennedy Institute of Ethics* (fundado em 1971).

O Relatório Belmont surge da preocupação pública norte-americana com o controle social da pesquisa em seres humanos devido a escândalos como, por exemplo, injeção de hepatite viral em crianças com atraso no desenvolvimento neuro-motor. Por causa de escândalos como este, o governo norte-americano instituiu a Comissão Nacional para a proteção dos seres humanos da pesquisa biomédica e comportamental, que publicou o Relatório Belmont, com recomendações para enfocar e resolver os conflitos

éticos suscitados pelas ciências biomédicas. A Comissão propôs três princípios éticos: respeito pelas pessoas (a autonomia), beneficência e justiça.

O Relatório Belmont foi promulgado em 1978 e tornou-se a declaração principialista clássica, relacionado aos problemas envolvidos na pesquisa com seres humanos.

A segunda obra fundamental foi *Principles of Biomedical Ethics de Beauchamp e Childress*. Os autores aplicaram no campo da prática clínica e assistencial o sistema de princípios do Relatório de Belmont.

Essa obra foi publicada em 1979 e tornou-se a principal fundamentação teórica do novo campo da ética biomédica. Os autores retomaram os três princípios e propuseram o quarto, distinguindo beneficência e não-maleficência. Posteriormente a confidencialidade será acrescentada. Esses princípios advêm da moralidade comum, ou seja, de crenças morais ordinárias<sup>14</sup>. Nenhum deles é supremo ou absoluto, mas dependentes entre si, isto é, são tomados em *prima facie*.

A abordagem principialista centra-se, sobretudo, em alguns princípios cuja aplicação supostamente leva à solução dos dilemas éticos na saúde: autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e confidencialidade. Não tem interesse na legitimação desses princípios; eles são tomados tais como enunciados, e como encontrados na moral social comum.

O modelo de análise teórica principialista iniciado com o Relatório Belmont e o livro de Beauchamp & Childress, foi acrescido, mais tarde, com outro clássico sobre o assunto: o livro do filósofo Tristram Engellhardt, *The Foundations of Bioethics*. Ele se sustenta na análise e na observação de alguns princípios e é de ordem principalmente pragmática. Esse enfoque de ética aplicada, notadamente no nível individual, de maneira direta e prática com linguagem objetiva, facilita o entendimento pelo profissional de saúde nos conflitos éticos diários. Nesse contexto, reitera o que escreveu Uchoa<sup>25</sup>.

*“Durante mais de 2500 anos, a análise ética do processo decisório em medicina teve-se unicamente em julgar se uma conduta estava ou não de acordo com os princípios hipocráticos. Entretanto, as rápidas transformações sociais ocorridas nos anos de 60, aliadas às crescentes inovações tecnológicas importantes, criaram novos dilemas éticos em medicina. O principialismo é, certamente, um dos mais divulgados modelos de análise desta nova ética. Beauchamp e Childress, que se situam na origem desta corrente propõem a existência de quatro princípios norteadores da ação que se quer boa e justa. São eles: o princípio da beneficência, o da não-maleficência, o da justiça e o da autonomia. Estes princípios não têm uma hierarquização a priori. São válidos prima facie. Em caso de conflitos é a situação que indica qual deles deve ter precedência” (pág. 47).*

Apesar de inúmeras críticas que lhe foram feitas, alguns autores continuam defendendo o princípalismo como guia preferencial do processo decisório na prática biomédica. Na medida em que não estabelece normas ou regras absolutas para a conduta moral, nem elimina conflitos, o princípalismo forneceria orientações flexíveis para a busca de soluções aos dilemas éticos que permeiam a medicina.

A seguir, a definição dos quatro princípios éticos pertinentes ao tema desse trabalho, iniciando pela autonomia, definida como a capacidade de fazer as próprias escolhas e conduzir as próprias ações sem coações<sup>33</sup>, agindo livremente, com capacidade de deliberação, fazendo escolhas independentes. Entretanto, como os indivíduos vivem em sociedade, a autonomia no mundo prático se traduz em ações que raramente são totalmente autônomas. “A autonomia perfeita não existe”<sup>33</sup>(Guy Durand, 2003, p.181). Além disso, mesmo aquelas pessoas com capacidade de exercer sua autonomia podem escolher submeter-se às exigências da autoridade de uma instituição, que no caso é a Militar, por considerarem fontes legítimas de direcionamento<sup>14</sup>. O que as torna indivíduos de autonomia reduzida, não por ausência de capacidade psíquica, mas pelo efeito coercitivo que a Instituição encerra.

O segundo, a beneficência, fazer o bem ao próximo. O juramento de Hipócrates contém os primórdios das regras que atravessaram séculos: não prejudicar e promover o melhor interesse do paciente. No campo da saúde pode ser entendido principalmente como não usar a arte médica para causar males, injustiças ou para prejudicar e aplicar os tratamentos exigidos para aliviar o doente.

O terceiro a não-maleficência é o princípio de não causar dano ao outro. Quando alguém não apenas se recusa a desejar ou a fazer o bem, mas deseja fazer o mal à outra pessoa, então o indivíduo é chamado de malevolente porque renuncia à comunidade moral, mesmo quando estiver agindo com permissão. *“A obrigação de não ser malevolente é mais forte que a de ser beneficente. No caso do fracasso em ser beneficente, a pessoa não cumpre o objetivo principal da moralidade, realizando o bem. Mas no caso da malevolência, ela age contra esse objetivo. Pode-se reconhecer que o princípio da não-malevolência é o elemento mais obrigatório da preocupação moral do*

*que a beneficência, porque a malevolência é a rejeição do bem*”<sup>24</sup>. (Engelhardt, 2003, p.143).

O quarto a justiça, no que se refere à pesquisa científica significa dividir equitativamente os inconvenientes e os benefícios entre os sujeitos da pesquisa. No cenário da guerra, ela estaria relacionada a distribuir os benefícios, os inconvenientes e riscos entre os integrantes da sociedade, considerando o que é devido a cada setor, aos militares, aos civis, aos inimigos e aos soldados amigos.

No princípalismo, a justiça junto com seus outros princípios, deve ser ponderada e mesmo sofrer limitação, durante a busca pela melhor decisão moral. De acordo com a singularidade de cada caso, levando em consideração a escassez e as práticas institucionais.

O princípalismo fundamenta a prática médica, tal como construída após as duas grandes guerras. Esse arcabouço é bastante diferente da visão utilitarista que pode dar suporte aos atos praticados no estado de exceção, como o cenário beligerante.

Para o médico, causar danos a um indivíduo em troca de informação relevante, mesmo com o argumento utilitarista da necessidade de tal ato para salvar a vida de muitas pessoas, é dificilmente compatível com a missão de prezar pela vida e de agir em concordância com os princípios de não-maleficência e beneficência.

A questão que se coloca é o médico que ao longo de sua formação na faculdade recebe a mensagem de agir considerando o paciente como fim em si mesmo e em concordância com os princípios supracitados. Ao ingressar na meio militar, a mensagem é de acatamento das ordens de acordo com a cadeia hierárquica, a ética formal na qual o homem age pelo dever. No entanto, no estado de exceção, o conceito de correto ou não, se desloca da ação justa em si mesma, para o resultado, para atender aos interesses do maior número de pessoas, admitindo o uso da pessoa como circunstancialmente mero meio no processo de conquista da vitória (utilitarismo).

De acordo com a teoria consequencialista, em nome dos direitos humanos, da liberdade e da defesa da dignidade humano, ou qualquer outro motivo a que se recorra para justificar a guerra, atrocidades podem ser cometidas, porque a preocupação da vitória é o objetivo a alcançar.

A corrente principialista que a longa data vem dirimindo os conflitos na área médica ao considerar os princípios tanto como obrigação *prima facie* quanto como passíveis de revisão, e também pelo seu caráter mediador e negociador<sup>14</sup>, pode ser também utilizada na discussão de propostas de resolução dos conflitos da ética médica com a militar.

#### **4 - A TEORIA DAS VIRTUDES**

Apesar da predominância do principialismo, existem outras teorias que pretendem fornecer as bases do agir moral na área biomédica, como é o caso da ética de virtudes. Tal teoria chama a atenção pelo fato de conter argumentos fortes e se apoiar numa tradição de relevância, a tradição aristotélica. Ela sustenta, basicamente, que não são os princípios, mas o caráter virtuoso dos agentes que torna possível a moralidade das ações. A virtude é um traço de caráter que é valorizado socialmente, que significa disposição habitual para se fazer o bem.

A saúde é um bem a que as pessoas e a sociedade aspiram e que, para alcançá-la, a prática da beneficência é necessária. Agir em função do bem do paciente expressa um compromisso do médico em restabelecer a saúde, em atuar em razão dos melhores interesses do paciente. Além disso, as diferentes atribuições de valores permitem compreender que existem diferentes tipos de bem, alguns mais importantes que outros. Isso permitirá hierarquizar os bens de forma a evitar conflitos na prática.

Em relação ao bem do paciente, Pellegrino e Thomasma<sup>26</sup> (1988) afirmam que o bem não é um conceito monolítico, podendo consistir em elementos nem sempre compatíveis. A idéia é de que o bem do paciente é composto por 4 elementos, os quais podem ser enumerados conforme sua importância. A hierarquia entre eles permite que, no momento em que há conflito, possa haver um critério que irá determinar qual a ação a ser realizada. Tais bens consistem em:

- 1) O bem último ou supremo, aquele que representa a finalidade da vida humana segundo a perspectiva do paciente;
- 2) O bem do paciente enquanto pessoa humana, que significa o bem próprio dos seres humanos, qual seja, sua capacidade de pensar, raciocinar, que os distingue dos animais. A violação desse bem implica a violência contra a própria humanidade;

3) O melhor interesse do paciente, o qual está ligado às considerações sobre qualidade de vida e expressa as preferências do paciente num certo período da sua vida;

4) O bem médico ou biomédico é aquele que se atinge através da tecnologia e intervenções médicas em relação a um estado particular de doença. O critério para se dizer se esse bem será alcançado consiste, estritamente, nos juízos científicos e médicos.

A ética da virtude sai do campo das obrigações e enfatiza os motivos dos agentes que fazem as escolhas. A virtude entendida como a disposição interna de agir em concordância com os princípios e as obrigações, lembra a boa vontade de Kant. Mas não se limita à obrigação, extrapola, e alcança o terreno da simpatia e afeição. O ideal a almejar seria o médico com afetividade e empatia pelos seus pacientes honrando seus deveres. Segundo Beauchamp e Childress<sup>14</sup>: “*Alguns autores da ética biomédica argumentaram que a linguagem da obrigação é derivada de circunstâncias morais nas quais as pessoas demonstram uma carência de virtude*” (p.83) e ainda: “*Uma teoria ética é mais completa caso as virtudes estejam incluídas e os motivos morais mereçam um lugar central, um lugar que as principais teorias tradicionais subestimaram, enxergando apenas os princípios e as regras morais*” (p. 87). Uma tentativa de unir uma disposição habitual para fazer o bem e para agir em conformidade com as regras, unindo motivações e obrigações.

