

CONFLITOS DE INTERESSE NA PROFISSÃO MÉDICA¹

Marc A. Rodwin, J.D., Ph.D.

Pacientes confiam em médicos para aconselhá-los quanto as suas necessidades médicas, para fornecer-lhes tratamento e serviços, e agir em seu melhor interesse. A sociedade, por sua vez, espera que as normas médicas levem os médicos a agir no melhor interesse dos pacientes. Ainda assim, como os médicos ganham a vida através de seu trabalho, sua prática pode acabar privilegiando o aumento de seus ganhos em detrimento dos interesses dos pacientes. Além do mais, quando médicos prescrevem drogas, terapias e tratamentos, e escolhem o fornecedor destes ou encaminham seus pacientes a outros prestadores de serviços, eles têm ingerência sobre as três partes envolvidas financeiramente. Em consequência disso, os provedores, prestadores de serviço e seguradoras tentam influenciar as decisões clínicas dos médicos em seu próprio benefício. Assim, no cerne da atividade médica se encontra uma tensão entre o interesse próprio e o atendimento consciencioso aos pacientes e ao público. A poderosa ética médica vigente efetivamente influencia os médicos. Ainda assim, há um conflito entre o *ethos* profissional e os estímulos financeiros.²

O Estado concede à profissão médica um monopólio sobre a prática médica e permite que os médicos fixem normas para o acesso à prática da medicina, julguem o desempenho de seus pares no

¹ Traduzido por Maristela Gonçalves Sousa Machado.

Esse artigo é uma versão abreviada do capítulo 1. "The Heart of the Matter", Marc A. RODWIN, *Conflicts of Interest and the Future of Medicine: The United States, France and Japan*, New York: Oxford University Press, no prelo, Fevereiro de 2011.

² FREIDSON, Eliot. Identificando Profissões. In Freidson, *Professional powers: A study of institutionalization of formal knowledge*, Chicago: University of Chicago Press, 1988, 20-40.

trabalho e, em esfera superior, regulamentem a si próprios.³ Médicos e outros justificam esse sistema com base no fato de os médicos terem conhecimento especializado e da medicina ser uma profissão, não apenas uma ocupação. Valores profissionais agregam importantes ideais, afirmam eles, e a prática médica deve ser rígida por estes e não por empresas e por valores burocráticos, que são muito distintos. Em suma, alegam que o profissionalismo médico tem uma essência moral que tanto justifica a autoridade dos médicos sobre a prática médica, como regulamenta esses conflitos. Nas últimas quatro décadas do século XX, no entanto, novas linhas de pensamento desafiaram a autoridade dos médicos e o valor do profissionalismo⁴. Um tópico comum une essas críticas: os conflitos de interesse dos médicos comprometem a prática médica. Tal

³ Defensores de mercado alegavam que a medicina organizada criou um oligopólio que colocava os interesses dos médicos à frente daqueles de seus pacientes. Profissionais dissimulavam interesses próprios e os mercados serviriam melhor ao público. Outros críticos defenderam os direitos dos pacientes e a autonomia individual. Eles asseveravam que os médicos usavam sua autoridade para usurpar escolhas baseadas no custo que os pacientes deveriam fazer. Outros acreditavam que organizações médicas devem ser submetidas a processos democráticos, tendo que ouvir a voz dos pacientes e consumidores e se responsabilizar por suas ações. Para críticos de mercado, Milton FRIEDMAN e Simon KUZNETS, *Income from independent professional medical practice*, New York: National Bureau of Economic Research, 1945. Elton RAYACK, *Professional power and American medicine: The economics of the American Medical Association*, Cleveland, OH: World Book Publishing Co., 1967. Jeffrey Lionel BERLANT, *Profession and monopoly: A study of medicine in the United States and Great Britain*, Berkeley: University of California Press, 1975, 64-127. Charles WELLER, “Free choice” as a restraint of trade, and the counterintuitive contours of competition, *Health Matrix* 3, no. 2 (1985):3-23. Sobre direitos de pacientes, George J. ANNAS, (O hospital: Uma terra devoluta dos direitos humanos), *Civil Liberties Review* 1, no. 4 (1974):9-29. George J. ANNAS, *The rights of hospital patients*, Marc A. RODWIN, Consumer voice and representation in health care, *Journal of Health Law* 34, no. 2 (2001): 223-72; Marc A. RODWIN, Exit and voice in American health care, *Michigan Journal of Law Reform* 32, no. 4 (1999):1041-67.

