

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

PEDRO RAFAEL CHALEGRE CAVALCANTI

**JALECOS EM COMBATE: o conflito entre os médicos e o Conselho Federal de
Medicina na Pandemia da Covid-19**

RECIFE

2024

PEDRO RAFAEL CHALEGRE CAVALCANTI

JALECOS EM COMBATE: o conflito entre os médicos e o Conselho Federal de Medicina na Pandemia da Covid-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Área de concentração: Mudança social.

Orientador: Sidartha Sória e Silva

RECIFE

2024

Catálogo na Fonte
Bibliotecário: Rodrigo Leopoldino Cavalcanti I, CRB4-1855

C377j Cavalcanti, Pedro Rafael Chalegre.
Jalecos em combate : o conflito entre os médicos e o Conselho Federal de Medicina na pandemia da COVID-19 / Pedro Rafael Chalegre Cavalcanti. – 2024.
137 f. : il. ; 30 cm.

Orientador : Sidartha Sória e Silva.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Recife, 2024.

Inclui referências.

1. Sociologia. 2. Profissão médica. 3. Ciência. 4. Autonomia. 5. COVID-19, Pandemia de, 2020-. I. Silva, Sidartha Sória e (Orientador). II. Título.

301 CDD (22.ed.) UFPE (BCFCH2024-050)

PEDRO RAFAEL CHALEGRE CAVALCANTI

JALECOS EM COMBATE: o conflito entre os médicos e o Conselho Federal de Medicina na Pandemia da Covid-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Área de concentração: Mudança social.

Aprovada em: 20/02/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Sidartha Sória e Silva (Presidente/Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Darcilene Claudio Gomes (Examinadora Externa)
Fundação Joaquim Nabuco

AGRADECIMENTOS

Desde que entrei no curso de mestrado, muitas coisas ocorreram, mas fico feliz por poder me dar satisfeito com o trabalho realizado até então. A lista de agradecimentos desse trabalho seria imensa caso fosse mencionar todas as pessoas que marcaram positivamente minha trajetória durante esses últimos dois anos. Como não quero me estender, irei mencionar as pessoas de maior impacto durante a trajetória do mestrado.

Há quatro anos atrás, meu maior apoio e inspiração deixava esta terra. Apesar da dor da perda, resta a alegria das memórias, que são muitas. Como já disse antes, e direi sempre, esse trabalho seria impossível sem você, José Roberto Lins Cavalcanti, meu avô. Muito obrigado por tudo. Agradeço também a Judilita Cavalcanti, vó paterna, que me apoia tanto quanto ele. A minha vó materna, Maria Chalegre também meu muito obrigado. Agradeço também a minha mãe, Jaqueline, que, apesar de todas as diferenças, sempre apoiou minha trajetória. A meus irmãos, Marília, Michael e Neto, bem como a todos os outros parentes, primos e derivados.

Agradeço a todos os meus amigos, companheiros de pesquisa, de academia ou de conversa, seja acadêmica ou não, com quem gosto de saber que posso contar, em especial a meu amigo Matheus Cavalcanti, figura incrível e grande apoiador de minha trajetória, o agradecimento se estende também a Priscila, uma jornalista e pessoa incrível. Entre os demais, cito aqui Gabriela, Nayara, Elai, Carolina, Helena, Sabrina, Ludmilla, Jessica, Guilherme, Leandro, Marcos e Duda. Enfim, a lista é grande e não poderia citar todos.

Agradeço, ainda, a minha companheira, Maria Sávia, por todo apoio do mundo e mais, além da paciência com minhas ausências nessa reta final de escrita da dissertação. Você me ajudou tanto que não seria nem possível destacar aqui dado o espaço limitado. A você, vai meu muito obrigado pelo companheirismo, apoio e amor.

Abaixo, os agradecimentos são mais formais, mas considero (na medida do possível) todos amigos e amigas.

Na UFPE fiz muitos amigos, já tendo mencionado alguns antes, mas que contribuíram fortemente com a trajetória acadêmica, seja por fazer parte do Grupo de Estudos em Sociologia do Trabalho e dos Ofícios (GESTO), seja pela companhia, conversas, ideias e cervejas, agradeço especialmente a Iuri Tonelo, Gabriel Peters, Cristiano Ramalho, Artur Perrusi e todos os outros professores que fizeram parte dessa trajetória. Agradeço a Sidartha Sória e Silva, meu orientador, a quem devo fortemente grande parte das coisas conquistadas durante esses últimos dois anos. Seu apoio foi constante e sempre importantíssimo. Sou muito grato por ter o privilégio de tê-lo como orientador. Na mesma medida, agradeço profundamente a Darcilene Gomes, por quem nutri uma admiração profunda desde sua orientação em meu estágio na FUNDAJ e iniciação científica enquanto na graduação.

Por fim, agradeço ao Fundo de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE), pela bolsa de mestrado durante esses dois anos, que foi fundamental para o andamento dessa pesquisa.

RESUMO

A presente dissertação tem por objetivo analisar o conflito entre médicos e médicas e o Conselho Federal de Medicina em relação à profissão médica durante o período da Pandemia da Covid-19 no Brasil. Durante um período de incertezas em relação a tratamentos para combater o vírus, o Conselho Federal de Medicina (CFM), órgão regulador da profissão médica no Brasil, agiu em consonância com o governo e permitiu o uso de tratamentos sem comprovação científica, o que gerou uma cisão na categoria: de um lado, profissionais que atuavam sob respaldo do CFM com o intuito de promover o uso de tais tratamentos, e de outro, médicos e médicas que, contrários à posição da entidade e de seus pares, se posicionaram durante o período, denunciando publicamente as ações do conselho, que iam de encontro não só com o código de ética médica, mas também aos princípios básicos da profissão médica e de sua excelência. Desse modo, já destacado nosso objetivo geral, três objetivos nortearam nosso trabalho: realizar, para além de uma caracterização teórica da profissão, uma contextualização da história recente com a finalidade de localizar as bases do conflito, pensando a medicina e a política no Brasil; em segundo lugar, capturar documentos legais e institucionais do CFM, bem como posicionamentos do órgão e de seus membros em mídias digitais, com a finalidade de expor as posições da instituição; em terceiro lugar, realizar coleta e análise de posicionamentos de médicos em redes sociais, apontando para os motivos gerais das divergências entre os profissionais e seu conselho.

Palavras-chave: profissão médica; ciência; autonomia; pandemia da covid-19.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the conflict between doctors and the Federal Council of Medicine in relation to the medical profession during the period of the Covid-19 Pandemic in Brazil. During a period of uncertainty regarding treatments to combat the virus, the Federal Council of Medicine (CFM), the regulatory body for the medical profession in Brazil, acted in line with the government and allowed the use of treatments without scientific proof, which generated a split in the category: on the one hand, professionals who worked under the support of the CFM with the aim of promoting the use of such treatments, and on the other, physicians who, contrary to the position of the entity and their peers, took a position during the period, publicly denouncing the council's actions, which went against not only the code of medical ethics, but also the basic principles of the medical profession and its excellence. Thus, having already highlighted our general objective, three specific objectives guided our work: to carry out, in addition to a theoretical characterization of the profession, a contextualization of recent history with the purpose of locating the bases of the conflict, thinking about medicine and politics in Brazil; secondly, capture CFM's legal and institutional documents, as well as positions of the body and its members in digital media, with the purpose of exposing the institution's positions; thirdly, collect and analyze doctors' opinions on social networks, pointing out the general reasons for disagreements between professionals and their advice.

Keywords: medical profession; science; autonomy; covid-19 pandemic.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	13
1.2	CONSIDERAÇÕES SOBRE MÉTODO E TÉCNICAS ADOTADAS: O PESO DO DISCURSO, DOS DOCUMENTOS E DA LITERATURA.....	16
2	PROFISSÃO MÉDICA: ESTRUTURA E CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTAIS	20
2.1	A CIÊNCIA MODERNA COMO FATOR DE LEGITIMIDADE E PRESTÍGIO DA PROFISSÃO MÉDICA	22
2.2	A AUTONOMIA MÉDICA COMO CARACTERÍSTICA FUNDAMENTAL DA PROFISSÃO	31
2.3	INTRODUÇÃO À ESTRUTURA DA PROFISSÃO MÉDICA NO BRASIL	43
3	A ANATOMIA DO CONFLITO: A PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL..	50
3.1	BOLSONARISMO E PANDEMIA DA COVID-19: DESCASO, NEGACIONISMO E NECROPOLÍTICA.....	52
3.2	PROFISSÃO MÉDICA E POLÍTICA NO BRASIL RECENTE: DO ROMPIMENTO COM O GOVERNO DILMA À ADESÃO AO BOLSONARISMO.....	63
4	A ATUAÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA NA PANDEMIA DA COVID-19	72
4.1	O QUE DIZ O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA?	73
4.2	DOCUMENTOS DO CFM EM RELAÇÃO À COVID-19 E AOS MÉDICOS ..	80
4.3	O CORPORATIVISMO MÉDICO NA PANDEMIA: O CFM E A DEFESA IRRESTRITA DE MÉDICOS E MÉDICAS.....	90
5	MÉDICOS EM COMBATE: ENTRE A DEFESA DO <i>TRATAMENTO PRECOCE</i> E A <i>CRÍTICA AO NEGACIONISMO</i> NA PANDEMIA DA COVID-19.....	100
5.1	DA DEFESA DO CHAMADO “ <i>TRATAMENTO PRECOCE</i> ” À NEGAÇÃO DE <i>LOCKDOWN</i> E <i>VACINAS</i>	102
5.2	DA CRÍTICA AO CFM E AOS NEGACIONISTAS À DEFESA DA CIÊNCIA NA PROFISSÃO: MÉDICOS EM COMBATE	113
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	128

REFERÊNCIAS.....134

1 INTRODUÇÃO

A partir de março de 2020, uma crise (que já tinha atingido proporções globais) se iniciava no Brasil: a crise da Pandemia da Covid-19 (ou Pandemia do Novo Coronavírus, Sars-Cov-2). A Organização Mundial de Saúde (OMS) foi alertada em dezembro de 2019 sobre o vírus, que supostamente havia surgido em Wuhan, na China, e decretou o início da pandemia em março de 2020¹.

No Brasil, até a última semana de dezembro de 2022, havia 36 milhões de casos, 693.853 mortes², além de 511 milhões de doses de vacina aplicadas na população, isso levando em conta que grande parte da população ainda não se encontrava com quadro vacinal completo³.

Para evitar o aumento da contaminação no país, principalmente em seus estágios iniciais, onde pairava grande incerteza e não havia meios efetivos para combater o vírus, como as vacinas se mostrariam na posterioridade, foram tomadas (pelo mundo) medidas de prevenção, recomendadas pela OMS, como: equipamentos de proteção individual (EPI), medidas de distanciamento e isolamento social; alguns países, incentivando medidas de controle social, adotaram tais medidas e instituíram lockdown para prevenir a contaminação⁴.

A crise pandêmica chegou ao Brasil em um período de forte instabilidade política, econômica e social. Durante o início da Pandemia no país, o então Presidente do Brasil, Jair Bolsonaro (2018-2022), entrou em processo de disputa judicial com os estados da federação, motivado pelo fato de que o Presidente era contrário às medidas de isolamento social impostas pelos estados e municípios dada a necessidade de proteção contra o vírus. A disputa, que durou muito tempo, foi formalmente finalizada quando o Supremo Tribunal Federal (STF) concedeu

¹ Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 14 jan. 2024.

² Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 27 jul.

³ Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19_Vacina_v2/DEMAS_C19_Vacina_v2.html. Acesso em: 27 jul. 2023.

⁴ Disponível em: <https://pebmed.com.br/associacao-medica-brasileira-divulga-carta-aberta-pedindo-vacinas-isolamento-e-combate-as-fake-news/>. Acesso em: 27 jul. 2023.

autonomia institucional aos estados e municípios para a aplicação, permitindo que o Governo Federal pudesse atuar, desde que respeitando medidas soberanas dos estados.

Chloé Pinheiro e Flavio Emery (2022) apontam que a atuação do governo e do Presidente da República foi na contramão das principais entidades de saúde do mundo, chegando até mesmo a ser antagônica à posição de seu próprio Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta. Ainda relatam que a parcela de responsabilização de Bolsonaro é grande, pois esse, influenciado por uma ascensão da extrema-direita no mundo (especialmente encarnada em Donald Trump, até então presidente dos Estados Unidos), acabou reproduzindo argumentos falaciosos a respeito das medidas de contenção da Pandemia: atuou em defesa do assim chamado tratamento precoce contra a Covid-19, agiu fortemente contra a vacinação obrigatória da população, enfraquecendo o programa de vacinação brasileiro, bem como gerando uma crise institucional a respeito da saúde no país, com trocas de ministérios e apagões de dados sobre a Pandemia, além de criticar as medidas de isolamento social e paralisação da economia no país, com o argumento de que pensava “nos empregos”.

Os médicos e outros profissionais da saúde eram os principais trabalhadores na linha de frente contra o vírus, e acabaram se deparando com uma situação que já vinha de agravo pela precarização estrutural da saúde pública no Brasil, com uma infraestrutura defasada, tendo que lidar com uma quantidade grande de casos a cada instante, ao mesmo tempo em que aprendiam com a atividade de emergência em relação ao vírus e aguardavam os avanços científicos mais recentes para tentar parar o vírus.

Essa questão abriu espaço para uma disputa na própria atividade médica: de um lado, o aguardo, respaldado devidamente pela ética profissional médica, levando em conta os meios disponíveis mais avançados cientificamente, a partir de evidências robustas; de outro, ignorando os pressupostos da própria profissão, em uma postura que vai além do corporativismo, ligando a própria questão da atividade à pressupostos políticos (o apoio ao presidente Bolsonaro), a possibilidade de ignorar a vacinação da

sociedade e promover os tratamentos que não possuíam evidências robustas de funcionamento, com perigo de iatrogenia⁵.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) já passava por um processo de acomodação política à direita no Brasil: desde 2013, haviam rompido com a ex-presidente Dilma Rousseff (que havia sofrido um impeachment em 2016, apoiado por boa parte da categoria médica), por conta principalmente da questão do Programa Mais Médicos (PMM) e da questão da revalidação dos diplomas de médicos estrangeiros; segundo Dias, Lima e Lobo (2021), atuando de forma corporativa, por conta da questão do monopólio do mercado de trabalho possuído pela medicina no país. A partir de 2020, em sinal de apoio ao presidente Bolsonaro e agindo em proteção de médicos que o apoiavam, o CFM e seu presidente, Mauro Ribeiro, foram a público em favor de tratamentos tidos como ineficazes por autoridades sanitárias mundiais⁶.

Usando a “autonomia médica” como argumento de autoridade para a tomada de decisão na relação médico-paciente, parte da categoria agiu de forma experimental, utilizando medicamentos considerados ineficazes contra a Covid-19⁷ (em especial, a cloroquina e a hidroxicloroquina, comprimidos geralmente utilizados no tratamento de malária) (Soria e Cavalcanti, 2023).

Por outro lado, médicos e médicas atuantes na linha de frente contra o vírus antagonizam com essas posições, em tons críticos claros contra o CFM e médicos que eram a favor dos tratamentos, abrindo caminho para uma discussão da posição da ciência na prática médica como ponto fundamental, apontando claramente para o fato de que as posições esboçadas iam de encontro ao que se convencionou chamar de negacionismo em relação à Pandemia da Covid-19, além de haver também uma

⁵ “(...) tem que levar em conta o médico na ponta; não o que fica no gabinete lendo estudo e nunca encontrou um paciente na vida. Uma coisa são os estudos de gabinete. Outra coisa diferente é a prática da medicina.” Dizia Mauro Ribeiro, presidente do CFM, ao ser indagado sobre a defesa da prescrição de cloroquina e hidroxicloroquina off label (fora das especificações da bula), contraindicados pelas organizações internacionais (especialmente a Organização Mundial da Saúde – OMS). Disponível em: <https://www.estadao.com.br/politica/cloroquina-nao-deve-ser-descartada-contr-a-covid-so-por-pesquisas-diz-presidente-do-cfm/>. Acesso em 27 jul. 2023.

⁶ Disponível em: <https://revistaoeste.com/brasil/dizer-que-o-tratamento-precoces-nao-tem-efeito-e-mentira-afirma-presidente-do-cfm/>. Acesso em 27 jul. 2023.

⁷ Ver especialmente médica que foi investigada por uso de nebulização com cloroquina em pacientes no Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/2021/03/medica-do-rs-que-aplicou-nebulizacao-de-cloroquina-em-pacientes-em-uti-sera-investigada.shtml>. Acesso em 27 jul. 2023.

defesa da chamada Medicina Baseada em Evidências (MBE), uma prática de clínica médica baseada no uso da melhor evidência científica possível, advinda de investigação sistemática, para uso em clínica.

A posição do MBE é uma perspectiva que entrou em voga muito forte durante a pandemia, apesar de já existir uma crítica específica da relação entre ciência e medicina (através da Biomedicina e de uma perspectiva tecno-utilitarista da atividade médica) (Luz, 2019; Martins, 2003).

Dito isto, o objetivo do presente trabalho é analisar o conflito entre médicos e médicas e o Conselho Federal de Medicina (CFM) em relação ao trabalho médico durante o período da Pandemia da Covid-19 no Brasil. Nossa hipótese sugere que os médicos que saíram em defesa do papel da ciência na medicina, a despeito das decisões do CFM e dos médicos que agiram a favor do tratamento precoce, o fizeram a partir dos pressupostos normativos da profissão, pensando a ligação entre técnica e ética médicas e defendendo a necessidade de evidências científicas para lidar com a Pandemia.

Para a realização desse trabalho, realizaremos uma série de objetivos que nortearão a dissertação a partir dos próximos capítulos: o segundo capítulo versará sobre o objetivo de contextualizar nosso referencial teórico, a partir discussão teórica e histórica sobre a profissão médica (em geral e no Brasil), a partir dos principais elementos elencados pela sociologia das profissões (com foco na medicina), tais como: monopólio do mercado de trabalho, ética médica, técnica e ética médicas, ligando a questões como o papel histórico da ciência na medicina; além disso, uma descrição histórica da medicina no Brasil, focando em sua consolidação institucional e profissional.

O terceiro capítulo tem por objetivo realizar uma breve contextualização do espaço onde está inserido nosso problema: a Pandemia da Covid-19 no Brasil. Faremos uma contextualização que levará em conta os dados essenciais em torno de contaminação e morte, disputas políticas que marcaram o período, especialmente a relação entre o Governo Federal, o STF e os governadores dos estados do Brasil, bem como as áreas de maior impacto.

