

**CÓDIGO FRANCÊS DE DEONTOLOGIA
MÉDICA: COMENTÁRIO CRÍTICO⁽¹⁾**

FRENCH CODE OF MEDICAL ETHICS: CRITICAL ANALYSIS

*Joël Moret-Bailly**

RESUMO:

Este artigo reflete sobre a evolução da regulamentação ética da profissão médica na França, por meio da análise dos diversos códigos deontológicos franceses ao longo dos séculos XIX e XX, culminando na edição da lei de 4 de março de 2002 que trata dos direitos dos pacientes à informação. O manuscrito discute a constituição jurídica dos códigos deontológicos, as questões tratadas pela deontologia e os valores e concepções profissionais que nela se refletem.

Palavras-chave:

Código Deontológico; França; Medicina.

ABSTRACT:

This article reflects on the evolution of ethical regulation of medical profession in France, through the analysis of the various French ethical codes over the nineteenth and twentieth centuries, culminating in the issue of the law of March 4th, 2002 concerning to the rights of patients to information. The paper discusses the development of legal ethical codes, the questions approached by the ethics and the professional values and concepts which are reflected in it.

(*) Professor de Direito Privado e Ciências Criminais, Université de Lyon, Université Jean Monnet, Saint-Étienne/França. E-mail: j.moret.bailly@gmail.com.

Recebido em 27.10.11. Aprovado em 30.11.11

(1) Nota do editor: a íntegra do Código Francês de Deontologia Médica está disponível em < <http://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/17/tous>>.

Keywords:

Ethical Code; France; Medicine.

INTRODUÇÃO

A reflexão relativa à deontologia médica nasceu, na França, em meados do século XIX, inspirada na organização profissional das atividades relacionadas à justiça e ao direito (advogados, notários, oficiais de justiça etc.) do início dos anos 1810.

Nesse contexto o termo “deontologia” retoma uma palavra criada em 1834 pelo filósofo utilitarista inglês *Jeremy Bentham*⁽²⁾. O filósofo explica que “a palavra Deontologia deriva de duas palavras gregas, *deon-ontos* (o que é adequado) e *logos* (conhecimento); quer dizer, o conhecimento do que é adequado”. Para *Bentham*, o objetivo da deontologia é a busca da felicidade, comparada ao “gozo do prazer isento de punição”. Na França, o termo foi usado pela primeira vez, fora do âmbito da filosofia moral, em 1845, por *M. Simon*⁽³⁾. Contudo, o sentido da palavra evoluiu, uma vez que ele passou a ser referido tão somente à moral profissional. A reflexão deontológica se desenvolveu, ao longo do século XIX e no começo do século XX, essencialmente nas áreas da medicina e do direito (ao passo que, no caso do direito, o termo usado era “usos”, rebatizado de “deontologia” somente a partir dos anos 1970).

Na medicina, as questões relacionadas a uma regulação deontológica são bastante claras: em primeiro lugar, está a defesa dos interesses dos pacientes contra certos profissionais sem escrúpulos (tanto no que concerne à qualidade dos cuidados, como no valor dos honorários); depois, mais genericamente, tem-se a reflexão sobre assuntos práticos que se colocam no exercício cotidiano da profissão (notadamente o segredo profissional ou a observância das prescrições); e, por fim, considerando-se uma prática que se desenvolve em um contexto econômico liberal, trata-se de propor regras de concorrência profissional (principalmente relativas à publicidade).

Ora, o conjunto desses objetivos é difícil de se alcançar sem uma organização que englobe os profissionais. Essa é a razão de a deontologia ser indissociável da ordem dos médicos: os médicos necessitam de uma associação profissional para aplicar a deontologia, a qual se constitui em um argumento político para a criação da própria instituição.

(2) BENTHAM, Jeremy. *Déontologie ou science de la morale*. Paris: Charpentier, 1834.

(3) SIMON, Maxime. *Déontologie médicale ou des droits et des devoirs des médecins dans l'état actuel de la civilisation*. Paris: Baillière, 1845.

O alcance prático da deontologia depende em grande parte de sua forma jurídica, cuja análise constitui a primeira etapa deste comentário crítico (I). Com o esclarecimento desse ponto, passa-se à exposição das questões tratadas pela deontologia (II). Em seguida, colocam-se em perspectiva os valores e as concepções profissionais dos quais a deontologia é o receptáculo, cerne deste comentário (III).

I. AS FORMAS JURÍDICAS SUCESSIVAS

A deontologia médica assumiu diferentes formas jurídicas, desde ser uma criação voluntária até tornar-se um decreto do Conselho de Estado (1). Com a integração da deontologia ao direito de Estado e suas implicações, essa conformação produziu várias consequências sobre as quais vale a pena se debruçar (2).