⁴ O conceito de conflito de interesse se origina na lei fiduciária e tem sido usado por profissionais do governo que exercem poder ou autoridade para uma parte designada. O Apêndice 1 investiga o desenvolvimento e a disseminação do conceito. Ver também: Marc A. RODWIN, Strains in the fiduciary metaphor: Divided physician loyalties and obligations in a changing health care system, *American Journal of Law and Medicine* 21, nos. 2 & 3 (1995):241-57; Peter JACOBSON, *Strangers in the night: Law and medicine in the managed care era* (New York: Oxford University Press, 2002), 222-49; Francis H. MILLER, Secondary income from recommended treatment: Should fiduciary principles constrain physician behavior? In *The new health care for profit: Doctors and hospitals in a competitive environment*, ed. B. Gray, 153-69 (National Academies Press: Washington, DC, 1983); Maxwell J. MEHLMAN, Dishonest medical mistakes, *Vanderbilt Law Review* 59, no. 4 (2006):1137-73.

preocupação encoraja esforços para reformar a organização e o financiamento da medicina e para aumentar a vigilância legal.

I. O FUTURO DA PROFISSÃO MÉDICA

O futuro da profissão médica será em grande parte determinado pela maneira pela qual a sociedade responderá a quatro questões-chave: em que contexto pode-se confiar que os médicos agem de acordo com o interesse de seus pacientes? De que maneira a economia da medicina pode ser organizada de forma a minimizar os conflitos de interesse dos médicos e promover o profissionalismo? Que papéis devem exercer os médicos e a medicina organizada na economia médica? Que papéis devem desempenhar as seguradoras, o Estado e os mercados no serviço de saúde?

No meu livro, *Conflicts of Interest and the Future of Medicine: The United States, France and Japan* (Oxford University Press, 2011), investigo essas questões examinando a economia política da medicina. Cada uma dessas sociedades pós-industriais democráticas organiza a prática da medicina de quatro formas principais:

1. sob propriedade e direção do médico;
2. através de caridades e organizações sem fins lucrativos;
3. sob patrocínio do Estado, normalmente através de instituições públicas e;
4. através de empresas de propriedade de investidores.

De que maneira essas formas alternativas de prover cuidado médico afetam a tensão no cerne do exercício da medicina? O mercado médico não regulamentado – que não exige sequer treinamento ou formação – apresenta a maior tensão entre a busca do lucro e o interesse do paciente. No entanto, mesmo credenciados pelo Estado, os médicos particulares afrontam essas tensões porque são empresários que acumulam os lucros ou prejuízos de seu consultório. De forma diversa, os cuidados médicos fornecidos na forma de serviço público exercido por médicos contratados pelo Estado, normalmente impedem o empreendedorismo do médico. Estes médicos não acumulam lucros nem se arriscam a ter prejuízos, têm garantida estabilidade no emprego e por isso a busca do lucro não

afeta seus pareceres e escolhas clínicas.

O fornecimento de serviços médicos através de instituições de caridade leigas e de organizações sem fins lucrativos representa uma alternativa ambígua para a medicina particular e o serviço público. Quando organizações sem fins lucrativos empregam médicos, elas podem inibir o seu empreendedorismo. No entanto, elas decidem às vezes recompensar os médicos de maneira a premiar a prática nos moldes empresariais, notadamente, quando eles buscam gerar renda para expandir ou quando precisam ser econômicos para garantir a solvibilidade. Empresas do setor privado que empregam médicos são mais propensas a recompensá-los de forma a premiar práticas que rendam lucros.

Essas quatro formas de prática não são mutuamente exclusivas. Empresas orientadas para a obtenção de lucro formam às vezes *joint ventures* com médicos ou com organizações sem fins lucrativos, e entidades sem fins lucrativos podem associar-se com médicos particulares.

A medicina organizada pode influenciar as normas da prática, as normas profissionais, a disciplina profissional e as instituições médicas. O Estado e as seguradoras podem regulamentar todas as quatro formas de prática médica. A remuneração dos médicos, as ligações a terceiros, e outros aspectos da economia também afetam médicos e instituições médicas. Portanto, eu também investigo a interação das quatro formas básicas de organização com outras influências sobre a prática médica, em particular:

1. a influência da medicina organizada sobre a prática privada;
2. a autorregulação profissional;
3. a concorrência de mercado e;
4. o papel do Estado e das seguradoras.

Esses fatores configuram os conflitos de interesse, assim como o modo pelo qual são abordados pelas nações. A experiência de cada país oferece evidência sobre o que auxilia a lidar com esses conflitos e o que não dá bons resultados.