No quarto capítulo, buscamos analisar as posições do Conselho Federal de Medicina em torno da Pandemia da Covid-19, principalmente a partir dos documentos

oficiais, resoluções e pareceres realizadas por esse Conselho, disponíveis no site do CFM. Além disso, utilizaremos as postagens do CFM em rede social (a mesma onde coletamos as postagens de médicos) para fazer um balanço de sua posição pública mais imediata.

O quinto capítulo busca realizar o objetivo de identificar e analisar as posições de médicos e médicas no Brasil, trazendo os dados coletados entre março de 2020 e dezembro de 2021 (que é o principal período que buscamos cobrir para a nossa análise), pelo motivo de que em 2022, apesar de ter havido ampla discussão (principalmente por conta das eleições presidenciais) sobre questões ligadas à Pandemia, já se havia avançado em torno da campanha de vacinação no país, e já havia evidências robustas de que os tratamentos “precoces” variados não funcionam. Os dados foram coletados na rede social X (antigo *Twitter*), e serão contextualizados posteriormente na seção sobre metodologia. Com os dois últimos capítulos devidamente finalizados, realizaremos um breve balanço das posições apontando como paira um clima antagônico na categoria por conta dessa questão.

Finalizaremos com um balanço sobre as posições esboçadas e os pressupostos teóricos que norteiam a análise da profissão médica, buscando apontar caminhos possíveis para posterior complementação da análise, que, a este nível, está centrada nesse conflito.

1.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

As opiniões dos médicos e médicas que tomaremos como discurso foram retiradas de uma rede social, o *Twitter*. Levando em conta que a mudança de nome da rede social é recente, preferimos manter o uso do termo Twitter em preferência à X, para fins de facilitação da discussão.

A rede social foi escolhida pela própria dinâmica interna: se trata de um ambiente cujo formato gera uma quantidade de informações instantâneas em alta velocidade; dada sua especificidade – de mensagens curtas –, a rede é palco de discussões, desde assuntos sérios a brigas, ofensas, etc. atraindo assim um público heterogêneo, de leigos a cientistas, jovens a idosos, trabalhadores a empresários,

permitindo buscas simples através de mecanismos da própria rede, como busca por hashtags.

Originalmente, pretendia-se captar uma grande quantidade de postagens na rede social através do seu *Application Programming Interface* (API), que permite uma obtenção massiva de dados, que seriam categorizados, avaliados enquanto possíveis postagens de médicos e médicas para depois serem analisados tanto a partir do discurso quanto de seu conteúdo. Porém, com a venda do Twitter, que veio a tornar-se X, ocorreu uma série de mudanças sobre a política de captura de informações no site, e uma dessas mudanças cruciais foi o fato de o API passar a ser pago, em dólares, o que inviabilizou esse tipo de coleta.

Isso nos levou à necessidade de fazer uma captura manual, visto que as informações tanto ainda estão lá, quanto são públicas; o processo de captura manual, detalhado abaixo, permitiu-nos atingir um nível de profundidade em relação aos embates propriamente ditos entre perfis no site, por exemplo, postagens e respostas entre diversos médicos que defendiam abordagens praticamente antagônicas em relação ao vírus, ou no próprio perfil do CFM.

Para realizar a captura manual das postagens no Twitter, tomamos o seguinte passo: primeiro, ir na aba de busca avançada do Twitter; definimos então uma palavra-chave que nos ajudasse a encontrar postagens de médicos e médicas. A hashtag #medtwitter foi crucial para a primeira busca, apesar de ser usada tanto por médicos quanto por leigos (geralmente buscando opiniões de médicos sobre assuntos). A partir disso, passamos a combinar a hashtag com outras palavras-chave, como: “cloroquina”, “hidroxicloroquina”, “vacina(s)”, “tratamento precoce”, “Conselho Federal de Medicina” e “CFM”. Para a garantia de que esses profissionais são médicos, conseguimos encontrar número de cadastro no CRM (conselho regional de medicina) e localidade de cada um no próprio site do CFM⁸.

Para os médicos contrários às ações do CFM e de grande parcela de seus pares, selecionamos postagens de perfis específicos a partir do processo de busca

⁸ Pudemos localizar através do site do CFM: <https://portal.cfm.org.br/busca-medicos/>. Acesso em: 14 jan. 2024. Decidimos, porém, não expor na presente dissertação esses dados (como o código CRM e/ou código de especialidade médica registrada no conselho. Visto que já estamos trabalhando com informações públicas (retiradas de suas redes sociais), o fato de conseguirmos identifica-los como médicos foi fundamental para sua inserção na dissertação, mas acreditamos ser importante preservar tais informações.

supramencionado. Contamos então com postagens de: Gerson Salvador (infectologista, com 39,3 mil seguidores), Bruno Robalinho (especialista em cardiologia e clínica médica, com 2.395 seguidores), Vitor Borin (sem especialidade registrada, com 16 mil seguidores), Gustavo Lenci Marques (especialista em clínica médica e cardiologia, além de Doutor em Medicina Interna, com 441 seguidores), Guilherme Vale Alves (médico da família e comunidade com 429 seguidores) e Bruno Ishigami (infectologista, com 25,8 mil seguidores); juntos, esses profissionais, não sendo “figuras públicas”, somam mais de 84.365 seguidores. Os critérios de escolha do uso dos dados para a presente pesquisa foram relativos ao fato de as posições destes terem sido enfáticas, de crítica aberta à atuação do conselho e de pares que consideram desviantes.

A captura de informações do que elencamos como “médicos negacionistas” ocorreu a partir de formas mais diversas: levando em conta que algumas dessas pessoas se tornaram figuras públicas devido à projeção nacional, recebida principalmente pela concordância com posições do ex-presidente Jair Bolsonaro, ou por motivações escusas⁹, nos ajudou a encontrar - quando existentes - perfis de médicos e médicas nesse sentido. Elencamos como porta-voz dos discursos de médicos a favor do chamado “tratamento precoce”, ou contrários às medidas de quarentena e lockdown ou críticos da vacina, no Twitter dois profissionais (apesar da lista de médicos ser extremamente maior, elencamos duas figuras públicas com grande número de seguidores): Nise Yamaguchi (especialista em alergia e imunologia e em oncologia clínica, tendo 457 mil seguidores no Twitter), Osmar Terra (sem especialidade registrada, tendo 582 mil seguidores). Juntos, os dois acumulam mais de 1.039.100 seguidores na rede. Levando em consideração o envolvimento político que acarreta a concordância de posições desses médicos, além do fato de terem se tornado figuras públicas, é importante ressaltar que muitos desses seguidores podem ser repetidos.

Se tratando da segunda leva de itens adicionados ao nosso trabalho, destacamos os documentos institucionais confeccionados pelo Conselho Federal de Medicina. Para a captura destes, bastou acessar o site do conselho, na aba de normas

⁹ Ver <https://piaui.folha.uol.com.br/mentiras-no-bolso-do-jaleco/>, dentre outras matérias citadas em rodapé ao longo do texto. Acesso em: 14 jan. 2024.

dos CFM e CRMs, onde se pode buscar por normas técnicas, recomendações, resoluções e pareceres¹⁰.

O primeiro documento que servirá de base para o tratamento das questões será o Código de Ética Médica, disponível online no site do CFM; esse documento fornece as diretrizes básicas da atuação do médico no Brasil, com última atualização no ano de 2018 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Em seguida, capturamos uma série de documentos, dentre pareceres, resoluções e despachos do conselho jurídico do Conselho Federal de Medicina, sendo eles: Parecer CFM nº 4/2020, que estabelece a possibilidade do uso de cloroquina e hidroxicloroquina para o tratamento de Covid-19; o DESPACHO COJUR N.º 293/2020, que trata de requerimento para utilização de Ozonioterapia como procedimento de tratamento para a Covid-19; o DESPACHO COJUR N.º 352/2020, que versa sobre a utilização da telemedicina em relação à Pandemia; a RESOLUÇÃO CFM N.º 2.290/2021, que autoriza os Conselhos Regionais de Medicina a fazerem inscrição primária com declaração ou certidão de colação de grau emitidas por instituições formadoras de médicos; a RESOLUÇÃO CFM N.º 2.292/2021, que versa sobre a administração de hidroxicloroquina e cloroquina em apresentação inalatória como procedimento experimental; enfim, o DESPACHO COJUR N.º 198/2021, que versa sobre a possibilidade de médico se recusar a tomar a vacina contra a Covid-19.

1.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE MÉTODO E TÉCNICAS ADOTADAS: O PESO DO DISCURSO, DOS DOCUMENTOS E DA LITERATURA

A medicina é um objeto de estudo praticamente tradicional da sociologia, seja em termos de uma sociologia médica ou de uma sociologia da saúde, ou - o que será nossa âncora aqui - como profissão.

O motivo específico de termos escolhido a sociologia das profissões como marco teórico privilegiado - é importante ressaltar que complementaremos com outras perspectivas -, especialmente tratando da medicina, se dão pelo fato de que o tipo de conflito que visamos observar aqui carrega contradições substanciais sobre

¹⁰ Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/buscar-normas-cfm-e-crm/?tipo%5B%5D=R&uf=BR>. Acesso em: 14 jan. 2024.

elementos inerentes à profissão, especialmente a ética médica (como formalmente colocada) e o papel da ciência na eficácia técnica do ato médico e como item de respaldo à legitimidade. A literatura escolhida para embasar nossa análise será trabalhada no capítulo 2, onde privilegiamos dois itens importantes: a questão da ciência e da autonomia na profissão médica.

Dito isto, levando em conta o conflito, privilegiamos dois momentos importantes: o discurso médico - que, no presente trabalho, assume uma feição fortemente heterogênea -, e os documentos institucionais do Conselho Federal de Medicina (CFM), uma autarquia pública, dotada de autonomia, com conselheiros eleitos, cuja principal tarefa é a de julgar o desviante, prezando por uma boa prática médica.

Utilizaremos então a técnica de análise de discurso para interpretar as posições dos médicos sobre a Pandemia. Por análise de discurso, entendemos o estudo da forma como os textos são construídos, bem como as funções a que eles servem em diferentes contextos e as possíveis contradições internas a ele (Parker, 2000, p. 308), de modo que possamos captar as interações subjacentes a ele; como tratamos tanto de opiniões pessoais de médicos como de discursos institucionais (o perfil do CFM responde como instituição CFM), pretende-se, então, observar o que está dito a partir de uma perspectiva crítica (p. 310).

O discurso, porém, não deve ser encarado como mera forma de interação simbólica, mas como algo em que, por trás, há uma materialidade construída que busca determinar a prática e a fala. Foucault (2012) elenca como há uma relação bem construída entre um campo específico do saber - a medicina é um exemplo disso, como mostrado por Foucault em *O nascimento da clínica* (2008), onde o mesmo levanta de forma descritiva as condicionantes da construção de um tipo de normatividade médica e a imposição de uma nova ordem discursiva - como elemento fundamental para a construção do que se convencionou a chamar de discurso médico. Isso não significa um amontoado de discursos de médicos formando um todo homogêneo, e sim a construção de determinada perspectiva que acaba sendo compartilhada e construída com fins de um regime de normatividade; assumindo esse sentido, o discurso busca não só posicionar o lugar de quem deve dizer, mas também o espaço de exclusão da fala dos “outros” (2014).

Não se tratará então dos indivíduos, mas sim do que reveste seus discursos enquanto membros de um mesmo conjunto profissional - levando em conta as particularidades e contradições -, como aponta Rosenthal (2014, p. 277). Apesar da ênfase foucaultiana acima, pretendemos fazer um tipo de análise de discurso mais ancorado no referencial teórico da sociologia das profissões, numa perspectiva que, apesar de crítica, ainda possui um foco em relação às questões funcionais da profissão médica: a regulamentação ética e o desvio.

Se tratando da interpretação dos dados obtidos através do site do CFM, utilizaremos a técnica de análise documental. Optamos por esta técnica em detrimento da análise do discurso - utilizada para as posições públicas dos médicos e também do CFM -, pois, ao realizar a primeira leitura dos diversos documentos capturados, observamos uma certa linha contraditória em relação às posições que não é dada simplesmente num balanço discursivo, mas sim em um conjunto de questões que remetem justamente às tendências de opinião popular em relação aos pontos cruciais.

Outro fator importante é que já tivemos a oportunidade de passar por um primeiro momento de discussão em relação a metodologia utilizada para isso, no trabalho de Soria e Cavalcanti (2023), onde se observou, em pequena escala, a posição do CFM em relação à autonomia médica e a questão da cloroquina/hidroxicloroquina.

Tomamos como “documentos” um conjunto de textos escritos que servem como registro ou evidência de um evento ou fato (Wolff, 2000, p. 284); no caso aqui, pareceres, resoluções e instruções normativas do CFM, pois se trata de um órgão regulatório, o que implica um peso importante do código de ética médica, que carrega uma objetividade. Esses textos são, geralmente, padronizados, e sua fonte acaba por conferir um tipo de validade normativa-institucional (p. 285); como capturamos todos no site do próprio CFM, é possível atestar sua veracidade e seu peso como instrumento regulatório.

Buscamos observar nesses documentos os principais elementos que garantem sua credibilidade - o que eles permitem? Que garantias eles dão aos médicos para a sua atuação? Há contradição entre documentos, de modo que um ato seja permitido e outro não seja? - com ênfase maior no contexto sob os quais foram redigidos, sendo a Pandemia da Covid-19 o momento privilegiado, levando em conta que, tratando-se

de documentos oficiais, os materiais utilizados devem ser avaliados da forma como estão expostos, como aponta Cellard (2008, p. 299), para que os possamos ver como posicionamentos oficiais de uma mesma instituição, permitindo uma tratativa pragmática sobre o CFM de forma mais objetiva.

2 PROFISSÃO MÉDICA: ESTRUTURA E CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTAIS

A noção de profissão é um item clássico na sociologia, com direito a própria área de estudos (sociologia das profissões). De modo geral, encarna a perspectiva de um tipo de ocupação que ascendeu no sentido de possuir um corpo esotérico de conhecimentos, aliado à uma racionalidade prática possuidora de uma expertise técnica, orientada para um ideal de serviços, de modo a consolidar - sendo aqui um pressuposto ideal, a depender do poder político da profissão - um monopólio do mercado de trabalho, e uma autonomia da atividade, baseada no princípio de que se é o único a possuir os conhecimentos devidos (Freidson, 2009; Machado, 1995).

Maria Helena Machado, aliás, elenca uma série de características comuns na literatura da sociologia das profissões, demonstrando que a consolidação da noção de profissão passa por uma série de critérios classificatórios comuns. Para a autora, ancorada em outros trabalhos, há atributos como: a integralidade ocupacional e manutenção da vida oriunda de remuneração pela atividade; presença de indivíduos com destaque pela vocação, isto é, aceitando normas e modelos apropriados de identificação com os pares; uma forte noção de coletividade; organização coletiva de interesses e conhecimentos mútuos (1995, p. 16).

Além disso, possuem um corpo de conhecimentos formais, adquirido nas sociedades modernas através de validação jurídico-legal por meio de diplomas universitários, que incidem numa orientação para serviço, baseado em normas específicas como: necessidade de padrões individuais e coletivos, regulação da própria atividade e conduta através de códigos de ética (1995, p. 17). Outro fator de grande importância é a obtenção e manutenção da autonomia, derivada de sua crescente especialização.

Conceituando de forma mais clara, podemos dizer que profissão é uma ocupação cujas obrigações criam e utilizam de forma sistemática o conhecimento geral acumulado na solução de problemas postulados por um cliente (tanto individual como coletivo). E atividade profissional é um conjunto de conhecimentos novos mais fortemente relacionados à uma esfera ocupacional. Portanto, a autoridade profissional é centrada no profissional que detém o conhecimento especializado para o problema específico do cliente. (MACHADO, 1995, p. 18).

É importante levar em conta, na discussão que fizemos até agora sobre a orientação para serviços, a questão apontada por Freidson: “A orientação para o serviço de uma profissão possui um crédito obtido pelo público, crédito que ela conquistou graças aos esforços de seus líderes que convenceram a sociedade a consentir e apoiar sua autonomia.” (2009, p. 104, grifos do autor).

A consolidação de uma identidade e prática profissional, então, é um elemento importante a ser considerado quando se analisa uma profissão: a atividade ocupacional buscará consolidar uma relação institucional que homogeneíze os pressupostos convencionais de seus indivíduos, em torno tanto de uma regulamentação protetiva e corporativa quanto prestígio comum:

[...] os membros são unidos por um senso de identidade; uma vez dentro deste círculo poucos saem; compartilham valores comuns; os papéis são aceitos por todos os colegas; a comunidade tem poder sobre eles; os limites são claros; e produz novas gerações, mantendo controle da seleção dos treinados. Esta organização formada exclusivamente por pares é uma organização do *eu sou* (médico, advogado, sociólogo), onde as considerações estratégicas são privilegiadas (saber, poder, *status* etc.). (MACHADO, 1995, p. 25).

Esse corporativismo profissional, é importante ressaltar, não incide, virtualmente, em um coleguismo ou em uma forma completamente protecionista da atividade, pois é característico de uma profissão - como a medicina, por exemplo - justamente construir instâncias normativas de regulação, para punir os profissionais desviantes; trata-se justamente de uma necessidade de manutenção da própria ocupação regulamentada e autônoma.

No Brasil, esse é o caso do CFM. É claro, que como veremos neste trabalho, levando em conta que o papel de regulação é feito numa comunidade de pares, é possível pensar a atuação de autarquias regulatórias com um viés específico de proteção, mesmo que se aja fora das normas, em alguns casos.

Levando em conta que nosso trabalho incide sobre a profissão médica em particular, buscamos um referencial teórico que pudesse auxiliar à descrição dos fatores mais pertinentes à essa profissão, que será trabalhado nas duas próximas

seções: a primeira seção discute um fator apresentado anteriormente em relação a profissões, que é caro à profissão médica em particular: a conquista de legitimidade através do desenvolvimento da ciência moderna; a segunda seção tratará justamente do peso da autonomia na profissão médica. Acreditamos ser importante caracterizar bem esses dois aspectos especificamente pelos motivos de que, dentro do conflito que buscamos analisar, foram dois fatores de destaque que se correlacionam de forma fundamental.

2.1 A CIÊNCIA MODERNA COMO FATOR DE LEGITIMIDADE E PRESTÍGIO DA PROFISSÃO MÉDICA

O desenvolvimento das ciências durante os últimos séculos é peça chave para o entendimento da consolidação de uma série de atividades em grande parte das sociedades no mundo, e também para o entendimento da consolidação da medicina como forma específica e legitimada socialmente de cura.