1. Da criação voluntária ao decreto do Conselho de Estado

Paralelamente ao fato de ter sido um objeto de discussão entre os profissionais de 1845 a 1940, a deontologia médica incorporou-se, a partir dos anos 1880, aos códigos elaborados pelos sindicatos e associações profissionais. Assim, em 1899, a Associação dos Médicos de Gironde publicou os “conselhos profissionais e princípios de deontologia”. De forma análoga, dois projetos de códigos foram adotados pela Associação Nacional de Medicina, e o de 1929 teve votação unânime. Enfim, o principal sindicato médico da época, a Confederação dos Sindicatos Médicos Franceses (CSMF), publicou, em 1936, seu “regulamento de deontologia médica”. Esta confederação havia organizado os “conselhos de família”, instâncias disciplinares responsáveis pelo cumprimento das regras da profissão. Ao mesmo tempo, a partir do início do século XX, os médicos legistas, nas universidades, implantaram uma disciplina de deontologia. Assim, na virada do século XX, a deontologia, conjunto de direitos e deveres ensinado pelos médicos legistas, passou progressivamente de uma acepção moral a uma acepção jurídica, porém, unicamente nas regras internas das instituições profissionais, associações ou sindicatos. Bem, o alcance dessas produções normativas tinha um limite importante: a não adesão às instituições que as promoviam.

Assim, as principais organizações profissionais médicas trabalharam para que a deontologia fosse reconhecida pelo Estado. Um certo número de projetos de lei foram enviados ao Parlamento entre 1918 e 1938, com o objetivo de conseguir a organização de uma ordem profissional, particularmente encarregada de aplicar a deontologia. Porém, tanto em razão da instabilidade governamental como pelas particularidades do processo parlamentar da terceira República, nenhum destes projetos seguiu adiante. As ordens profissionais da área da saúde foram criadas durante a Segunda Grande Guerra Mundial, pelo

governo de Vichy, que, de fato, foi adquirindo uma organização “corporativista” de economia e empregos, sobretudo, a fim de “vencer a luta de classes”. A ordem dos médicos foi assim rapidamente criada após a instalação do regime de Vichy, em outubro de 1940. Sendo as ordens profissionais habilitadas a organizar seu funcionamento interno, a dos médicos adotou um código deontológico como seu regulamento interno, inspirado na deontologia elaborada em um contexto associativo e sindical, principalmente o da Confederação dos Sindicatos Médicos Franceses (CSMF).

A mudança de alcance jurídico foi radical: a ordem profissional obrigatoriamente reunia o conjunto dos profissionais. Suas regras e regulamentos internos se aplicavam a todos os profissionais, sem possibilidade de fuga. A deontologia se tornou então uma das normas do exercício da profissão médica, à qual cada profissional deveria se submeter.

Esse arranjo duraria muito tempo. De fato, quando, em 1944, o governo provisório (nascido da Resistência) anulou o conjunto de leis aprovados pelo regime de Vichy, definiram-se certas exceções, entre as quais as regras organizadoras das ordens profissionais. Porém, do ponto de vista do novo governo, não se tratou de promover a “superação da luta de classes” defendida por Vichy (os médicos raramente pertenciam ao proletariado), mas sim, de organizar a polícia administrativa das profissões. As ordens profissionais sobreviveram à “Libertação”, todavia, com alguns ajustes referentes à deontologia. A maneira com que o código deontológico seria elaborado e validado foi alterada: desde então – e até hoje – ele deve ter o caráter de um regulamento da administração pública, sendo, atualmente, originário de um decreto do Conselho de Estado, o que significa que se trata de um ato do Primeiro Ministro, o topo da hierarquia dos atos administrativos. Quatro códigos deontológicos se sucederam desde 1945: em 1947, 1955, 1979 e 1995. Constataremos que, em relação aos princípios essenciais, as normas deontológicas mantiveram-se estáveis.

2. As consequências da integração ao direito de Estado

A elaboração do código de deontologia médica se insere em um procedimento particular. O Art. L. 4121-7 do Código da Saúde Pública⁽⁴⁾ determina que “um código deontológico, próprio a cada uma das profissões de médico, cirurgião-dentista e parteira, preparado pelo conselho nacional da ordem interessada, é promulgado sob a forma de um decreto do Conselho de Estado”. Nesse ponto, é necessário compreender que o Primeiro Ministro não pode promulgar ou modificar um código por iniciativa própria (o código é elaborado pelo conselho nacional da ordem); porém, inversamente, a ordem profissional não

(4) FRANÇA. *Code de la santé publique*. Disponível em: <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120703>>. Acesso em: 2 jul. 2012.

pode promulgar ou modificar sua deontologia sem um acordo com o Primeiro Ministro (o qual delega, na prática, seu poder de negociação ao ministro da Saúde). Trata-se de uma exceção notável à maneira pela qual são habitualmente criados os atos administrativos, o que permite atestar o poder do profissional sobre as regras que se aplicam a ele. De um ponto de vista formal, o código deontológico médico foi objeto, em 2004, de um decreto não codificado: ele foi integrado, desde então, à parte regulamentadora do Código de Saúde Pública, nos artigos R. 4127-1 a R. 4127-112.