1. Tipos de conflitos de interesse:

A ética médica, a legislação e as normas sociais exigem que os médicos ajam no interesse dos pacientes. Muitos autores descrevem isso como uma obrigação fiduciária.⁵ Os médicos experimentam os conflitos de interesse quando têm incentivos para agir de forma a violar suas obrigações para com seus pacientes ou quando sua lealdade fica dividida entre seus pacientes e outras partes.¹ Conflitos de interesse comprometem a lealdade dos médicos a seus pacientes bem como sua independência de julgamento. Eles aumentam o risco dos médicos não cumprirem as suas obrigações, mas não são por si só uma violação ao dever. A lei pode regulamentar os conflitos de interesse ou fornecer o remédio quando há conduta imprópria ou dano ao paciente.

Existem dois tipos principais de conflitos de interesse. Conflitos de interesse financeiro surgem de incentivos que influenciam negativamente a conduta dos médicos. E incentivos que recompensam médicos, por aumentar ou diminuir serviços ou por fornecer um tipo de serviço em detrimento de outro, encorajam tratamentos que não se baseiam nas condições do paciente ou nos critérios da boa prática médica. Ao invés disso, eles encorajam os profissionais a fazer opções médicas em seu próprio benefício financeiro. Incentivos para recorrer a determinados prestadores de serviço ou para prescrever determinados testes e terapias também distorcem suas escolhas. O risco de conduta imprópria aumenta quanto maior for o incentivo e quanto mais estreita for a relação entre as ações do médico e a recompensa que elas geram. Mas nem todos os incentivos financeiros criam conflitos de interesse. Incentivos que recompensam excelentes resultados médicos, boa qualidade ou satisfação no atendimento dos pacientes são inequivocamente vantajosos para estes. Bônus por trabalhar um maior número de horas do que a média ou nos turnos da noite não influenciam escolhas clínicas nem pareceres.

Conflitos de interesse entre lealdades divididas ocorrem quando médicos exercem papéis que interferem em sua ação em

⁵ RODWIN, Marc A. *Medicine, money and morals: Physicians' conflicts of interest* (New York: Oxford University Press 1993), 9-11 and 253-255.

favor de seus pacientes ou quando sua lealdade está dividida entre pacientes e um terceiro. Médicos se envolvem frequentemente em atividades que, apesar de serem benignas em si, comprometem sua capacidade de agir de acordo com o melhor interesse do paciente, por exemplo, conduzindo experimentos para avaliar um novo medicamento ao mesmo tempo em que está tratando pacientes. Pacientes e médicos podem facilmente confundir estes dois papéis, apesar dos esforços no sentido de assegurar o consentimento informado do paciente. Assistência ao paciente e pesquisa são incompatíveis quando o médico inscreve um de seus pacientes em um experimento para testar um medicamento porque o objetivo da pesquisa não é o benefício do sujeito da pesquisa, mas o avanço da ciência. É bem verdade que a droga experimental pode ajudar o paciente voluntário da pesquisa; mas não se sabe se seguro ou eficaz e o paciente pode ter sua saúde mais comprometida.

Conflito de interesse com base em incentivos financeiros e aqueles que resultam da lealdade dividida ou de papéis contraditórios frequentemente se sobrepõem. Médicos que prescrevem e fornecem serviços exercem duas funções: 1) diagnosticam problemas médicos e prescrevem o tratamento e; 2) fornecem os tratamentos. Desempenhar a segunda função pode interferir com a primeira porque cria um incentivo para que o médico prescreva terapias que ele pode fornecer. Este incentivo impróprio desaparece quando um prestador independente fornece esses serviços.

2. Fontes de conflitos de interesse

Certos aspectos da prática médica produzem fontes-chave para o conflito de interesse. Cinco pontos se destacam:

1. quais serviços o médico realiza;
2. se médicos ou outras partes são proprietários de equipamentos médicos;
3. se médicos são autônomos ou trabalham para terceiros;
4. de que forma os médicos são remunerados; e
5. quais os laços financeiros existentes entre médicos e terceiros.