No caso da medicina, é importante levar em conta os impactos do desenvolvimento científico para considerar o processo de legitimação do discurso médico formal como fonte de intervenção da medicina sobre a sociedade e os corpos dos indivíduos. Por isso, essa seção trata justamente da consolidação de um poder médico específico, detido através da condição de conhecimento adquirido e aplicável. Dois pontos são cruciais: mapear a consolidação de um poder médico sobre o corpo social, e assim, pensar como o desenvolvimento das ciências (especialmente a biologia) e a aplicação na medicina revestem a atividade médica de uma legitimidade na sociedade que é incomparável a outras profissões bem estabelecidas.

Machado enfatiza que “A medicina é um exemplo típico de uma profissão que conseguiu, de forma espetacular, desenvolver sólida base cognitiva, bem como exclusivo e vasto mercado de trabalho com forte credibilidade social.” Continua dizendo que “Tal projeto profissional foi consolidado graças à estreita relação entre as reivindicações da corporação e o apoio do Estado.” Ademais, a medicina construiu historicamente um conhecimento científico que a dotou da reivindicação do monopólio da cura. (1997, p. 15).

Então:

A profissão médica é singular. Nenhuma outra profissão do mundo ocidental adquiriu tanto poder em definir realidades como a medicina o fez ao longo de sua história. Aos médicos é dado o poder de definir, por exemplo, o que é saúde e doença, o que é sanidade ou insanidade mental; enfim, a eles é conferida a prerrogativa de elaborar e executar critérios de saúde e doença, transformando-se em paradigmas médico-sociais. Ademais, é uma profissão de consulta, com controle dos critérios que qualificam as pessoas que vão atuar na cura. [...] Dotada de princípios ético-morais, a atividade médica estabelece singular relação com o consumidor (paciente) de seus serviços, que requer confiança, sigilo e credibilidade. (MACHADO, 1997, p. 15).

A discussão levantada por Foucault em *O nascimento da clínica* é um item importante para entender o desenvolvimento da medicina em conformidade com um tipo de normatividade discursiva e prática específicas: o desenvolvimento, durante o século XIX, da moderna clínica médica, baseada na anatomopatologia e nas capacidades de imposição dos sentidos, especialmente o olhar do médico como um olhar distinto: é através de novos critérios etiológicos que irá se impor uma forma de fazer medicina que leva à medicina um conjunto de poderes de definição do saudável (Foucault, 2008). Uma questão posta é, nesse sentido, a força da medicina de dotar a sua própria atividade como revestida por uma capacidade técnica, através dos sentidos - especialmente o olhar - de intervenção sobre corpos.

É importante levantar essa chave foucaultiana principalmente levando em conta as análises do autor sobre a construção de um saber-poder médico que incide diretamente sobre a população, através do que se chama de medicina social. Abaixo, descrevemos justamente a consolidação de um tipo de poder de intervenção médica sobre o corpo social.

A análise do autor parte da hipótese de que, com o capitalismo, não se saltou à uma medicina privada e liberal, mas sim que ocorreu a construção de um *poder médico*, por meio de critérios de manutenção da saúde a partir de alguns saltos históricos.

Em primeiro lugar, a partir do desenvolvimento da medicina de Estado, na Alemanha, no século XVIII. Organizado um poder médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação dos médicos a uma administração central e a integração de vários médicos em uma organização médica estatal. Uma medicina que

(em primeiro momento) não é pautada pela criação de uma força de trabalho (saúdável) adaptada às necessidades da indústria moderna. (Foucault, 2021, p. 150).

Não é o corpo que trabalha, o corpo do proletário que é assumido por essa administração estatal da saúde, mas o próprio corpo dos indivíduos enquanto constituem globalmente o Estado: é a força, não do trabalho, mas, estatal, a força do Estado em seus conflitos econômicos, com certeza, mas igualmente políticos, com seus vizinhos. É essa força estatal que a medicina deve aperfeiçoar e desenvolver. Há uma espécie de solidariedade econômico-política nessa preocupação da medicina de Estado. Seria, portanto, falso ligar isso ao cuidado imediato de obter uma força de trabalho disponível e válida. (FOUCAULT, 2021, p. 151).

O desenvolvimento de uma medicina social na França, também a partir do século XVIII, que, ao invés de ter por suporte a estrutura do estado inicialmente, o tem pelo processo de urbanização da sociedade. Em primeiro lugar, por razões econômicas. A cidade se tornava marco importante do desenvolvimento, unificando relações comerciais, não no nível citadino da região, mas em nível nacional. Em segundo lugar, por razão política: começava a surgir uma população operária pobre, além das relações de antagonismo entre diferentes grupos como corporações, dando lugar ao confronto cada vez mais direto entre ricos e pobres. Disto, o campo era um lugar privilegiado de conflito, levando em conta o crescimento dos antagonismos na cidade, enquanto no campo se levantava os níveis de vida (Foucault, 2021, p. 153).

É então que aparece e se desenvolve uma atividade de medo, de angústia diante da cidade. [...] Nasce o que chamarei medo urbano, medo da cidade, angústia diante da cidade que vai se caracterizar por vários elementos: medo das oficinas e fábricas que estão se construindo, do amontoamento da população, das casas altas demais, da população numerosa demais; medo, também, das epidemias urbanas, dos cemitérios que se tornam cada vez mais numerosos e invadem pouco a pouco a cidade; medo dos esgotos, das caves sobre as quais são construídas as casas que estão sempre correndo o perigo de desmoronar. (FOUCAULT, 2021, p. 154).

Para dominar os fenômenos médicos e políticos do momento, toma-se uma série de questões, principalmente em relação às pandemias: o enclausuramento da população em suas casas, possibilitando sua localização imediata; a divisão da cidade em bairros, com autoridade designada para cada; relatórios produzidos por essas autoridades para a manutenção das atividades sanitárias; revista diária das

residências e, por fim, processos de desinfecção (p. 155-156), construindo-se um processo de medicalização da cidade.

Por fim, um processo importante, agora da Inglaterra, mais a partir do século XIX, em torno do perigo representado pelos *pobres* e *proletários*, que leva em conta também o amontoamento derivado da urbanização. Assim, na Inglaterra, com o desenvolvimento industrial a todo vapor, e conseguinte o nascimento do proletariado, aparece a nova forma de medicina social. A partir da Lei dos pobres que a medicina Inglesa toma forma como social. A partir do momento que o pobre é beneficiário da assistência, deve, por isso mesmo, se submeter a cuidados e controles médicos. Uma assistência controlada, uma intervenção médica que é tanto meio de ajudar os pobres em questão de saúde, quanto um controle pelas classes ricas, evitando epidemias. É, nesse terceiro “momento”, que se começa a pensar a questão de uma saúde para a manutenção da força de trabalho (Foucault, 2021, p. 166).

Há, então, uma transposição - em matéria de legislação médica - do problema político da burguesia na época: como assegurar a segurança pública. A legislação médica na Lei dos pobres sana essa questão. Organiza-se um serviço autoritário de controle médico da população: o *health service*, com os *health officers*, na Inglaterra em 1875. Tinham por função: controle da vacinação, obrigando a população a se vacinar; organização do registro de epidemias e doenças capazes de se tornarem epidêmicas, obrigando as pessoas a declararem as doenças perigosas; localização de lugares insalubres e eventual destruição desses focos de insalubridade. (Foucault, 2021, p. 167).

Essa discussão sobre a construção de um poder médico sobre a sociedade é importante na medida em que se pensa justamente tanto as pretensões de desenvolvimento do capitalismo industrial ancorado na urbanização, quanto ao caráter “oficial” da medicina moderna. Visa-se então uma série de controles sobre questões de saúde da população. Para aprofundar a discussão, porém, necessita ser bem observada a relação entre medicina e ciência, pressupondo justamente a efetividade em lidar com as questões de saúde.

Georges Canguilhem (1977), aponta justamente como fator fundamental - e podemos tomar como complemento à forma como Foucault observa a imponente da clínica - o desenvolvimento da microbiologia no século XIX. A microbiologia

pausteriana, aponta o autor, comporta justamente a superação de uma quantidade de teorias médicas do século XIX, fundando um ponto central com a qual a medicina viria a legitimar sua atividade (p. 62). Consolidamos adiante a discussão em torno da importância central do desenvolvimento e do peso da ciência na atividade médica, com o seguinte pressuposto: não é possível, atualmente, pensar a medicina sem levar em conta justamente o caráter técnico-científico com a qual ela se conformou para regulamentar seu poder sobre a sociedade.

O desenvolvimento da ciência moderna - especialmente atrelada à biologia - e sua efetividade no tratamento de uma série de doenças, conferiu um poder de ação à medicina que justificava, em suas lutas políticas, a imponência de sua atividade sobre outras práticas de cura. Madel Luz (2019) aponta como esse processo de atrelamento científico da medicina gerou justamente o que a autora chama de racionalidade médica, ancorada no elemento científico a priori - a racionalidade científica construída desde o renascimento -, e de seu conhecimento, que consolidou a atividade médica enquanto atividade científica.

É importante tomar o argumento da autora em consideração justamente pelo fato de que, pela forma como se impôs a medicina para se conferir legitimidade, o fator ciência tem um peso demasiado importante. A racionalidade científica que vem a dar peso à medicina é marcada por uma sucessão de experimentalismos postos: um experimentalismo utilitário, voltado à solução de problemas impostos pela realidade; exploratório, pois busca explicações novas para coisas e eventos já colocados pelo saber anterior; um experimentalismo inventor, criando instrumentos de observação empírica aliando a ciência à tecnologia; um experimentalismo desbravador, em busca do oculto na natureza (Luz, 2019, p. 61-62).

A racionalidade moderna, entretanto, tal como se entende aqui, deve ser vista como o avanço histórico de uma forma específica de racionalismo. Um racionalismo filosófico, é verdade, mas também social, que funciona como estrutura epistemológica de explicação e ordenação dos seres e do mundo, e como princípio moral das relações entre os homens e as coisas, e dos homens entre si. (Luz, 2019, p. 67).

Essa racionalidade moderna pauta um caminho específico - o do método científico - como elemento único na construção de verdades. A racionalidade passa a

julgar justamente na observação das regras metodológicas se há verdade enunciada. (Luz, 2019, p. 68).

Um elemento característico desse peso da ciência que é geralmente reforçado quando esta vai de encontro às outras práticas de cura (consideradas pela medicina oficial como charlatanismo).

Paulo Henrique Martins (2003), aponta para uma crise de paradigma da medicina, a partir de um viés tecno-utilitarista, que acaba retirando da prática médica formal o elemento “humanizante”, que seria supostamente resgatado por práticas de cura alternativa, gerando uma tensão entre o processo de desumanização da medicina e a imponência de um modelo de saúde calcado em elementos científicos que geram distanciamento e o peso cada vez maior do utilitarismo econômico.

O autor (Martins, 2003) trabalha com alguns sistemas médicos, sendo os principais: o sistema biomédico e os sistemas alternativos (também encarados em uma perspectiva bioenergética). O primeiro sistema é o modelo da chamada “medicina oficial”, institucionalizada, que é o com o qual trabalhamos no presente trabalho; diz respeito a uma corporação médica que dota para si o caráter de discurso oficial, excluindo outras práticas; Martins aponta que a medicina oficial cada vez mais se vê inserida (especialmente por sua lógica medicamentosa) em um *capitalismo médico*, reduzindo as questões de cura a um tecnoutilitarismo. Já as medicinas alternativas derivam-se de uma perspectiva mais “humanizada”, que lida com elementos para além do orgânico, como questões psíquicas, apesar de também incidirem sobre elas questões econômicas (que merecem discussão apropriada, o que não ocorrerá aqui).

Vejamos como o autor coloca a diferença entre os sistemas médicos:

A grande diferença entre ambos os sistemas médicos é que naquele dominante, o biomédico, a doença é vista como um fator externo, como um inimigo que ataca o corpo físico e que apenas pode ser combatido por meio de medicamentos alopáticos ingeridos pelo doente (ou então por meio de cirurgias para retirar o órgão doente). Nos sistemas alternativos, ao contrário, essa polaridade entre, de um lado, a doença como agente inimigo, e, de outro, o medicamento como agente benigno, é relativa. Tal polaridade pode apresentar-se em certos tipos de doença de fundo orgânico e fisiológico, mas não pode ser generalizada. O corpo não é visto como algo passível de ser manipulado externamente, mas como a manifestação de um sujeito integrado por várias funções orgânicas, além de funções psíquicas e emocionais. (Martins, 2003, p. 46).

Não é nosso objetivo aqui tratar de medicinas alternativas. É importante levantar este ponto, porém, para o destaque de um fator importante colocado por Paulo Henrique Martins: a tecnificação da atividade médica através do paradigma biomédico gera uma forma de intervenção unilateral médico-paciente, onde o médico é o agente privilegiado da relação e acaba por intervir no doente através de uma perspectiva estreita, sem levar em conta diversas necessidades colocadas para os seres humanos. Vejamos como o autor coloca a questão de uma degradação da medicina atualmente:

A degradação da *medicina oficial* implica o desaparecimento progressivo tanto da ética médica como da confiança (que era gerada na continuidade das relações interpessoais e que sobrevivia na *medicina oficial* por meio dos médicos generalistas ou clínicos gerais), isto é, a submissão do imperativo cartesiano à lógica mercantil especulativa significa o desaparecimento da ética médica e, por conseguinte, a banalização do corpo humano transformado em mercadoria. A *biomedicina cartesiana* perde, assim, pela tecnificação dissociada do social, parte de sua visibilidade institucional e moral, abandonando, por conseguinte, a função ritualística original de cura da medicina em favor de uma atividade incessante de pesquisa e lucro. O *capitalismo médico* especulativo promove (do mesmo modo que impede) a produção em série de medicamentos, de equipamentos e técnicas, com o único objetivo de estimular a acumulação financeira. Mas, ao abandonar sua função original, a *medicina moderna* como um todo perde sua credibilidade, abrindo caminho para a “transição paradigmática” no *campo médico*. (Martins, 2003, p. 119).

Apesar dessa discussão fugir um pouco ao tema - nosso foco é a medicina oficial -, é importante levar em conta a possibilidade do que Martins chama de “transição paradigmática”, como se o aspecto cada vez mais técnico e utilitário da medicina causasse uma possível perda de legitimidade social, preenchida agora pela busca por medicinas alternativas. É verdade que as medicinas alternativas vêm ganhando espaço, inclusive na perspectiva de práticas integrativas, mesmo no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil¹¹, porém, quando levamos em conta a discussão gerada na pandemia em relação à precariedade do trabalho médico - independente da questão levantada sobre negacionismo e tratamento precoce -, e o

¹¹ Ver <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pics>. Acesso em: 14 jan. 2024.

fardo que a profissão médica - bem como outras profissões de saúde - carregou em relação à uma situação de calamidade pública.

Nosso foco não é uma discussão histórica sobre a medicina, porém, acreditamos ser necessário mostrar como a medicina utiliza a racionalidade científica para conformar sua posição após pressupor algum projeto de conformação normativa de sua profissão à sociedade.

A análise de Gabriela Sampaio (2001) sobre as alternativas à medicina científica no século XIX, no Brasil, é interessante para mostrar o espaço de disputa e luta política em um momento onde a microbiologia ainda não tinha fator determinante na medicina: a autora aponta para uma série de querelas entre médicos e seus concorrentes, curandeiros, práticos e “charlatães”, apontando para o fato de que pelo menos a opinião pública não diferenciava fortemente os médicos dos outros profissionais de cura.

A situação, aliás, do desenvolvimento da profissão médica e da garantia de legitimidade dependeu, à época, bem mais da força das elites da profissão em uma regulamentação da atividade de cura - baseadas no seu poder político - do que na efetividade das ciências atreladas à medicina, pelo menos até o século XIX. Essa questão é bem levantada por três autores - em algum grau de discordância: Madel Luz (1982), Flavio Edler (2014) e Edmundo Campos Coelho (1999).

Madel Luz realiza um importante trabalho em relação à construção do poder médico dentro das disputas políticas no Brasil. O elemento central para a conformação da profissão médica, para a autora, é o Estado: é através dele que os médicos (suas elites especialmente) levantaram suas bandeiras de luta (1982, p. 85), especialmente através da Academia Nacional de Medicina e da perspectiva higienista que vinha ganhando força no fim do século XIX. É através da regulamentação estatal que se desenrola o processo de homogeneização da prática médica, visando um controle interno da educação em relação à profissão (p. 125).

A autora aponta, acertadamente, que a medicina só se desenvolveu realmente a partir do “desbloqueio” técnico e epistemológico alcançado ao incorporar a seu saber o conhecimento advindo de ciências emergentes como a microbiologia e anatomopatologia (Luz, 1982, p. 110), mas, durante o livro, o elemento central é

justamente o desenvolvimento impositivo das disputas políticas colocadas pelas elites médicas no Brasil, tanto no Rio de Janeiro quanto na Bahia, com a escola tropicalista.

Flavio Edler vai por um caminho que tende a valorizar no corpo médico constituído para além do Estado (mas também com a presença deste) a construção de um conhecimento médico no país já em vias de se pautar pelos avanços científicos colocados no fim do século XIX: é através principalmente dos jornais e revistas de divulgação científica, e de tentativas de reforma do ensino médico no Brasil que se coloca o ponto de virada da garantia de legitimação da medicina em relação à sociedade: a busca pela uniformização e homogeneização do conhecimento. (Edler, 2014).

Levamos em consideração o trabalho de Edmundo Campos Coelho em relação às profissões imperiais na presente discussão a partir do seguinte sentido: o autor aponta a importância da relação entre as elites médicas e o Estado no Brasil imperial para estabelecer as bases do processo de luta pela regulamentação da profissão médica no Brasil. O peso fundamental, então, é principalmente político:

Isso quer dizer que o inegável prestígio deste ou daquele médico da elite não provinha dos resultados práticos de suas terapias, de uma estrita avaliação de competência profissional, mas de um conjunto de outros fatores: domínio de uma língua estrangeira (principalmente o francês), conhecimento das teorias médicas mais em voga na Europa, adequada proveniência social, uma certa cultura humanística, apropriadas referências sociais (de outros clientes notáveis) e, certamente, posse de um diploma em medicina. Considerando-se a notória ineficácia das terapias da época e supondo-se que sua admissão fosse um dado cultural amplamente compartilhado, é razoável mesmo supor que os atributos acima mencionados definissem a competência profissional. Em outras palavras: admito que era a clientela, e não a comunidade médica, quem socialmente definia o caráter da medicina e seus padrões adequados de procedimento, e isso ocorria, por exemplo, quando por questões morais um paciente (principalmente as mulheres) recusava-se a ser tocado pelo médico. Isso quanto à clientela mais abastada; pois todas as evidências são de que o homem do povo temia os médicos e suas “terapias heróicas” (as sangrias, os purgantes, a aplicação de sanguessugas, os banhos escaldantes, etc.), não lhes tinha qualquer estima e preferia recorrer à “medicina” caseira ou à popular. (Coelho, 1999, p. 90).

