

“AUTONOMIA DO MÉDICO”: LICENCIOSIDADE, LIBERDADE NEGATIVA OU POSITIVA?*

Darlei Dall’Agnol

Universidade Federal de Santa Catarina/CNPq

Resumo: Este artigo reconstrói e discute criticamente o uso da expressão “autonomia do médico” feito no Brasil durante a pandemia da COVID-19. Na primeira parte, o trabalho mostra que o emprego da expressão foi feito num contexto bastante problemático e que, inclusive, significou o contrário do que em geral entende-se pela autonomia de um(a) profissional da saúde. Na segunda parte, define-se um dos elementos da autonomia, a saber, a liberdade *negativa*, ou seja, a ausência de coerções (que podem ser feitas por pacientes, ou por autoridades não médicas ou por corporações econômicas, em especial, farmacêuticas, ou por governantes etc.). Na terceira parte, caracteriza-se o elemento positivo da autonomia, ou seja, a autodeterminação que foi comprometida durante a pandemia pela subordinação de grande número de médicos ao governo. Finalmente, o artigo procura indicar formas de resgatar a confiança perdida na medicina brasileira argumentando que precisamos tanto de uma Medicina Baseada em Evidências quanto da Medicina Centrada na Pessoa.

Palavras chaves: Medicina, autonomia médica, liberdade, pandemia.

Abstract: This paper reconstructs and critically examines the use of the expression “physician’s autonomy” in Brazil during the COVID-19 pandemic. In the first part, it shows that the employment of this expression was made in a very problematic context and that it even meant the opposite of what is generally understood by the autonomy of a health professional. In the second, one of the elements of autonomy is scrutinized, namely, negative freedom, that is, the absence of coercion (which can be imposed by patients, or by non-medical authorities or by economic corporations, especially pharmaceuticals, or by rulers). In the third part, the positive element of autonomy is characterized, that is, the self-determination, which was compromised during the pandemic by the subordination of a large number of doctors to government. Finally, the paper makes an attempt to recover the lost trust in Brazilian medicine arguing that we need both Evidence Based Medicine and Patient-Centered Medicine.

Keywords: Medicine, physician’s autonomy, freedom, pandemics.

* Trabalho apresentado no VII Congresso Internacional de Filosofia Moral e Política da UFPel em 15/03/2022. Agradeço aos organizadores pelo convite e ao colega de mesa Pedro Hallal pelo debate, assim como aos participantes pelas questões e comentários. Uma versão anterior foi apresentada sob o título “Autonomia do Paciente e do Médico no Contexto da COVID-19” num seminário de Educação Permanente da UFU para o “Programa Mais Médicos.” Agradeço a Leila Bitar e aos participantes pelo frutífero debate. Não por último, agradeço ao CNPq pelo apoio ao meu atual projeto individual de pesquisa “Bioética e Filosofia da Medicina” e, mais recentemente, no processo de revisão do artigo, ao Projeto em rede Pró-Humanidades “Bioética, Justiça Distributiva e Pandemias” (Processo 409953/2022-9).

Introdução

Uma relação entre médico(a) e paciente é, antes de mais nada, entre duas *peças* moralmente livres e iguais mesmo que estejam em condições sociais distintas desempenhando papéis diferentes e, muitas vezes, dúplices, ou seja, atuando também como pesquisador(a) ou participante numa pesquisa clínica de caráter experimental. Por isso, as ações devem se pautar pelas normas morais de uma relação igualitária, em especial, pelo respeito recíproco pela autonomia das partes. Ora, apesar da legislação brasileira vigente valer-se desse pressuposto (bio)ético (tanto a Resolução 466/2012 quanto o novo Código de Ética Médica, de 2018, garantem a autonomia), o que vimos, durante a pandemia da COVID-19, foi a sua frequente violação. O desrespeito ocorreu, principalmente, em *experimentações* com medicamentos em uso *off label* (fora da bula) no chamado “tratamento precoce” mesmo depois de a ciência mostrar, através de pesquisas “padrão ouro” (randomizadas, duplo cegas etc.) que eram ineficazes contra o SARS-CoV-2. Em muitos casos, afirmou-se que a decisão *final* caberia ao médico, dada a sua autonomia, que poderia prescrever medicamentos constantes no chamado “Kit Covid” tais como Cloroquina, Ivermectina etc. sem receios de infração ética ou profissional. A pressuposição foi de que a “autonomia do médico” (assim se usou, frequentemente, a expressão) era inegociável significando com isso, muitas vezes, simples licenciosidade. Essa visão representou um retrocesso à tradição hipocrática e uma defesa da autocracia médica no mais puro espírito autoritário que tomou conta do nosso país recentemente. A implicação foi a perda da autonomia do paciente tão arduamente conquistada e garantida desde a modernidade, mas também da confiança social na medicina praticada no nosso país.

Mas de que noção de autonomia estavam, afinal, falando aqueles que insistiam na “autonomia do médico”? De independência frente a coerções (liberdade negativa), há tempo garantida pela sociedade, para que um(a) profissional da saúde siga o seu melhor julgamento na promoção do bem do paciente sem deixar-se influenciar pela indústria farmacêutica, pelo (des)governo de plantão ou por outros interesses escusos? Ou estavam pressupondo a autodeterminação médica (liberdade positiva) de efetivamente fazer o que é necessário pelo bem do(a) paciente? Esta liberdade positiva seria absoluta?

A verdadeira autonomia médica é, conforme argumentaremos ao longo deste trabalho, relacional. Com isso surge uma série de outras questões: como garantir a autonomia médica sem permitir más práticas? Por exemplo, como foi possível, em pleno janeiro de 2022, depois de mais de um ano de vacinação, ao médico Hélio Angotti Neto, Secretário de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde, defender que a vacinação não tinha evidências de eficácia, mas que a HCLQ tinha, insinuando assim que médicos poderiam ainda prescrevê-la? Quais são os limites da “autonomia” médica?