As teorias éticas acima se misturam no momento da escolha mais assertiva do ponto de vista moral do médico militar em cenários de conflito armado. Mesclando a configuração da vida militar pautada em fundamentos que se assemelham a ética deontológica com o agir pela obrigação, seguindo regras que devem ser honradas e universalizadas. Acrescida, do cenário de crueldade do campo de batalhas cujo único argumento plausível é que a preocupação com o bem-estar da coletividade autoriza o tratamento de pessoas como simples meios a serviço do fim do bem geral, justificando o sacrifício dos interesses de uma minoria – o utilitarismo. Bem como somado aos quatro princípios tomados da moralidade comum, relativos entre si, portanto nenhum absoluto, a serem utilizados de acordo com cada caso a ser analisado. A prática médica baseia-se notadamente no principialismo, mas também sofre influências da teoria das virtudes, a disposição do agente para fazer o bem. Nesse tabuleiro o grande desafio é evitar escolhas morais que firam o bem-estar do soldado/paciente.

## 5 – A NEUTRALIDADE MÉDICA

A assinatura da primeira Convenção de Genebra constitui o marco inicial do Direito Internacional Humanitário destinado a proteger as vítimas dos conflitos armados e a equipe de saúde. O *Manual dos Direitos e Deveres do Pessoal Sanitário* durante os Conflitos Armados<sup>9</sup> confeccionado em 1991 foi formulado pelos então fundadores da Cruz Vermelha e exemplifica o estreito laço entre esta instituição e o direito humanitário. Este manual prático é baseado nas disposições das quatro Convenções de Genebras e seus Protocolos, e seu não cumprimento constitui uma violação do direito internacional dos países que são seus signatários. A Convenção de Genebra relativa ao Tratamento de Prisioneiros de Guerra advoga que todo ato de violação pelas nações que ratificaram as Convenções de Genebra pode conduzir a um processo diante da Corte Internacional de Justiça ou diante da Corte Penal Internacional.

O arcabouço das diretrizes da prática médica em conflitos armados que vem sendo construído a partir de 1864, tem como exemplos: a própria Convenção de Genebra, as leis internacionais consuetudinárias e os códigos de ética médica, todos se baseiam na neutralidade médica, ou seja, o respeito à equipe de saúde, bem como de seus transportes e equipamentos e o direito de acesso aos cuidados médicos.

Essa proteção gera em contrapartida, deveres do pessoal sanitário, como exemplos: devem abster-se de qualquer ato de hostilidade, têm autorização de trazer armas só para uso em caso de própria defesa ou dos feridos e doentes sob seus cuidados<sup>3</sup>, devem atender os pacientes de acordo com a gravidade do quadro clínico, sem discriminação por qualquer outro fator como visão política, afiliação ou *status* de guerra, ou seja, o cuidado médico de acordo com os princípios da deontologia de tempos de paz<sup>3</sup>.

O Direito Internacional Humanitário qualifica como infrações graves, ou seja, crimes de guerra, a tortura ou tratamentos desumanos, incluindo experiências biológicas ou outras experiências médicas e científicas, o causar intencionalmente grandes sofrimentos e atentar gravemente contra a integridade física.

Vários outros documentos, que embora não tenham valor jurídico são largamente divulgados, como:

1- “*As Regras de deontologia médica, em tempo de guerra e as regras para assegurar o socorro e os serviços aos feridos e aos doentes, em tempo de conflito armado*” redigidas pela Associação Médica Mundial, o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV), o Comitê Internacional de Medicina e Farmácia Militares e a Organização Mundial de Saúde (OMS), aprovadas em 1957, preconizando que:

- a missão essencial da profissão médica é de assegurar a salvaguarda da vida e da saúde humana

- que em caso de urgência, os cuidados médicos devem ser dados em função das necessidades médicas e sem nenhuma distinção fundada sobre critérios diferentes dos critérios médicos.

2 – A Resolução 35/179 de 27 de janeiro de 1981 da Associação Médica Mundial e da Organização Médica Mundial defendendo também este ponto de vista.

3 - O projeto do Grupo de Trabalho Internacional de Dupla Lealdade realizado em conjunto por *Médicos pelos Direitos Humanos* e a *Escola de Saúde Pública e Cuidados Básicos de Saúde da Universidade de Cape Town*, que estabelece dez orientações para médicos militares. Dentre as mesmas vale ressaltar, que o profissional de saúde militar é um membro da comunidade profissional de saúde nacional e internacional, que não deve participar em pesquisas e desenvolvimento de armas químicas e biológicas que possam ser usadas com propósito de matar, torturar ou causar qualquer dano à vida humana. Ainda, deve impedir direta, indireta ou por meios administrativos, qualquer forma de cooperação em tortura ou tratamentos e punições cruéis, desumanas ou degradantes em qualquer tempo, inclusive na guerra e durante o interrogatório de prisioneiros. Deve informar às autoridades competentes violações dos direitos humanos que interfiram em sua capacidade de cumprir com seus deveres de lealdade para com o paciente e denunciar a violação de direitos humanos perpetrados contra suas próprias tropas ou as inimigas.

4 – Os regulamentos da Associação Médica Mundial para situações de conflito armado aprovado em 22 de abril de 2002. Neste os seguintes pontos são defendidos: que a ética médica em tempos de conflito armado é idêntica aos tempos de paz, que a obrigação primária do médico é com seu dever profissional, que a tarefa do profissional de saúde é preservar a saúde e salvar vidas, é considerado antitético empregar seu conhecimento científico na destruição de vidas e em prejuízo da saúde. E ainda, que em

emergências, os médicos devem agir de forma imparcial, que os privilégios e facilidades pertinentes aos médicos não devem ser usadas para o propósito que não seja o profissional.

O Direito Internacional Humanitário (DIH) ainda determina que os membros do pessoal sanitário não sejam punidos ou incomodados por terem exercido uma atividade de caráter médico de acordo com seu código de ética<sup>3</sup> e que os mesmos não sejam obrigados a praticar atos contrários ao mesmo<sup>3</sup>.

As determinações claramente definidas pelo DIH devem ser reforçadas entre a comunidade médica, porque há risco de no meio da atuação no cenário beligerante, os médicos ajam levados por impulsos ou por pressão externa, e pratiquem ações contrárias ao que está definido nestes regulamentos.

Apesar de tantos documentos, muitos profissionais de saúde se envolvem em dilemas éticos, e agem de modo antiético e mesmo desumano, como foi o caso do envolvimento em tortura durante conflitos armados e políticos, como na Alemanha nazista, na ocupação japonesa na Manchúria, na União Soviética, no Chile, em Israel, na Turquia e no Iraque<sup>27</sup>.

Cabe ressaltar que de meados do século XIX até a presente data, houve mudanças nas características dos conflitos armados. Cada vez mais não são os Estados e sim atores informais que tomam parte em conflitos. Observa-se, também, o uso indiscriminado de armas de alta tecnologia e de maneira despersonalizada, levando ao aumento exponencial de mortes e ferimentos da população civil, incluindo os profissionais das Nações Unidas e de organizações não governamentais, culminando com uma tendência de substituição gradual da neutralidade médica por uma política que não poupa nenhum direito humano ou instituição civil. Essa violação da neutralidade médica tem sido largamente e sistematicamente observada. Em alguns países médicos foram seqüestrados, torturados ou executados<sup>6</sup>.

Os mais importantes documentos como a lei humanitária internacional e as convenções de Genebra focam nas guerras entre Estados-Nação, partindo do pressuposto da aceitação de premissas básicas de conduta moral entre as partes beligerantes e falham em lidar adequadamente com os novos fatores que se apresentam. Para fazer frente a essas mudanças, àqueles que defendem a neutralidade médica, precisam realizar uma

atualização de seus conceitos e aplicações, para que haja o reforço da imagem da finalidade da profissão médica que é o alívio do sofrimento humano e a assistência e tratamento de feridos e doentes, na medida do possível no contexto da guerra.

A afirmação de que a ética médica em tempos de paz é idêntica a da guerra parece subestimar os conflitos do processo decisório do médico no conflito armado. As variantes envolvidas no cenário beligerante são totalmente diferentes, risco iminente de morte, alto grau de violência inerente ao confronto, entre outros fatores.

A neutralidade do médico segundo a Convenção de Genebra parece contrastar com o fato de o médico estar uniformizado, submetido à cadeia de comando e obrigado a obedecer a ordens. Além disso, ainda interage no dia-a-dia com seus companheiros de armas e a constatação implícita de uma dependência mútua de proteção entre o médico e o militar de arma que garante maior probabilidade de manter suas integridades físicas. Esses novos fatores emergem em conflitos armados.

A pergunta é como manter a neutralidade se todo o contexto denuncia que o médico é componente de uma das partes do conflito armado? A raiz do problema está entre o agir de maneira neutra em sua atividade profissional e ao mesmo tempo ser componente de uma das partes do conflito. Para conseguir agir de maneira neutra o médico deve ser capaz de se abstrair do contexto da guerra e se reportar às suas práticas nos momentos de paz, desde que a situação tática permita obviamente.

Os fatores que ameaçam a ética médica não são idênticos durante a guerra e a paz e esta consciência os médicos militares devem ter para poder identificar quando sua atividade estiver permeada por conflitos de interesse e de objetivo e assim conseguirem manter-se leais aos princípios da deontologia médica em tempos de paz.

## **CAPÍTULO III**

### **ÉTICA MÉDICA E O SERVIÇO MILITAR**

#### **1 – É POSSÍVEL CONCILIAR OS DOIS?**

Os médicos assumem múltiplas obrigações com os mais diferentes atores em sua prática clínica, como previamente abordado no Capítulo I, em relação à dupla lealdade. O médico militar compromete-se com o bem-estar e em não causar dano ao seu paciente. Legalmente deve agir em concordância com a Convenção de Genebra e ainda deve obediência à cadeia de comando, bem como está envolvido pela preocupação com o êxito da missão militar e conseqüentemente com a segurança nacional. É óbvio que essas múltiplas obrigações podem gerar problemas, que podem até ser irreconciliáveis. O papel do médico militar é intrinsecamente e moralmente problemático e insustentável<sup>2</sup>?

Para Sidel e Levy, o papel do médico militar é uma impossibilidade moral, algo antiético e disforme<sup>13</sup>. Segundo os autores, para honrar suas obrigações profissionais, os médicos não devem ingressar no serviço militar. Estes têm deveres para com seus pacientes e a obrigação de prevenir o sofrimento humano e a morte causados pela guerra.