Essa longa citação exprime bem o que queremos colocar na presente seção desde seu início: houve um projeto de conformação de um poder médico, através das lutas pela regulamentação e privilégio de sua profissão que é anterior à efetividade do seu poder de atuação em relação aos pacientes. Os médicos lutaram para construir

sua profissão, resguardando seus interesses e eliminando os concorrentes do mercado através da monopolização do mesmo.

A partir da introdução da microbiologia no século XIX (mas principalmente no século XX) e com a construção da efetividade das vacinas e das campanhas sanitárias é que ocorreu uma transformação na sociedade, onde à prática médica associou-se uma forma de legitimidade social a efetividade advinda do desenvolvimento das ciências.

Finalizando a presente discussão, uma questão é importante e abre caminho para a sessão seguinte: não é possível pensar a medicina, atualmente, sem a “ciência”; porém, toda atividade médica se reveste de princípios calcados na racionalidade científica? Uma resposta de início seria: não, pois a clínica médica ainda é a forma de relação privilegiada entre médico e paciente e, apesar da moderna clínica médica ser baseada em critérios científicos, construída através de experimentação e ter um nível de homogeneidade dado na necessidade de anamnese, que pressupõe que o raciocínio clínico será pautado no conjunto de signos e sintomas trazidos pelo paciente e seu ambiente, a atividade clínica lida com casos individuais, o que leva à máxima de que cada caso é um caso.

Na presente sessão, discutimos a consolidação de um poder médico e o processo de construção deste a partir, principalmente, da ligação entre a medicina oficial e a racionalidade científica. Levamos em conta que a medicina construiu uma base profissional antes mesmo de possuir de forma clara seu suporte técnico-científico efetivo, mas que, a manutenção e continuidade dessa conformação se deu justamente pela via de efetividade da intervenção baseada na ciência. Abaixo, discutiremos o elemento central dessa profissão: a autonomia médica. Retornaremos então com a ligação entre clínica médica e ciência para fortalecer o argumento de que a substância da profissão é mantida através do suposto conhecimento acumulado pelo profissional. Veremos de forma mais contundente a importância (e a falta dela) para a legitimação do ato médico e para o ato em si.

2.2 A AUTONOMIA MÉDICA COMO CARACTERÍSTICA FUNDAMENTAL DA PROFISSÃO

Vimos anteriormente como a profissão médica possui uma série de características construídas historicamente através do processo de consolidação da profissão e da formação de um tipo de poder específico de intervenção sobre a sociedade e pacientes. Especial relevância tem a relação entre ciência e legitimidade, que conforma a medicina atual.

Nosso foco aqui neste trabalho é justamente um conflito, gerado pela suspensão - por médicos e pelo CFM -, das evidências científicas, em defesa da autonomia médica, sob um corporativismo que contradiz as próprias prerrogativas institucionais da profissão. Para isso, precisamos delinear bem, a partir da literatura, algumas coisas importantes: O que é a autonomia médica? Quais os critérios imanentes à essa autonomia e à atividade médica? Existe alguma relação entre autonomia, ciência e ética? Há bases para a sustentação absoluta da autonomia, independentemente de qualquer outro critério?

Acreditamos ser fundamental começar pelas considerações de Eliot Freidson em relação à profissão médica, e isso é explicado pelo fato de que, apesar de Profissão médica (2009) ser um trabalho focado na medicina, o autor tenta esboçar uma teoria das profissões - com a medicina como profissão por excelência - com serventia geral, implicando possibilidade de analisar outras atividades. Podemos ver tal explicação abaixo:

Diferindo do Direito e do Sacerdócio, que não estabeleceram nenhuma importante conexão com a ciência moderna e a tecnologia, a *Medicina* se desenvolveu no interior de uma complexa divisão de trabalho, organizando um crescente número de prestadores de serviços e técnicos em torno da tarefa central do diagnóstico e do tratamento das doenças da humanidade. *Além disso, ultrapassou as outras profissões em preeminência.* Isso aconteceu porque, nas sociedades pós-industriais, a produção de bens e outras formas reais de propriedade passaram a ser um problema menor que o bem-estar dos cidadãos. O bem-estar passou a ser definido em termos exclusivamente seculares e não mais religiosos; e a noção de doença se expandiu, muito mais do que em anos anteriores, incluindo muitas outras facetas do bem-estar humano; a Medicina tirou o Direito e o Sacerdócio de suas posições de dominância. Na verdade, de uma maneira ou de outra, a *profissão médica*, e não o Direito ou o Sacerdócio ou qualquer outra profissão, tornou-se o protótipo segundo o qual as ocupações que desejam um status de privilégio estão modelando suas aspirações. (FREIDSON, 2009, p. 16, grifos nossos).

A medicina conseguiu consolidar a preeminência de sua atividade na sociedade, servindo de modelo para outras atividades. O autor encara que a medicina possui como elemento central aquilo que define a superioridade das profissões em relação a outras formas de atividade: a autonomia do profissional, encarada como a capacidade de autorregulação do próprio trabalho.

Essa autonomia flutua, para o autor, entre a autonomia técnica do trabalho e a autonomia econômica. Não pretendemos trazer aqui completamente a discussão empírica realizada por Freidson, mas acreditamos ter importância essa importância da autonomia no sentido trabalhado pelo autor: a preeminência do ato técnico, para Freidson, tem um peso maior que o conhecimento adquirido, se tratando da medicina. Vejamos como o autor coloca essa questão:

Os membros de uma profissão dispõem de um privilégio especial: não são controlados por ninguém de fora da profissão. Este privilégio se apoia em três argumentos. Primeiro: a reivindicação é de que existe um nível de perícia e conhecimento tão excepcional envolvido no trabalho profissional que os leigos não são capazes de avaliá-lo e regulá-lo. Segundo: a reivindicação de que os profissionais são responsáveis - seu trabalho deve merecer confiança sem que haja supervisão. Terceiro: a reivindicação de que a própria profissão deve implementar suas ações de regulação nas raras ocasiões em que um profissional for incompetente ou antiético no exercício de sua atividade. A profissão é a única instância competente para julgar um comportamento diferente do padrão; ela é ética o suficiente para controlar o comportamento desviante e para se auto-regular de maneira geral. Sua autonomia é justificada e testada pela auto-regulação. (Freidson, 2009, p. 159).

Acreditamos ser importante polemizar não com a importância da autonomia, mas com a formalidade com a qual essa relação entre autonomia e autorregulação é colocada pelo Freidson, que acaba gerando um tipo de noção que podemos exemplificar no seguinte sentido: todo profissional seria, supostamente, dotado de um mesmo conhecimento, adquirindo expertise o bastante para regular conscientemente sua atividade; ao mesmo tempo, o desviante é regulado também pelos pares, como se as instâncias normativas regulatórias - feita por pares - estivesse dotada de uma “neutralidade” a priori, afinal, a autorregulação é *profissional*, no sentido coletivo e não individual. O profissional, então, regula sua atividade dentro de elementos normativos colocados pela corporação, mas não tem poder para, sozinho, desviar dessas normas.

Tudo se coloca num jogo perfeito de regras formais, como se elementos formativos para além do conhecimento técnico, além de interesses políticos e econômicos dos pares profissionais e de indivíduos não afetasse as capacidades de ação de outros profissionais. No caso da Pandemia no Brasil, como veremos posteriormente, a questão principal é um processo de regulação a despeito da regulamentação basilar; o CFM cria regulamentos excepcionais que acabam a se sobrepor sobre as características basilares da corporação (como a prescrição de medicamentos sem eficácia comprovada), por motivos que de natureza política e ideológica. O caráter de regulamentação que o CFM deu para documentos como o Parecer nº 4/2020 incide justamente como um disfarce para essas questões. Dentro desse contexto, a falta de regulação (mais diretamente então a falta de controle sobre os pares) coloca justamente a possibilidade de atuação “autônoma” do médico independente dos critérios normativos.

Acreditamos, aqui, que há uma relação possível entre autonomia e autorregulação; pensamos a importância de uma autonomia médica - que será melhor justificada abaixo, numa relação entre técnica, conhecimento e ética - e também de seus instrumentos de regulação para punir desviantes, mas é justamente fora da formalidade que acontecem relações mais complexas do que o simples jogo de regras que se tenta colocar.

Uma abordagem crítica dessa relação entre autonomia e autorregulação foi tentada por Sidartha Sória e Pedro Cavalcanti (2023), ao analisar justamente como o CFM agiu de forma a suspender critérios normativos básicos da profissão (ignorando o código de ética, relegando a autonomia médica a uma esfera para além da formalidade e de evidências científicas) quando permitiu o uso de cloroquina e hidroxicloroquina para o tratamento da Covid-19.

Os autores abordaram de forma breve uma relação entre o crescente protecionismo corporativista médico que vinha ocorrendo por disputas políticas durante os últimos anos, especialmente a partir de 2013 com o Programa Mais Médicos (PMM), e a aproximação das autarquias e organizações médicas com políticos ligados à direita no Brasil, constatando que o CFM pautou um discurso de defesa do médico independentemente de qualquer critério ético: a aprovação do Parecer nº4/2020, que permitia, a despeito da falta de evidências científicas, o uso de cloroquina e hidroxicloroquina sob defesa da autonomia médica contradiz de forma

clara o Código de Ética da profissão médica, que, como apontado pelos autores, faz uma ligação clara entre autonomia profissional e uso das melhores evidências científicas disponíveis (Sória e Cavalcanti, 2023).

Na seção anterior discutimos como há um peso grande da ciência que conforma uma legitimidade específica à esfera de atuação médica, o que dá ainda mais clareza ao problema que tentamos levantar aqui: há um problema na profissão, que gerou um conflito específico entre pares, mas que aparenta não ser resolvido simplesmente nas instâncias normativas formais, afinal, o que fazer quando o ente de regulação que deveria punir os desviantes acaba por realizar uma defesa corporativa desses? Nosso tom de polêmica em relação ao Freidson é justamente esse: a relação entre autonomia e autorregulação não é perfeita.

Tendo isto em mente, pretendemos abaixo explicitar o que entendemos por autonomia médica, sendo a capacidade de atuação do profissional em relação ao paciente, como revestida de uma técnica, ancorada por um conhecimento científico avançado, mas também (e principalmente) por um tipo de atividade clínica baseada na necessidade dos casos, que possui fins éticos normativos bem colocados formalmente.

Destacamos a importância de começar pela análise de Lilia Schraiber (1983), que aponta haver uma relação fundamental na prática médica entre ética e técnica. A técnica busca tratar de bases seguras de intervenção do médico sobre o paciente, tendo por fim uma reparação e manutenção de condições de vida desejadas (p. 149). O lado ético vai tratar das questões envolvendo a intervenção de um ser humano sobre outro, o que remete a um aspecto fortemente relacional, levando em conta que a atividade médica tem um caráter de cuidado como elemento importante, o que acaba por impor algum nível de subjetividade na relação entre médico e paciente, para que se possa entender o paciente também como um sujeito, para além de sua doença (p. 150). A autora dá uma descrição importante abaixo:

Estamos, portanto, no caso da medicina diante de um trabalho no interior do qual assume relevância a qualificação técnico-científica de seus agentes; mas sobretudo importam seus códigos de ética específicos, fazendo com que a profissão se caracterize como trabalho de uma ampla autonomia de desempenho de um profundo caráter intelectual. [...] A profissão médica separa-se dos demais trabalhos técnicos não só porque designa ações que demandam qualificações específicas e especiais, ou porque o

conhecimento envolvido (a Ciência) seja complexo e extenso, ou mesmo porque tenha regras próprias de exercício, mas porque lhe são dadas normas de conduta bem estabelecidas, definindo uma moral prática e implicando uma sabedoria acerca do uso de ambos - conhecimentos e valores éticos. (Schraiber, 1983, p. 152, grifos da autora).

Acreditamos ser importante conjugar a interpretação de Schraiber com o fato de que há uma preponderância do “cuidado”, ou melhor, na humanização do outro, que leva em conta o fato de a Medicina não ser em si uma ciência, e como o processo de objetivação científica acaba por ser fortemente desumanizante, como apontado anteriormente.

Por isso, é importante destacar, a partir de Camargo Jr. (1990), que há uma articulação conflituosa entre o saber e a prática médica, no seguinte sentido: nem sempre o conhecimento científico será o elemento preponderante para lidar com casos na atuação do profissional; é claro que há uma teoria das doenças específica - que não define necessariamente o que é doença, tida como auto evidente (p. 8) - e o discurso oficial da medicina, como analisado pelo autor em manuais, coloca um peso grande na técnica, mas há certa soberania da clínica no sentido de que se lida necessariamente com uma quantidade de casos múltiplos, variados, cada qual sendo um sujeito que carrega consigo certos elementos pessoais e ambientais específicos, que geralmente é capturado através do processo clínico, da anamnese, etc. pois, para o autor, o ponto de partida da medicina é o sofrimento.

É um processo complexo e contraditório: o médico busca no paciente uma série de sintomas derivados de seu sofrimento específico e, ancorado num conjunto de conhecimentos sobre doenças, dá um diagnóstico. O problema é que a forma de interrogatório médico é difusa, e, para o autor, pode até mesmo a criar um tipo de indução específica onde o médico, ao interrogar, já pressupõe a doença que está procurando (Camargo Jr., 1990, p. 20).

Não queremos contestar o processo diagnóstico nem nada do tipo; acreditamos ser importante ressaltar esse aspecto subjetivo da relação médico-paciente para colocar em evidência que: o médico é um ente privilegiado em relação ao paciente, com uma visão do processo já bem construída e que, dentro de um limite subjetivo, impõe critérios de classificação específicos para os sintomas.

Isso tudo, para apontar, como a medicina é uma prática evidentemente social, pois não carrega em si o puro peso da tecnicidade, mas também os processos históricos que conformam não só a construção de um meio de medicalização da sociedade quanto é permeada por uma série de inter-relações subjetivas que estão postas pelas posições sociais dos agentes: o médico e o paciente. Donnangelo aponta com clareza o que queremos dizer aqui:

[...] os meios de trabalho médico não se superpõem inteiramente a um conjunto de princípios biológicos e equipamentos técnicos. Implicam também a instauração de uma relação particular entre o médico e o objeto de sua prática. Tome-se a clínica como referência. Entendida agora a clínica como *meio de trabalho*, como conjunto de procedimentos que compõem o ato terapêutico, a forma pela qual o ato médico se estrutura, enquanto ato clínico, permite apreendê-lo analiticamente em sua relativa independência ante aqueles princípios e técnicas. Encontrando-se no centro da renovação da prática médica moderna, a clínica como meio de trabalho, como forma singular de conhecimento do indivíduo enfermo parece ter assentado sua origem menos em resultados específicos do progresso técnico e científico do que em uma reorganização geral do campo de visão do terapeuta, em uma reorientação espacial e temporal do ato médico. (Donnangelo, 2011b, p. 31-32).

Constatando a medicina enquanto prática que é tanto profissional, pessoal, quanto individual, pressupomos uma série de fatores possíveis que podem afetar sua atividade. A posição social do médico é um elemento importante. Luc Boltanski (2004), em clássico trabalho sobre a medicina, aponta justamente como a posição de classe - do médico em relação ao paciente, e do paciente em relação ao médico - altera a percepção tanto da necessidade de acessar um profissional da medicina, bem como pressupõe uma justificação da medicalização da sociedade que independe do médico, mas que é pautada numa medicina científica.

Para o autor, há uma relação contraditória entre a tomada de legitimidade da medicina, pelas classes populares, e a captação desse conhecimento, baseado no fato de que o médico justamente fornece informações sempre parceladas, fragmentadas, causadas por esse distanciamento entre médico e paciente, o que faz com que a população construa suas próprias formas de lidar com seus sintomas, baseadas tanto em conhecimento popular quanto em captação difusa de informação médica (2004, p. 62). Essa discussão acaba sendo importante para um primeiro nível

de compreensão da questão da subjetividade da relação médico-paciente supramencionada.

Outros fatores devem ser levados em consideração também no que se refere à autonomia médica e essa relação de subjetividade: a mudança nas formas de trabalho médico, ocorrendo a partir do rearranjo das formas de organização do trabalho em geral no capitalismo a partir do século XX.

Quando tratamos das bases da autonomia no sentido da condução da atividade do trabalho, um aspecto importante é o controle sobre a própria atividade. Isso foi apontado por Freidson, mas é item comum na literatura sobre a profissão médica. Entretanto, como mostra de forma pioneira o trabalho de Donnangelo (2011a), a categoria passou por transformações importantes no século XX (tratamos aqui o caso brasileiro especificamente).

Levando em conta a caracterização histórica comum da medicina enquanto profissão liberal, que pressupõe uma atividade individual onde o profissional dispõe de total liberdade e controle de seus honorários é que se pressupõe historicamente a autonomia médica em primeiro momento. Donnangelo, porém, aponta que durante o século XX a medicina passou por transformações nas relações de trabalho que conformam justamente uma posição problemática, que permite levantar a hipótese de que certas ações corporativas partem de uma defesa da autonomia como se esta estivesse em risco justamente pelas transformações (Donnangelo, 2011a).

De modo geral, a partir dos anos 1970, no Brasil, cresce um processo de cooperativismo médico, aliado a um processo de empresariamento médico¹² e assalariamento médico. Os três processos envolvem a necessidade de aumentar a “produção” de serviços médicos, e envolvem também a capitalização da atividade; um processo que envolve constante intervenção estatal - que, apesar de ser o ente garantidor da regulamentação profissional, acaba sendo tomado como interventor na autonomia, como apontado por Donnangelo:

A autonomia e o assalariamento representam modalidades significativamente distintas de integração no mercado, uma vez que a passagem de uma ao outro, independentemente de representar alterações

¹² Outro trabalho importante para entender mais especificamente a questão da evolução do empresariamento médico no Brasil, principalmente antes do SUS, é o de Hésio Cordeiro (1984).

de renda ou prestígio do grupo profissional, configura uma nova posição na estrutura social, subordinando o profissional às condições estabelecidas para a compra de sua força de trabalho pelos centros que controlam os meios de produção. (DONNANGELO, 2011a, p. 119).