II. O MÉDICO AUTÔNOMO E PRESTADOR DE SERVIÇOS

Médicos autônomos são empreendedores no sentido de ganhar lucros com a venda de serviços e assumir o risco de qualquer perda financeira ou dívida. O aspecto empresarial da prática privada traz à tona um comportamento egoísta, o qual compromete a capacidade de fornecer aos pacientes conselhos desinteressados sobre os serviços de que necessitam. No entanto, a prática privada pode ser mais ou menos empresarial dependendo dos serviços fornecidos pelos médicos. Primeiro, eles podem executar serviços básicos: examinar pacientes, diagnosticar problemas, prescrever tratamentos, orientar pacientes e encaminhá-los a outros. Segundo, os médicos podem realizar procedimentos médicos ou tratamentos. Terceiro, eles podem fornecer serviços suplementares tais como exames de laboratório ou testes-diagnósticos. Finalmente, médicos podem vender medicações, aparelhos médicos e outros produtos.

Considere um continuum de disposições de práticas do menos ao mais empreendedor. Comece com o tradicional clínico que não tem sócios e recebe honorários. O meio principal de aumentarem sua renda é subir os seus honorários ou fornecer mais serviços. Se tiverem tempo disponível, eles podem persuadir seus pacientes a adquirir mais serviços do que eles procuravam ou do que é desejável. Além disso, eles podem comercializar seus serviços, anunciar suas atividades, buscar encaminhamentos vindos de outros, ou negociar sistemas de encaminhamento recíproco com outros clínicos.

Médicos aumentam suas oportunidades empresariais quando oferecem mais do que os serviços básicos, ou desenvolvem sua clínica de maneira a produzir um volume maior de serviços. Eles podem estender o tipo de serviço que oferecem aprendendo novas habilidades e procedimentos ou desenvolvendo especialidades. Podem aumentar o volume de serviços contratando assistentes, profissionais de saúde afins, ou outros médicos.

Além disso, os médicos podem acrescentar serviços suplementares, tais como exames laboratoriais e testes de diagnósticos ou vender medicamentos e produtos médicos. Quando fornecem mais do que serviços básicos, médicos podem emitir seus diagnósticos, prescrições e recomendações para gerar renda. Têm um incentivo para prescrever testes, terapias, procedimentos e

medicamentos que eles podem suprir. Através da formação de clínicas de grupo, os médicos tornam mais fácil a oferta de serviços suplementares porque compartilham o custo dos equipamentos e de pessoal necessários. A medicina de grupo permite encaminhamentos dentro do grupo e a divisão da renda da clínica.

1. O médico e sua clínica

Ser proprietário ou investir nas instalações clínicas aumenta a gama de oportunidades empresariais, amplia a variedade de serviços oferecidos e a chance de gerar renda através de prescrições e encaminhamentos. Grupos de médicos ou médicos conjuntamente com organizações ou empresas sem fins lucrativos podem ser proprietários de laboratórios clínicos, centros de diagnóstico por imagem e outros testes, clínicas, centros cirúrgicos, ambulatório, hospitais e lares de idosos. As normas jurídicas e a economia da clínica e não as exigências médicas restringem os serviços que os médicos podem fornecer em sua clínica e se podem investir em instalações médicas.

2. Médicos com vínculo empregatício

Quando não são autônomos, os médicos podem ser empregados por autoridades públicas, por organizações sem fins lucrativos, empresas com fins lucrativos, ou clínicas de propriedade de outros médicos. Os empregadores podem influenciar nas escolhas clínicas através de recompensa ou de supervisão e assim os médicos podem favorecer os interesses de seus empregadores ao invés dos interesses dos seus pacientes. Se empregadores comprometem ou não as escolhas médicas dependerá de sua autoridade e da organização da clínica.

Consideram-se médicos empregados como funcionários públicos em hospitais públicos. Normalmente, eles recebem um salário fixo definido por categoria, desfrutam de estabilidade no emprego e de liberdade de ação. Como consequência, faltam-lhes incentivos financeiros que influenciem suas escolhas mas gozam de liberdade clínica. Tais condições previnem conflitos de interesse laborais. Mas se algumas dessas condições são afrouxadas, os

empregadores podem comprometer a prática médica. Médicos que não têm estabilidade no trabalho são mais propensos a levar em consideração os interesses dos empregadores. Quando estes podem alterar a remuneração dos médicos, eles adquirem outra ferramenta para controlar suas decisões.

Além disso, os empregadores podem orientar os médicos no sentido de promover os objetivos da organização. Como consequência, os médicos podem clinicar de forma a privilegiar os interesses de seus empregadores em detrimento dos de seus pacientes. Normalmente, quando trabalham com o objetivo de aumentar os lucros de seus empregadores, os médicos aumentam os serviços ou escolhem os serviços mais onerosos ao invés dos mais acessíveis. No entanto, se o empregador é compensado com um pagamento fixo ou com alguma forma de compartilhamento de risco financeiro, então os médicos podem reduzir o volume de serviços ou reduzir outras despesas da clínica.