Essa organização normativa produz consequências sobre o alcance jurídico do texto. Na hierarquia das normas francesas, os decretos do Conselho de Estado, atos do Primeiro Ministro, situam-se acima dos decretos e resoluções do ministro da Saúde. Tal organização significa que o ministro da Saúde não pode criar regras que derroguem o código de deontologia médica. Por outro lado, a lei remete sistematicamente à deontologia quando intervém no campo da aplicação desta última. Por exemplo, o Código de Saúde Pública prevê, em sua parte legislativa, que o diretor de um hospital público “exerça sua autoridade sobre o conjunto de sua equipe com relação ao respeito às regras deontológicas ou profissionais que se impõem aos profissionais de saúde”. Dito de outra forma, a autoridade do diretor do hospital termina onde começa a deontologia. A ordem dos médicos dispõe de um poder de controle sobre os contratos celebrados pelos seus associados no exercício de sua profissão (os médicos devem comunicar à ordem o conjunto de seus contratos profissionais), com o objetivo de verificar a ausência de contrariedade nesses documentos em relação à deontologia. Portanto, se o conselho da ordem não pode anular um contrato civil, ele pode impor sanções disciplinares ao profissional que violar a deontologia, inclusive em um contrato. O conselho nacional da ordem propôs, nesse contexto, o “contrato-tipo” que respeita a deontologia e protege o profissional de surpresas desagradáveis no que concerne aos seus contratos. Enfim, do ponto de vista da responsabilidade profissional, a análise jurisprudencial mostra que as regras deontológicas podem, segundo o direito comum, servir de referência aos juízes, principalmente os civis, por qualificarem eventuais faltas no exercício da profissão.

Depois de apresentar as diferentes formas jurídicas assumidas pela deontologia médica no direito francês, passa-se a tratar de seus conteúdos, seus objetos.

II. OS OBJETOS

A deontologia médica tem por objeto a regulação do conjunto das relações profissionais, as quais podem-se dividir em: (1) as relações entre os próprios profissionais e (2) as relações dos profissionais com terceiros.

1. Relações entre os próprios profissionais

Os relacionamentos entre profissionais se subdividem em duas categorias: fraternal e concorrencial.

1.1. A fraternidade

Como todas as outras, a deontologia médica afirma a importância da fraternidade, essencialmente traduzida, no código deontológico por: “os médicos devem prestar assistência uns aos outros em momentos de adversidade” (Art. 56, R. 4127-56, do Código de Saúde Pública). Essa obrigação de irmandade implica consequências institucionais na medida em que “o médico em disputa com um colega deve buscar a conciliação, usando, se necessário, o conselho departamental da ordem”. Porém, esta obrigação não é a mais importante.

1.2. A concorrência

O ponto mais importante ligado às relações profissionais reside, há mais de um século e meio, na concorrência entre os médicos. Essa questão mostrou-se fundamental em 1945, na medida em que os sistemas de proteção social dos assalariados não eram, até então, obrigatórios e que o acesso aos cuidados não eram, correlativamente, financiados pela coletividade. Nesse contexto, os rendimentos dos médicos dependiam muito estreitamente de sua capacidade de conquistar clientes, e certos profissionais sem escrúpulos podiam utilizar de meios reprováveis pela profissão. Evidencia-se aqui uma riqueza de vocabulário para definir práticas anticoncorrenciais: “cumplicidade”, “comissão”, “desconto”, “taxas mais baixas” e outras práticas de “concorrência desleal”. A lógica dessas regras é a seguinte: “a medicina não deve ser praticada como um comércio” (Art.19) e as práticas que levem a pensar o contrário são proibidas. Essa é a razão para que, no mesmo artigo, tenha se acrescentado que “são proibidos todos os procedimentos diretos ou indiretos de publicidade, notadamente toda sinalização que dê ao local uma aparência comercial”. A única informação pública é regulamentada de maneira precisa, principalmente no que se refere à placa e aos documentos profissionais.