Para responder essas questões, dividiremos o artigo em três partes. Na primeira, reconstruiremos a autonomia do paciente estabelecendo as condições necessárias (e, eventualmente, suficientes) para que o processo de obtenção do consentimento livre e esclarecido (*informed consent*) seja eticamente válido. Na segunda parte, mostraremos que a verdadeira autonomia médica precisa resguardar, acima de tudo, a liberdade *negativa* do profissional, mas também a sua *autodeterminação* e não encobrir uma velada volta ao autoritarismo da tradição hipocrática. Na terceira, argumentaremos que a suposta “autonomia do médico,” defendida pela *diretoria* do Conselho Federal de Medicina (CFM), longe de garantir a real autonomia do(a) profissional da saúde, entendida tanto no sentido de *independência* quanto de *autodeterminação*, acabou por subvertê-la ao subordinar-se aos interesses políticos e econômicos do governo de plantão.

A justificativa para esse trabalho é dupla. Primeiro, dada a trágica quantidade de vítimas brasileiras da COVID-19, é urgente corrigir políticas públicas mal desenhadas e ainda vigentes. Segundo, precisamos tirar lições dos erros cometidos para, em futuras pandemias, evitá-los. Esperamos, enfim, fazer uma contribuição importante mostrando que é necessário à medicina brasileira maior cientificidade adotando a Medicina-Baseada-em-Evidências sem abandonar os pressupostos da Medicina-Centrada-na-Pessoa já adotada pelo nosso Sistema Único de Saúde e muitas vezes negligenciada.

1. O sequestro da autonomia do paciente

A História da Medicina é caracterizada, ao menos no Ocidente, por séculos de paternalismo médico guiado por certa interpretação da tradição hipocrática (BYNUM, 2011). Seguindo uma leitura paternalista do juramento médico de fazer o bem ao paciente, alguns profissionais agiam de forma autocrática. As crenças e valores do(a) paciente simplesmente não contavam. Foi a partir da modernidade que uma Ética baseada na autonomia pessoal começou a tomar corpo a partir de pensadores como Kant e Mill sendo, então,

contraposta à autocracia tradicional e, paulatinamente, incorporada às práticas médicas e às pesquisas clínicas. Para ser mais exato, foi somente no final do Século XX que a vontade do(a) paciente/participante de uma pesquisa clínica começou a ser moral e legalmente garantida. A pessoa do paciente passou a ter vários direitos que precisam ser respeitados: a discutir o diagnóstico; a procurar uma segunda opinião e consentir ou não com os prognósticos propostos; a participar ou não de uma pesquisa etc.

A autonomia foi, então, introduzida na medicina e nas pesquisas biomédicas para, acima de tudo, proteger o(a) paciente/participante de pesquisa de abusos cometidos por médicos autocratas supostamente protegidos pela tradição de fazer o bem ao paciente sem que o último necessariamente concordasse. Foi necessário superar o paternalismo presente nas práticas hipocráticas constatadas nos campos de concentração da II Guerra Mundial instituindo a obrigação de respeitar a vontade dos sujeitos de pesquisa, medida esta que foi normatizada a partir do Código de Nuremberg (1948). Além disso, escândalos como o caso Tukesgee levaram à elaboração do Relatório Belmont (1978), inspirador da legislação atual brasileira, estabelecendo o respeito à pessoa como norma básica da pesquisa clínica. Casos ocorridos recentemente no Brasil, como veremos, foram similares a esses casos paradigmáticos, pois pessoas foram simplesmente usadas como cobaias sem efetivo consentimento desrespeitando a sua autonomia.

É importante, desde já, esclarecer que a autonomia é exatamente o oposto da licenciosidade. Esta última caracteriza-se pela crença na possibilidade ilimitada de vivermos segundo os nossos caprichos subjetivos *sem regras* para guiar as nossas interações com as outras pessoas. Trata-se de uma espécie de “estado de natureza” onde tudo supostamente valeria e cujo resultado é, em última análise, a existência de conflitos generalizados sem mediação racional. A vida torna-se perigosa e o medo de agressões e até mesmo da morte impera. Por outro lado, a auto-*nomia* (do grego, autoimposição de *leis*), ou seja, a criação de normas com vontade explícita de segui-las conquanto outros também possam consentir e observá-las, instaura a possibilidade de uma interação social civilizada, ou seja, funda uma política ética que legitima o Estado de Direito. Por conseguinte, a autonomia não pode ser confundida com pura licenciosidade. Por exemplo, nenhum profissional pode, se efetivamente seguir o preceito mais básico da ética médica (*primum non nocere*), prescrever medicamentos contraindicados. Outra ilustração: nenhum paciente pode exigir que um profissional da saúde forneça um receituário ineficaz para enfrentar uma doença.

Nem os liberais modernos pensavam que a liberdade era ilimitada como pode ser constatado nesta importante passagem do livro *On Liberty* de John Stuart Mill:

(...) o único fim para o qual a humanidade está justificada (*warranted*), individualmente ou coletivamente, em interferir com a liberdade de ação de qualquer de seus membros é a autoproteção e que o único propósito pelo qual o poder pode ser corretamente exercido sobre qualquer membro de uma comunidade civilizada, contra a sua vontade, é *prevenir dano aos outros*. (MILL, 1994, p.13; ênfase acrescentada).

A prevenção de dano ao bem comum é, por conseguinte, uma limitação clara à liberdade individual. A comunidade está justificada em restringir as liberdades pessoais se for necessário para autopreservar-se, impedir a morte de seus membros etc.