O assalariamento e sua consequente subordinação representariam, assim, para a categoria, uma dilaceração da autonomia médica do profissional que possui clínica médica própria, pois o processo de subordinação implica a possibilidade de o médico realizar atividades definidas por outros que não ele mesmo.

Ora, Freidson (2009), tem uma argumentação em relação à autonomia que difere a autonomia técnica da econômica, mostrando (quando compara países onde os sistemas de saúde funcionam de forma diferente), que a falta de autonomia econômica (como no caso da URSS) não implicava em uma diferenciação da agência externa sobre a autonomia técnica médica; há uma série de instâncias políticas que podem afetar mais ou menos a atividade, mas no andamento comum, a autonomia técnica acaba sendo um elemento preponderante. É claro, quando Donnangelo aponta a possibilidade de dilaceração da autonomia através do assalariamento, ela está colocando em conta que não se tratará de intervenções de caráter mais geral, como as realizadas pelo Estado, mas sim da quebra de laços de estabilidade definidas pela liberdade de atuação do médico em geral.

Enfim, uma coisa é a visão dos médicos sobre a própria autonomia, e outra coisa é a possível liberdade de que dispõem os médicos para realizar seu trabalho. Maria Helena Machado (1997) acredita que a profissão médica sofreu certos abalos derivados da perda de autonomia, o que, em consequência, acarretou em uma degradação das condições de trabalho. Levando em conta a necessidade de autonomia por parte dos médicos, ela aponta que essa capacidade de autorregulação da medicina é fruto da medicina moderna, do século XX.

A medicina construiu para si, segunda a autora, para facilitar esse processo de autorregulação, um grande crédito social que acaba por validar seus serviços como bens sociais que promovem desenvolvimento social e da saúde da coletividade; funda seu conhecimento e sua prática na racionalidade científica, além de basear a autoridade técnica do médico na sua pressuposta expertise, no conhecimento, além de conformar um apelo ético específico que tem como alicerce o código de ética que rege a atividade profissional. É possível dizer, através do trabalho da autora, que a

unificação da base cognitiva médica produziu uma unificação do saber médico que padronizou a produção de serviços (assistência médica) e os produtores diretos (os médicos). (Machado, 1997, p. 23)

Trouxemos de volta o argumento da base cognitiva, já confrontado anteriormente, para uma outra polêmica, mas é importante reforçar que não estamos tentando apontar que a medicina independe da ciência; pelo contrário, buscamos apontar que há uma relação tortuosa entre ciência e prática médica, onde a atividade clínica acaba sendo soberana, mas desde que bem ancorada em critérios científicos válidos, para garantia de prestígio e manutenção de sua legitimidade.

Primeiramente, pretendemos polemizar com Maria Helena Machado a partir de algo apontado pelo próprio Freidson em relação à relação entre base do conhecimento e autonomia médica:

Em contraste com o conhecimento médico, que é a medicina como tal, existem todas as práticas que se desenvolvem assim que esse conhecimento é aplicado a pacientes concretos em ambientes sociais concretos. *O conhecimento médico “puro” é transformado, até mesmo rebaixado, durante sua aplicação.* De fato, no curso da aplicação, o conhecimento não pode continuar puro, mas precisa, em vez disso, tornar-se socialmente organizado como prática. O conhecimento profissional geral é assim concretizado como prática pelo trabalho consultivo cotidiano, quando é suspenso pelo julgamento individual. Talvez seja bem mais importante ressaltar o seguinte: como o profissional se compromete moralmente com a intervenção, *a ação ocorre até mesmo na ausência de conhecimento confiável.* Isso ocorre porque a medicina, por definição, é, sobretudo, uma profissão de consulta e de prática e não uma profissão científica ou acadêmica. [...] A medicina não é meramente neutra, como a física teórica. Enquanto trabalho aplicado, ela é tanto deliberadamente amoral - em outras palavras, orientada pela moralidade de outros - como é por si só ativamente moral por sua intervenção seletiva. *A medicina, como um empreendimento moral, é um instrumento de controle social que deveria ser examinado como tal, sem confundir a “objetividade” de seu conhecimento básico com a subjetividade de sua aplicação.* (FREIDSON, 2009, p. 372, grifos nossos).

Essa longa citação é importante para levar em conta algo já discutido acima: a forma de análise do trabalho médico deve levar em conta não os pressupostos formais da conformação da profissão, mas seus critérios centrais: sim, a base técnica e seu conhecimento, mas também os elementos subjetivos da atividade, bem como a ética médica.

Uma segunda via de polêmica se dará, para finalizar a seção, ainda na relação entre ciência e clínica, sem negar a importância do conhecimento científico adquirido para a execução da atividade médica. Artur Perrusi (2022), argumenta sobre como a clínica médica possui limites em relação à racionalidade científica: a clínica possui ampla capacidade de classificação de doenças, porém mostra dificuldade em demonstrar suas causas, de modo que acaba se tornando dependente de uma racionalização específica de sua prática. Isso significa que a clínica funciona como processo investigativo privilegiado, mas mostra sua efetividade a partir do conhecimento adquirido. É nessa relação contraditória entre a soberania da clínica médica e da necessidade de inserção cada vez maior de evidências científicas que penetra o que se convencionou chamar de negacionismo científico na medicina.

O autor argumenta que a clínica médica acaba tendo a possibilidade de ser capturada pelo negacionismo, denotando que não é a clínica que está em crise, mas sim sua independência: a clínica médica por si só não consegue conter os imperativos da racionalidade científica - como vimos na seção anterior - que prevê um processo de experimentação constante baseado no método científico. O esvaziamento da clínica pela preponderância cada vez maior da razão científica funciona então como um mecanismo de defesa do médico em resguardar a soberania de sua atividade específica, permitindo assim a capitulação ao negacionismo (Perrusi, 2022, p. 75). Essa discussão traz à tona novamente a discussão de Paulo Henrique Martins (2003) sobre a desumanização da medicina através da preponderância técnico-científico-econômica pois a clínica é, a priori, o ente de humanização, pois é através dela que o médico realmente observa no doente um ser humano, enquanto a racionalidade científica é somente a objetivação direta do ato médico.

Uma discussão em voga dentro da área médica que animou discussões durante as últimas décadas, mas principalmente no período pandêmico, é o que se chama de Medicina Baseada em Evidências (MBE), como observamos no verbete de Pedrosa e Fernandez (2022). Esse tipo de perspectiva busca criar um elo de ligação mais preponderante entre a atividade médica e uma necessidade cada vez maior de letramento científico - tanto dos profissionais quanto da população em geral - e do uso cada vez maior de evidências científicas como procedimento padrão para a intervenção médica sobre os pacientes. Os autores apontam para o fato da necessidade de potencialização da racionalidade científica e do processo de

averiguação de evidências para fortalecer a prática médica, pois a clínica em si aparece (para eles) como elemento completamente subjetivo, numa perspectiva parecida, a nosso ver, com a trazida por Perussi no parágrafo anterior.

É uma discussão importante, principalmente em contexto de desvalorização da ciência, mas não se pode cair no perigo, novamente, do processo de desumanização que a racionalidade científica causa – que por si só, como visto acima, foi fator fundamental para a captura da clínica pelo negacionismo. Acreditamos que para ver uma ligação entre a atividade médica e o conhecimento científico, não se deve necessariamente subscrever-se à perspectiva da MBE. O importante aqui é justamente como, independentemente da introdução de novos paradigmas epistemológicos em relação à medicina, possamos ver que o conflito surge dentro da conformação atual da profissão médica, que, em seus pontos principais, já pressupõe uma importância sem igual às evidências científicas.

A discussão sobre a *excelência* no trabalho médico nos remete, também, a perspectiva Sennettiana do trabalho enquanto ofício. A ideia de ofício, que implica o impulso humano básico de fazer um trabalho bem feito por si só, focando em padrões objetivos claros em relação à função realizada (2008, p. 9). Apesar do tipo de obsessão colocada e de adquirir um nível de habilidade difícil de comunicar a outros (p. 95), o autor aponta que tal impulso pode ser atingido por questões “externas”, envolvendo a vida social, como mudanças na organização da gestão do trabalho; o caso do Nacional Health Service britânico é emblemático para o Sennett, quando aponta as mudanças que introduziram um viés “de esteira”, típico do fordismo, no atendimento aos pacientes; a questão central é a *qualidade* do trabalho, que é definitivamente afetada pela falha na relação entre o profissional e o paciente (p. 51).

Trazemos esse exemplo, de forma bem resumida, para implicar justamente como a medicina, num caso de conflito envolvendo a saída de padrões básicos pressupostos à profissão, possui um viés de excelência (que não colocamos necessariamente ligado à MBE) que se dá no trato com os pacientes associado à uma atividade que versa sobre a *qualidade*, que no caso aqui, é a melhora efetiva da saúde do objeto do cuidado. Se há um aspecto de “humanização” colocado pelos médicos defensores de procedimentos que ignoram o aspecto necessariamente científico do conhecimento a priori, a qualidade é comprometida; assim como se pressupõe (ligando com a discussão realizada anteriormente) que uma perspectiva

desumanizada, ainda que definitivamente ancorada em pressupostos científicos, também compromete a qualidade. Algo de interessante se pode tomar como hipótese dos motivos que levam um paciente a *ir atrás* da cloroquina prescrita pelo médico, bem colocado por Petrarca e Oliveira (2021), que é a forma como o profissional (em algum grau de populismo médico), que versa sobre a confiança no médico (enquanto profissional) associada à desconfiança ao sistema. Seria papel do médico, ao menos no que tange a saúde, educar a população. Quando a qualidade do que se faz é comprometida a nível de conhecimento (por qualquer que sejam os interesses), não há perspectiva de excelência e qualidade no trabalho, há apenas a convicção.

Finalizamos a presente seção, onde buscamos mostrar como a autonomia médica é tomada como o elemento central de conformação da profissão, mas que passa por um entendimento tortuoso em relação às bases do conhecimento médico, sua ligação com a prática médica direta, as formas de interpretação da medicina para além de sua formalidade profissional, mas pressupondo elementos puramente sociais na prática médica, que acarretam efeitos subjetivos tanto na atividade, quanto na manutenção cotidiana da mesma. Pretendemos finalizar o capítulo dois, na seção abaixo, realizando um breve esboço histórico sobre a estrutura da profissão médica no Brasil, para caracterizar o nosso objeto aqui mais precisamente: a profissão médica no Brasil e o Conselho Federal de Medicina.

2.3 INTRODUÇÃO À ESTRUTURA DA PROFISSÃO MÉDICA NO BRASIL

Após construir nosso referencial teórico base, acreditamos ser importante realizar uma breve contextualização histórica da profissão médica no Brasil, para definir melhor nosso objeto, pois, apesar de haver bases sólidas para pressupor que ocorreram conflitos semelhantes ao que pretendemos analisar no presente trabalho¹³, nosso foco é o Brasil e a medicina no país.

Ressaltamos mais de uma vez no empreendimento realizado até então que nosso objetivo não é fazer uma análise histórica da profissão no país. Acreditamos

¹³ Como o caso da França, que foi protagonista em relação ao uso de hidroxiclороquina por conta de Didier Raoult. Ver <https://www.rfi.fr/br/podcasts/um-pulo-em-paris/20211203-acusado-de-charlatanismo-dr-cloroquina-%C3%A9-sancionado-na-fran%C3%A7a>. Acesso em: 15 jan. 2024.

que os elementos que encontramos na história servem como acessório à análise de um conjunto de fatores que permanecem, hoje, na discussão em relação à profissão médica.

Exemplos disso são: a construção de um poder médico; a consolidação da medicina científica como norma, através do Estado; a construção da profissão respaldada em critérios organizacionais e normativos específicos que constroem e legitimam um monopólio do mercado de trabalho e, conseqüentemente, a consolidação da autonomia e da auto-regulação por pares na medicina. Dito isto, comecemos a descrição.

Vimos, anteriormente, que a profissão médica começou a construir um tipo de poder particular sobre a sociedade, especialmente a partir do século XVII, segundo Foucault, e que, a partir do século XIX, adquiriu, através do desenvolvimento das ciências, uma base sólida de legitimidade para consolidar-se enquanto ente privilegiado de manutenção e controle da saúde da população.

No Brasil, o avanço na questão da profissionalização médica se inicia a partir da chegada da coroa portuguesa ao país. Pedro Santos (1995) traz um panorama amplo: em relação à formação de médicos: a partir de 1808, criou-se a primeira escola de medicina, a Escola de Cirurgia na Bahia, pela Carta Régia, de 18 de fevereiro, atendida por D. João, como sugestão de Corrêa Picanço, cirurgião que acompanhara a Família Real ao Brasil. Já no final de 1808, cria-se a segunda escola, através de Decreto Real: a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro (p. 99), sendo Corrêa Picanço nomeado cirurgião-mor do Reino, Estado e Domínio Ultramarinos; enquanto Dr. Manoel Vieira da Silva tornara-se Físico-Mor. Os dois substituem, em questão de poder sanitário, a Junta de Protomedicato (criada na Colônia por D. Maria I, que se compunham de sete membros ou deputados, físicos, cirurgiões e diversos funcionários). (p. 100).

Em 1813, essas escolas foram reformadas, sendo chamadas de Colégios Médicos-Cirúrgicos, com maior número de cadeiras. Em 1826, D. Pedro I outorga lei que autoriza as escolas médicas a conferir cartas de cirurgião e de médico aos concluintes. Em 1831, a Regência Trina criou as faculdades de medicina, com 14 cadeiras e 6 anos de curso; nessa reforma, introduz-se o curso de parteira e de farmacêutico, respectivamente de 2 e 3 anos. (Santos, 1995, p. 100). Em 1879, ocorre

alteração com a Reforma Leoncio de Carvalho, aumentando as cadeiras das faculdades para 26; posteriormente, ao fim do Império, vem a Reforma Visconde de Sabóia, alterando ainda mais o quadro acadêmico: agora forma-se o curso de odontologia (3 anos); permite-se a inscrição de mulheres nos cursos médicos. (p. 101).

Levando em conta a passagem do século, é importante ressaltar que, a partir do final do século XIX, com o avanço das novas tecnologias médicas, que vinham se desenvolvendo na Europa, começou a desenhar-se no Brasil reformas no ensino médico, partindo das elites, a fim de consolidar o saber profissional e colocar em pauta o avanço da bacteriologia, que viria a revolucionar a medicina.

Em relação ao século XIX, lembramos que tratamos anteriormente a relação entre a consolidação da profissão médica e o papel do desenvolvimento das ciências; cabe apontar, novamente, que se trata de um processo complexo que envolve a questão do ensino médico no país e a aceitação por parte da categoria tanto das novas teorias em voga quanto do combate aos charlatães.

Um ponto que merece destaque entre a passagem do século XIX para o XX é trazido por Edmundo Coelho (1999), no sentido de que havia um embate forte em torno de uma verdadeira manutenção do mercado de trabalho médico, a partir das tentativas de exclusão daqueles que não possuíam diploma, contra os que acreditavam nos princípios de uma boa prática independente do credenciamento comum. Sem nos aprofundar na questão, um ponto fortemente levantado pelos que Coelho elencou como credencialistas foi a necessidade de fixação da interpretação sobre o 24º parágrafo do art. 179 da Constituição à época, além da instituição de mecanismos de fiscalização eficazes do exercício profissional (p. 267).

Essa discussão gira também em torno de algo que começava a nascer no período: a possibilidade de assalariamento médico, levando em conta um crescimento constante de escolas de medicina, que formavam mais médicos a cada ano, o que gerava um embate constante entre o horror à sujeição das regras do livre mercado versus a dificuldade e temor da regulação estatal do monopólio profissional. Com a Lei Eloy Chaves (Decreto-Lei nº 4682 de 24 de janeiro de 1923), e a construção paulatina ao longo dos próximos anos de caixas de pensões para atendimento de trabalhadores, aposentados e pensionistas, se ampliava o mercado de serviços

médicos, mas não nos termos defendidos pelas elites médicas do país, inaugurando, segundo Edmundo Coelho (1999, p. 270) a era da medicina assalariada.

Nesse contexto de introdução do assalariamento na categoria, além das grandes mudanças as quais o Brasil passava durante o início do século XX, surge, em 1927, o Sindicato Médico Brasileiro, no Rio de Janeiro:

O contexto da época, com o surgimento do movimento operário nas grandes cidades, o deslocamento para o espaço urbano de grandes parcelas da população, e a necessidade de organização por parte dos segmentos de trabalhadores por melhores condições de vida, fez com que as chamadas profissões liberais se mobilizassem em busca de uma representação mais atuante no campo econômico. O Sindicato Médico Brasileiro constituiu-se no primeiro sindicato de profissionais liberais do Brasil. (SANTOS, 1995, p. 103).

Esse sindicato tinha como proposta organizar um Código de Deontologia.; após o II Congresso Médico Latino-Americano (Havana em 1926), publica-se o Código de Moral Médica, que não foi aplicado efetivamente como item de organização ética dos médicos. A grande mudança vem em 13 de setembro de 1945, a partir do Decreto-Lei 7.955, institui-se o primeiro Conselho Federal de Medicina do Brasil, que colocou em vigor, a partir de sugestão do IV Congresso Médico Sindicalista, o Código de Deontologia Médica (Santos, 1995, p. 103).

O conselho, até então, pouco havia organizado, e não contava com adesão da categoria; os motivos eram principalmente pelo fato de os profissionais não terem sido ouvidos em sua criação, sendo o órgão apenas uma entidade estatal. (Marinho, 1986, p. 38).

O Conselho Federal de Medicina, até então, era marcado por uma gerência do Estado, e isso era repudiado pelos médicos, fazendo com que a categoria trabalhasse contra a efetividade das ações do conselho. Desse modo, um mecanismo foi a criação da Associação Médica Brasileira (AMB) em 1951, que lutou pela mudança do decreto 7.955, o que veio a ocorrer em 1957, através da lei 3.268, que regulamenta a estrutura dos conselhos de medicina no Brasil. Refunda-se então o Conselho Federal de Medicina, no Distrito Federal, e os conselhos regionais em cada UF. Os conselhos são caracterizados como órgãos supervisores da ética profissional, com trabalho de julgar e disciplinar a classe médica, adquirindo então autonomia administrativa e financeira.