Esses autores dividem os dilemas nos seguintes grupos<sup>6</sup>: obrigações de melhorar a força militar em detrimento das obrigações de atender as necessidades do indivíduo/paciente militar; tomar decisões de forma unilateral em detrimento da autonomia do paciente; falhas na obrigação de assistir da melhor forma possível àqueles que precisam de cuidados de saúde; falhas na discriminação dos papéis de combatente e não-combatente.

No primeiro grupo o profissional pode estabelecer prioridades médicas influenciado pelos propósitos militares. Visto que a função dos médicos militares é de conservar a força de combate, as necessidades militares podem ser consideradas superiores às necessidades médicas, influenciando os médicos militares a aceitar prioridades diferentes daquelas dos seus colegas civis. Um exemplo ocorreu durante a segunda guerra mundial, quando a penicilina que era escassa foi distribuída para os soldados norte-americanos que sofriam de doenças venéreas em vez de para aqueles que tinham ferimentos de batalha. O fundamento racional era a necessidade militar: os

soldados que sofriam de doenças venéreas poderiam retornar à batalha mais rapidamente<sup>14</sup>.

Em caso de conflito, esses profissionais podem optar em dar maior prioridade para as necessidades militares. Ainda é exemplo de prejuízo dos interesses do paciente, a realização de pesquisas médicas em militares sem o consentimento informado e a violação da confidencialidade do paciente, alegando, por exemplo, necessidade em nome da segurança nacional.

No segundo grupo, os militares podem agir de maneira coercitiva e paternalista, o que a própria estrutura favorece quando estabelece uma disciplina rigorosa que inibe as manifestações de contrariedade ou de autonomia dos subalternos. Assim, o médico militar sente-se à vontade para determinar o que é melhor para o paciente, independentemente da opinião ou do desejo do mesmo. Como exemplo, na triagem do campo de batalha, o médico militar decide o que é melhor para o paciente sem compartilhar as possibilidades com o paciente, atropelando a autonomia deste. Da mesma forma, impõe imunizações e tratamentos obrigatórios<sup>19</sup>.

Em relação ao terceiro grupo, apesar da Convenção de Genebra determinar o atendimento baseado na necessidade médica, os médicos fazem parte de uma força armada e vestem seu uniforme, observando os regulamentos e formalidades, bem como convivem com seus colegas combatentes nos acampamentos militares, pode haver uma tendência a priorizar o atendimento dos soldados amigos e postergar o dos inimigos. Pode haver falha no atendimento dos civis, e dos próprios soldados, na medida em que se preocupem em aumentar o número de soldados da linha de frente e dêem prioridade de atendimento àquele que possa retornar logo ao combate.

O quarto grupo de dilema inclui as falhas na discriminação do papel de combatente e não-combatente. Por exemplo, quando se empregam militares com conhecimentos e práticas médicas para atrair os civis para um dos lados do conflito, como fizeram as forças especiais norte-americanas no Vietnã. Eles usavam os ‘*aidmen*’, que embora não fossem médicos prestavam socorro aos vietnamitas indígenas, para que fossem atraídos “*os corações e as mentes da população indígena para posterior uso em missão militar*”<sup>6</sup> (Sidel; Levy, 2008, p. 400).

Outro exemplo é a participação de médicos no desenvolvimento e na pesquisa de armas militares biológicas, químicas e nucleares, bem como em estudos de efeitos da radiação ionizante. Nesses estudos, soldados da própria força foram experimentalmente expostos à radiação<sup>23</sup>. Por fim, a participação do médico em atos de tortura para obter vantagem militar manchando o papel de não combatente da equipe de saúde.

Em relação ao envolvimento de médicos em pesquisas com armas, surge a seguinte questão: como não está configurada a relação médico-paciente, os princípios da ética médica não se aplicariam? Sidel e Levy defendem que: *“Médicos são sempre médicos, devem sempre dever ético especial: o de não causar dano, e devem se negar a participar no desenvolvimento de pesquisa e desenvolvimento de armas, mesmo que sejam consideradas situações não relacionadas aos cuidados médico-pacientes”*<sup>15</sup> (Sidel, 2003, p. 305).

Sidel e Levy concluem afirmando que os dilemas éticos, associados ao sistema de saúde militar, se opõem à ética de cuidados médicos. A identificação dos médicos com os colegas de armas pode prejudicar a fronteira entre o médico e o combatente e inviabilizar a questão da neutralidade médica na guerra. Os médicos militares não podem como membros das forças armadas, responder e defender as responsabilidades da Convenção de Genebra e também acreditam ser moralmente inaceitável um médico ingressar como militar nas forças armadas<sup>15</sup>.

Outro autor que defende a mesma posição é o médico inglês John Ryle<sup>2</sup> afirmando que a recusa universal dos médicos em servir o militarismo iria minar a saúde e o moral das tropas, tornando extremamente difícil ou impossível para as nações fazer a guerra devido a separação da prática médica da carreira militar (Ryle apud Moskop, 2004).

Em instituições totalitárias<sup>13</sup> como é o caso das organizações militares, assim como em penitenciárias, os profissionais têm limitada sua autonomia para a tomada de decisões, incluindo as ações morais de médicos em operações militares.

Neste sentido, Sidel e Levy vislumbram uma ínfima possibilidade do médico militar servir como um agente moral, uma oportunidade de uso do seu papel como membro das forças armadas para insistir num comportamento que seja consistente com os valores éticos e a lei humanitária internacional.

Se ao mesmo tempo esses autores reconhecem a importância dos médicos nas fileiras militares como agentes que possam denunciar possíveis inconformidades quando escrevem: “*O médico militar de força de caráter tem uma importante contribuição para o nível moral do militarismo*”<sup>6</sup> (Sidel, 2008, p. 403), por outro lado parecem achar pouco provável que isso aconteça, pois em seus trabalhos também escrevem: “*Nós acreditamos ser moralmente inaceitável para um médico servir tanto como médico quanto como soldado nas forças militares norte-americanas*”<sup>15</sup> (Sidel, 2003, p. 312).

Como solução para o dilema/conflito advogam que os médicos devem honrar seu papel no socorro às vítimas e devem mitigar as consequências da guerra como profissionais neutros, participando como membros de organizações não governamentais como a *Cruz Vermelha*, *Médicos Sem Fronteiras*, *Médicos Pelos Direitos Humanos*, *International Medical Corps*, *CARE*, *Oxfam International*, *Save the Children*, *International Physicians for The Prevention of Nuclear War*, todos baseados na neutralidade da equipe de saúde e em profissionais civis.

A separação dos médicos dos serviços armados como meio de solucionar o dilema da moralidade do médico militar pormenoriza e empobrece a discussão do tema, que analogamente pode ser aplicada e ajudar na resolução de outras situações de dupla lealdade.

Os exércitos, forças navais e aéreas se sustentam independentemente da participação ou não de médicos e já existiam muito antes da atuação da medicina se tornar importante em termos logísticos.

O médico ao ingressar nas forças armadas deve se certificar da ratificação pelo seu País da Convenção de Genebra o que a faz ter força de lei, defendendo seu papel de não combatente.

O quarto princípio do Tribunal de Nuremberg (1950) determina que o fato de estar agindo em cumprimento a uma ordem ou de um superior ou do Governo não exonera a responsabilidade perante as leis internacionais, despertando para o cumprimento de ordens desde que sejam legais. Os princípios de Nuremberg constituem um marco na mudança do paradigma do cumprimento irrestrito de ordens superiores, ao sustentar que não existe defesa de nenhum indivíduo baseada no fato de estar somente obedecendo a ordens ou seguindo a lei de um País.

O médico militar deve estar ciente do cenário de dupla lealdade a que está submetido e de sua autonomia reduzida, visto que está inserido num sistema de rígida hierarquia e baseado na premissa, mesmo que relativa, do cumprimento de ordens, conseqüentemente isto pode gerar no profissional de saúde o medo de se opor às ordens de autoridades superiores.

Outro fator a que o médico deve estar atento é possibilidade de identificação excessiva com seus colegas uniformizados. Nenhum documento aborda a tendência humana de ligação e identificação com os mais próximos em prejuízo daqueles externos ao seu meio de interação. Esses fatores devem ser enfatizados para evitar uma prática médica tendenciosa em favor dos objetivos militares e que prejudique a imparcialidade da conduta médica.

Madden and Carter<sup>8</sup> afirmam que as duas profissões são de fato muito similares, ambas são compostas de “*agentes preocupados em cuidar e proteger os seres humanos buscando diminuir seu sofrimento*” (Beam; Sparacino, 2003, p. 322). Nesse processo, é fundamental que os militares médicos atentem para o seu dever de participar ativamente nessa discussão da avaliação do dilema ético do seu papel.

## **2 – A ÉTICA MÉDICA EM TEMPOS DE PAZ É DIFERENTE DE TEMPOS DE GUERRA?**

“*A guerra é geralmente a anátema da saúde pública*”<sup>6</sup> (Sidel, 2008, p.3). A guerra gera imperiosas mudanças ao cenário onde discorre a relação médico-paciente. Segundo os autores Beam e Howe<sup>8</sup>: “*Éticistas da medicina, incluindo alguns médicos, tentam transpor inalterada a ética clínica como é praticada largamente nos hospitais, onde a ênfase são os princípios de beneficência e autonomia do paciente, para circunstâncias radicalmente diferentes como o campo de batalha*” (Beam e Sparacino, 2003, p.868). Até que ponto essas mudanças justificam uma mudança da essência das balizes éticas que norteiam a profissão médica dos moldes atuais?

Segundo Gross, a ética médica em tempos de paz não é idêntica à ética médica durante a guerra por duas razões; a primeira porque os princípios fundamentais que direcionam a tomada de decisão na ética civil estão ausentes na esfera militar. “*Os militares não têm direito a vida, à autonomia pessoal e o direito de autodeterminação em*

*relação aos pacientes civis*”<sup>7</sup> (Gross, 2006, p.15). Certamente, os militares como profissionais de arma têm parte de sua autonomia reduzida e perdem também parte de sua capacidade de autodeterminação enquanto combatentes. Não necessariamente esse raciocínio deve ser aplicado à relação médico-paciente que se configura no cenário beligerante, de acordo com a própria Convenção de Genebra: o soldado ferido é não-combatente. Portanto readquire seu direito de cuidados médicos como em tempos de paz.

Em relação ao direito à vida do soldado, esse se mantém na guerra, o que aumenta é o risco de perdê-la. Ao fazer parte de um exército, eles são alvos militares legítimos determinando uma maior vulnerabilidade, sempre considerando a premissa de ser uma guerra justa.

A segunda razão que justifica a diferença da ética na guerra e na paz segundo esse autor é que os princípios da guerra justa podem desprezar as preocupações bioéticas. “*A necessidade militar dá autoridade para justificar as ações do Estado; a proporcionalidade limita, mas não elimina o dano excessivo e a doutrina do duplo efeito permite o dano não-intencional a não-combatentes*”<sup>7</sup> (Gross, 2006, p.15). Todos os argumentos apontados acima não fazem parte da prática médica, quem define a maneira de fazer a guerra e, portanto os meios a serem implementados não é o profissional da área de saúde, mas o militar de carreira.