A visão individualista da autonomia está baseada numa ilusão de liberdade ilimitada sendo, além disso, antropológicamente falsa. Em outros termos, nenhuma pessoa é autossuficiente. Ninguém é um átomo social capaz de sobreviver sozinho: precisamos uns dos outros para nos alimentar, vestir, manter a nossa saúde etc. A mesma observação vale para a suposta “autonomia do médico” pensada individualisticamente. Não existe médico(a) se não existir paciente; não existe pesquisador(a) se não existir participantes de uma pesquisa clínica. A pesquisa clínica busca um ou vários bens: expandir o conhecimento científico; produzir de um novo fármaco; testar um remédio já conhecido para outra doença etc. Por isso, a autonomia médica não é absoluta, mas relacional. Desse modo, a autonomia médica não pode, como veremos em detalhes na próxima seção, ser compreendida isoladamente sob pena de um retrocesso à tradição hipocrática.

A ênfase exagerada dada à “autonomia do médico” representou, no nosso país durante a COVID-19, um sequestro do discurso sobre um valor fundamental do paciente que veio disfarçado de autocracia. Para ter clareza sobre esse ponto, vamos reconstruir uma análise já clássica na bioética das condições necessárias e suficientes da ação autônoma para, posteriormente, examinar como ela se manifesta para o paciente e para o profissional da saúde. De acordo com Beauchamp & Childress (2019, p. 103), três são as condições que caracterizam uma ação autônoma: (i) intencionalidade; (ii) entendimento; (iii) não-controle. Sem entrarmos nas especificidades de cada elemento, essa análise representa uma contribuição relevante da filosofia à bioética. A seguir, procuraremos mostrar como esses elementos manifestam-se nas ações dos

pacientes, principalmente, pela assinatura de um termo de consentimento fazendo, em especial, valer a *segunda condição* e, na segunda seção deste trabalho, nas ações de um(a) profissional da saúde considerando acima de tudo centralidade da *terceira condição* da ação livre.

Conforme foi argumentado acima, a insistência na importância da autonomia existiu para preservar o lado mais vulnerável na relação médico/pesquisador(a) e paciente/participante de uma pesquisa. Na Resolução 466/2012, na seção “Dos aspectos Éticos da pesquisa envolvendo seres humanos,” lemos:

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes. III.1 - A eticidade da pesquisa implica em: a) respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e *autonomia*, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de *manifestação expressa, livre e esclarecida*; (...) (ênfase acrescentada.)

O respeito pela autonomia do participante da pesquisa é, pois, uma norma fundamental para garantir a eticidade nas investigações científicas envolvendo seres humanos. Seguem-se outros princípios *prima facie* válidos tais como: não-maleficência/beneficência e justiça. Não trataremos deles de forma aprofundada aqui, mas, a seguir, ilustraremos como eles também foram desrespeitados.

Cabe especificar melhor como o princípio da autonomia manifesta-se concretamente. Do lado do(a) paciente, ele se materializa no chamado “consentimento informado” (*informed consent*) que, no Brasil, chamamos “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE). A revelação das informações para o esclarecimento é obrigação do pesquisador(a), do(a) médico(a). A recomendação de planos alternativos, também é obrigação do(a) profissional da saúde. Como veremos a seguir, o TCLE que acompanhou a distribuição de Cloroquina (CLQ) no Brasil durante a pandemia não satisfazia essas condições. Os planos alternativos (por exemplo, *lockdown*) foram sistematicamente ignorados ou até mesmo combatidos por políticos e autoridades como forma eficaz de conter a contaminação. Apostou-se numa suposta “imunidade de rebanho” que foi, desde o início, muito mal compreendida: como se a contaminação de muitas pessoas, mesmo sem vacinação, criasse imunidade coletiva.

Dado que o processo de obtenção do consentimento informado é fundamental, vamos ilustrar agora como um suposto TCLE (na verdade, era

apenas um *termo de ciência*, ou melhor, de simples anuência) foi elaborado e obtido. Talvez por essa razão, o próprio “termo de ciência” tenha sido retirado do site do Ministério da Saúde (vide referências observando que o *link* ainda operante contém outro endereço do “Termo de Ciência” que não funciona mais. Por isso, as próximas citações não contêm referências exatas). Agora, não foi apenas o contexto que era inadequado, ou seja, a obtenção do “termo de ciência” era feita com ampla distribuição via *drive-thrus* nas entregas do famigerado “Kit Covid.” Os próprios termos do consentimento informado eram inadequados. Sobre os supostos benefícios, o termo “esclarecia” o seguinte:

A cloroquina e a hidroxicloroquina são medicamentos disponíveis há muitos anos para a prevenção e tratamento da malária e também para o tratamento de algumas doenças reumáticas como artrite reumatoide e lúpus. Investigadores chineses demonstraram a capacidade dessas drogas de inibir a replicação do coronavírus em laboratório (*in vitro*). Um estudo francês mostrou que a eliminação do coronavírus da garganta de portadores da COVID-19 se deu de forma mais rápida com a utilização da combinação de hidroxicloroquina e o antibiótico azitromicina, quando comparados a pacientes que não usaram as drogas. Entretanto, não há, até o momento, estudos suficientes para garantir certeza de melhora clínica dos pacientes com COVID-19 quando tratados com cloroquina ou hidroxicloroquina:...

Os supostos resultados de pesquisas *in vitro* nem deveriam ter sido mencionadas, pois a passagem de estudos pré-clínicos para clínicos (Fase 1) precisa ser feita com um número pequeno de sujeitos de pesquisa para testar a segurança e não com distribuição em massa sem a devida experimentação. Além disso, a menção ao “estudo francês” é, realmente, problemática. Tratava-se de um *preprint* feito às pressas, metodologicamente fraco (com amostragem pequena) e com resultados questionáveis sob o ponto de vista causal etc. Era necessário ainda uma revisão por pares o que acabou ocorrendo, mas que não confirmou os resultados. A eficácia era duvidosa. Finalmente, estudos com grau maior de evidência, em meados de 2020, mostraram a ineficácia invalidando o “estudo francês.” Mesmo assim o “tratamento precoce” continuou sendo defendido e o “Kit Covid” distribuído.