Cabe ressaltar que, apesar da obtenção de certa autonomia, o Conselho ainda manteve uma relação constante com o Estado. Santos aponta ainda que

Reduziu-se o espírito intervencionista do Estado, passando para o próprio Conselho as atribuições finais de julgamento ético da categoria, adquirindo esta o direito de compor este Conselho Nacional, devendo eleger dez membros efetivos e seus respectivos suplentes. Entre estes, nove membros são eleitos por escrutínio secreto pelos delegados regionais. O restante da diretoria é eleito pela Associação Médica Brasileira, entidade que congrega as sociedades de especialidades médicas. (Santos, 1995, p. 104).

Apesar do risco de repetição, visto que tratamos do assunto anteriormente, é importante resgatar um ponto que acreditamos ser central para o prosseguimento da contextualização: a questão do assalariamento médico no Brasil.

Como falamos anteriormente, a questão do assalariamento abriu espaço para um conflito interno na profissão médica: autonomia versus sujeição. Colocando isso em perspectiva, sem nos pretender fazer uma demonstração muito densa, é importante retornar ao trabalho de Donnangelo (2011a), que coloca a questão precisamente: há uma diversificação enorme do mercado de trabalho médico a partir dos anos 1970. A medicina, como atividade dividida entre trabalhadores liberais com suas próprias clínicas, e a estrutura médica em torno do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). A autora observa que, com um mercado bem estruturado que lançava a questão do crescimento do assalariamento e pressupondo algum nível de perda do sentido da atividade enquanto predominantemente liberal, vem junto, ao mesmo tempo, para a construção de hospitais cujos controladores seriam médicos empresários.

Essa situação de diversificação no mercado junto de possível perda de autonomia é demonstrada pela autora também em um sentido: a construção de prerrogativas contratuais que venham a mascarar a relação de assalariamento. Como a autora coloca, em muitos sentidos pode-se dizer que, a depender do nível de liberdade que a empresa possibilita ao médico, é possível mascarar o assalariamento, pressupondo apenas uma prerrogativa contratual específica. “Em outros termos, a garantia de maior individualidade, a ausência de vínculos formais, o prestígio pessoal, tenderiam a mascarar as características do assalariamento mesmo quando ele efetivamente ocorre.” (Donnangelo, 2011a, p. 142).

Enfim, as questões em relação às mudanças no mercado de trabalho colocaram, historicamente, questões para os médicos. Um bom exemplo disso é a discussão extensa feita por Gastão Campos em relação às disputas políticas internas ao movimento de médicos, focado na Associação Médica Brasileira (AMB), de modo que elenca três movimentos específicos: o *Kassabismo*, movimento de defesa da categoria que dirigia a AMB desde 1952, sob liderança de Pedro Kassab, enquanto movimento médico de caráter *conservador* que foi muito presente no movimento político médico, cujo principal foco era o “liberalismo médico”, a defesa da manutenção da autonomia médica, mesmo que, à época, já viesse ocorrendo o processo de assalariamento, que, como vimos, começava a impor questões novas à categoria (Campos, 1988, p. 51).

Em seguida, o *Movimento de Renovação Médica (REME)*, surgindo primeiro como oposição sindical, que derrotou o Kassabismo na eleição pelo comando da AMB em 1978, e que tentou pautar uma boa apreensão da realidade, no sentido de aceitação mais ou menos disfarçada da situação dos médicos assalariados e defendia algum grau de estatização da medicina. (Campos, 1988, p. 99)

E uma terceira onda política, no *Neoliberalismo*, que buscava um tipo de, que derrotou o REME em 1983 e assumiu a AMB, pautando um projeto de reforma de assistência médica “conservador”, privilegiando pequenos produtores autônomos de serviços, com uma prática orientada para defender os interesses da fração, assumindo que há uma heterogeneidade no mercado de trabalho médico e defendendo os interesses dos assalariados, de certo modo fazendo um jogo duplo em relação à autonomia, com claro foco de interesses materiais sendo possibilitados (Campos, 1988, p. 158).

Atualmente, a estrutura de assistência médica, regulamentada por lei, é pautada em uma divisão que consiste em: o empresariamento médico privado, as cooperativas médicas, além das instituições filantrópicas, e, por fim, a partir do Sistema Único de Saúde (SUS) na rede pública, o que passou a diversificar fortemente o mercado de trabalho da categoria.

Maria Helena Machado apontava que a concepção do SUS segue tendência de universalização da cobertura, já apresentada desde a unificação dos benefícios da

Previdência Social nos anos 60, do Plano de Pronta Ação dos anos 70, e das Ações Integradas de Saúde da década de 80:

Do ponto de vista gerencial, a adesão dos trabalhadores de saúde, principalmente a dos médicos, é uma questão fundamental para que as instituições de saúde possam adequar-se ao modelo de atenção integral proposta pelo SUS. O papel diretivo desempenhado pelo médico o torna um ator organizacional de suma importância nessa nova ordem, sua alienação ou seu engajamento na estrutura das instituições de saúde representa a possibilidade ou não de viabilizar esse projeto integrador. O fato é que não há notícias de se ter inventado, no mundo ocidental, um sistema de saúde, um hospital, um pronto-socorro ou um ambulatório sem a presença de médicos. Eles são, por natureza de seu trabalho e serviços, essenciais à sociedade. (MACHADO, 1997, p. 206).

Entretanto, na mesma página, a autora aponta que a falta de investimentos nas atividades de informação e desenvolvimento de recursos humanos acaba por permitir que profissionais da saúde direcionem seus interesses para fora do SUS.

Acreditamos, enfim, que respondemos ao objetivo da presente seção, que era o de caracterizar historicamente a profissão médica no Brasil, capturando alguns eixos: a consolidação da profissão, a construção de instrumentos autorregulatórios e de associações políticas, a dinâmica de heterogeneidade do mercado de trabalho médico que persiste atualmente.

O capítulo seguinte vai permitir contextualizar o momento histórico onde está situado o conflito que pretendemos analisar. Trataremos principalmente da questão da Pandemia da Covid-19 e (a falta de) esforços do Governo Federal para lidar com a pandemia, indo do descaso ao negacionismo, para em seguida realmente acabar incentivando a comportamentos nocivos em relação à pandemia, em primeira seção. Na segunda seção, trataremos da relação dos médicos com a política (especialmente os governos federais) nos anos recentes, com fins de observar, como pretendemos apontar, alguma adesão ao governo Bolsonaro por parte das entidades médicas, o que desdobrou justamente no elemento negativo colocado: o papel do CFM na Pandemia da Covid-19; e, em consequência, o conflito com médicos e médicas no país.

3 A ANATOMIA DO CONFLITO: A PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL

O presente capítulo pretende descrever o contexto com o qual estamos trabalhando. Dois pontos são essenciais a nosso ver: o trato da Pandemia da Covid-19, especialmente nas diferentes esferas governamentais, bem como a situação da categoria no período.

Apesar da importância, nosso objetivo com o presente capítulo não é - e nem poderia ser, dadas as proporções - realizar uma análise da Pandemia da Covid-19. Pretendemos apenas contextualizar de modo breve o período e os acontecimentos mais marcantes que incidiram mais fortemente sobre a profissão médica.

Como apresentamos na introdução da dissertação, em dezembro de 2019, a China alertou a Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre o surgimento de um vírus (Sars-Cov-2), inicialmente em Wuhan, na China. A partir de 2020, porém, começou uma onda de contágios ao redor do mundo, especialmente nos países europeus e nos Estados Unidos, de modo que a OMS decretou o início de Pandemia em 11 de março de 2020.

No Brasil, desde fevereiro o Ministério da Saúde vinha monitorando possíveis casos, mas é a partir de março, também, que começa o que viria a ser uma catástrofe de proporções inimagináveis, especialmente a partir de 17, data da primeira morte por Coronavírus no Brasil¹⁴.

O clima de incerteza pairava entre os profissionais de saúde no início. Mas, como pretendemos argumentar, logo se construiu uma situação, de certo modo promovida de forma dissimulada pelo Governo Federal, que envolve o descaso, o negacionismo e que acaba resultando em uma escalada sem precedentes de contaminações e mortes. É importante aqui apontar para alguns aspectos importantes que pairavam em relação à Pandemia, mais especificamente no sentido do negacionismo (especialmente o negacionismo científico).

Primeiro, há de se esclarecer o que se quer dizer com negacionismo: Ratton (2022) aponta a necessidade de diferenciar os aspectos puramente individuais e

¹⁴ Ver: <https://www.sanarmed.com/linha-do-tempo-do-coronavirus-no-brasil/>. Acesso em 15 jan. 2024.

coletivos do que se chama de negacionismo: se tratam de dois processos de ação semelhante, mas com efeitos diferentes.

No caso individual, a negação é um processo de recusa de verdades, no caso coletivo, o negacionismo se refere a realizações coletivas onde a negação se torna arma de ação com fins de ver o mundo de forma completamente diferente, pois, além da recusa da verdade, projeta-se a construção de uma verdade paralela, que se pretende superior (Ratton, 2022, p. 198), e possuem alguns elementos, segundo o autor, que são importantes de serem compreendidos, sendo eles: o negacionismo ajuda na formação de uma identidade individual a partir de adesões e recusas morais e políticas; pressupõe a incorporação de crenças no âmbito de pertencimento desses grupos; a recusa às ideias de grupos percebidos como inferiores ou rivais (p. 200).

A definição de negacionismo, segundo Kropf, se dá pelo seu caráter que é intencional e articulado, com o intuito de produzir e disseminar desinformação e dúvida na sociedade, em claro conflito com consensos já estabelecidos na comunidade científica (Kropf, 2022, p. 201). A autora, tratando especificamente do que se chama de negacionismo científico, visa não confundir esse negacionismo com o ceticismo, que é importante elemento na atividade científica. Um ponto importante é:

O negacionismo também atua a partir de espaços e discursos pretensamente científicos, mas que não são aqueles reconhecidos e chancelados no mundo acadêmico. É o caso dos *think tanks* e de publicações que não seguem os critérios de certificação da comunidade científica, como a revisão por pares. Em alguns casos, o discurso negacionista é propagado por cientistas que se valem de suas credenciais para confrontar consensos firmados em áreas do conhecimento nas quais não possuem expertise. (Kropf, 2022, p. 202).

Um ponto que devemos levantar - e que será demonstrado posteriormente -, é que há entre os negacionistas aqueles que efetivamente possuem credenciais e expertise (por meio de títulos acadêmicos e especialização médica), mas que mesmo assim aderem a esse discurso, especialmente por fins políticos e econômicos.

Apesar de não trabalhar diretamente com a chave do negacionismo, Cesarino (2022), aponta para um elemento importante em seu livro *O mundo do avesso*: a autora demonstra como as novas mídias digitais e o contínuo processo de plataformação da vida implica na construção dessas identidades coletivas,

apontadas pela autora como anti-estruturais, através de um processo de incorporação da cognição humana à esses meios de gestão algorítmica. Uma série de conteúdos, por exemplo, treinam nossa cognição, segundo a autora, para completar certas histórias de forma automática.

Assim, por exemplo, a justaposição entre um *print* anunciando a morte de alguém por ataque cardíaco e outro *print* dessa mesma pessoa mostrando o cartão de vacinação pode ser suficiente para estabelecer uma relação de causalidade entre os dois. (Cesarino, 2022, p. 223).

Segundo a autora, há, às vezes, questões envolvendo manipulação de dados para a conformação de um tipo de informação que gera esse processo cognitivo, mas, o elemento crucial está dado, de modo que se torna difícil simplesmente argumentar contra isso, pois o desmascaramento da fake news se torna inútil, no sentido de que sempre haverá uma resposta para garantir um viés de confirmação (2022, p. 223).

Enfim, além do negacionismo, outra chave conceitual importante é a da Necropolítica, do Mbembe (2018). Necropolítica, basicamente, é a expressão máxima do poder soberano para ditar sobre quem pode viver e morrer (p. 5). Não pretendemos desenvolver a noção como fizemos em relação à de negacionismo, mas é importante elencar que ela serve de base para a discussão realizada por dois autores, cuja presença é evidente especialmente na primeira seção do capítulo, Teixeira e Silva (2022). Os autores apontam como o processo de gerenciamento da pandemia pelo governo federal incidiu num específico ato - que se deriva da posição do Estado brasileiro historicamente - de decidir quem vive e quem morre.

A primeira seção tratará justamente do contexto em relação ao governo: ou melhor, como o governo federal atuou em relação ao vírus, usando de suporte o discurso negacionista e servindo de base para a atuação negacionista de sua base de apoio. A segunda seção tratará dessa base de apoio no meio médico.

3.1 BOLSONARISMO E PANDEMIA DA COVID-19: DESCASO, NEGACIONISMO E NECROPOLÍTICA

Para Pinheiro e Emery (2022, p. 21), Jair Bolsonaro, Presidente da República entre 2019 e 2022, foi o homem que trabalhou em favor do Coronavírus. Pretendemos apontar mais ou menos na mesma direção, pelo seguinte motivo: com a chegada da Pandemia no Brasil, apesar dos esforços do Ministério da Saúde, à época comandado por Mandetta, não existia de fato um plano nacional de combate à pandemia.

Uma diferença importante que tentamos colocar, em relação à análise desses autores, é entre Jair Bolsonaro e Bolsonarismo, que será bem trabalhada entre as duas seções.

Uma coisa é o movimento político mais ou menos heterogêneo chamado de “Bolsonarismo”, que, possui características que conformam diferentes segmentos da sociedade a partir de interesses aproximados (como a negação de vacinas, a defesa do tratamento precoce, a luta contra o comunismo, etc.), e outra é o ex-Presidente enquanto agente público com capacidade de atuar sobre a realidade do país.

Apesar das ações do primeiro, a tratativa em relação à adesão de setores (os médicos, aqui) ao discurso do presidente nos ajuda a acoplá-los ao Bolsonarismo, mais precisamente como uma frente de indivíduos que, utilizando do prestígio da própria profissão, geraram um fator de legitimidade para certas ações do Presidente, bem como esse deu prosseguimento a suas posições negacionistas.

Rocha, Solano e Medeiros (2022), caracterizam o bolsonarismo como um fenômeno baseado na “política de choque”, que por sua vez se refere à estratégia utilizada por grupos que se tomam como marginalizados no debate público (p. 55). A vitória eleitoral de Bolsonaro deu voz e posição a esse grupo, num tom conflituoso: apesar do pacto democrático fundado com a Constituição de 1988, e da vitória eleitoral de Bolsonaro, o bolsonarismo se apresenta como anti-sistema.

A opção pelo conflito aberto e disruptivo ficou ainda mais patente durante a crise pandêmica. Bolsonaro optou por ignorar consensos produzidos no debate público por especialistas acerca da adoção de medidas como distanciamento social e isolamento. Em suas aparições públicas, defendeu que o vírus só causaria uma “gripezinha”, criticou a “histeria” da grande mídia e o que chamou de “confinamento em massa” proposto por alguns governadores. Além disso, debochou de pessoas que contraem a doença, incentivou e frequentou aglomerações de seus apoiadores sem utilizar máscara. Polêmico, o presidente chocou amplos setores da opinião pública ao afirmar que o Brasil deveria “deixar de ser um país de maricas” e “enfrentar a pandemia de peito aberto”. (Rocha, Solano e Medeiros, 2022, p. 56).

Algo que combina com a própria trajetória do ex-presidente, segundo Nobre (2022), pois a personalidade política projetada por Bolsonaro girava em torno do militarismo e de valores morais da direita. A tônica anti-sistêmica apontada anteriormente girava em torno de ser contra “tudo o que está aí” (p. 58), o que nos dá margem para entender como abertura possível em favor de diversos negacionismos, para além da simples institucionalidade, pois não é contra as instituições que Bolsonaro supostamente atuava, mas sim contra a “perversão” delas por parte da esquerda (p. 60).

Elemento que poderia ser tratado como simples incompetência do governo, foi visto, na verdade, como descaso deliberado, como aponta o estudo “Mortes evitáveis por covid-19 no Brasil”, de Werneck et al. (2021, APUD Teixeira e Silva, 2022, p. 53): houve decisões tardias sobre controle de portos, aeroportos e fronteiras, além da priorização do funcionamento da “economia”, falta de apoio a indivíduos e empresas em situação vulnerável, falta de EPI para os profissionais da saúde, além de falta de equipamentos para lidar com pacientes em situação grave, bem como insuficiência de leitos. Para além disso, nota-se que ao invés de campanhas informativas e com viés preventivo através do distanciamento físico e social, houve um apagão de políticas do tipo.

Apesar de apontarmos para o descaso, é importante pensar na noção de descaso deliberado, pois, como apontam Teixeira e Silva (2022, p. 57), o Presidente não ficou simplesmente parado esperando o vírus se espalhar; mas, sim, passou a liderar uma estratégia que visava a propagação do vírus pelo país, entrando em choque contra a saúde pública e de tentativas de obstruir a resposta dos governadores à Pandemia. É importante notar, como apontam os autores, que, apesar disso, os governadores não tomaram ações significativas contra o Governo Federal, relegando ao Supremo Tribunal Federal (STF) as tratativas no âmbito jurídico em relação ao governo. O STF agiu principalmente no sentido de relegar aos estados e municípios autonomia relativa para o trato em relação à Pandemia, além de permitir a ação do governo federal, desde que especificamente para reforçar ações protetivas possíveis (Cavalcanti, 2022, p. 923).

Sob esta condução, o Brasil sucessivamente ultrapassou marcas negativas, tanto quanto aos casos confirmados quanto às mortes. Levou 5 meses para o país alcançar 100 mil mortes, mais 5 para as 200 mil, mas a escalada mortífera depois disso foi rápida, foram necessários apenas 76 dias para chegarmos a 300 mil, 36 dias para 400 mil, e 51 dias para 500 mil, mostrando que a queda no ritmo de mortes não foi tão significativa. A marca de 500 mil mortos foi ultrapassada em 19 de junho de 2021, com mais de 17 milhões de casos confirmados. Embora pareça que não haviam motivos para comemorar, a base “bolsonarista” tomou conta das redes sociais (Twitter, Instagram, Facebook, mas principalmente os grupos de Whatsapp), celebrando a estratégia assumida pelo Governo Federal, ignorando dados oficiais e estimativas alarmantes para trabalhar com os números e avaliações que o mandatário considerava mais convenientes. (Teixeira e Silva, 2022, p. 67).

Foi a partir dessa situação, alimentada pelo governo federal e retroalimentada pela aceitação do discurso do presidente, além de proposições fora dos ritos científicos, que Bolsonaro deu prosseguimento às suas ações em relação à Pandemia da Covid-19. Um elemento importante viria à tona: a defesa do uso de cloroquina e hidroxicloroquina contra o Coronavírus.