No mesmo sentido, os anos 1960 viram tomar corpo um debate sobre a possibilidade, por parte dos médicos, de serem proprietários de equipamentos ou de estabelecimentos hospitalares, assim como a possibilidade de se associarem com outros profissionais. Evidentemente, acreditava-se que o médico proprietário de um estabelecimento hospitalar não favoreceria a atividade do hospital em detrimento do respeito à deontologia; a associação entre médicos pareceu contrária a uma certa visão de exercício “liberal”, solitário, sendo essa modalidade de prática, em uma primeira instância, considerada como uma “cumplicidade” (ou uma violação à deontologia). Nessas duas hipóteses, a lei

aceitou as evoluções legais e regulamentadoras, mas na exata medida na qual a deontologia pode ser aplicada. É por essa razão, por exemplo, que o Art. 95 do Código afirma que “o fato de um médico estar vinculado, dentro de sua prática profissional, por meio de um contrato ou um estatuto a outro médico, empresa ou entidade pública ou privada não diminui seus deveres profissionais e, em particular, suas obrigações referentes ao sigilo profissional e à independência das suas decisões”.

Pode-se destacar, considerando a importância prática da questão, que as sanções disciplinares impostas pelo Conselho Nacional da Ordem dos Médicos dizem respeito (cerca de 25% delas) a comportamentos relacionados à concorrência.

2. Relações com terceiros

Os códigos de deontologia foram, por muito tempo, apresentados como um conjunto de regras “de uso interno”, um “direito fechado”, tendo por origem os profissionais e tratando de questões que dizem respeito apenas a eles. Com esse argumento, a regulação deontológica não pode sofrer nenhuma crítica em termos de legitimidade.

Porém, o código deontológico médico, que reúne a quase totalidade das normas relativas ao exercício da profissão, trata também das relações entre os médicos e os não médicos, como os pacientes e seus funcionários.

2.1. Relações com os pacientes

A proteção dos pacientes é o argumento principal apresentado pelos médicos em sua reivindicação de uma regulação deontológica: a necessidade, para o bem dos pacientes, de que os profissionais obedeçam a regras que tratam de suas práticas cotidianas, com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados. Nesse contexto, compreende-se que o código deontológico retome, em seu Art. 40, o princípio tradicional *primum non nocere*, ao afirmar que “o médico, em suas investigações, intervenções ou terapêuticas, deve evitar que o paciente corra riscos desnecessários”, e, no mesmo sentido, o Art. 39 prevê que “os médicos não podem propor, aos doentes ou aos seus familiares, um medicamento ou procedimento ilusório ou não totalmente testado, como saudável ou inofensivo. Toda prática de charlatanismo é proibida”. De maneira mais abrangente, o Art. 2 do código prevê que “o médico, na prestação de serviços às pessoas ou à saúde pública, exerce sua missão dentro do respeito à vida humana, à pessoa e a sua dignidade. O respeito devido à pessoa não cessa de existir após a morte”.

Certos princípios referentes às relações entre os médicos e seus pacientes foram debatidos em 2002, quando da discussão da Lei nº 2002-303, que trata dos direitos dos pacientes. O Art. 35 alínea 2 do Código de Deontologia Médica previa, até aquela data, que o médico podia não informar o paciente

“em caso de prognóstico ou diagnóstico grave”, situação sobre a qual ele “refletiria com consciência”. Tal construção significava que a decisão de informar ou não o paciente seria do médico, sob o controle único de sua consciência, regra inconciliável com o direito do paciente de ser informado (exceto se ele não o desejar), reivindicação das associações de pacientes nos anos 1990. A lei consagrou o direito do paciente à informação e, com relação a esse ponto, o código deontológico foi tacitamente anulado. Mas tal debate permitiu mostrar que, se o código de deontologia foi construído para defender o interesse dos pacientes, trata-se dos interesses dos pacientes dentro da concepção dos médicos, e não da dos doentes; o exemplo apresentado permite constatar que os conceitos sobre o tema podem divergir.