A análise dos supostos benefícios, entretanto, não é suficiente. É necessário também avaliar os riscos envolvidos. Nesse sentido, os potenciais malefícios foram “esclarecidos” nestes termos:

A Cloroquina e a hidroxicloroquina podem causar efeitos colaterais como redução dos glóbulos brancos, disfunção do fígado, disfunção cardíaca e arritmias, e alterações visuais por danos na retina.

É claro que, sem uma análise clínica adequada da condição de potenciais usuários da CLQ (por exemplo, com eletrocardiograma), os riscos assumidos eram altíssimos levando, eventualmente, não apenas a arritmias, mas a *óbitos por parada cardíaca*.

Cabe, então, questionar: foi o consentimento realmente esclarecido e obtido respeitando a autonomia do paciente? Na letra do “termo de ciência,” aparentemente, sim:

Compreendi, portanto, que não existe garantia de resultados positivos para a COVID-19 e que o medicamento proposto pode inclusive apresentar efeitos colaterais;

Todavia, conforme dito acima, sem a recomendação de planos alternativos, com evidências fraquíssimas de eventuais benefícios, com riscos enormes amenizados por uma linguagem questionável, parece claro que o efetivo respeito à autonomia do paciente não ocorreu. Além disso, os malefícios potenciais sobrepujam-se aos supostos benefícios como fica claro nesta parte do “termo de ciência:”

Estou ciente de que o tratamento com cloroquina ou hidroxicloroquina associada à azitromicina pode causar os efeitos colaterais descritos acima e outros menos graves ou menos frequentes, os quais podem levar à disfunção de órgãos, ao prolongamento da internação, à *incapacidade temporária ou permanente e até ao óbito*. (ênfase acrescentada)

O “termo de ciência,” que na realidade não é um TCLE adequado, não passaria pelo escrutínio de um Comitê de Ética em Pesquisa sério.

Os tratamentos experimentais durante a COVID-19 poderiam até se justificar no início da pandemia, em março 2020, quando vigorava uma espécie de “clínica do desespero,” mas não a partir de junho de 2020, quando já havia evidências robustas da ineficácia de algumas drogas, especialmente da Cloroquina, mas também de outras drogas, por exemplo da Proxalutamida. No Brasil, entretanto, insistiu-se no “tratamento” precoce mesmo com o início da vacinação em janeiro 2021 quando médicos já não tinham, por conseguinte, mais liberdade para prescrever fármacos ineficazes para combater a COVID-

19 pelos seus danos potenciais. Publicamos trabalhos, apoiados na Medicina-Baseada-em-Evidências (MBE), mostrando que, a partir de agosto de 2020, já não se justificava o seu uso (cf. DALL’AGNOL *et al.*, 2020.). Tais prescrições devem, por conseguinte, ser caracterizadas como más práticas, pois não permitem distinguir um “ato médico” de casos de simples charlatanismo (por exemplo, abençoar sementes e vendê-las como curas milagrosas).

Como podemos perceber, há vários fatores limitadores da liberdade médica. Além do já citado princípio da ética médica (*primum non nocere*), as evidências científicas também precisam ser consideradas na prática clínica. Por conseguinte, a Medicina-Baseada-em-Evidências precisa orientar a prática clínica e a própria relação médico(a)/paciente. Como é sabido, a MBE é composta por três princípios: (i) as melhores evidências de pesquisas (*best research evidence*); (ii) o saber especializado dos profissionais da saúde (*clinical expertise*) e (iii) os valores do paciente (*patient values*) (cf. GUYATT *et al.* 2015, p. 65). O que foi chamado, no Brasil, de “tratamento precoce” nunca teve evidências empíricas robustas e é, na verdade, uma falácia lógica e epistêmica: *post hoc, ergo propter hoc* (depois disso, logo causado por isso). Relato de casos, inclusive depoimentos pessoais do chefe do executivo federal, sem nenhum ou pouquíssimo valor científico, orientaram as políticas públicas incluindo de certas instituições que deveriam zelar pela ciência como o CFM (ou melhor, foram endossadas pela sua *diretoria* mesmo contra os melhores pareceres de várias entidades médicas brasileiras).

Para finalizar esta seção, então, é importante ressaltar que a ênfase na autonomia do paciente não foi criada e defendida para negar a médica. O contrário sim parece ser verdadeiro. O discurso da “autonomia do médico” pressupondo licenciabilidade não apenas representou um retrocesso ao tempo da autocracia hipocrática, mas a denegação da autonomia do paciente. Sendo a autonomia relacional, existe uma limitação recíproca, entre a vontade do paciente e a do profissional da saúde. É importante, enfim, esclarecer melhor sob que condições a autonomia médica realmente estaria garantida.

2. Sobre a real autonomia médica

Conforme vimos, a tradição hipocrática pensava a “autonomia do médico” como absoluta degenerando numa espécie de autocracia. Por séculos, essa tradição corporativista alimentou um tipo de conservadorismo prejudicial ao próprio desenvolvimento da medicina. Ela foi, como também vimos, contraposta à autonomia do paciente a partir da ética moderna e incorporada nas diferentes legislações somente no final do Século XX. As consequências

das práticas autocráticas não foram triviais desde a transformação de pessoas em cobaias de experimentos até a produção de males iatrogênicos pondo em questão a credibilidade social da própria profissão. Todavia, proteger a verdadeira autonomia médica contra vários fatores externos tais como lobbies farmacêuticos, pressão empresarial de planos de saúde, interferência política etc. é fundamental não apenas para o bom desempenho da prática clínica como também para gerar e manter a confiança nos pacientes. Na presente seção, então, procuraremos estabelecer as condições do exercício da autonomia médica, em especial, explicitar melhor o *terceiro componente* da ação autônoma elencado acima. Vamos também mostrar como durante a pandemia se tentou protegê-la de forma equivocada levando novamente ao questionamento sobre a credibilidade de certas práticas médicas gerando perdas significativas de confiança.