A primeira referência de Bolsonaro à cloroquina aconteceu em 19 de março, dois dias após a primeira morte por Coronavírus no Brasil; a partir desse dia, o então presidente passaria a defender constantemente o uso de cloroquina e hidroxicloroquina como possível política de saúde contra a Pandemia (Pinheiro e Emery, 2022, p. 26).

Desde então, o ex-presidente atuou para ampliar a disponibilidade da cloroquina, a despeito do Ministério da Saúde, que ainda estudava a efetividade da mesma. Em 20 de março, o Exército Brasileiro começou a fabricar o medicamento, comprando insumos sem licitação. O Tribunal de Contas da União (TCU) abriu investigação por conta do superfaturamento: o valor pago foi 167% superior ao de compra de insumos feita com a empresa no ano anterior. O exército afirmou começar a produzir o medicamento a pedido do Ministério da Defesa, usando a pandemia como desculpa pela dispensa de licitação (Pinheiro e Emery, 2022, pp. 34-35).

Em 28 de março, o então ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, participou de reunião com ministros no Palácio da Alvorada, onde estavam Bolsonaro, Braga Netto, Sérgio Moro, Paulo Guedes entre outros. Dois pontos eram importantes para o ex-presidente: a crítica ao fechamento do comércio e a recomendação da cloroquina como medicamento milagroso. O ministro negou ao presidente a possibilidade de

recomendação do medicamento, o que tornou o clima insustentável; Bolsonaro queria que o ministro entregasse o cargo por conta própria, e passou a atacá-lo publicamente; o ministro, então, decidiu ficar até ser demitido pelo Presidente. (Pinheiro e Emery, 2022, pp. 36-37).

Com a saída de Mandetta, Bolsonaro buscou outros meios de propagandear cloroquina e hidroxicloroquina. Primeiramente, o governo foi atrás de Denizar Vianna, que foi solicitado que recebesse Nise Yamaguchi, para tentar recomendar o medicamento. A Pinheiro e Emery, Denizar afirma que dizia a médica que não haviam evidências robustas para a aprovação, e Yamaguchi retrucava com as próprias experiências (2022, p. 48). Após isso, Denizar solicitou a própria saída, e quem assumiu o Ministério da Saúde efetivamente foi Nelson Teich, que durou menos de um mês no cargo, pois Bolsonaro queria que Teich liberasse também o medicamento, mas este recusou. Após a saída, quem assumiu o MS foi Eduardo Pazuello, que se tornou ministro interino, até ser efetivado no posto. É com Pazuello que o Governo Federal consegue a Nota Informativa n. 9, “[...] orientando a prescrição precoce de cloroquina e azitromicina a partir do primeiro dia dos sintomas de covid-19.”. Na mesma época viria a sair o Parecer n. 4/2020 do CFM (do qual falaremos posteriormente). (Pinheiro e Emery, 2022, p. 49).

Se reintroduzia no debate, com mais força agora, a questão da cloroquina. Teixeira e Silva (2022, p. 72), apontam que um dos primeiros estudos em relação ao medicamento advieram do Instituto francês IHU-Méditerranée Infection, sendo a pesquisa coordenada por Didier Raoult, teve a metodologia e as diretrizes éticas questionadas por uma microbiologista, Elisabeth Bik, pois havia incongruência nos dados. Além disso, a microbiologista apontava que: os dados apresentados não deixavam claros quais foram os resultados dos testes PCR dos pacientes; havia diferenças grandes nos grupos de controle e o grupo de pacientes de estudo; o estudo apresentava os dados de 20 pacientes, apesar de haver começado com 26, onde, dos que faltaram, três foram para UTI, um morreu e outros dois pararam de tomar a cloroquina; um dos autores do estudo era editor-chefe do periódico onde se havia publicado; o processo de revisão por pares durou apenas 24 horas. Posteriormente, Raoult viria reconhecer erros no trabalho. (p. 73).

Outro estudo apontado pelos autores foi divulgado no mercado de tecnologia, a partir de Gregory Rigano, que havia dito que a pesquisa foi feita com a Escola de

Medicina da Universidade de Stanford, que negou posteriormente o envolvimento. (Teixeira e Silva, 2022, p. 74).

No Brasil, como dissemos anteriormente, o presidente começou a propagandear a cloroquina. Teixeira e Silva apontam que:

E ao testar positivo para a Covid-19, Bolsonaro passou de garoto propaganda à cobaia, tomando hidroxicloroquina num vídeo que publicou no seu perfil oficial na rede social Facebook em 07 de julho de 2020. Segundo contava, era sua terceira dose, apresentando melhora desde os primeiros sintomas, o medicamento estaria evitando que desenvolvesse sintomas graves da doença. (2022, p. 75).

Um ponto importante que merece ser levantado, pressupondo um descaso deliberado, é o que Teixeira e Silva (2022, p. 102) apontam em relação à situação do governo federal: não se deve pensar apenas em omissão, negacionismo ou simples descaso, mas sim numa estratégia deliberada cujo fim era a imunidade de rebanho. Para os autores, não devemos nos ater aos atos em si para identificar quais possíveis crimes contra a saúde foram cometidos pelo governo.

O caso de Manaus, capital do Amazonas, é exemplar: no final de 2020, na chamada segunda onda da covid-19, o governador Wilson Lima, apoiador do ex-presidente Bolsonaro, chegou a publicar um decreto (nº 42.234, em 23 de dezembro de 2020) estabelecendo medidas de isolamento social e certas restrições. Teixeira e Silva apontam, porém, que no que tange “estabelecimentos essenciais”, eram considerados: serviços de transporte de passageiros, incluindo motoristas de aplicativo e táxis; atividades do setor industrial; atendimento presencial médico, odontológico e fisioterápico, comércio de artigos médicos e ortopédicos; clínicas veterinárias; petshops e estabelecimentos de alimentos para animais; feiras e mercados públicos, respeitando o limite de 50% da capacidade; estabelecimentos que comercializam alimentos, gás e bebidas; postos de combustíveis; bancos e outros estabelecimentos de cunho de crédito; lavanderias, prestadores de serviços de manutenção de redes elétrica e água; serviços de cartório; óticas; floriculturas; assistência técnica de eletrônicos; shopping centers; hotéis; eventos esportivos profissionais, sem presença de público. Outro decreto estadual (nº 42.277, de 12 de janeiro de 2021), ainda ampliava as atividades essenciais, agora contando com:

academias; obras e serviços de engenharia; prestadores de serviços autônomos; realização de eventos drive-in; apresentações artísticas, desde que transmitidas pela internet; empresas de segurança privada. (2022, pp. 193-195).

Mesmo com essa lista enorme de atividades essenciais, o governador ainda foi criticado por empresários e por apoiadores do ex-presidente. Em breve período posterior ao decreto mencionado anteriormente, começam os novos picos de contaminação e morte na cidade, acarretando em superlotação de unidades de tratamento intensivo (UTI), além de uma crise de abastecimento de oxigênio para os hospitais que atendiam os enfermos.

Teixeira e Silva apontam que, antes da pandemia, o consumo diário de oxigênio medicinal era de cerca de 14.000 metros cúbicos; enquanto a capacidade da única fabricante do produto, White Martins, era de 25.000 metros cúbicos diariamente. Com os novos casos, os autores apontam ainda que a demanda por oxigênio chegou a 76.500 metros cúbicos por dia, e a empresa tentou trazer a produção de filiais em outros estados. O Ministério da Saúde foi notificado sobre a escassez de oxigênio que viria, e os aviões da Força Aérea Brasileira (FAB) começaram a transportar cilindros para o estado. (2022, p. 197).

Entre 11 e 13 de janeiro, Pazuello foi a Manaus, mas não para monitorar a crise, e sim para promover o tratamento precoce contra a covid-19, com o “kit covid”. Pazuello admitiu a crise de oxigênio, mas de imediato não parece ter ido com o propósito de resolução.

Antes de sua ida, Pazuello havia enviado Mayra Pinheiro, Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), conhecida como Capitã Cloroquina. Pinheiro e Emery apontam que, após 24 horas de sua chegada em Manaus, a médica já apontava que a crise que se desenrolava era decorrente da falta do uso de cloroquina (2022, p. 207), e esse apontamento foi reforçado pelo próprio Ministério da Saúde posteriormente, apontando para a falta de “intervenção precoce” na ação contra a Covid-19. (p. 208).

Por intervenção precoce, pode-se entender uma modificação básica da noção de tratamento precoce, pressupondo as polêmicas envolvendo a questão. Mayra Pinheiro ficou mais tempo em Manaus, promovendo o chamado kit covid.

Pinheiro e Emery apontam ainda para o fato de que o Ministério da Saúde fez outro experimento na cidade, lançando, em 19 de janeiro de 2021, o aplicativo TrateCOV. Os autores apontam que, ao inserir dados como idade, sintomas e gênero, o paciente viria a receber uma prescrição genérica de kit covid, ressaltando o fato de que se recomendava até para bebês e gestantes. O aplicativo foi, porém, criticado fortemente e retirado do ar. (2022, p. 212).

Para finalizar esse ponto, Pinheiro e Emery apontam, ainda, para outro acontecimento: em abril de 2021, foi descoberto que os amazonenses foram cobaias em fevereiro, quando cinco pacientes haviam morrido após inalarem cloroquina, através do método desenvolvido por Vladimir Zelenko; a médica que realizou o procedimento foi Michelle Chechter, de São Paulo. o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), porém, afirmou apenas que não investiga infrações fora do Estado. (2022, p. 215).

Enfim, para além da cloroquina, o ex-presidente tinha por foco de combate as restrições de atividades econômicas, por meio de uma via de mão dupla: de um lado, culpava os governadores dos estados que tentavam restringir a circulação do vírus (Pinheiro e Emery, 2022, p. 37), de outro, apontava que poderia ocorrer uma crise perigosa, acarretada pela possível perda de empregos supostamente decorridos de lockdown (p. 31).

Cabe notar que o mercado de trabalho já passava por um processo de deterioração no Brasil, pois, como apontou Bridi (2020, APUD Cavalcanti, 2022), as taxas de desocupação no país foram de 12% no segundo trimestre de 2019 para 13,3% no segundo semestre de 2020, além de que a subutilização da força de trabalho no país teve um salto de 24,8% para 29,1% no mesmo período, isso sem contar o aumento da situação de informalidade que vinha ocorrendo.

Com a situação do desemprego crescente, o governo federal atuou através da publicação de duas Medidas Provisórias: MP 927/2020 e MP 936/2020 (Convertidas posteriormente na Lei n. 14.020/2020). A primeira visava a liberação de trabalho remoto, antecipação de férias individuais, coletivas e feriados; a segunda, convertida em lei, permitiu (art. 5) a redução da jornada de trabalho com redução proporcional de salários e suspensão temporária de contratos de trabalho, custeados pelo Benefício Emergencial de Preservação do Emprego e da Renda (BEM). Outra medida aprovada

e fortemente debatida no Congresso foi o Auxílio Emergencial (Lei n. 13.982/2020), onde, no art 2, foram previstas três parcelas de R\$600,00 para pessoas em situação de vulnerabilidade (o § 3º garantiu o dobro do valor em casos de mulheres provedoras em família monoparental). (Cavalcanti, 2022, p. 924).

É importante observar essas ações mais como medidas advindas de pressão externa do que elemento de agência direta do governo. O auxílio emergencial é um exemplo: a proposta do Governo Federal para o valor do auxílio era de R\$ 200,00, e o congresso, especialmente a oposição, buscaram aumentar para R\$ 500,00, e vendo a aprovação do possível aumento, o Governo quis dar a palavra final, escolhendo os R\$ 600,00.

Para finalizar a seção, queremos entrar em dois pontos que acabam se ligando, mas que não são alvo prioritário deste trabalho: a campanha contra as vacinas, protagonizada pelo ex-presidente, e o indiciamento na CPI da Covid.

Bolsonaro atuou diversas vezes contra as vacinas contra a Covid-19, munido de informações falsas advindas de apoiadores. Em primeiro lugar, discursou contra a obrigatoriedade da vacinação, com o pressuposto da liberdade irrestrita (Teixeira e Silva, 2022, p. 83), e recomendada pela Secretaria de Comunicação do Governo Federal (Secom). Ao mesmo tempo, veio a criticar o governador de São Paulo à época, João Dória (PSDB), e desautorizou o governo federal a comprar 46 milhões de doses da vacina Coronavac, desenvolvida em parceria entre a chinesa Sinovac e o Instituto Butantan (p. 84), especialmente em tons críticos contra a China e a “ameaça do comunismo”. Além disso, o ex-presidente comemorou a morte de um voluntário que faleceu em período após tomar a vacina, o que acabou interrompendo os testes com a Coronavac. É importante ressaltar que, em pouco tempo, descobriu-se que o paciente faleceu de causas sem ligação alguma com a vacina (p. 85).

Se em outros tempos, ao enfrentar ameaças como a paralisia infantil e a H1N1, o MS encampou uma extensa campanha de vacinação, com materiais explicativos e anúncios publicitários vinculados nos grandes veículos de comunicação nacional, agora, diante da maior pandemia dos últimos cem anos, o Presidente da República sequer cogitou a iniciativa. (Teixeira e Silva, 2022, p. 86).

O ex-presidente ajudou a consolidar um já crescente movimento antivacina - que se confundia, de certo, com defensores do chamado “tratamento precoce” e conformam-se dentro do que Cesarino (2022) aponta como o movimento anti-estrutural específico associado ao Bolsonarismo. Cabe notar que a atuação do governo federal foi na contramão de diversos países, dado que o próprio presidente à época era um defensor da chamada “imunidade de rebanho”; enquanto, num período pré-vacina, procederam em relação à pandemia com a prática de vigilância epidemiológica, onde identificavam novos casos através de clínica e testagem, rastreando o vírus através dos comunicantes e dos familiares, escolas e locais de trabalho, para além de outros cuidados preventivos como tratamos anteriormente (máscaras e outros EPI) (Campos, 2020, p. 3).

Além disso, houve um embate entre o ex-presidente e o STF, onde o último aprovou sanções contra os que não tomassem a vacina contra a Covid-19, no final de 2020. De todo modo, na mesma época, ocorriam os trâmites para comprar antecipadamente a vacina que vinha se desenvolvendo através da farmacêutica Pfizer, mas o ex-presidente recusou-se diversas vezes a comprar os imunizantes, pois se recusava a assinar o termo de responsabilidade para a isenção da fabricante de penalização civil por qualquer efeito adverso grave decorrente da vacina. A empresa decidiu, então, só realizar acordo quando passasse pelos critérios da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e os imunizantes foram comprados a partir de fevereiro de 2021, dois meses após as primeiras tratativas, o que atrasou a campanha de vacinação no país. (Teixeira e Silva, 2022, p. 87).

Encerramos essa seção apontando para o fato de ter existido um movimento político de enfrentamento aos problemas relativos à Pandemia, a partir da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que avaliou a atuação do governo federal (bem como de outros agentes) em torno da pandemia da covid-19. Foi por meio da CPI que muitos fatos vieram à tona para a população, especialmente no que se refere ao atraso na compra de vacinas por parte do governo federal, bem como da existência de um gabinete paralelo no Ministério da Saúde.

O relatório final da CPI aponta claramente em relação ao ex-presidente Bolsonaro:

Visando ao atingimento da imunidade de rebanho pela contaminação, o governo federal, em particular o presidente Jair Messias Bolsonaro, com o uso da máquina pública, de maneira frequente e reiterada, estimulou a população brasileira a seguir normalmente com sua rotina, sem alertar para as cautelas necessárias, apesar de toda a informação disponível apontando o alto risco dessa estratégia. A ênfase do governo foi em proteger e preservar a economia, bem como em incentivar a manutenção das atividades comerciais, inclusive, com propaganda oficial apregoando que o Brasil não poderia parar. (SENADO FEDERAL, 2021, p. 1272).

O relatório recomendou a indicição de Bolsonaro pelos crimes de: prevaricação, charlatanismo, epidemia com resultado de morte, infração a medidas sanitárias preventivas, emprego irregular de verba pública, incitação ao crime, falsificação de documentos particulares, crime de responsabilidade relativo à violação de direito social e incompatibilidade com dignidade, honra e decoro do cargo de Presidente da República além de crimes contra a humanidade relativos à extermínio, perseguição e outros atos desumanos. Além do ex-presidente, uma série de indivíduos também foram indiciados, como: Eduardo Pazuello (ex-ministro da saúde), Marcelo Queiroga (sucessor de Pazuello como ministro da saúde), dentre outros ministros. Para além dos que estavam ligados ao governo federal diretamente, houve uma lista grande de indiciados, mas, aqui, cabem mencionar os integrantes do chamado “gabinete paralelo”, especialmente Nise Yamaguchi, Luciano Dias Azevedo, médicos, e Paolo Zanutto que, apesar de não ser médico exerceu grande influência, como informa a Agência Senado em resumo do relatório da CPI da Covid-19¹⁵.

A seção seguinte tratará brevemente das mudanças recentes em relação à medicina e a ordem política brasileira, especialmente nos últimos anos. Três pontos merecem destaque: um rompimento de relações cordiais entre instituições médicas (AMB e CFM mais especificamente) e o governo Dilma Rousseff (2011-2016). Posteriormente, aspectos específicos envolvendo a escalada negacionista no meio médico, que envolve o chamado “tratamento precoce” até o movimento anti-vacina, para, enfim, como meio de finalizar a seção e iniciar a análise dos dados coletados nos próximos dois capítulos, tratarmos do Conselho Federal de Medicina. Buscamos, a seguir, focar, ancorados em uma literatura específica, em como houve uma guinada à direita por parte das associações médicas, bem como isso incidiu em uma

¹⁵ Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/10/20/cpi-da-pandemia-principais-pontos-do-relatorio>. Acesso em: 15 jan. 2024.

radicalização específica de parte da categoria, o que nos leva a associar esse caminho à direita como fator relevante à onda negacionista que atingiu a medicina.

3.2 PROFISSÃO MÉDICA E POLÍTICA NO BRASIL RECENTE: DO ROMPIMENTO COM O GOVERNO DILMA À ADESÃO AO BOLSONARISMO

Nessa seção, pretendemos dar continuidade à problematização realizada anteriormente em torno da agência relativa ao combate à pandemia da covid-19. A diferença aqui é que focaremos nos médicos e em suas instituições (incluímos a AMB, mas tratamos com maior ênfase do CFM). A hipótese que move essa seção – e que servirá de suporta para a análise dos dados posteriormente – é a ligação de parte da institucionalidade médica com a extrema-direita, gerando a priorização de fatores políticos sobre elementos técnicos, como item de legitimidade da atuação negacionista, que incide na contradição dos elementos que regem a profissão médica no país.