O bom senso leva a considerar que médicos contratados por uma empresa com fins lucrativos têm um maior conflito de interesse do que aqueles que trabalham por organizações sem fins lucrativos. Essa conclusão pressupõe que os médicos ajudarão o seu empregador com fins lucrativos, a gerar lucro, mesmo sendo assalariados, e que os empregadores sem fins lucrativos carecem de motivação para o lucro e por isso não oferecerão incentivos comprometedores aos médicos. No entanto, empregadores sem fins lucrativos enfrentam pressões para permanecerem solventes e podem oferecer incentivos financeiros aos médicos a fim de reduzir custos ou gerar receita de forma prejudicial ao bem-estar dos pacientes. De forma semelhante, muitos médicos supõem que o trabalho para empresas cria conflitos de interesse, enquanto que o emprego por parte das empresas de propriedade de médicos, não. No entanto, ambos podem oferecer aos funcionários incentivos financeiros comprometedores.

3. Remuneração que distorce as escolhas clínicas

O pagamento pode encorajar os médicos a prover mais, menos, ou diferentes tipos de serviços, ou a encaminhar pacientes a determinados prestadores de serviços. Cada forma de pagamento pode ser tendenciosa, mas algumas comprometem mais as decisões

clínicas do que outras.

Gratificações resultantes do uso de serviços recompensam o aumento no uso destes sejam eles benéficos ou não. Dependendo de como as taxas são fixadas, também se pode encorajar os médicos a escolher alguns serviços em detrimento de outros, a enviasar suas escolhas e até mesmo a executar procedimentos que prejudicam seus pacientes ao invés de curá-los. Como observou George Bernard Shaw: "que qualquer nação sensata, tendo observado que se poderia assegurar o fornecimento de seu pão dando aos padeiros um incentivo pecuniário para assar pães, deduza que é necessário dar um incentivo pecuniário ao cirurgião por cortar a sua perna, é suficiente para levar qualquer um a desanimar de qualquer política humanitária."⁶

Em contrapartida, o salário é relativamente neutro, pois geralmente não condiciona a renda do médico a determinadas escolhas clínicas nem o recompensa por aumentar, diminuir, ou prestar serviços específicos. Mas apresenta outras desvantagens, pois não recompensa médicos pelo trabalho extra, produtividade ou eficiência. Pode gerar o que seus críticos chamam pejorativamente de uma *mentalidade de funcionário público*. Além disso, os empregadores podem ajustar o salário anualmente para premiar o desempenho. Em teoria, eles podem aumentar ou diminuir o salário para recompensar os médicos que geram renda, reduzem custos, ou ambos, encorajando escolhas médicas impulsionadas financeiramente. Os empregadores também podem definir o salário de maneira a refletir o desempenho financeiro da organização, outro incentivo para a prática que fomenta o interesse do empregador. Ainda assim, reajustes salariais anuais são menos sensíveis às escolhas clínicas individuais do que a renda do médico quando este é pago por taxa de serviço.

Algumas seguradoras utilizam pagamento por capitação e compartilhamento de risco a fim de criar incentivos para que os médicos controlem gastos. Captação é um pagamento fixo por paciente em um determinado período. Normalmente, os médicos recebem pagamento por capitação, em troca de seu trabalho, e não de

⁶ SHAW, George Bernard. Preface, *The doctor's dilemma: A tragedy*, Baltimore, MD: Penguin, 1988. The play was first performed in 1906 and published in 1913.

outros serviços médicos que os pacientes possam necessitar. Frequentemente, os empregadores ajustam as taxas de capitação de acordo com a idade e o sexo do paciente para levar em conta as diferenças de expectativa de suas necessidades médicas. Muitas vezes usada para pagar médicos por atenção primária, a capitação fornece aos médicos uma renda fixa mensal que varia de acordo com o número de pacientes sob seus cuidados, mas não com o volume de visitas aos pacientes, serviços prestados, tempo dispensado, ou outros encaminhamentos. Quando um médico de atenção primária presta um atendimento completo, o pagamento por capitação se assemelha a um salário.

Às vezes as seguradoras modificam a capitação para fazer com que os médicos se responsabilizem por parte dos recursos usados no cuidado de seus pacientes. Eles aumentam a taxa de capitação, mas tornam o médico de atenção primária responsável pelo custo de determinados serviços, como testes de laboratório ou de diagnóstico, medicação, ou tratamento por especialistas. Esse arranjo estimula os médicos a modificar suas práticas para reduzir os gastos. Eles podem pedir menos ou diferentes exames, prescrever menos ou diferentes medicamentos e serviços, e fazer menos encaminhamentos.