Para começar, é importante lembrar que a autonomia médica está, hoje, plenamente garantida tanto pelo atual (e anterior) Código de Ética Médica do CFM quanto pelo ordenamento jurídico brasileiro. Nos “Princípios Fundamentais” do novo código, lemos:

VII – O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho. (CFM, 2018)

A autonomia profissional estava, então, garantida antes mesmo do início da COVID-19.

Durante a pandemia, entretanto, o CFM emitiu, estranhamente, a Resolução 04/2020 atribuindo ao profissional da saúde a decisão exclusiva no tratamento da COVID-19. Eis uma das conclusões:

O princípio que deve obrigatoriamente nortear o tratamento do paciente portador da COVID-19 deve se basear na autonomia do médico e na valorização da relação médico-paciente, sendo esta a mais próxima possível, com o objetivo de oferecer ao doente o melhor tratamento médico disponível no momento; ...

Notemos que não se fala de *autonomia* do paciente.

Se a autonomia médica já estava garantida, para quê, afinal, uma nova diretiva? Ela parece totalmente desnecessária. Na verdade, ela serviu para *autorizar* e *orientar* o uso *off label* de certos medicamentos. Desse modo, a Resolução está mal justificada quando invoca “... conhecimentos existentes relativos ao tratamento de pacientes portadores de COVID-19 com cloroquina e hidroxicloroquina.” Mais honesto teria sido reconhecer que não havia *conhecimento* no sentido estrito deste termo. Desde então, a pergunta que continua sem uma resposta satisfatória é a seguinte: por que a instituição ainda não voltou atrás mesmo depois de estabelecida a ineficácia da CLQ, em agosto de 2020, para combater a COVID-19? Uma compreensão completa da posição passa pelo esclarecimento da *pressão* política existente para prescrever CLQ (tanto do (des)governo federal quanto de instituições como a Prevent Senior nos seus profissionais-colaboradores). Aparentemente, ao invés de garantir a autonomia, a *atual diretoria* do CFM estava revelando a sua própria *falta* de autonomia e comprometendo a independência já garantida dos profissionais da saúde que logo se viram procurados por pacientes supostamente autorizados a exigir “tratamentos” ineficazes. Voltaremos a esse ponto após aprofundarmos o esclarecimento conceitual da ação autônoma.

Seguindo a análise conceitual sobre a autonomia, feita por Beauchamp & Childress apresentada acima e, em geral, pensada para proteger especialmente o(a) paciente, vamos elucidar o terceiro elemento da ação autônoma esclarecendo agora como um(a) profissional da saúde pode exercer autonomamente as suas atividades. Sem pretender apresentar uma elucidação final da terceira condição para o exercício profissional de um(a) médico(a), parece claro que a *ausência de coerções* (podem, como vimos, ser feitas por pacientes, por autoridades não médicas ou por corporações econômicas, em especial, farmacêuticas, por governantes etc.) também é constitutiva da autonomia médica. A independência frente a tais fatores *externos* à relação médico(a)/paciente garante o livre exercício de julgamento e de uma tomada de decisões conjunta. É isso que estipula a terceira condição acima apresentada de não-controle: trata-se de estar livre de interferências externas. Por isso, a autonomia real pressupõe uma liberdade que parece apenas negativa (ou seja, de independência), até mesmo de “omissão” justificada, por exemplo, de não prescrever diante de demandas não-razoáveis dos pacientes mal-informados, manipulados por *fake news* etc. Esse é um fator fundamental para o verdadeiro exercício da autonomia médica: independência, ou seja, liberdade negativa, diante de pressões externas incluindo as feitas por governantes inescrupulosos.

O filósofo Immanuel Kant viu, entretanto, que a liberdade negativa é necessária, mas insuficiente para a autonomia. Compreendendo a liberdade negativa como propriedade eficiente da vontade, isto é, de produzir uma ação *independentemente da determinação de causas alheias*, assim complementa o esclarecimento sobre a autonomia:

A explicação indicada da liberdade é *negativa* e, por isso, infecunda para discernir a sua essência; todavia, dela promana um conceito *positivo* da mesma, que é tanto mais rico e fecundo. (...) o que pode ser, então, a liberdade da vontade senão autonomia, isto é, a propriedade da vontade de ser para si mesma uma lei? (KANT, AK 466-7)

A efetiva capacidade de seguir normas, ou seja, de um(a) agente autodeterminar-se a agir, de ser causa eficiente de seus atos e assim iniciar um curso de eventos no mundo, é outra condição necessária da autonomia médica. Liberdade positiva significa exatamente ser capaz de executar os movimentos corporais constitutivos de uma ação necessária para seguir normas autoimpostas.

Precisamos ressaltar, todavia, que a liberdade positiva de autoimpor-se leis não é uma propriedade exclusiva de um indivíduo apenas, mas de todos os seres racionais. Por isso, estando numa relação (de médico/paciente ou pesquisador/participante de uma pesquisa) aquilo que é lei para uma parte vale necessariamente também para a outra. Em outros termos, a autonomia da vontade é um princípio básico da moralidade com validade universal. Perguntemos, agora, se a prescrição de remédios ineficazes para combater uma doença, tendo efeitos colaterais comprovados e nenhum benefício, pode ser aceita universalmente? Claramente, não! Por conseguinte, não existe liberdade para um médico(a) fazer o que bem quiser. A autonomia médica existe e deve ser claramente preservada, mas as regras que profissionais da saúde devem seguir são universais, ou seja, devem poder ser aceitas por todas as pessoas.