A disponibilidade do soldado de expor sua vida a circunstâncias de grande risco e a questão da autonomia reduzida que goza não justificam a transposição direta dessa situação para a relação médico-paciente. Como tentam sugerir os autores Beam e Howe<sup>8</sup> afirmando que: “... *poderia se concluir que analogamente dos médicos militares pode ser solicitado o sacrifício dos interesses dos seus pacientes em favor da missão militar de proteger a sociedade*” (Beam; Sparacino, 2003, p. 853). O soldado combatente no campo de batalha, a estratégia e a logística dos que conduzem a guerra devem ser diferenciados do soldado-paciente necessitando de cuidados médicos.

Em relação à necessidade militar e a conduta do médico militar, uma tentativa de conciliar os objetivos militares com as decisões éticas da medicina militar foi realizada pelos autores Beam e Howe<sup>8</sup> defendendo um exercício de balanceamento entre a demanda militar, se fundamental ou não, em contrapartida com os riscos maiores ou menores para a vida dos soldados. Esta questão será abordada no próximo capítulo

Gross ainda afirma que a medicina serve ao paciente em tempo de paz e serve ao esforço de guerra em ocasiões beligerantes<sup>7</sup>. A questão que o autor coloca é não mais de cuidar do paciente para restaurar sua saúde, preocupando-se com o bem-estar do indivíduo, substituindo por cuidar do valor instrumental da vida do soldado, preocupando-se com o bem-estar da coletividade e do Estado e em preservar a força de combate. A relação médico-paciente não é mais de um para um, porque na ética militar a relação que se coloca é de combatentes/não-combatentes e o Estado. Os interesses do Estado podem servir de argumento para suplantar a relação médico-paciente como tradicionalmente conhecida. O paciente não é mais um fim em si mesmo, mas um instrumento de defesa dos interesses do estado<sup>28</sup>.

Gross afirma ainda que se por um lado a preocupação do médico em tempos de paz é de tratar o mais seriamente ferido primeiro, em tempos de guerra deve se preocupar em manter a força de combate fornecendo o maior número possível de combatentes à linha de frente, servindo às necessidades militares.

*“Os direitos dos soldados amigos feridos receberem cuidados médicos é contingente sobre seu valor de serem salvos: suas necessidades de tratamento são somente sustentáveis se eles forem recuperáveis para retornar ao dever de combate. Na mesma linha, mas em relação aos combatentes inimigos, esses não têm direito à vida, por essa razão perdem seu direito intrínseco de cuidados médicos, a menos que sua condição de feridos tire-os da condição de ameaça, portanto de acordo com a ameaça ou não que representem, serão ou não tratados” (Gross, 2004, p.24)<sup>29</sup>*

Um dos pontos mais controversos defendido pelo bioeticista H. Gross é a participação de médicos em atos de tortura. *“Tortura é sempre ilegal, mas pode ser aceito um grau moderado de pressão física para prevenir um dano iminente e doloroso. Médicos devem permitir que o bem-estar coletivo e a lei estatal superem suas responsabilidades para com seu paciente ou o bem-estar individual do paciente”*. E ainda conclui que *“a tortura requer assistência médica e a decisão de usar força física sempre requer o consentimento do médico”* e continuando: *“indivíduos podem ser sacrificados para o bem comum mesmo que o custo disso seja ignorar os direitos humanos básicos”<sup>20</sup>* (Gross apud Kottow, 2006, p.465).

Gross subdivide os dilemas éticos do médico militar, em aqueles relacionados aos cuidados médicos, incluindo o consentimento informado, a confidencialidade e o direito de morrer. Em relação ao consentimento informado diz que seja recomendável ao ambiente militar, na paz e não na guerra. Defende que a confidencialidade seja violada

quando houver algum grau de ameaça aos objetivos militares. Sobre o terceiro diz que o soldado não tem o direito a morte, a menos que prove não ser mais necessário para o combate<sup>20</sup>.

Em relação aos dilemas não relacionados aos cuidados médicos, defende que médicos participem do desenvolvimento de armas químicas e biológicas, embora a associação médica mundial declare ser antiético. Nesses casos defende que razões de Estado superam qualquer outra argumentação e que o médico, como qualquer outro profissional, tem o dever de contribuir com seus conhecimentos para a fabricação dessas armas<sup>29</sup>.

Sobre esse assunto, Thomas E. Beam e Edmund G. Howe<sup>8</sup>, afirmam que: “*Sendo o objetivo militar derrotar o inimigo, o que inclui matar soldados inimigos e proteger a sociedade, os membros militares devem sacrificar outras prioridades objetivando dominar o inimigo independentemente dos meios morais e legais necessários*” (Beam, Howe, 2003, p. 853).

Muitas das considerações éticas que surgem na medicina militar não surgem em tempos de paz, o que pode enfraquecer a aplicação direta dos princípios éticos tanto para a guerra quanto para a paz. Deve-se atentar que isso não significa que a ética médica deva ser distorcida para atender aos propósitos militares. Assumir a postura de que a necessidade militar supera outros princípios fundamentais pode ser perigosa e pode trazer constrangimentos irreparáveis à humanidade.

Algumas questões precisam ainda ser mais bem trabalhadas, como a aplicação tendenciosa dos princípios utilitarista à relação médico-paciente em conflitos armados justificando práticas de tortura na tentativa de salvar muitas vidas. Até que ponto, em nome do bem-estar coletivo, se pode agir em detrimento dessa relação? É possível estabelecer um paralelo da medicina de catástrofes com a medicina de guerra? Na primeira não existe a preocupação com a força de combate/ou objetivos militares, mas apenas a preocupação em otimizar a ajuda aos feridos, o que justificaria postergar o atendimento a população civil em geral e tratar primeiro os bombeiros e médicos, revertendo em aumento da capacidade de oferecer cuidados. A equiparação do bem-estar coletivo com as necessidades militares seria totalmente apropriada? Todas essas questões

se encontram em aberto para reflexão da sociedade e notadamente daqueles que estão no cerne do problema, os médicos militares.

Se a guerra for considerada justa, o médico, como qualquer cidadão deve participar dos esforços de guerra. Em última instância poderia se dizer que todos que pagam impostos, os quais possibilitam a aquisição de armamentos e que sustentam os exércitos são considerados pilares desse esforço. Mas a participação do médico abrange exatamente o que? É bastante conhecida identificação da profissão com o objetivo de salvar vidas e diminuir o sofrimento. A participação do médico, reduzindo os danos e sofrimentos gerados pela guerra, se adequaria ao modelo mencionado. Porém, se a participação do cidadão médico significar envolvimento em tortura e em desenvolvimento de armas, independentemente de haver ou não a relação médico-paciente, vai contra os fundamentos da formação médica. Gross critica tal posição dizendo tratar-se de um *status* moral especial da ética dos médicos em relação aos outros profissionais: '*higher calling*'<sup>7</sup>. Talvez delegar, a cada cidadão, a decisão de participar da guerra 'dentro dos limites da ética de sua' própria profissão seja a melhor opção.

Quem tem o compromisso de agir de forma beligerante é o profissional de armas e não o médico, pois, este com suas habilidades e conhecimento técnicos, deve exercer suas atividades dentro dos limites dos princípios sedimentados da ética médica mundial. Não cabe no escopo de preocupações da prática médica medidas estratégicas e táticas para vencer o inimigo. A função social do médico nesse contexto, está no plano individual, enquanto defesa dos princípios que norteiam a relação médico-paciente. E esse deve ser o papel a ser desempenhado pelo médico, independentemente dos mais diferentes cenários, por mais caóticos que possam ser. Alguma adaptação pode ser pleiteada, e será exposta mais adiante, desde que os alicerces não sejam removidos.

Os tradicionais princípios de beneficência, não-maleficência, autonomia, justiça e confidencialidade da profissão médica não devem sucumbir a situações conjunturais, porque minam o bem maior que elas suscitam quando se consideram décadas e décadas de prática médica. A ausência de limites nessa participação aos esforços de guerra levou ao uso do conhecimento privilegiado da anatomia e fisiologia do corpo humano a práticas cruéis e desumanas ao longo da história.

Dentro do contexto da operação militar, os vários papéis que se desempenham nas diferentes situações podem deflagrar conflitos de obrigação. Quanto maior a variedade de agentes, de interesses e de princípios, e o grau de tensão que os circunda, maior o potencial de deflagração desses conflitos. Na guerra, interação combatentes e não-combatentes, inimigos, aliados, Estados e indivíduos, cidadãos e soldados, prisioneiros de guerra, feridos e mortos, todos no mesmo tabuleiro. Para que a ética médica não tenha seus princípios maculados nos períodos de estado de exceção, as diferenças dos contextos guerra/paz devem ser ressaltadas.

A autonomia do médico e de seus pacientes em tempos de paz pode ser considerada praticamente plena e o processo decisório pode ser realizado de forma compartilhada e coletiva. Na guerra, tanto o paciente/soldado quanto o médico/militar têm autonomia relativa, bem como o processo decisório pode envolver comandantes não-médicos e ser tomado à revelia da participação do paciente, de maneira unilateral. O médico militar deve ter conhecimento dessas novas variantes que são ditadas pelo estado de exceção, para que possa identificar as condições que ameacem os princípios éticos da prática médica.

Quando o soldado ingressa no serviço militar ele perde parte de sua autonomia e autodeterminação, se compromete com o esforço de guerra do seu país e se submeterá às situações de maiores riscos. Uma vez ferido adquire o *status* de não-combatente e ganha outra vez o *status* de pessoa protegida, incluindo o fundamental direito a cuidados médicos. Isso é o mínimo que os Estados devem oferecer a quem se dispôs a perder a vida na defesa dos valores e da própria existência de sua Nação.

O limite do sacrifício ao bem-estar coletivo deve ser a própria integridade física e a perda da capacidade de combate do soldado, quando então a logística deve ser invertida, voltada para o ferido, com a certeza de um atendimento médico imparcial e fundamentado na pessoa, em sua esfera individual.

### **3- A NECESSIDADE MILITAR: QUANDO A EXCEÇÃO POSSIBILITA A INTERSECÇÃO ENTRE O LADO TÁTICO E A PRÁTICA MÉDICA.**

A necessidade militar legítima no contexto da guerra justa se apresenta como uma opção bastante razoável de ponto mediador entre os interesses militares e os da relação médico-paciente, desde que sejam respeitados alguns pilares da medicina tradicional,

como por exemplo, a inviolabilidade do princípio da não-maleficência. Em certas condições, demandas de ordem social podem se tornar variantes no processo decisório do médico.

Medidas indispensáveis para vencer o inimigo, que não infrinjam o direito internacional da guerra, definem a necessidade militar, que não é um princípio absoluto<sup>8</sup>. Quando houver necessidade militar, o médico militar deve dar prioridade, não absoluta, aos objetivos militares, ponderando com o grau de risco para a relação médico-paciente.