2.2. Relações com os empregados

Uma das questões marcantes da história da construção da deontologia médica refere-se à independência dos profissionais. Desde os anos 1920 que o princípio da independência vem sendo afirmado, com o objetivo de escapar a uma eventual influência dos empregadores sobre as práticas médicas. Essa é a razão do Art. 5, segundo o qual “o médico não pode alienar sua independência profissional em nenhuma situação”. Em relação ao exercício assalariado da medicina, o Art. 95 do código confirma o princípio da independência ao prever que “um médico ligado em sua prática profissional, por contrato ou estatuto, a outro médico, a uma administração, coletividade ou instituição pública ou privada, não diminui seus deveres profissionais e, em particular, suas obrigações em matéria de confidencialidade e independência de suas decisões”; em sua alínea segunda, o artigo determina que, em relação ao assalariado, “em nenhuma circunstância, o médico pode aceitar limitações a sua independência em sua prática profissional da parte de outro médico, empresa ou instituição que o empregue. Ele deve sempre agir, prioritariamente, no interesse da saúde pública e no interesse das pessoas e de sua segurança, dentro das empresas ou instituições em que atua”. No mesmo sentido, o Art. 97 acrescenta que “um médico assalariado não pode, em nenhum caso, aceitar remuneração com base em normas de produtividade, rendimento por hora ou qualquer dispositivo que tenha por consequência uma limitação ou abandono de sua independência ou que afete a qualidade dos cuidados médicos”. Deve-se entender que, qualquer que seja o cenário jurídico no qual o médico atue, aplica-se o princípio da independência relativo às decisões médicas. Pode-se, entretanto, retrucar que o que se diz na deontologia não encontra necessariamente aplicação prática, pelo seu alcance limitado, afirmado apenas em um decreto do Conselho de Estado. Porém, vale lembrar, como dito em relação às consequências da integração da deontologia ao direito do Estado, que as leis que interveem no domínio da deontologia referem-se sistematicamente a ela quando se está em seu campo de aplicação.

Pelo que foi explicitado até o momento, compreende-se que nem a maneira com que as regras deontológicas são elaboradas, nem seus objetos estão

livres de crítica. Passa-se agora ao desenvolvimento da ideia que busca mostrar que a deontologia constitui *de fato* um instrumento de defesa das concepções “tradicionais” da medicina.

III. A DEONTOLOGIA, INSTRUMENTO DE DEFESA DE CONCEPÇÕES TRADICIONAIS DA MEDICINA?

De acordo com o Código de Saúde Pública (Art. L. 4121-1), a ordem dos médicos “reúne obrigatoriamente todos os médicos (...) habilitados a exercer a medicina”. Nesse contexto, a ordem é responsável por “velar pela manutenção dos princípios de moralidade, probidade, competência e devotamento indispensáveis ao exercício da medicina (...) e à observação, por parte de todos os seus integrantes, dos deveres profissionais, assim como das regras do Código de Deontologia previsto pelo Art. L. 4127-1”, acrescentando que ele “garante a defesa da honra e a independência da profissão médica”. O conjunto desses enunciados referentes à manutenção, observação dos deveres e regras da deontologia e também à defesa da honra e da independência remete à defesa de certos valores e de concepção da medicina que se pode qualificar de tradicionais, na medida em que eles figuram na lei desde 1945, atendendo a uma reivindicação expressa pelos médicos desde 1845. Essa é uma das críticas recorrentes que se faz à ordem dos médicos (principalmente com relação à resistência a certas evoluções sociais, como a contracepção nos anos 1960 ou a interrupção da gravidez nos anos 1970): ela seria conservadora, quicá reacionária. Se o segundo epíteto pode ser discutido, o primeiro não surpreende o meio jurídico, uma vez que a ordem profissional é *justamente* concebida para agir de maneira conservadora.

Compreende-se então que a deontologia, elaborada pela ordem que deve garantir o respeito às regras, se inscreve em uma mesma lógica.

Passa-se agora à discussão de três questões: a defesa da medicina liberal (1); o paternalismo médico (2) ; e a independência profissional (3).

1. A medicina liberal

Como exposto anteriormente, as regras de quatro códigos deontológicos que se sucederam desde 1947 se fundiram nos princípios do regulamento interno do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos de 1941, que retoma, ele mesmo, os princípios da “carta médica” de 1927. Ora, é importante conhecer as questões envolvidas nessa produção, as quais deixaram um traço durável no Código de Deontologia (e no conjunto do direito francês). O contexto no qual a carta foi redigida foi de fortalecimento da medicina social e de preparação de uma lei sobre as sociedades de seguro social, as organizações de seguridade social

responsáveis pelos custos da prestação de serviço. Um sindicato minoritário de médicos, opositores da medicina social, elaborou uma carta e conseguiu, após alguns périplos políticos, aprovar os princípios do documento junto ao governo. A carta da medicina liberal apresentava cinco princípios referentes a questões deontológicas: a liberdade do paciente para escolher o médico; o segredo profissional; o direito de receber honorários por cada paciente tratado; o “acordo direto” entre o profissional e o paciente, pelo qual o paciente paga diretamente ao médico, sem a interferência de um terceiro (o paciente pode ser reembolsado depois); a liberdade terapêutica (da qual temos a liberdade de prescrição). Percebe-se que, na época, tais princípios impediam – e era essa sua meta – a possibilidade de organizar o exercício da medicina assalariada (principalmente pelo pagamento direto e no fechamento do contrato). Seria necessário esperar mais de 30 anos e uma lei para que a medicina assalariada se tornasse possível. Porém, ainda hoje, segundo o Art. L. 162-2, do Código de Seguridade Social – que trata dos princípios fundamentais que governam as relações entre os médicos e o seguro saúde (seguro obrigatório para tratamentos) –, “no interesse de garantias sociais e da saúde pública, no respeito à liberdade do exercício e da independência profissional e moral dos médicos é assegurado, conforme os princípios deontológicos fundamentais: a livre escolha dos médicos por parte dos pacientes, a liberdade de prescrição médica, o segredo profissional, o pagamento direto de honorários por parte do paciente e a liberdade de estabelecimento do médico”.