Novamente, a autonomia médica, tal como aparece nos códigos de ética e na legislação vigente no Brasil, existe para proteger o profissional da saúde principalmente da coerção externa. Conforme vimos, esses fatores podem ser os desejos não razoáveis de pacientes, as pressões institucionais (administração hospitalar), os *lobbies* da indústria farmacêutica e dos planos de saúde e, no caso que estamos agora examinando, as políticas equivocadas de governos negacionistas. Ora, o que a *atual diretoria* do CFM (que, como instituição deveria guiar-se por uma política do Estado e não de um governo de plantão) fez, através da Resolução 04/2020, foi exatamente mostrar que não

protege a autonomia médica contra as pressões de políticos interesseiros de plantão. A autonomia médica existe para proporcionar o melhor cuidado possível evitando o charlatanismo e, conseqüentemente, o descrédito da profissão médica. Por conseguinte, longe de proteger a autonomia médica, a atual diretoria do CFM está contribuindo para diminuí-la, desgastando a imagem social dos profissionais da saúde e comprometendo a *confiabilidade* institucional e da própria profissão. Cabe perguntar: como resgatar a confiança perdida?

3. Resgatando a Confiança na Medicina Brasileira

Alguns acontecimentos ocorridos no Brasil durante a pandemia lembram o famoso caso Tukesgee mencionado acima e até mesmo algumas práticas nazistas de experimentação com seres humanos. A literatura bioética já está começando a registrar e examinar criticamente tais experimentos antiéticos. O caso da Prevent Senior, por exemplo, foi um dos mais escandalosos da medicina praticada neste país (cf. HELLMANN, 2020). Tais experimentos abalaram a confiança em instituições como o CFM (ao menos, da sua gestão atual) e, conseqüentemente, da classe médica. Nesta última seção, discutiremos o que é necessário fazer não apenas para proteger efetivamente a autonomia médica (e de pacientes), mas também para resgatar a confiança perdida.

A lista dos desvios éticos praticados durante a pandemia é longa. Não é fácil estabelecer o que foi mais grave: (i) seria a morte de 11 pacientes, a título de experiência científica, mas com altíssimas doses de CLQ (600mg) em Manaus no início de 2020? ou (ii) seria a redução da oxigenação depois de 10-12 dias de internação por causa da superlotação e das filas de espera no ano seguinte? ou (iii) seriam os testes com CLQ como tratamento precoce sem autorização da CONEP? ou (iv) seria a adoção da Telemedicina com motoboys entregando CLQ nas residências para evitar internações sem mesmo que paciente idosos a solicitassem? ou (v) seria a prática de deixar morrer expressa no dito “óbito também é alta”? ou (vi) seria a aplicação retal de ozônio em Itajaí governada por um prefeito que é médico? ou (vii) seria a demora deliberada, comprovada por CPI do congresso, na compra de vacinas? (viii) ou seriam os testes com Proxalutamida em hospitais militares no RS também sem autorização? Não é de espantar que com médicos como o prefeito de Itajaí o Brasil tenha mais de 11% das vítimas da COVID-19 com apenas 3% da população mundial. Lamentavelmente, a necropolítica praticada pelo governo passado causou uma tragédia que poderia ter sido evitada e foi

apoiada por instituições como o CFM que deveriam combatê-la. Precisamos denunciar às futuras gerações esses fatos escandalosos para evitar que, nas próximas pandemias, esses graves erros se repitam.

Não há um fator único para “explicar” (e, sem dúvida, nenhum para justificar) tamanho desprezo e falta de cuidado. Certamente, a proteção dos interesses econômicos acima da vida foi um componente essencial, mas também o negacionismo de certos agentes públicos. Neste sentido, é necessário denunciar a falta de preparo científico de pessoas que ocuparam cargos importantes no Ministério da Saúde. Por exemplo, em Nota Técnica, em pleno janeiro de 2022, após um ano de vacinação com a conseqüente redução de casos graves e número de mortes por COVID-19, o secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Dr. Hélio Angotti Neto tentou defender, contra os que contraindicavam o “Kit Covid,” a falta de efetividade das vacinas e a demonstração de segurança da Hidroxicloroquina. Eis a tabela que exhibe o despreparo de um médico e doutor, autodeclarado bioeticista, à frente de um importantíssimo cargo no governo federal:

Tabela 1 - Tecnologias em saúde propostas para COVID-19 e respectivas informações usualmente relevantes para suas eventuais recomendações.

Tecnologia	Há demonstração de Efetividade em estudos controlados e randomizados?	Há demonstração de segurança em estudos experimentais e observacionais adequados para tal propósito?	Estudos predominantemente financiados pela indústria?	Custo	As sociedades médicas recomendam?
Manobra de prona *	não	não	não	baixo	sim
Hidroxicloroquina**	sim	sim	não	baixo	não
Vacinas***	não	não	sim	alto	sim
Ventilação não invasiva****	não	não	não	alto	sim
Anticorpos monoclonais*****	sim	sim	sim	alto	sim

De fato, como o título do livro do médico-secretário anuncia, essa política leva à “Morte da Medicina,” uma profecia que ele próprio tratou de realizar ideologizando a medicina. Trata-se de um livro que não tem uma única “vírgula” sobre Medicina-Baseada-em-Evidências. Trágico para milhares de brasileiros que continuaram sem vacinar-se acreditando no obscurantismo *olavista* que tomou conta de muitas cabeças do atual governo federal. Felizmente, uma forte reação contrária foi liderada pela “Frente pela Vida,” como pode ser constatada no próprio site do Conselho Nacional de Saúde (cf. referências), levando o Ministério da Saúde a não adotar as recomendações da

malfadada nota “técnica.” A desmoralização da classe médica é patente. Agora, pior do que continuar no cargo causando males é ter a certeza de nada acontecer, de sair-se impune, mesmo defendendo uma “medicina cristã” seja lá o que isso significar.