Modificações no pagamento por capitação e outros ajustes que fazem com que os médicos arquem com certos custos médicos são chamados de compartilhamento de risco porque a compensação do médico está sob risco em função da forma pela qual ele gerencia o cuidado de seus pacientes. Os empregadores também podem modificar a remuneração por serviço e o salário para que os médicos arquem com uma parte do risco financeiro, fazendo com que parte de seus honorários ou salário esteja condicionada ao custo do tratamento de seus pacientes. Por exemplo, o empregador pode anular 20 por cento dos honorários ou salário e pagar o valor retido somente se as despesas médicas com seus pacientes não excederem um limite. O compartilhamento de riscos cria conflitos de interesse. Ela recompensa os médicos por reduzirem serviços, sem levar em consideração se isso é feito de acordo com interesse de seus pacientes. Ainda assim, o compartilhamento de risco não é o oposto exato da remuneração por serviço. Pelo contrário, a renda dos médicos aumenta ou diminui em função do volume total de serviços

que oferecem para um grupo de pacientes em um determinado período de tempo.

Normalmente, as seguradoras instituem um grupo de compartilhamento de risco para os pacientes de seus médicos. Disseminar o risco entre os membros do grupo médico reduz os efeitos das decisões individuais de qualquer médico ou da condição médica de um paciente em particular. No entanto, os empregadores podem fazer com que os médicos assumam riscos financeiros individualmente. Os empregadores que fazem isso muitas vezes restringem estes riscos com o chamado *stop-loss* de proteção, o qual acaba com a responsabilidade do médico sobre as despesas de qualquer paciente, a partir do momento em que estas excedem um determinado montante.

Muitas vezes, os empregadores combinam diferentes métodos de compensação. Eles podem pagar os médicos por salário ou capitação, mas adicionam taxas por serviços especificados. Ou então podem pagar aos médicos por remuneração por serviço ou salário colocando parte dessa compensação sob risco. Em suma, eles misturam diferentes tipos de pagamento para criar incentivos mais nuançados. Nos últimos anos, alguns empregadores têm introduzido pagamento por desempenho como complemento da compensação baseada em diversas medidas de desempenho. Geralmente isso inclui incentivos que premiam a qualidade ou a satisfação do paciente e não criam conflitos de interesse.

4. Vínculos financeiros com terceiros

As seguradoras podem apenas compartilhar o risco financeiro com os médicos, mas também monitorar sua prática e restringir os serviços que prestam através da limitação do reembolso. Elas podem exigir que os pacientes e médicos recebam a sua autorização antes de pagar por determinados serviços, encaminhamentos e internações eletivas. Desta forma, elas podem influenciar escolhas clínicas dos médicos e fiscalizar a sua prática.

Os médicos têm influência sobre o rendimento de outros provedores de cuidados de saúde por meio de suas prescrições e encaminhamentos. Esses provedores, por vezes, oferecem aos médicos incentivos financeiros por encaminhamentos. Os hospitais,

às vezes, subsidiam as práticas de médicos associados. Alguns garantem remuneração pela atividade clínica para recrutar médicos e alocá-los nas proximidades do hospital e associá-los ao seu corpo clínico. Outros oferecem espaço gratuito ou subsidiado para o consultório ou assistência na gerência do consultório. Hospitais, laboratórios clínicos, clínicas, centros de testes de diagnóstico, e outros provedores de cuidado médico, por vezes, pagam comissão aos médicos pelo encaminhamento de pacientes ou de trabalho médico. Podem pagar em dinheiro ou benefícios em espécie, tais como equipamentos médicos, ou bens de uso pessoal e serviços, ou ainda presentes, tais como vinho, obras de arte ou viagens de férias para resorts. Hoje, as atividades de muitos médicos valem-se do financiamento discricionário da indústria farmacêutica e de outros interesses comerciais que também geram conflitos de interesse. Essas atividades incluem a Educação Médica Continuada, a pesquisa médica e os testes de drogas e dispositivos médicos para garantir sua eficácia e segurança.