Para exemplificar esse dilema entre o interesse do indivíduo e o da coletividade, a questão da triagem no campo de batalha é bastante ilustrativa. A triagem é um meio de racionalizar os cuidados médicos quando não é possível com os recursos disponíveis atender a todas as necessidades ao mesmo tempo e no mesmo grau<sup>14</sup>. A triagem pode ser realizada balanceando-se entre a utilidade médica e a social. *“Problemas gerais de alocação de escassos recursos médicos implicam duras escolhas de natureza pragmática. [A triagem] é um penoso termo que conota emergência – até mesmo em tempos de guerra- circunstâncias que demandam algum mecanismo social de triagem”*<sup>30</sup> (Retting and Lohr apud Childress, 2003, p.78).

Embora a conduta médica não contemple os diferentes *status* sociais entre os seus princípios, em casos de emergência, é possível se justificar uma variável social, em relação a alguma função específica e urgente ou a um serviço essencial.

Pesik et al. (2001), apud Childress (2003, p.80)<sup>30</sup> identificaram fatores que devem ser considerados no racionamento de recursos escassos. A maior parte dos critérios recomendados enfatiza a utilidade médica e são exemplos: a probabilidade de causar o benefício e que esse tenha longa duração, melhorar a qualidade de vida, a urgência da condição do paciente.

Entre os critérios recomendados e que têm caráter de natureza social estão: o efeito multiplicador direto entre os profissionais que atuam em emergências, como: médicos e bombeiros. A quantidade de recursos necessários para o sucesso do tratamento, que tem um viés bem utilitarista. Os autores defendem que não devem ser considerados a idade, etnia, gênero, talentos e capacidades, deformidades ou deficiências físicas, o *status* socioeconômico, posição política, valor social, abuso de drogas ou álcool, comportamento agressivo ou anti-social.

A priorização do atendimento de acordo com o *status* de combate do paciente, civil ou militar, amigo ou inimigo, analogamente estaria entre os critérios não recomendados, a menos que tal atendimento pudesse ser revertido em um efeito multiplicador sobre a oferta de serviços necessários para a sociedade, por exemplo: se ao atender os soldados amigos levemente feridos, e esses retornarem logo a frente de batalha, a derrota iminente da batalha fosse evitada. A prioridade no cenário beligerante é influenciada por uma função social específica: a força de combate, numa ponderação entre reflexões de ordem médica e de ordem militar/social. Essa abordagem se restringe aos cenários de exceção.

A questão que se coloca é se essa abordagem utilitarista é absoluta ou deve ser tomada em *prima facie*? Alguma limitação deve ser considerada? Primeiramente quanto à gravidade do quadro clínico do paciente, o *Emergency War Surgery*<sup>8</sup> propõe cinco grupos em ordem decrescente de urgência médica e embora essa classificação tenha um viés cirúrgico, os quadros clínicos podem ser incluídos:

- urgentes: demandam intervenção imediata para prevenir a morte
- imediatos: requer procedimentos de moderada a pequena duração para estabilizarem feridas que ameacem a vida.
- postergáveis: requerem intervenção cirúrgica, mas podem aguardar certo período, sem comprometer o sucesso do tratamento.
- minimamente feridos: requerem mínima atenção cirúrgica, não precisando mais que limpeza, anestesia local para debridamento e curativos.
- expectantes: feridas que são tão extensas que é improvável que o paciente sobreviva.

A utilidade social pode ser aplicada no atendimento médico, desde que não haja risco de morte ou lesão grave e irreversível, seguindo a classificação acima, antes dos soldados levemente feridos que possam retornar rapidamente a linha de frente serem atendidos, os pacientes urgentes e imediatos o serão, e alguma medida de conforto adotada em relação os pacientes expectantes.

Uma tentativa de auxiliar no processo decisório do médico militar, entre as prioridades médicas e os objetivos militares, foi realizada pelos autores Beam e Howe<sup>8</sup> propondo um algoritmo de tomada de decisão que avalia casos de necessidade militar, de

vantagens para a missão militar e o risco para os soldados. Se existir verdadeira necessidade militar, essa prevalece sobre o risco para o soldado. Nos casos em que não existe a necessidade militar, mas sim um benefício para a missão, será ponderado o maior ou menor risco para o soldado. Se o risco for alto, o interesse do soldado prevalece.

O problema dessa posição, é que não importa o quão grave o malefício possa ser para o soldado, em caso de necessidade militar, esta prevalece, tornando esse argumento absoluto. Legalmente, viola a Convenção de Genebra e, eticamente, é difícil justificar a morte ou lesão grave irreversível de um civil em virtude da necessidade de otimização da força de combate. Por isso se propõe que pacientes urgentes e imediatos, independentemente do status de civil ou militar, amigo ou inimigo sejam primeiramente atendidos.

Beam e Howe justificam o atendimento postergado aos soldados amigos gravemente feridos, fazendo uma analogia entre a condição de redução de sua autonomia ao ingressar nas forças armadas, autorizando sua participação em situações de risco para a sua vida, aplicando tal renúncia de autonomia também para questões de ordem médica. A renúncia da autonomia, entretanto, reside na relação superior/subordinado e, não está implícito, nesse acordo, sacrificar também seu direito ao atendimento segundo os ditames da Convenção de Genebra e da medicina praticada largamente na sociedade contemporânea.

Bradley<sup>31</sup> em relação ao dilema entre as necessidades militares e o interesse do paciente sugere quatro possibilidades. A primeira orientada somente pela necessidade médica, defendendo o tratamento de acordo com a gravidade da lesão. Está representada pelos preceitos da Convenção de Genebra. A segunda é a que se nomeia de critério de fidelidade, considera a nacionalidade ou a condição do paciente, separando-o em grupos e dentro de cada grupo priorizando de acordo com a necessidade médica. Por exemplo, atende primeiro o grupo de soldados amigos, depois os civis e por último o de soldados inimigos, em cada grupo de acordo com a necessidade médica.

A terceira possibilidade é a mais polêmica, defende o atendimento de acordo com o valor que cada paciente tem para os objetivos militares. Nesse grupo prioriza-se aquele soldado amigo que ao ser tratado retornará logo ao combate. Em relação aos inimigos,

atende primeiro aquele que não tenha mais condições, de ao ser tratado, representar uma ameaça. As publicações do bioeticista Michael Gross seguem essa linha.

O quarto grupo é a triagem limitada pela utilidade social: baseada na triagem com viés médico, mas que eventualmente pode ser modificada de acordo com as necessidades sociais. Esse modelo considera não só a necessidade médica individual, mas também as necessidades sociais. No presente estudo, a possibilidade de considerar necessidades militares ocorre em condições extremas quando o sucesso da missão depende de ter o maior número possível de soldados na linha de frente <sup>31</sup>.

Em cenários de guerra, se o médico militar pautar sua conduta baseado apenas nas necessidades médicas pode acabar ameaçando a força de combate do seu próprio exército. A necessidade militar, desde que seja respeitado o princípio de não-maleficência da prática médica, pode representar esse ajuste fino entre o desejável e o possível dentro dos parâmetros éticos, pois permite alguma flexibilidade ao médico militar no contexto de dupla lealdade em que está inserido.

Não é função primária, do médico militar, determinar os meios para vencer a guerra, porque sua atividade é periférica nesse cenário e tal função é do militar combatente, não do pessoal sanitário. Na maior parte das situações o médico deve manter-se distante dos interesses tático-estratégicos quando em sua prática clínica.

O atendimento baseado em qualquer premissa que não a utilidade médica está proscrito pelas regulamentações, no entanto, o debate a este respeito foi levantado, como já visto, face às dificuldades da dura realidade do campo de batalha enfrentadas por aqueles que embora não possuam status de combatentes - os médicos - acabam sendo envolvidos pelo caos da guerra. Apesar disso, dois pilares devem manter-se imóveis, o primeiro: não causar dano e o segundo a não omissão de socorro em casos de risco iminente de morte ou de lesão grave e irreversível.

Em caso de verdadeira necessidade militar no contexto da guerra justa, a utilidade social representada por ela pode ser uma nova variante no processo decisório do médico a ser somada às balizes éticas norteadoras da conduta médica tradicionalmente conhecidas e expressas na Convenção de Genebra e nos códigos de ética médica.

Em ambientes austeros <sup>8</sup>, por exemplo, com risco de derrota das forças armadas, o que em última instância significa a ameaça da sobrevivência de uma sociedade e da

soberania de uma Nação, pode ser defensável uma influência da utilidade social, quando a sociedade demanda uma função específica e urgente ou um serviço essencial que sirvam como fatores de multiplicação nos esforços de salvar o maior número possível de seus integrantes.

Considerações relativas à utilidade social não devem ser priorizadas se resultarem em morte ou lesão grave e irreversível a pacientes, ou seja, os casos considerados urgentes e imediatos. Também não devem justificar a participação de médicos em atos de maleficência, como por exemplo, o desenvolvimento de armas biológicas, químicas ou nucleares e envolvimento em atos de tortura, independentemente de configurarem ou não a relação médico-paciente.

Entre posições extremas que vão desde a negação dos médicos de ingresso nas fileiras militares até o total comprometimento desses profissionais com os objetivos militares, a presença ou ausência da necessidade militar é determinante, desde que não haja ameaça ao princípio da não-maleficência.

Finalizando, a introdução de alguma variante relacionada à utilidade social na prática médica em conflitos armados pode ser importante para respaldar eticamente a conduta do médico militar e auxiliá-lo nos processos decisórios que transcorrem em cenários de estado de exceção, como a guerra, respeitando-se sempre os limites da não-maleficência da profissão médica.

## CAPÍTULO IV

### A ÉTICA EM FOCO

O médico militar na tentativa de resolver seus dilemas depara-se com a neutralidade do pessoal sanitário defendida pela Convenção de Genebra. Depois a Associação Médica Mundial advoga que a ética médica é idêntica nos tempos de paz e de guerra, obviamente o que não corresponde ao grau de complexidade e de novas variantes presentes nos conflitos armados. Em sua busca, o médico encontra Sidel, deontologista absoluto, com sua posição incondicional: total prioridade a prática médica tradicional e aconselha que médicos não ingressem no serviço militar. Essa postura empobrece a discussão do tema, cujos argumentos poderiam auxiliar em outros casos de dupla lealdade.

Do lado oposto encontra-se Gross, defendendo como princípio absoluto - a utilidade militar – posicionamento utilitarista, que prioriza a defesa dos interesses da maior parte de pessoas de uma sociedade. Tal linha de pensamento viola a Convenção de Genebra e agride a moralidade comum.