A deontologia constitui-se como padrão de defesa – contendo todos os princípios – de uma certa concepção de medicina liberal. Destaque-se que certos princípios estão hoje bastante modificados principalmente pelo direito de seguro saúde. Nessa hipótese, as regras deontológicas são aplicáveis; porém, na medida em que mais de 99% dos médicos são conveniados (as regras referentes às relações entre o seguro saúde e os médicos foram objeto de “convenções” entre as instituições de seguro saúde e os sindicatos profissionais), a exceção torna-se, estatisticamente, a regra. É por essa razão, por exemplo, que se desenvolveu, principalmente entre os pacientes pobres, o sistema do “terceiro pagante”, que constitui uma derrogação do princípio de “acordo direto”.

2. O paternalismo médico

A doutrina dita do “paternalismo médico” foi teorizada nos anos 1950, pelo presidente do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos, Louis Portes, que escreveu: “em face do paciente, inerte e passivo, o médico não tem, de modo algum, o sentimento de lidar com um sujeito livre, um igual, um par, que ele possa verdadeiramente instruir. Todo paciente é, e deve ser para ele, como uma criança a ser domada, certamente não para enganar – uma criança para consolar, não abusar – uma criança para salvar ou simplesmente para curar, por meio das vicissitudes do desconhecido”. Essa doutrina deu aos médicos

um verdadeiro “direito de curar”; o paciente devia se contentar em obedecer ao médico para assegurar sua cura. Uma questão ilustrativa dessa concepção é a observância da prescrição médica. Dessa maneira, o Código de Deontologia Médica de 27 de junho de 1947 previa, em seu Art. 30, que, “após ter-se estabelecido um diagnóstico definitivo que implica uma decisão séria, sobretudo se a vida do doente está em perigo, *um médico deve se esforçar para impor a execução de sua decisão*” (grifo nosso). O Código de 28 de novembro de 1955, no Art. 29, definia que o profissional devia “se esforçar para conseguir a execução do tratamento prescrito”. Já o Código de 28 de junho de 1979, no Art. 37, afirmava que o médico devia “se esforçar para obter uma boa execução do tratamento”. Por fim, o Código de 6 de setembro de 1995 previa que “O médico deve formular suas prescrições com toda a clareza indispensável, cuidando que elas sejam compreendidas pelo paciente e sua família, e se esforçar para conseguir uma boa execução”. Constata-se que, se as formulações evoluíram e perderam seu vigor, a lógica subjacente continuou a mesma: o paciente deve obedecer a prescrição.

Essa concepção “imperialista” do exercício médico – mesmo que progressivamente tenha sido alterada até os anos 2000 –, negando ao paciente a capacidade de decidir, levou a profissão médica – ou ao menos sua ordem profissional – a se opor, em 2002, à evolução das regras relacionadas ao direito do paciente à informação. Até a Lei nº 2002-303, de 4 de março de 2002, de fato, a ordem dos médicos sempre foi a responsável pelas regras referentes ao direito do paciente à informação, que estão definidas no Art. 35 do Código de Deontologia, cuja alteração, segundo o Art. L. 4121-7 do Código de Saúde Pública, também é prerrogativa da ordem dos médicos. Poderíamos imaginar que o Código de Deontologia Médica evolui, por iniciativa da ordem dos médicos, para corresponder à evolução das normas sociais, como atestam as regras decorrentes da lei sobre os direitos dos pacientes, caso em que as mudanças foram tecnicamente inúteis. Na falta de tal iniciativa, a ordem dos médicos levou o legislador a intervir em um domínio relevante e tradicional da regulação deontológica. A regulamentação dos direitos do pacientes à informação escapa da regulação deontológica, uma vez que o Art. L. 1111-2, alínea 6, do Código de Saúde Pública, prevê que “as recomendações de boas práticas sobre o fornecimento de informação são estabelecidas pela Agência Nacional de Acreditação e Avaliação em Saúde e homologadas por decreto do ministro da Saúde”. Antes da lei de 4 de março de 2002, os médicos tinham deontologicamente o direito de informar ou não seus pacientes em caso de prognóstico ou diagnóstico graves, sem prestar contas a não ser a sua própria consciência; depois de 4 de março de 2002, eles têm o dever de informar seus pacientes, que, desde então, dispõem de um verdadeiro direito subjetivo de serem informados. A deontologia, por muito tempo receptáculo de regras relativas ao direito do paciente à informação, deve hoje se contentar em seguir a lei, determinada pelas recomendações de boas práticas.