Mesmo os médicos que trabalham para o serviço público ou para as organizações sem fins lucrativos podem ter vínculos com terceiros. Eles podem receber financiamento, presentes ou comissões de empresas que produzem drogas e equipamentos médicos, e de outros fornecedores de produtos médicos. Eles podem atender em empresas privadas em regime de tempo parcial. O risco é mais evidente quando a recompensa para o pagamento é explícito e direto, como ocorre quando as empresas pagam comissões. No entanto, os arranjos mais sutis também colocam pacientes em risco. Presentes produzem dívidas e geram mútuas trocas de favores ou privilégios. Mesmo que a maioria dos médicos não acredite que os presentes influenciam o seu comportamento, estudos mostram o contrário.

5. As experiências dos EUA, França e Japão na solução aos conflitos de interesse

As experiências dos EUA, França e Japão ressaltam a impropriedade de seis soluções comuns para os conflitos de interesse dos médicos. Uma proposta atribui o problema às empresas de propriedade de investidores e sugere substituí-las por organizações pertencentes a médicos ou dirigida por eles, ou por organizações sem

fins lucrativos. Contudo, os conflitos de interesse dos médicos existem mesmo no caso desse tipo de organização. A segunda proposta atribui o problema às influências externas sobre os médicos e propõe conceder à classe médica organizada uma maior autoridade na supervisão da prática da medicina. No entanto, é sabido que quando a medicina organizada controlava ou influenciava significativamente a economia médica nos três países, muitas vezes permitiu e até mesmo semeou sérios conflitos de interesse. Uma terceira abordagem atribui o problema ao monopólio profissional e sugere promover mercados como alternativa. No entanto, longe de eliminar os conflitos de interesse, a concorrência de mercado aumenta a variedade deles.

Os problemas com o mercado inspiram propostas para eliminar qualquer motivação por lucro, empregando todos os médicos como os funcionários públicos. Isso eliminaria um grande número de conflitos de interesse, mas não necessariamente aqueles decorrentes de vínculos com terceiros. E, também faria com que os médicos dependessem do Estado, o que pode ser uma fonte de outros conflitos de interesse. Uma quinta ideia seria de fazer com que os médicos fossem legalmente responsáveis como fiduciários através de supervisão judicial. No entanto, a supervisão judicial apresenta enormes limitações práticas. Uma sexta abordagem vê a transparência dos conflitos de interesse como uma panaceia. Mas, a transparência não elimina os conflitos de interesse nem oferece salvaguardas adequadas ou soluções.

Nenhuma poção mágica pode eliminar ou curar os conflitos de interesse dos médicos. Contudo, a experiência coletiva desses países fornece evidências de que várias estratégias ajudam a enfrentá-los. Essa experiência sugere que a regulamentação do mercado é necessária para lidar com esses conflitos, mas um controle de mercado não é a resposta. Aumentar a oferta de cuidados médicos fora da clínica particular, seja através de hospitais públicos ou de organizações sem fins lucrativos, cuidadosamente estruturadas e regulamentadas, cria um ambiente que evita conflitos de interesse empresariais. Da mesma forma que restringir as oportunidades empresariais no setor privado, por exemplo, não permitindo que os médicos prestem serviços auxiliares ou dispensem medicação, ou então, investir em recursos que realmente reduzam a presença de

conflitos de interesse.

Quando os médicos particulares recebem incentivos para aumentar os serviços, em seguida, as seguradoras, o Estado ou outros podem fiscalizar a sua atividade para tornar mais difícil a prestação de serviços desnecessários ou o tipo errado de tratamento. Além disso, a regulamentação do pagamento médico pode minimizar os incentivos para aumentar ou diminuir os serviços de médicos autônomos e médicos que trabalham como funcionários. Finalmente, regras podem proteger os médicos que exercem o seu exercício profissional da interferência de terceiros que tentam afastar os médicos, sem evidências adequadas ou razões para fazê-lo.

Controle do Estado e emprego também podem criar conflitos de interesse, por isso é aconselhável manter as opções para receber cuidados médicos fora dos serviços públicos de saúde. A contratação de médicos por entidades sem fins lucrativos e cuidadosamente organizadas pode oferecer uma alternativa para a prática empresarial. O setor estatal e privado podem mutuamente fornecer controles para os problemas de conflitos de interesse, mas, de forma independente, nenhum é suficiente para lidar com todos essas questões de forma eficaz.

Muitas vezes, os médicos têm vínculos financeiros com empresas farmacêuticas e outros interesses comerciais através de financiamentos, presentes e consultorias. As variadas abordagens da França, Estados Unidos e Japão demonstram porque a maior parte da regulamentação falha e sugere que a solução é a eliminação desses vínculos financeiros. Eu forneço exemplos de maneiras alternativas de financiar atividades atualmente custeadas pela indústria médica.