Chega-se ao capítulo das necessidades militares, uma tentativa de resolução baseada em uma ética pluralista, a de princípios, que não são absolutos, mas tomados *prima facie* de acordo com cada caso e em consonância com o caráter virtuoso do agente moral, que é ao mesmo tempo médico e militar (ética das virtudes). Na conclusão do capítulo anterior, o princípio da não-maleficência predomina entre as demais escolhas, ao mesmo tempo em que é contemplada a utilidade social/ militar com uma visão utilitarista da justiça.

A partir dessa jornada, uma abstração sobre a ética médica militar se impõe em uma tentativa de elevar o conhecimento acima dos dados brutos. O objetivo é alcançar um nível reflexivo, para examinar e discutir a natureza e os fundamentos dos sistemas e das práticas, analisando os conceitos e valores que lhes pretendem dar fundamento <sup>32</sup>. Coloca-se, agora uma reflexão dos diversos posicionamentos éticos dos casos expostos nesse trabalho.

A bioética, ponderando o que é certo ou errado tem três campos de atuação: a aplicação em pesquisas, na clínica e nas políticas de saúde<sup>33</sup>. Os dilemas do médico militar em conflitos armados obrigam a bioética a se inserir numa esfera mais ampla, o campo tático-militar com suas singularidades, saindo da relação médico-paciente clássica e englobando o debate entre os direitos individuais e a coletividade. “*A bioética deve abrir-se, para além dos direitos individuais, aos valores sociais, familiares, societários*” (Daniel Callahan apud Guy Durand, 2003, p.147)<sup>33</sup>. Serão abordados sequencialmente uma reflexão sobre a ética médica e depois a militar, esta abrangendo tanto seu arcabouço estrutural, quanto sua finalidade.

No contexto da prática médica, inicialmente, a análise ética dependia da concordância com os princípios hipocráticos. Após a segunda guerra mundial, com o advento dos direitos humanos e notadamente após o Relatório de Belmont (1978) inicia-se uma substancial mudança. Esse relatório propôs três princípios: o respeito pelas pessoas (a autonomia), a beneficência e a justiça. Posteriormente foram acrescentados os princípios da não-maleficência e da confidencialidade, entre outros.

Esses princípios retirados da moralidade comum não têm uma hierarquização a priori. São válidos *prima facie*. Em caso de conflitos é a situação que indica qual deles deve ter precedência. É de ordem principalmente pragmática. Na medida em que não estabelece normas ou regras absolutas para a conduta moral, nem elimina conflitos, o principialismo fornece orientações flexíveis para a busca de soluções dos dilemas éticos que permeiam a medicina.

É uma teoria pluralista, em contraste com as teorias monistas - a kantiana e utilitarista – as quais têm um único princípio absoluto<sup>24</sup>.

Apesar da predominância do principialismo, outras teorias pretendem fornecer as bases do agir moral na ética biomédica, como é o caso da ética de virtudes. Esta sustenta, basicamente, que não são os princípios, mas o caráter virtuoso dos agentes que torna possível a moralidade das ações. Visto que não é possível separar o agente do seu ato decisório, a análise das motivações que o orientam parece apropriada.

Enquanto as teorias utilitaristas e kantianas e mesmo o principialismo se baseiam em obrigações, a ética da virtude se fundamenta nos agentes, sua disposição para fazer o bem e sua motivação baseada na simpatia e afeição.

Até esse ponto foram abordadas as teorias éticas que influenciam o ato médico, ou seja, a teoria das virtudes e o predominante principlismo, a primeira baseada no motivo da ação e a segunda num sistema mediador e pragmático de resolução de dilemas. Segue-se a análise reflexiva da conduta militar.

Os militares têm o dever de assegurar a sobrevivência de um País e de suas instituições e valores, por isso têm que aderir ao pensamento e comportamento corretos<sup>34</sup>. Qual a(s) teoria(s) melhor justifica(m) o arcabouço estrutural das Instituições Militares e a sua finalidade?

O militar que integra as forças armadas e cumpre seu dever não por temor, mas agindo segundo sua boa vontade autônoma, pela razão, tem uma conduta ética kantiana. Para ser coerente a essa corrente, o militar agiria apenas por dever, não importando qualquer interesse particular, motivação ou a consequência de seu ato. O militar cumpriria suas obrigações, guiado ou pela da boa vontade de Kant ou porque o argumento racional utilizado é irrecusável (não desobedecer a ordens superiores).

A boa vontade de Kant é autônoma. A autonomia não é a como entendida hoje, aquilo que faz com que a vida de uma pessoa pertença à própria pessoa. Para Kant, uma pessoa tem autonomia da vontade somente se age intencionalmente de acordo com os princípios morais universalmente válidos que atendem aos requisitos do imperativo categórico, contrariamente a pessoa que age movida por paixão, ambição ou interesse próprio<sup>14</sup>.

Outro imperativo de Kant é não tratar as pessoas como mero meio para atingir um fim. O arcabouço estrutural que fundamenta a instituição militar tem forte relação com a teoria da deontologia, mas sua finalidade é utilitarista. E então como conciliar Kant e o uso de pessoas como fim e não como meio? Segundo Beauchamp, Childress,<sup>14</sup> Kant até admitia que as pessoas fossem tratadas como mero meio para atingir um fim, desde que sempre com respeito e dignidade moral a qual todos têm direito.

Um outro exemplo no qual uma teoria ética se aplica a um posicionamento adotado é do autor Sidel, quando aconselha que os médicos militares não ingressem no serviço militar, pois estariam vulnerabilizando seus deveres para com o paciente. Tal atitude pode ser abrangida pela deontologia absolutista, onde algumas restrições nunca

podem ser violadas. Por exemplo, quebrar a confidencialidade da relação médico/paciente por uma necessidade militar nunca é permitido.

Charles Fried (1978) para sustentar a inviolabilidade das restrições, defende que em situações catastróficas, o próprio pensamento moral colapsa e, portanto, aquilo que o agente fizer não será moralmente certo nem errado<sup>35</sup>. Seria uma suspensão tático-militar da ética. Em referência ao termo de suspensão teológica da ética usado por Marcondes<sup>36</sup> quando se refere à solicitação de Deus à Abrahão, para sacrifício de seu próprio filho e o conseqüente dilema entre os deveres para com Deus ou para com seu filho.

Caso não se admita que o estado de exceção seja um domínio fora da ética os deontologistas absolutistas não aceitam que o médico entre no serviço militar.

Após o estudo do arcabouço estrutural deontológico da Instituição Militar e após breve aplicação dessa teoria ética em relação ao ingresso de médicos nas fileiras militares, segue-se uma reflexão sobre a finalidade militar, ou seja, o combate em defesa da soberania do seu País e em ultima instância da sobrevivência de sua própria sociedade.

O utilitarismo de Peter Singer se aplica ao cenário beligerante, porque entende melhores conseqüências não como àquelas que produzam um aumento na felicidade de todos, mas sim, as que favorecem os interesses dos que são afetados<sup>36</sup>. Para o utilitarista, o realmente importa são os resultados, e não os motivos. Podendo mesmo se concluir que o fim justifica os meios.

Segundo esta corrente a preocupação com o bem-estar da coletividade pode propiciar que se ignorem os direitos morais humanos e se autorize o tratamento de pessoas como simples meios a serviço do bem geral, justificando o sacrifício dos interesses de uma minoria. No caso da guerra, o sacrifício de perder a vida em prol do bem-estar dos cidadãos de um país se justificaria.

Portanto, na guerra, a estrutura militar com fortes influências da ética deontologista se depara com sua finalidade, a qual só pode ser justificada por meio da ética utilitarista, o que importa é o bem maior/interesse da coletividade. Os soldados são utilizados como mero meio para atingir a vitória, com o objetivo último de sobrevivência da maior parte da sociedade. Em suma, de modo geral a logística da guerra é justificada moralmente segundo os preceitos utilitaristas.

Nesse tabuleiro interagem, a teoria da deontologia aplicada à estrutura da Instituição Militar, a finalidade utilitarista das forças armadas na guerra e a prática pragmática do principialismo da rotina médica, também permeada pela virtude do agente, nas diversas situações conflitantes que emergem em estados de exceção. Um cenário frequente que se apresenta é a questão da finitude dos recursos disponíveis frente às demandas crescentes. Como justificar a distribuição desses recursos?

Guy Durand <sup>33</sup> defende alguns critérios para distribuição de recursos escassos segundo as diferentes concepções de justiça. Se a vertente for a justiça do ponto de vista utilitarista, são critérios: o mérito pessoal, o valor social de um indivíduo e o bem do maior número de pessoas. Se a vertente for a justiça liberal: o respeito da livre escolha. Caso seja a igualitária, a prioridade aos mais desfavorecidos, os tratamentos de necessidades fundamentais e a igualdade de tratamento em casos similares.

Percebem-se diferentes concepções de justiça que variam de acordo com a corrente ética adotada. Segundo Beauchamp e Childress <sup>14</sup>, a justiça distributiva refere-se a distribuição de todos os direitos e responsabilidades na sociedade. Os problemas na justiça distributiva aparecem em condições de escassez e de competição. Nesses casos um dos princípios a que se pode recorrer é o da necessidade.

A distribuição baseada na necessidade é justa e determina que se faça algo pela pessoa porque caso contrário a pessoa será lesada ou prejudicada<sup>14</sup>.

A definição de justiça pode ter um viés utilitarista, liberal, comunista ou igualitário<sup>14</sup>. A primeira argumenta que a justiça deve maximizar a utilidade social e é discutida nos cenários de triagem do campo de batalha. Enquanto a utilidade social prioriza a maximização do bem-estar da sociedade, a utilidade médica prioriza a maximização do bem-estar do paciente.

Dois problemas podem surgir ao priorizar a utilidade social no campo de batalha: primeiro a questão da equiparação da utilidade social aos interesses militares; segundo, os prejuízos que podem advir quando se ameaçam os princípios de relação médico-paciente construídos ao longo de décadas.

Embora a utilidade social tenha seu valor notadamente em situações de recursos escassos, na medida em que representa os interesses da maior parte da sociedade, os interesses individuais inerentes à relação médico-paciente não devem ser menosprezados.

O caso concreto abordado nesse trabalho foi a triagem no campo de batalha, onde se chocam a utilidade médica e a social.

Tradicionalmente, na prática médica, em situações emergenciais e recursos aquém do necessário para atender a todos, vale a máxima utilitarista de fazer o bem possível ao maior número de indivíduos. Pode ser que seja fundamental para a sociedade, uma função específica de uma determinada profissão. Por exemplo, atender primeiramente médicos e bombeiros e no caso da guerra, os soldados levemente feridos que poderão retornar rapidamente a frente de batalha. *“As exceções baseadas na utilidade social limitam-se a casos de emergência envolvendo necessidade, elas não devem ameaçar o universo moral comum nem implicar a aceitabilidade generalizada dos cálculos utilitaristas na distribuição da assistência médica”*<sup>14</sup> (Beauchamp e Childress, 2002, p.421).