Sabemos, desde Sócrates, que a impunidade é o maior dos males. Vivemos, tragicamente, durante a pandemia no Brasil, um agravamento da impunidade. A sensação generalizada de desresponsabilização veio através de mais uma Medida Provisória (a de número 966, de 13 de maio de 2020) do executivo federal. O espírito geral de “exclusão de ilicitude” tomou conta do nosso país. Neste sentido, parece evidente também que a Resolução 04/2020 do CFM tinha como propósito maior simplesmente desresponsabilizar profissionais de saúde pela eventual prescrição de medicamentos ineficazes para combater o SARS-CoV-2. Como pode continuar valendo tal Resolução que assegura explicitamente que “não cometerá infração ética o médico que utilizar a cloroquina e a hidroxicloroquina ... em pacientes portadores de COVID-19”? Inacreditavelmente, em artigo publicado na grande mídia mais de seis meses depois de comprovada a ineficácia da CLQ e ressaltados os riscos de tais “tratamentos,” o atual presidente do CFM defendeu a “autonomia do médico” confundindo-a com uma simples licenciabilidade e revelando desconhecer o verdadeiro espírito científico de revisão teórica com o consequente abandono de crenças falsas, e assim contribuindo para a desmoralização de vez da profissão médica.

Em qualquer país civilizado, o que se está fazendo é exatamente o contrário, a saber, processar profissionais que continuaram a prescrever a CLQ depois de comprovada a sua ineficácia. Conforme relata Maya Yang (2022), nos Estados Unidos, pacientes em situação de vulnerabilidade estão processando médicos que prescreveram na prisão Ivermectina durante a pandemia. Sabemos que prisioneiros são altamente vulneráveis e, frequentemente, são usados como cobaias de experimentos. De fato, cassar o registro profissional é uma boa forma de resgatar a confiança perdida em certos médicos. Cabe aos CRMs cumprir a sua função e honrar a profissão e não se alinhar à atual diretoria do CFM buscando defender a pseudoautonomia, mas também recuperar a confiança perdida.

A filósofa Onora O’Neill, autora do excelente livro *Autonomy and Trust in Bioethics*, procura mostrar que estamos hoje supostamente ganhando em autonomia, mas também perdendo em confiança: a desconfiança é crescente frente aos avanços da ciência (por exemplo, as bombas atômicas na II Guerra Mundial) e da medicina (caso Tuskegee) etc. Essa foi, de fato, uma das consequências da pandemia no Brasil. As manifestações da autonomia

individualizada seriam várias: na progressiva autonomia reprodutiva e no direito de escolher (por exemplo, interromper uma gestação) etc., mas há vários problemas com essa concepção. Entre eles, podemos destacar o individualismo, que gera indiferença, e uma certa visão de “consumidor:” o consentimento é visto como condição necessária e *suficiente* da justificação ética, mas o simples direito de escolha não garante a correção da ação que se segue. Portanto, para O’Neill, a adoção do TCLE não assegura a autonomia e nem recupera a confiança perdida podendo, na verdade, tornar-se um mero rito sem representar um consentimento realmente informado conforme vimos na primeira seção deste trabalho sobre o “termo de ciência” que acompanhou o “tratamento” precoce.

O’Neill defende, então, uma volta à noção kantiana de autonomia e recusa outras alternativas normativas: fundar a moralidade nos Direitos Humanos (que seriam meras declarações) ou em alguma concepção aristotélica de vida boa/bem supremo ou adotar um cálculo utilitarista do que maximizaria a felicidade. Segundo a autora, no enfoque de Kant, não é o indivíduo que é central: o *auto* significa “sou legislador” e a *nomia* “padrões universais da razão,” ou seja, o *auto* é reflexivo e a legislação não é derivada. Por conseguinte, somente uma autonomia *baseada-em-princípios* e não a individualista leva a agir a partir de normas que podem ser universalizadas. Exemplos seriam: rejeição do engano (mentir, não manter promessas, manipular, roubar, ser corrupto etc.); da injúria; da coerção; da escravidão; da indiferença etc. etc. De acordo com O’Neill, somente essa concepção de *autonomia principializada* pode resgatar a confiança na ciência, na medicina, na biotecnologia. De fato, somente uma *autonomia não-individualizada*, mas baseada em princípios otimizadores e universalmente aceitáveis, tal como é preconizado também pela Teoria Tríplice de Parfit (2013), será capaz de restituir a confiança perdida.

Outro fator importante para resgatar a confiança perdida é perceber que a Medicina-Baseada-em-Evidências, já defendida desde a primeira seção deste trabalho, não é, necessariamente, incompatível com um tratamento humanizado tal como ele é defendido pela Medicina-Centrada-na-Pessoa e que há muito tempo foi adotado pelo SUS. Esta última caracteriza-se por alguns ingredientes basilares, a saber: (i) a necessidade de explorar a saúde, a doença e a experiência da enfermidade/mal-estar (*exploring health, disease, and the illness experience*); (ii) a consideração da pessoa como um todo (*the whole person*); (iii) a elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas (*finding common ground*) e (iv) o melhoramento da relação entre o paciente e o médico (*enhancing the patient-doctor relationship*). Como veremos a seguir nas observações finais, é

aliando a MBE e a MCP que a medicina brasileira poderá oferecer um cuidado realmente respeitoso resgatando a confiança perdida durante a pandemia.