Uma lição mais geral pode ser tirada: desde 2002, a deontologia não engloba mais o conjunto do comportamento dos profissionais. Outras questões também deontológicas foram objeto de uma intervenção legal depois de 2002: a definição do fim da vida (2005), informação sobre honorários (2007) e a discriminação contra pacientes pobres (2010).

3. A independência profissional

Um dos fundamentos tradicionais da deontologia reside na independência do profissional. A ideia básica é que, por estar a serviço do paciente, o profissional deve ser independente de qualquer interferência. A orientação efetiva da atividade pelo interesse do paciente remete à consciência do profissional; uma fórmula tradicional para resumir a relação médica é: “o encontro entre a consciência e a confiança”. O princípio da independência profissional está inscrito na abertura do código deontológico, em um de seus primeiros artigos, o Art. 5, segundo o qual “o médico não pode alienar sua independência profissional de nenhuma maneira” e também faz parte de outros artigos, como o Art. 95, relativo ao médico assalariado, que afirma que “o fato de um médico estar vinculado, dentro de sua prática profissional, por meio de um contrato ou um estatuto a outro médico, empresa ou entidade pública ou privada não diminui seus deveres profissionais e, em particular, suas obrigações referentes ao sigilo profissional e à independência das suas decisões”. Essa exigência é retransmitida, para além do código deontológico, por lei, principalmente para o Código de Saúde Pública que, a propósito dos médicos agentes públicos, afirma que “o diretor (de um hospital) exerce sua autoridade sobre o conjunto das pessoas dentro do respeito às regras deontológicas ou profissionais (...) e do respeito à independência profissional do médico no exercício de seu ofício”.

Certas questões deontológicas tradicionais, que não têm por objeto explícito a independência, podem ser analisadas como defesas indiretas desse princípio. Esse é o caso do segredo profissional. O discurso dos profissionais a esse propósito é bastante firme, até mesmo retomando, para o legitimar, o princípio do segredo de Hipócrates (esquecendo, de passagem, um eclipse de cerca de dois mil anos de história que não reconhecia este princípio do segredo profissional, indo desde o Império Romano até o século XVIII...). Na França, o segredo profissional, incluído no Código Penal em 1810, tem como objetivo a proteção da vida privada das pessoas; ele é retomado, depois do século XIX, nas diferentes deontologias. Mas, se para os pacientes seu interesse é inegável, o segredo constitui igualmente uma garantia da independência para os profissionais, permitindo que eles escapem de demandas de informações relativas a suas atividades e que eles fiquem fora do alcance de controles externos.

Porém, paralelamente, os médicos reivindicam constantemente a possibilidade de não serem submetidos ao princípio do segredo profissional, desde

que a discussão seja entre eles. Há fortes presunções de que eles *de fato*, mas de maneira ilegal, não se submetiam a este princípio antes da lei de 4 de março, uma vez que eles acreditavam estarem tomando essa atitude em defesa do interesse do paciente (ou de sua própria concepção do que seria este interesse...). Tratava-se, em todo caso, de uma forte reivindicação profissional que, a partir de 2002, foi atendida com o Art. L. 1110-4, do Código de Saúde Pública, que afirma que “toda pessoa em tratamento (...) tem o direito ao respeito a sua vida privada e ao segredo das informações que lhe são concernentes”. Contudo, o mesmo dispositivo prevê que “dois ou mais profissionais de saúde podem, salvo oposição do paciente devidamente informado, trocar informações relativas a uma mesma pessoa em tratamento, a fim de assegurar a continuidade dos cuidados ou de determinar o melhor tratamento de saúde possível”.

Em face das regras do Código Penal que visam limitar a independência dos médicos ao impor-lhes o segredo profissional, pode-se constatar que eles reivindicaram, e conseguiram, uma derrogação desse princípio geral, respeitando sua independência e englobando quase a totalidade das discussões profissionais. Os médicos podem trocar informações sobre um paciente com outros médicos, no exercício de sua profissão (a fim de assegurar a continuidade do tratamento ou determinar a melhora dos cuidados...), o que corresponde a sua reivindicação. O segredo profissional continua sendo o princípio que trata das relações entre médicos e não médicos e pode-se afirmar que este princípio atende igualmente aos interesses dos pacientes ; porém, é preciso constatar que o sistema não frustra os anseios dos profissionais da saúde.