Priorizar os direitos individuais ou as necessidades da coletividade? A utilidade médica ou a social? Uma possibilidade de resolução é aplicar um princípio absoluto a todas as situações conflitantes independentemente de suas peculiaridades. Outra possibilidade é o estudo restrito caso a caso. No primeiro caso Durand<sup>33</sup> denomina esquema de hierarquia preestabelecida, definindo uma hierarquia que deve ser respeitada. A crítica é que não são respeitadas as singularidades de cada caso e das pessoas envolvidas. O segundo esquema é a arbitragem caso a caso, que tem a desvantagem de gerar decisões arbitrárias e de levar ao relativismo.

A terceira possibilidade, que foi a utilizada nesse estudo, não aceita hierarquias preestabelecidas, mas respeita a singularidade de cada caso. Não admite a exceção a alguns princípios, no caso em questão, não violar a não-maleficência. Em relação aos outros princípios da ética baseada em princípios e os utilitaristas, admite exceções, porém traça antecipadamente um ponto de orientação, que no caso é a necessidade militar. Se houver legítima necessidade militar algumas exceções são admitidas. Configurando o denominado equilíbrio casos-princípio segundo Durand<sup>33</sup>.

Em resumo, a estrutura militar está influenciada pela ética deontológica, o cumprimento do dever segundo a boa vontade. Sua finalidade, porém, está infiltrada pela teoria utilitarista, onde seus integrantes são meros meios para atingir o fim da vitória e quando se justifica o sacrifício de alguns para o interesse da maioria. Duas correntes monopolistas, absolutistas e de obrigações. A solução permitida nesse contexto é o

dilema real adequar-se ou a situação hipotética do imperativo categórico de Kant ou ao princípio da utilidade. Percebe-se a dificuldade de se montar um padrão para resolução de dilemas que não se encaixe nesses dois moldes.

Os médicos em seus conflitos, em geral, usam as ferramentas principialistas, onde não existe um princípio absoluto, mas princípios que são retirados da moralidade comum, portanto extraídos de situações reais, que conforme os pesos morais que tenham em cada caso particular vão se posicionar numa escala crescente ou decrescente de prioridades. Um exercício rotineiro de tomada de decisão com flexibilidade e espaço para a reflexão.

Além da ética baseada em princípios, na qual os médicos têm influência da teoria ontológica do caráter virtuoso do agente, exemplificado no código de ética médica e na imagem que em geral a sociedade projeta do perfil do médico. Essa teoria, também pode ser aplicada aos preceitos do Estatuto dos Militares<sup>37</sup> e no julgamento que o entendimento popular espera em geral dos militares.

Se as questões que se apresentam no cenário de guerra são de alta complexidade com inúmeras variantes como vimos nos casos apresentados, a possibilidade de resolução encontrada foi do tipo equilíbrio casos – princípios<sup>33</sup>. Percebe-se que teorias muito rígidas, com princípios absolutos e pouco espaço para argumentos deliberativos pouco acrescentam ao processo decisório do agente. Para tentar responder a questão, uma citação longa, porém bastante ilustrativa de Kant, que não traduz uma teoria, mas um pensamento faz-se pertinente. Em resposta a pergunta sobre o que é esclarecimento, KANT defende que seria a capacidade de utilizar seu próprio entendimento sem precisar de orientação alheia, sem precisar de tutores e acrescenta:

“Contudo, para algumas ocupações, que lidam com assuntos de interesse geral, faz-se necessário um mecanismo por meio do qual alguns membros da comunidade precisam se comportar passivamente, para que, com uma unanimidade artificial, possam ser conduzidos pelo governo em prol de fins públicos, ou para que ao menos estes fins públicos sejam preservados. Neste caso, seguramente, não é permitido raciocinar, é necessário obedecer. Mas, na medida em que essa peça da engrenagem se veja simultaneamente como membro de uma comunidade, ou mesmo da própria sociedade civil mundial, que, como douto, dirige-se ao público, seguindo seu próprio entendimento por meio de seus escritos, ele pode raciocinar o quanto quiser, sem que sejam prejudicadas as ocupações em que está inserido parcialmente como membro passivo. Seria muito prejudicial se um oficial, ao receber uma ordem de seu superior, começasse a questionar explicitamente a conveniência ou utilidade dessa ordem; ele deve obedecer. É uma questão de justiça, por outro lado, que não se lhe proíba de, como douto, fazer observações que serão apresentadas ao julgamento público a respeito dos equívocos no serviço militar. O cidadão não pode se recusar a pagar os impostos que lhe cabem; a recusa veemente de cumprir tais tarefas, caso sejam levadas adiante, pode inclusive ser punida como escândalo (posto que poderia gerar ampla desobediência civil). Pelo mesmo motivo não age contra os deveres do cidadão aquele

que, como douto, se expressa publicamente a respeito da improcedência e injustiça dessas incumbências...” (Kant apud Danilo Marcondes, 2007, p.97)<sup>32</sup>

De acordo com o supra-citado, o militar deve lembrar-se do pressuposto de obedecer às ordens, desde que não sejam ilegais, pois é um dos pilares da Instituição Militar, o qual não pode ser transgredido sob risco de ameaçar a sua própria existência. No entanto o militar mantém a possibilidade de expressar suas opiniões e seus posicionamentos divergentes ao sistema.

Exatamente entre a utilidade social e a utilidade médica se insere o dilema do médico militar em conflitos armados, permeado pela necessidade de obedecer, a autonomia reduzida e a angústia de alcançar a conduta moralmente aceita por ambos os lados com os quais está comprometido. Inicialmente deve-se afastar das teorias com argumentos absolutos e idealizados e buscar aquelas que se aproximem da realidade, dos acontecimentos e de sua complexidade. Entender o agente considerando suas motivações e limitações e num exercício deliberativo e reflexivo estabelecer a melhor ou melhores soluções possíveis.

## CONCLUSÃO

A angústia pela decisão ética cogente no cenário beligerante foi traduzida ao longo do texto por várias indagações. O papel do médico, ao mesmo tempo militar, não precisa ser considerado uma impossibilidade moral, se houver o reconhecimento de que em ambos os lados há valores morais, os quais prezam pelo bem-estar da sociedade.

O pêndulo da ética não pode estar paralisado em um dos lados, mas permeando os argumentos que surgem, à luz da razoabilidade dos agentes morais e sob a influência da corrente utilitarista.

Então, como o médico militar deve proceder quando reconhece sua obrigação de otimizar a força de combate do exército de seu país e ao mesmo tempo estar comprometido com os princípios da relação médico-paciente, tradicionalmente conhecidos?

Antes de tudo, o médico deve entender que se encontra numa situação de dupla lealdade, que gera conflitos de obrigações e reconhecer sua condição de sujeito de autonomia reduzida, visto que sua capacidade de autodeterminação encontra-se restrita e também daqueles sob seus cuidados. Admitindo o conflito de interesses, deve agir com franqueza e transparência ao ponderar suas decisões.

Em determinada situação, se perceber que não tem como sustentar as balizes da profissão médica presentes no código de ética da profissão, primeiramente, deve comunicar ao paciente que está vulnerável à pressão externa. Por exemplo, se o princípio da confidencialidade estiver ameaçado, terá o paciente conhecimento e então dentro do possível poderá ser mais seletivo sobre o que irá informar ao seu médico. A seguir o médico deve tornar pública sua discordância, respondendo pela sua atitude de acordo com os preceitos da disciplina militar.

Posições extremas como a precedência irrestrita de questões militares sobre as médicas e vice-versa, pormenorizam a complexidade do tema e não ajudam a dirimir os conflitos. Também, simplesmente negar ao médico a possibilidade de ingressar nas fileiras militares alegando que ele deve honrar suas obrigações médicas profissionais e evitar ambientes que o exponham as situações de dupla lealdade não resolve o problema.

Isso reduz a questão à mera negação, como se as divergências não fizessem parte da convivência em sociedade. Algum grau de tensão do profissional médico militar pode até ser desejável e apropriada para alcançar a melhor solução ética para os desafios que se apresentam na vida da caserna.

Outro ponto que gera mais turbulências do que fornece subsídios para a resolução é afirmar que a ética médica em tempos de guerra é idêntica a de tempos de paz. Parece óbvio que a guerra traz em si tantas características únicas e extremas que não pode a ética manter-se indiferente a esse cenário caótico.

Essa neutralidade da equipe médica é uma utopia. Essa discriminação só é possível na teoria. Na prática há o envolvimento com os combatentes do próprio exército na rotina do dia-a-dia; há as crenças e valores a serem defendidos – as preferências; há o medo de ser apreendido pelo inimigo; entre fatores inerentes às relações humanas, que se perpetuam no contexto da guerra.

Obviamente, os dois lados têm demandas legítimas. Questões médicas, tais como saúde pública e individual e o bem-estar, são defensáveis. Também o são, as obrigações militares que protegem valores fundamentais, tais como liberdade, independência e segurança nacionais. A diferença está nos instrumentos utilizados e na estrutura montada para atingir esses objetivos. O profissional que reúne essas duas profissões depara-se com a inglória luta de achar o meio de agir concomitantemente de maneira ética em relação às demandas militares e às médicas.

Causou preocupação, neste estudo, a corrente bioética que defende que o médico, assim como qualquer cidadão, deve envolver-se com as questões da guerra. Assim, o médico deveria, segundo esses argumentos e sem ressalvas, entender que o bem-estar coletivo supera as responsabilidades do médico para com o seu paciente e que os indivíduos podem ser sacrificados para o bem comum, mesmo que o custo disso seja ignorar os direitos humanos básicos. Ainda sustenta que a decisão do atendimento médico em tempos de guerra seja orientada pelos interesses estratégicos e táticos.

Tal posicionamento vai contra todo o arcabouço moral tradicional da ética médica e pode desmantelá-lo. Embora possa precisar de alguma reformulação ou atualização, não há como ser distorcido desta forma para favorecer interesses contingentes e situacionais, como observa Kottow<sup>20</sup> (2006, p.464) quando escreve: “*o deslocamento da vocação*

*médica para uma doutrina de segurança nacional*". O papel do médico na guerra não é de combatente.

No que concerne as balizes éticas pertinentes, a corrente deontológica não justifica moralmente a conduta do médico militar na guerra. Infelizmente o paciente que também é combatente não é mais um fim em si mesmo, mas também tem um valor instrumental. As conseqüências do ato médico podem influenciar o desfecho da guerra. A busca pela regra absoluta e passível de ser universalizada poderia ter o viés militar e minar com os fundamentos da relação médico-paciente ou um viés médico e levar a derrota do próprio exército. A regra com valor moral independente de qualquer contexto não se aplica à prática médica do campo de batalha.