Mudar a organização da prática médica e os incentivos financeiros pode reduzir o escopo de conflitos de interesse que existem atualmente e mitigar os danos causados por aqueles que persistem. Mas nós precisamos conceder aos médicos certo grau de liberdade de ação e confiar no seu juízo profissional. Isso faz com que seja importante encorajar o profissionalismo médico.

O bom senso diz que para o profissionalismo florescer, os médicos devem ser isolados do Estado e do mercado, ambos promotores de valores antiéticos. Mas essa tese simplifica demais a relação do profissionalismo com o mercado e o Estado. Mercado e Estado promoveram ambos e de formas diferentes valores

profissionais essenciais, tais como o serviço público acima do lucro, a fidelidade aos pacientes e o desenvolvimento de conhecimento e *expertise*. Embora mercado e Estado, algumas vezes enfraqueçam o profissionalismo e os valores profissionais, ambos promoveram o que é mais precioso no profissionalismo. Um profissionalismo vigoroso requer o poder de pressão do Estado e dos mercados, mas requer igualmente limites sobre eles.

Desde o momento em que o século XXI começou, Estados Unidos, França e Japão procuraram controlar gastos e promover eficiência; melhorar a qualidade do cuidado, serviço e saúde pública; e racionalizar a organização da medicina. No entanto, os formuladores de políticas negligenciaram o efeito de medidas alternativas para promover esses objetivos nos conflitos de interesse dos médicos. Esse foi um equívoco considerável já que reformas que geram conflitos de interesse ou fracassam na resolução daqueles já existentes, muitas vezes, prejudicam seus objetivos. Nós precisamos de uma reforma mais fundamental. O futuro da medicina está em jogo; não devemos permanecer prisioneiros do passado.

Maria Claudia Crespo Brauner
Philippe Pierre
(Organizadores)

**DIREITOS HUMANOS,
SAÚDE E MEDICINA:
uma perspectiva internacional**



Rio Grande
2013

© Maria Claudia Crespo Brauner e Philippe Pierre

2013

Criação da capa:

Formatação e diagramação:

João Balansin

Gilmar Torchelsen

Revisão: João Reguffe

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Me. Márcia Rodrigues, CRB 10/1411.

D598 Direitos humanos, saúde e medicina : uma perspectiva internacional
/ Maria Claudia Crespo Brauner, Philippe Pierre (organizadores).
– Rio Grande, RS : Ed. da FURG, 2013.
203 p. : il. ; 21 cm

ISBN: 978-85-7566-283-0

1. Direitos humanos. 2. Responsabilidade (Direito). 3. Erros médicos. 4. Ética médica. 5. Bioética. I. Brauner, Maria Claudia Crespo. II. Pierre, Philippe.

CDU, 2ª ed. : 342.7

Índice para o catálogo sistemático:

1. Direitos humanos	342.7
2. Responsabilidade (Direito)	347.412
3. Erros médicos	614.256
4. Ética médica	614.253
5. Bioética	608.1

SUMÁRIO

<i>Prefácio</i>	7
Elisa Girotti Celmer	

<i>Apresentação</i>	11
Maria Cláudia Crespo Brauner; Philippe Pierre	

Primeira Parte

Repercussões jurídicas das práticas médicas: conflitos de interesse, erro médico e responsabilidade civil

<i>A responsabilidade civil do médico no Direito francês</i>	17
Cristina Bernard	

<i>Erro médico: acesso a seguros públicos e privados</i>	31
Philippe Pierre	

<i>Conflitos de interesse na profissão médica</i>	39
Marc A. Rodwin	

<i>Prática médica, conflitos de interesse e direitos dos pacientes no Direito inglês</i>	55
Stathis Banakas	

Segunda Parte

Promoção dos Direitos Humanos nas pesquisas em saúde e práticas biomédicas

<i>Bioética e Biodireito: uma relação de conexão</i>	89
Brigitte Feuillet	

<i>O crescente processo de medicalização da vida: entre a judicialização da saúde e um novo modelo biomédico</i>	103
Maria Claudia Crespo Brauner; Karina Morgana Furlan	
<i>A temática da morte na educação em e para os Direitos Humanos</i>	133
Ivete Iara Gois de Moraes e Sheila Stolz	
<i>Biocolonialismo e povos indígenas: reflexões jurídicas a partir das pesquisas genéticas envolvendo os índios karitianas</i>	161
Taysa Schiocchet	
<i>Meio ambiente e saúde do bancário: uma amostra da penosidade e da gravosidade nas relações e condições de trabalho</i>	183
José Ricardo Caetano Costa	