Com relação a essa discussão, pode-se objetar que se trata de um debate relativo às normas legais, o que é tecnicamente o caso; no entanto, deve-se entender que, para os profissionais e para os parlamentares, a questão é principalmente deontológica e não constitui uma questão legal, a não ser secundariamente.

Aqui, outros pontos poderiam ser analisados: a definição do fim da vida, a administração das discriminações contra pacientes pobres, a fixação dos honorários etc. Destaque-se ainda que a mesma lógica da independência esteve presente nas reflexões sobre o exercício liberal da medicina e sobre o paternalismo médico. A defesa da independência profissional constitui-se assim como um princípio deontológico fundamental e pode ser mesmo o princípio deontológico básico, influenciando o conjunto da deontologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Código de Deontologia Médica constitui uma norma fundamental para o exercício da medicina, sendo, até recentemente, o instrumento exclusivo para o ordenamento do conjunto de regras relativas às relações profissionais dos

médicos. O código poderia ser considerado um verdadeiro “código de exercício profissional”. Hoje, essa afirmação deve ser relativizada: desde a lei de 4 de março de 2002, que trata dos direitos dos pacientes, uma parte das regras referentes às relações entre médicos e pacientes passou a ter como base o Código de Saúde Pública. Desde 2002, a deontologia deixou de englobar o conjunto do comportamento profissional. Dessa maneira, a lei de 4 de março de 2002 mostrou um inegável avanço democrático, pondo fim a uma hipocrisia institucional: a elaboração dos códigos deontológicos pelos profissionais, com base na crença de que as regras dizem respeito apenas a esses profissionais, enquanto, na verdade, várias delas que envolvem outras partes – em particular relacionadas ao direito à informação ou ao consentimento dos pacientes ou ainda à independência profissional e, indiretamente, ao poder dos empregadores – figuravam ou figuram no código deontológico.

O conteúdo do Código de Deontologia Médica pode ser apresentado como referência a duas funções por ele asseguradas: de um lado, instrumento de controle da profissão médica e, de outro, instrumento de independência profissional *vis-à-vis* em relação a outros interlocutores.

Por meio do código deontológico, a ordem dos profissionais médicos pode fiscalizar contratos quanto a sua adequação às normas deontológicas, bem como sancionar disciplinarmente um profissional antiético. A independência profissional é assegurada pelas disposições do código deontológico que a reconhece, à qual a lei remete sistematicamente e que constitui a norma de referência relativa às interações do médico com o conjunto de seus interlocutores.

O código deontológico é, *enfim*, uma construção técnica que remete a valores e concepções da profissão médica que podem ser impostos aos profissionais recalcitrantes e aos não profissionais. Foi necessário esperar até 2002 para que o legislador o contrariasse no que concerne ao tratamento dos direitos do paciente à informação. Se os médicos tivessem optado por alinhar as disposições do código às concepções sociais dos pacientes e não as suas, as regras estariam ainda no código deontológico. Mas, eles não escolheram esse caminho.

REFERÊNCIAS

ALMERAS, Jean-Pierre; PÉQUIGNOT, Henri. *La déontologie médicale*. Paris: Litec, 1996.

BENTHAM, Jeremy. *Déontologie ou science de la morale*. Paris: Charpentier, 1834. 2 v.

FRANÇA. *Code de déontologie médicale*. Disponível em : <<http://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/17/tous>>. Acesso em: 2 jul. 2012.

FRANÇA. *Code de la santé publique*. Disponível em: <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120703>>. Acesso em: 2 jul. 2012.

HATZFELD, Henri. *Le grand tournant de la médecine libérale*. Paris: Éditions Ouvrières, 1963.

JAUNAIT, Alexandre. *Comment pense l'institution médicale?* Paris: Dalloz, 2005. (Nouvelle Bibliothèque de Thèses).

LEONARD, Jacques. *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs: histoire intellectuelle et politique de la médecine au XIX^e siècle*. Paris: Aubier-Montaigne, 1981.

MORET-BAILLY, Joël. *Les déontologies*. Aix-en-Provence: Presses Universitaires d'Aix-Marseille, 2001.

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. *Commentaire du code de déontologie*. Disponível em: <<http://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/17/tous>>. Acesso em: 22 maio 2012.

PORTES, Louis. *A la recherche d'une éthique médicale*. Paris: Masson, 1954.

RODWIN, Marc. *Conflicts of interest and the future of medicine*. Oxford: Oxford University Press, 2011.

SIMON, Maxime. *Déontologie médicale ou des droits et des devoirs des médecins dans l'état actuel de la civilisation*. Paris: Baillière, 1845.

THOUVENIN, Dominique. *Le secret médical et l'information du malade*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon, 1982.