O perfil almejado em tempos de paz do médico com caráter virtuoso, com disposição para fazer o bem, pensando no melhor para o paciente; independente de ser ao mesmo tempo combatente e das demandas da guerra, configura-se bastante improvável. Ou o perfil do médico levando em consideração no seu processo decisório somente a beneficência, a não-maleficência, autonomia e confidencialidade do paciente, alheio a utilidade militar, também difícil. Por exemplo, a autonomia do paciente/soldado que já é reduzida, pode ser atropelada no contexto caótico da guerra e ações paternalistas por parte dos médicos quase que inevitáveis.

Finalmente, configura-se o utilitarismo como a única corrente ética possível em situações de guerra. A conduta do médico militar torna-se pautada pela máxima utilitarista de atender aos interesses do maior número de pessoas em detrimento de uma minoria. Justificando moralmente a influência de um fator de utilidade social/militar no processo decisório da relação médico-paciente, extrapolando a esfera do indivíduo, e podendo até admitir, com ponderações, o paciente/combateante como 'meio' para atingir os fins.

Em momentos de estado de exceção, como na guerra, pode haver influência 'limitada' da necessidade militar no processo decisório do médico. Se houver legítima necessidade militar, por representar uma grave ameaça à sobrevivência de uma sociedade ou à soberania de um país, a conduta médica talvez possa sofrer algum ajuste determinado pela utilidade social/militar e não somente ser baseada na gravidade do quadro clínico. Por exemplo, atender os soldados levemente feridos que possam retornar

logo a frente de batalha desde que não haja risco de morte iminente ou de grave lesão grave e irreversível para aqueles pacientes feridos, em caso de terem seus atendimentos postergados.

A nova variante proposta, ou seja, a necessidade militar, também não deve justificar atos de maleficência. Segundo Engelhardt<sup>24</sup> (1998, p.143) “*a obrigação de não ser malevolente é mais forte que a de ser beneficente, no caso do fracasso em ser beneficente, a pessoa não cumpre o objetivo principal da moralidade realizando o bem. Mas, no caso da malevolência, ela age contra esse objetivo*”. Não há espaço para atos de maleficência praticados pelos profissionais de saúde, tal qual a participação em desenvolvimento de armas químicas e biológicas, independentemente de configurar ou não relação médico-paciente, e participação em atos de tortura que se configuram como uma distorção aberrante da prática médica.

Concluindo, os limitadores do agir moral da influência da corrente utilitarista na relação médico-paciente são a existência da necessidade militar e a inviolabilidade do princípio da não-maleficência.

Provavelmente, a combinação de instituições totalitárias e situações extremas determinem ínfima possibilidade de não adesão às determinações tático-estratégicas daqueles sujeitos submetidos à cadeia de comando. Tal cenário pode levar o médico militar a um difícil problema: ou enfrentar as punições da corporação militar ou a desaprovação da comunidade médica. Para evitar tal desgaste, a melhor opção é criar uma cultura de fomento para pensar previamente o surgimento desses conflitos ainda em tempos de paz.

O incentivo a um processo decisório que reconheça em *prima facie* a legitimidade de ambos os lados e use argumentos cogentes a cada situação específica parece o mais plausível. Nesse processo, valiosa é a criação de comitês de bioética dentro de unidades militares, a inclusão de matérias afins tanto escolas de formação de oficiais quanto nas faculdades de medicina, bem como a atualização do material atualmente disponível de organizações internacionais relacionadas ao tema.

Reiterando, a reflexão dos possíveis dilemas que o médico militar pode enfrentar deve ser feita em tempos de paz. Assim, evita-se que esses profissionais sejam atropelados pelas demandas extraordinárias da guerra. A falha de estar preparado para

tais situações é de fato a incapacidade de fornecer, de modo justo, os cuidados necessários para o paciente/soldado quando estão mais vulneráveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

<sup>1</sup> Azevedo AO. Bioética fundamental. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2002, p.37.

<sup>2</sup> Moskop JC. Ethics and military medicine: new developments and perennial questions. *Ethics Health Care*, 2004;7(1):4.

<sup>3</sup> Geneva Convention (I,II,III,IV). Geneva: International Committee of Red Cross, 12 August 1949. [acesso em: 2008 May 16]. Disponível em: <http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/91.htm>

Geneva Convention for the Amelioration of the Condition of Wounded, Sick in Armed Forces in the Field. 12 August 1949. In: US Department of the Army. *Treaties Governing Land Warfare*. Washington, DC: DA; 7 December 1956. Army Pamphlet 27-1.

<sup>4</sup> World Medical Association. Regulations in time of armed conflicts. Copenhagen, 2002. [acesso em: 2007 Set 17]. Disponível em: <http://www.unav.es/cdb/ammlahabana1.html>

<sup>5</sup> Agamben G. Estado de exceção. Rio de Janeiro: Boitempo Editorial; 2004.

<sup>6</sup> Sidel VW. War and public health. New York: Oxford, 2008.

<sup>7</sup> Gross ML. Bioethics and armed conflict: moral dilemmas of medicine and war. Massachusetts: MIT Press; 2006.

<sup>8</sup> Beam T, Howe EG. A proposed ethic for military medicine. In: Beam TE.; Sparacino LR. editores. *Military medical ethics*. Washington: Department of the Army. Office of the Surgeon General, 2003. Textbooks of Military Medicine series. v. 1-2.

<sup>9</sup> Baccino-Astrada A. Manual dos direitos e deveres do pessoal sanitário durante os conflitos armados. Genebra: Comitê Internacional da Cruz Vermelha, 1991.

<sup>10</sup> World Medical Association. Medical ethics manual. Copenhagen: WMA; 2005. [acesso em: 18 may 2007]. Disponível em: <http://www.unav.es/cdb/ammlahabana1.html>.

<sup>11</sup> Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM nº 1246/88. Código de ética médica. de 8 de janeiro de 1988. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 26 jan. 1988.

- 
- <sup>12</sup> Byers M. A lei da guerra: direito internacional e conflito armado. Rio de Janeiro: Record; 2007.
- <sup>13</sup> Sidel VW. War and public health. New York: Oxford; 1997.
- <sup>14</sup> Beauchamp T, Childress J. Princípios da ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
- <sup>15</sup> Sidel VW, Levy BS. Physician-soldier: a moral dilemma? In: Beam TE, Sparacino LR. editores. Military medical ethics. Washington: Department of the Army. Office of the Surgeon General; 2003. Textbooks of Military Medicine series. v. 1. cap. 11. p. 293-312.
- <sup>16</sup> Toner JH. Military or ethics. Air & Space Power Journal, 2003;17(2):79-86. [acesso em: 28 fev. 2008]. Disponível em: <http://www.airpower.maxwell.af.mil/airchronicles/apj/apj03/sum03/sum03.pdf>
- <sup>17</sup> Rego S. Formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) na mão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2003.
- <sup>18</sup> Blanck, Ronald. R. Surgeon General, LtGen (US Army); Roadman, Charles H. Surgeon General, LtGen (US Air Force). International Dual Loyalty Working Group. Dual Loyalty and Human Rights in Health Professional Practice: Proposed Guidances and Institutional Mechanisms. Physicians for Human Rights and the University of Cape Town, 2002. p.40. [acesso em: 11 jun 2008]. Disponível em: <http://physiciansforhumanrights.org/>
- <sup>19</sup> Goliszek A. Cobaias humanas: a história secreta do sofrimento provocado em nome da ciência. Rio de Janeiro: Ediouro; 2004.
- <sup>20</sup> Kottow MH. Should medical ethics justify violence? J. Med. Ethics. 2006;32:464-467. [Acesso em: 16 dez. 2007]. Disponível em: <http://jme.bmj.com/cgi/content/extract/32/8/464>
- <sup>21</sup> DeCew JW. Codes of warfare. In: Becker JD. Encyclopedia of applied ethics. Academic Press; 1998. v. 4. p. 499-509.
- <sup>22</sup> World Medical Association. Regulation on the responsibility of physicians in the documentation of acts of torture or cruel or in human or degrading treatment. In: WMA General Assembly, Helsinki, 2003. [acesso em: 22 may 2008]. Disponível em: <http://www.wma.net/e/policy/t1.htm>.
- <sup>23</sup> International Dual Loyalty Working Group. Dual loyalty and human rights in health professional practice: proposed guidances and institutional mechanisms.

---

physicians for human rights and the University of Cape Town, 2002. [acesso em: 2008 Nov 11]. Disponível em: <http://physiciansforhumanrights.org/>

<sup>24</sup> Engelhardt Jr HT. Fundamentos da bioética. São Paulo: Edições Loyola; 1998.

<sup>25</sup> Uchoa E. Dilemas em psiquiatria: ciência, clínica e ética. Revista Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina. 2001;9(1):45-52. [acesso em: 20 mar. 2008]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio9v1.htm>.

<sup>26</sup> Pellegrino E., Thomasma D. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. New York: Oxford; 1988.

<sup>27</sup> Murphy TF., Peter JJ. Torture and human rights. Virtual Mentor. 2004;6(9):1-4. [acesso em: 28 abr. 2008]. Disponível em: <http://virtualmentor.ama-assn.org/2004/09/oped100409.htm>.

<sup>28</sup> Gross ML. "Bioethics and armed conflict" author to speak at WRAMC during Medical Ethics Short Course. [acesso em 25 may 2008]. Disponível em: [http://www.dcmilitary.com/stories/021507/stripe\\_28063\\_shtml](http://www.dcmilitary.com/stories/021507/stripe_28063_shtml)

<sup>29</sup> Gross ML. Bioethics and armed conflict: mapping the moral dimensions of medicine and war. The Hastings Center Report. 2004;34(6):22-30.

<sup>30</sup> Childress JF. Triage in response to a bioterrorist attack. In: Moreno JD. editor. In the wake of terror: medicine and morality in a time of crisis. Cambridge: MIT Press; 2003.

<sup>31</sup> Bradley A. Ethical models for battlefield triage. Washington: Board on Military and Veterans Health, Institute of Medicine; 2007.

<sup>32</sup> Marcondes D. Textos básicos de ética de Platão a Foucault. Rio de Janeiro: Zahar; 2007.

<sup>33</sup> Durand G. Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos. São Paulo: Loyola; 2003.

<sup>34</sup> Toner J., Szafranski R., Casebeer WD., Szafranski R. Ética militar. Air & Space Power Journal, 1999. [acesso em: 11 may 2007]. Disponível em <http://www.airpower.au.af.mil>

<sup>35</sup> Galvão P. Deontologia. In: Portugal. Instituto de Filosofia Moral e Política. Dicionário de filosofia moral e política. [acesso em: 16 mar. 2008]. Disponível em: <http://www.ifl.pt/main/portals/0/dic/deontologia.pdf>

<sup>36</sup> Singer P. Ética aplicada. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

---

<sup>37</sup> BRASIL. Estatuto dos militares. Lei nº 6880. Brasília (DF): EGGCF; 1997. de 31 de Janeiro de 1980.

<sup>38</sup> Brasil. Estatuto dos militares. Lei nº 6880. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF) 11 dez. 1988. p. 024777, Col. 2