Observações Finais

Conforme vimos ao longo deste trabalho, o *discurso* sobre a “autonomia do médico” foi, durante a pandemia da COVID-19 no Brasil, uma apropriação indébita de um princípio (bio)ético incontestável na tentativa de restaurar uma espécie de autocracia hipocrática bem ao gosto do governo autoritário de plantão. Depois de mostrarmos que a autonomia médica já estava garantida antes mesmo da COVID-19, reconstruímos os usos e abusos da expressão para mostrar que ela serviu para justificar a prescrição de fármacos ineficazes contra o SARS-CoV-2. Assim, procuramos resgatar a autonomia, em primeiro lugar do paciente/participante de uma pesquisa científica, mas também da pessoa do(a) médico(a), numa relação igualitária, de respeito recíproco etc. mostrando que ambos devem ser vistos como independentes (liberdade negativa) e capazes de autodeterminação (liberdade positiva). Dessa maneira, garantimos a verdadeira autonomia médica e podemos agora buscar as condições de resgate da confiança perdida gerada por certa licenciosidade que pareceu acompanhar a expressão “autonomia do médico.”

Por fim, vamos fazer uma última observação sem pretensões conclusivas e que será desenvolvida em outros trabalhos. A medicina brasileira precisa de um “choque” de cientificidade a partir da Medicina-Baseada-em-Evidências e suas instituições representativas (CFM, CRMs etc.) precisam zelar para que a prática clínica seja efetivamente guiada pelo saber científico e por valores morais. Somente conjugando a MBE com a MCP poderemos proporcionar um cuidado respeitoso resgatando a confiança perdida pelas más práticas presenciadas durante a COVID-19. Que esta seja uma valiosa lição para as futuras gerações que precisarão enfrentar novas pandemias.

Referências

- BEAUCHAMP, T. & CHILDRESS, J. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2019.
- BRITTO RIBEIRO, M. L. “O Conselho Federal de Medicina e a Covid-19”. In: *Folha de São Paulo*. 24 de Janeiro 2021. Disponível em:

- <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2021/01/o-conselho-federal-de-medicina-e-a-covid-19.shtml> (Acesso em: 31/08/2022).
- BYNUM, W. *História da Medicina*. Porto Alegre: L&PM, 2011.
- CAVALCANTI, A. G. *et al.* “Hydroxychloroquine with or without Azithromycin in Mild-to-Moderate Covid-19”. In: *The New England Journal of Medicine*. 11 August 2020. p.1-12. doi: 10.1056/NEJMoa2019014.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*. Disponível em: <https://cem.cfm.org.br/#NovoCodigo> (Acesso em: 31/08/2022).
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução 04/2020*. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4> (Acesso em: 31/08/2022).
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Frente pela Vida denuncia Ministério da Saúde por atividade contra a Saúde Pública*. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2306-nota-publica-frente-pela-vida-denuncia-ministerio-da-saude-por-atividade-contra-a-saude-publica> (Acesso em: 31/08/2022).
- DALL’AGNOL, D.; AZEVEDO, M. A. O.; BONELLA, A. E. “Princípios bioéticos, Medicina-baseada-em-evidências e opções terapêuticas no tratamento da Covid19”. In: SOUZA *et al.* *Sub Specie Aeternitatis. Festschrift for Nythamar de Oliveira*. Porto Alegre: Editora Fundação Fenix, 2020, p. 171-198.
- GUYATT, G. *et al.* *User’s Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Medicine*. McGraw-Hill, 2015.
- GUYATT, G. *et al.* “GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations”. In: *BMJ*, 336, Abril 2008. p. 924-926.
- HELLMANN, F. & HOMEDES, N. “An unethical trial and the politicization of the COVID-19 pandemic in Brazil: The case of Prevent Senior”. In: *Bioethics*. 2022, p. 1-13. DOI: 10.1111/dewb.12363
- HARARI, Y. N. *Notas sobre a Pandemia e breves lições para o mundo pós-coronavírus*. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.
- KANT, I. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. São Paulo: Discurso Editorial, 2009.
- MILL, J. S. *On Liberty and Other Writings*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Tratamento Precoce da Covid*. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_confirir&codigo_verificador=0015503631&codigo_crc=545DD6CC&hash_download=b0fae00a031fe7dcb955e6380bcc64b356fe082ac6f81b7dbf0a481c870403d

05b8fc44c410421d9c55daac2197a51fb7a2103b3bf65973c67c314d74b3334ba&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0 (Acesso em: 31/08/2022).

NETO ANGOTTI, H. *A Morte da Medicina*. Campinas: Vide Editorial, 2014.

O'NEILL, O. *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

PARFIT, D. *On What Matters*. Oxford: Oxford University Press, 2013.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Medida Provisória nº 966. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv966.htm (Acesso em: 31/08/2022).

ROSEN, D.; HOANG, U. *Patient-Centered Medicine: a human experience*. Oxford: Oxford University Press, [1984] 2017.

ROSENBERG, E. S. “Association of Treatment With Hydroxychloroquine or Azithromycin With In-Hospital Mortality in Patients With COVID-19 in New York State”. In: *The Journal of the American Medical Association*. 11 May 2020 (doi:10.1001/jama.2020.8630).

SHARPE, V. A. & FADEN, A. *Medical Harm*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

STEWART, M.; BROWN, J. B.; WESTON, W. W., McWHINNEY, M. R.; McWILLIAM, C. L.; FREEMAN, T. R. *Patient Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. London/New York: Radcliffe Publishing, 2014.

STRAUS, S. E.; GLAUSZIOU, P.; RICHARDSON, W. S.; HAYNES, R. B. *Evidence-based Medicine. How to Practice and Teach EBM*. (Fifth Edition). Edinburgh: Churchill Livingstone, Elsevier, 2019.

TANG, w. *et al.* “Hydroxychloroquine in patients with mainly mild to moderate coronavirus disease 2019: open label, randomised controlled trial”. In: *The British Medical Journal*, May 2020, p. 1-11.

YANG, M. “US inmates sue jail over ivermectin treatment for Covid as ‘medical experimentation’”. In: *The Guardian*. 16 Jan 2022. Disponível em: <https://www.theguardian.com/us-news/2022/jan/17/arkansas-inmates-lawsuit-covid-ivermectin> (Acesso em: 31/08/2022).

Email: ddarlei@yahoo.com