Por isso, iniciaremos a discussão a partir do rompimento das entidades médicas com a ex-presidenta Dilma Rousseff, que girava em torno principalmente do Programa Mais Médicos (PMM) e a questão da revalidação de diploma de médicos vindos do exterior, e de como a escalada desse antagonismo impulsionou as entidades para a direita política no Brasil.

O Brasil passava, durante as últimas décadas, por mudanças profundas em torno de política, especialmente em relação à política econômica: (Oliveira, 2016, p. 59) aponta para o fato de que, a partir do Governo Lula (2003-2010), começaram a ocorrer mudanças na condução política e econômica do país, com ênfase em políticas de inclusão social e redistribuição de renda. Os governos seguintes, até 2016, foram marcados pela continuidade dessas políticas, especialmente no que tange investimentos em infraestrutura no país, especialmente a partir do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), lançado em 2007.

Em relação ao que estamos trabalhando aqui, um ponto chave dessas mudanças sociais foi estabelecido com a tentativa de ampliação da assistência à

saúde no país, a partir do Programa Mais Médicos (PMM) lançado durante o governo de Dilma Rousseff (2011-2016).

O PMM foi um programa instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, com a finalidade de reduzir as disparidades regionais na saúde, buscando ampliar o acesso à assistência médica pelo país. Rios e Teixeira, em um trabalho de mapeamento da produção científica em relação ao programa, apontam os aspectos mais importantes desse. Os autores observaram que o impacto mais importante se deu sobre o provimento e fixação de médicos pelo país, garantindo 14.000 novos postos de trabalho para médicos distribuídos por milhares de localidades, apontando ainda que as dificuldades enfrentadas se deram em torno dos problemas de infraestrutura que já afetam as unidades de saúde do país (Rios e Teixeira, 2018, p. 801).

Silva et al. (2018) mostram como o PMM foi objeto de polêmica, principalmente por conta do antagonismo gerado pelas entidades médicas. A Federação Nacional dos Médicos, o CFM e a AMB iniciaram protestos contra o PMM (p. 494), e os argumentos giravam em torno principalmente de que não havia, para as entidades, falta de médicos no país, e sim problemas graves em infraestrutura da rede de saúde pública que acabava por não incentivar profissionais a irem às localidades que se pretendia cobrir. Outro ponto a se cobrir é a insistência das entidades médicas sobre a aplicação do “Revalida”, que é um exame de revalidação de diploma médico no país, para médicos estrangeiros (p. 495).

Gomes e Merhy (2017, p. 1107) apontam também como desde antes do lançamento do programa, já se notava uma situação de antagonismo por parte das entidades médicas, pois estas já se posicionaram contra revalidações de diplomas, contra ampliações de vagas de ensino de graduação de medicina, dentre outras pautas que entravam em choque com a necessidade imediata colocada pelo governo federal à época. “Consideramos que o motivo central dessa reação foi a tentativa de o governo interferir na autorregulação da categoria médica, com potencial impacto na definição do mercado de trabalho dos médicos”, apontam os autores (p. 1108).

Entre os principais pontos de conflito, destacam-se: a questão dos médicos cubanos, a judicialização constante da disputa e a tentativa de desgastar o Programa. A crítica aos médicos cubanos assumiu uma feição perigosa e uma xenofobia mais ou

menos disfarçada por parte das entidades médicas, pois, de um lado, preocupavam-se com o bem-estar dos médicos cubanos, que supostamente seriam escravos do governo cubano e teriam cerceados seus direitos básicos; de outro lado, questionavam as capacidades desses médicos em relação ao ensino médico proporcionado no Brasil. De todo modo, o PMM foi lançado e contou com certo apoio da população, fazendo com que as entidades médicas culpassem o governo e sua estratégia de marketing em relação ao programa (Gomes e Merhy, 2017, p. 1109).

Dias, Lima e Lobo (2021), apontaram logo o fato de que, durante a polêmica envolvendo o PMM, as entidades médicas assumiram uma forte feição corporativista em tom unificado (p. 94). Houve uma grande articulação de protestos, derivados do fato de que as entidades médicas perderam seu prestígio com as derrotas frente ao PMM. Ainda em 2013, para além da já existente Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem), surge a Associação dos Estudantes de Medicina do Brasil (Aemed-BR), que tentou assumir a representação estudantil, construindo uma frente de luta contra o programa. Para além disso, surgiu, também em 2013, a Ordem dos Médicos do Brasil (OMB), como outra frente de luta, num contexto de ameaça de greves.

A luta contra o PMM passou a compor uma agenda de oposição ao governo Dilma e a orientar um conjunto mais amplo de críticas às ações que envolviam a política de saúde e iniciativas estratégicas dos governos do Partido dos Trabalhadores, como o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Deu-se destaque a problemas na gestão dos recursos públicos, fortalecendo uma associação com movimentos ligados à Operação Lava Jato, deflagrada em março de 2014, e as medidas anticorrupção defendidas pelo Ministério Público Federal. (Dias, Lima e Lobo, 2021, pp. 95-96).

Em 2014, levando em conta o período eleitoral, enquanto a presidenta Dilma concorria à reeleição, buscando colocar em evidência a continuidade do PMM, as entidades médicas declararam apoio à candidatos de oposição, e uma associação cada vez maior aos partidos de direita. Os autores apontam ainda que:

A orientação política conservadora se confirmou majoritária na medicina brasileira também nesse período, sustentando um alinhamento ao antipetismo, bastante explorado nos posicionamentos dos grupos e

entidades da corporação. Vale lembrar, por exemplo, que a AMB pediu a inabilitação da ex-presidente Dilma no Supremo Tribunal Federal, já que o Senado havia preservado seus direitos políticos ao votar o *impeachment*. (Dias, Lima e Lobo, 2021, p. 96).

Essa posição não se deu sem um conflito, pois, em 2016, surge no Ceará o coletivo Médicas e Médicos pela Democracia, questionando e criticando os posicionamentos das entidades médicas nacionais, bem como do Sindicato dos Médicos do Ceará em relação ao PMM; além disso, consolidou-se o mesmo movimento na Bahia, de modo que, em 2019, surge a Associação Brasileira de Médicas e Médicos pela Democracia (ABMMD). De todo modo, com o afastamento da presidenta em 2016, as entidades médicas apontaram o fim de uma interferência ideológica na medicina. A partir do Governo Temer, as entidades médicas retomam suas ligações com o Ministério da Saúde. Apontam Dias, Lima e Lobo:

O diálogo favorável possibilitou o acolhimento a pleitos como a suspensão pelo Ministério da Educação da abertura de novos cursos de medicina por cinco anos; certo compromisso governamental de priorização dos médicos brasileiros no PMM; e articulações da Frente Parlamentar de Defesa da Medicina, lançada em 2017, com o apoio do então deputado Luiz Henrique Mandetta. (Dias, Lima e Lobo, 2021, p. 97).

Com o desgaste da esquerda a partir do afastamento de Dilma, e com a prisão do ex-presidente Lula, as entidades médicas apoiaram a campanha de Bolsonaro, garantindo posições decisórias importantes em seu governo a partir de 2019. Mandetta se tornou o Ministro da Saúde, como vimos anteriormente, e indicou Mayra Pinheiro, do Sindicato dos Médicos do Ceará, para a SGTES, como vimos na seção anterior.

Levando em conta a escalada na associação entre as entidades médicas e o ex-presidente Bolsonaro, podemos pressupor a construção homóloga de um movimento de adesão de médicos e médicas (ancorados em suas entidades) ao bolsonarismo. Cesarino aponta para o fato de que houve, no caso da pandemia, uma escalada em torno do que já ocorria com a construção de um grupo anti-estrutural como o bolsonarismo: a ligação entre um tipo de atuação específica com fins políticos

e econômicos, o que, de certo, alavancou médicos que já possuíam interesses escusos em sua prática. Como aponta a autora:

Como a militância do bolsonarismo político, esse movimento vicejou no colapso de contextos entre ativismo político e empreendedorismo propiciado pela digitalização. Houve algum apoio indireto de recursos públicos, como na distribuição de kits covid por prefeituras nas eleições de 2020 e no “gabinete paralelo” desvelado pela CPI da covid-19. Mas no geral, tudo se passou como na campanha de 2018: empresários (em alguns casos os mesmos, como Luciano Hang e Carlos Wizard), médicos, influenciadores, políticos, jornalistas e pacientes convertidos em apóstolos do tratamento precoce, faziam ativismo gerando capital humano e financeiro para si. Telemedicina, consultas, tratamentos experimentais, cursos, *lives*, canais - todos os envolvidos souberam fazer da crise oportunidade durante a pandemia. (Cesarino, 2022, p. 260).

Discutimos na seção anterior a relação entre o Governo Bolsonaro e a pandemia da covid-19. Buscamos, então, aprofundar um pouco mais a situação dos médicos, então, para evitar repetição exagerada, buscamos ser mais diretos em relação ao papel dos médicos (e entidades) na crise pandêmica em ligação com o governo federal¹⁶.

Um grupo que deve ser colocado em destaque aqui é o do chamado “gabinete paralelo” do Ministério da Saúde. O grupo, revelado pela CPI da covid-19, orientava algumas das ações do ex-presidente durante a pandemia, e, segundo Teixeira e Silva (2022, p. 95), possuíam maior poder de decisão sobre questões relacionadas à Covid-19 que o ministro.

Formado por militares, médicos, empresários e políticos, o grupo teria se reunido com Bolsonaro ao menos 27 vezes para traçar estratégias de comunicação e planos de ação, além de intervir em procedimentos que seriam estritamente técnicos, como na tentativa de mudar a bula da cloroquina para que recomendasse sua utilização contra a Covid-19. Uma das principais funções do “gabinete” seria dar embasamento “científico” para

¹⁶ Uma explicação mais detalhada de alguns elementos importantes é encontrada em matéria de Bernardo Esteves, na Piauí, intitulada “Jalecos em Guerra”, que serviu de inspiração para o título da presente dissertação. Decidimos tomar outro substantivo, “combate”, para expressar a existência de um conflito, sim, mas sem o tipo de entonação fatalista que guerra pode ter, afinal, levando em consideração a correlação de forças entre o CFM, que é a autarquia de representação dos médicos, e estes médicos, que dependem do cadastro no conselho para atuar, obviamente não se pode falar em uma guerra; houve, sim, movimentações públicas de médicos contra o conselho, como mostraremos abaixo, mas não deduzimos dessas movimentações nenhuma ação efetiva por parte da categoria. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/jalecos-em-guerra/>. Acesso em: 15 jan. 2024.

as mentiras propagadas indiscriminadamente pelo governo, alimentando o discurso oficial com estatísticas e estudos de fontes não reconhecidas entre a comunidade acadêmica, que justificaram as posições negacionistas de Bolsonaro até no que se refere aos efeitos colaterais das vacinas. (Teixeira e Silva, 2022, p. 95).

Entre os membros do chamado “gabinete paralelo” do Ministério da Saúde, estavam Nise Yamaguchi (de quem falaremos posteriormente) e Paolo Zanotto, biólogo virologista. É importante levar em conta que o posicionamento desses, apesar de sua projeção, não era caso isolado: já havia no país um grupo articulando contra o uso de vacinas e em favor do chamado “tratamento precoce”, especialmente no que tange cloroquina e hidroxiclороquina: falamos aqui do movimento Médicos Pela Vida (MPV), grupo de origem pernambucana, presidido pelo oftalmologista Antonio Jordão (Pinheiro e Emery, 2022, p. 68).

Ferrari et al. (2022) realizaram uma ampla análise de perfil dos profissionais que respaldam o Médicos Pela Vida, apontando que suas manifestações entravam em contradição com orientações institucionais e de especialistas emitidas por organizações de relevância no cenário científico nacional, de modo que os principais temas levantados por eles incidiam em torno de: tratamento precoce; vacinação; politização e judicialização do debate sobre a Pandemia da Covid-19, de modo que estes atacavam uma “ideologia da pandemia” que era caracterizada justamente pelas medidas recomendadas por instituições de prestígio, como máscaras, isolamento e lockdown, além de vacinação; eles exigiam, ainda, alteração em leis com a finalidade de tentar proteger postagens em redes sociais favoráveis ao tratamento precoce. (p. 4215).

Realizando um levantamento com a finalidade de perfilar os Médicos Pela Vida, Ferrari et. al. (2022, p. 4217) apontam para uma grande incidência de indivíduos com pouca ou nenhuma titulação acadêmica (dos médicos com currículo lattes cadastrado na plataforma, em torno de 40% dos profissionais, somente um a cada quatro possui mestrado, e um a cada dez doutorado).

Um ponto importante que merece ser debatido é o tratamento que Ferrari et. al. (2022, p. 4218) dão às especialidades médicas comuns entre o MPV, de modo que duas especializações aparecem com mais destaque: a homeopatia e a acupuntura.

Essas duas especialidades, reconhecidas pelo CFM, são item de polêmica no meio médico por conta da falta de evidências científicas em torno de seus procedimentos terapêuticos (discutimos essa questão no capítulo dois do trabalho, sem entrar em detalhes dos tipos de atividade tomadas como “charlatanismo”). Acreditamos, porém, que para uma boa captura do movimento dos médicos negacionistas, precisamos enxergar além do debate dual realizado na medicina em torno de uma medicina científica contra uma medicina não científica. O que acreditamos merecer destaque no perfil dos MPV é menos a incidência de médicos dentro dessa especialidade, e mais o fato de que há uma incidência grande de profissionais de diversas especialidades (com respaldo científico): aparecem (Ferrari et al. 2022, p. 4219) especialistas em clínica médica, endocrinologia, dermatologia, cardiologia, pediatria, cirurgia geral, medicina do trânsito, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, medicina de família e comunidade, pneumologia, urologia, medicina do trabalho, otorrinolaringologia, gastroenterologia, radiologia e diagnóstico por imagem, ginecologia e obstetrícia, nutrologia, neurocirurgia e psiquiatria.

Podemos construir uma pergunta (que não pretendemos responder aqui): o que leva profissionais da medicina, com especialidades caracterizadas por uma incidência grande de evidências científicas, a subscreverem um movimento que busca efetivamente a possibilidade de agência fora dos ritos científicos normais? Acreditamos que a leitura da questão dos MPV deve levar a questões desse tipo. Cesarino tem uma chave interessante para interpretar a questão dos médicos pela vida, na citação abaixo:

Assim como Bolsonaro corre por fora do jogo da democracia liberal parasitando suas fragilidades, os públicos do tratamento precoce correram por fora dos procedimentos da ciência normal, vicejando no estado de exceção científico aberto pela pandemia. Ancorado na máquina de ressonância das novas mídias, o tratamento precoce pode ser visto como uma transformação do bolsonarismo num registro pandêmico. Sua notável eficácia diz respeito menos a seu conteúdo particular - ao remédio x ou y - do que ao enquadramento alternativo que esse movimento propôs para o combate à pandemia como um todo. (Cesarino, 2022, p. 246).

Um dos membros do Gabinete Paralelo do Ministério da Saúde, o virologista Paolo Zanutto, da USP, deu uma entrevista ao site Brasil Sem Medo, afirmando que a cloroquina seria o remédio para vencer a epidemia, apontando para as ações do

convênio de saúde paulistano focado na terceira idade, a Prevent Senior. O protocolo da rede era o seguinte: um saco plástico que continha hidroxicloroquina, azitromicina, vitamina D, zinco e outros suplementos, distribuídos para os com suspeita de Covid, sem qualquer confirmação de diagnóstico nem amparo de evidências científicas para isso (Pinheiro e Emery, 2022, pp. 38-39).

Outro experimento famoso testado impunemente pela Prevent foi o uso de ozonioterapia retal. No controverso método, o gás ozônio é introduzido no ânus para tratar de feridas a doenças autoimunes (sem evidências confiáveis sobre sua utilidade). A prática é proibida pelo Conselho Federal de Medicina fora do contexto experimental e pode ser perigosa - foi banida nos Estados Unidos por causar problemas no sistema nervoso central e no coração. (Pinheiro e Emery, 2022, p. 190).

Um caso a ser mencionado é o do médico toxicologista Anthony Wong, que também era favorável ao chamado tratamento precoce. Wong foi internado em unidade da Prevent Senior em 17 de novembro de 2020, e foi tratado com: hidroxicloroquina, ivermectina, azitromicina, heparina inalatória e sessões de ozonioterapia. Ele veio a óbito em 15 de janeiro de 2021, e a causa de sua morte ficou oculta, mas Pinheiro e Emery apuraram e apontam que ele faleceu por complicações da Covid-19. (2022, p. 190).

Outra pessoa chave no que se refere à divulgação de medicamentos ineficazes, é Nise Yamaguchi, médica oncologista. Yamaguchi, que já tinha projeção nacional, ganhou ainda mais depois que começou a defender publicamente o uso do tratamento precoce, e, segundo Pinheiro e Emery (2022, p. 41), impulsionou, através dos dados (comprovadamente fraudados e desmentidos, posteriormente) do uso do tratamento na rede da Prevent Senior. Cabe mencionar, como apurado pelos autores, que o ex-ministro Mandetta tentou convencer a médica a conduzir uma pesquisa, com protocolos rígidos, para comprovação de eficácia dos medicamentos defendidos, no que Yamaguchi recusou (p. 47). Trataremos mais das posições da médica, porém, na análise dos dados em capítulo posterior.

Recapitulamos o capítulo aqui na seguinte medida: com o objetivo de explorar o contexto no qual está inserido nosso problema de pesquisa, recapitulamos elementos importantes em relação à Pandemia da Covid-19 no Brasil. Levamos em

conta as seguintes questões: o negacionismo científico, que, impulsionado pelo presidente da república à época, ampliou problemas estruturais do país, fazendo da pandemia, estado de calamidade pública, no sentido de que foi colocada em curso uma atuação política que, se não ocasionou diretamente, acabou acarretando em mortes; além da própria atuação do governo, médicos e médicas começaram a atuar abertamente, em ligação direta com o governo, ou ao menos em alinhamento ideológico o suficiente para um posicionamento também contraditório.

Normalmente, as normas de autorregulação de uma profissão tão prestigiada como a medicina, bem como seu instrumento de autorregulação por excelência (o CFM), seriam um freio para posicionamentos do tipo, quando não um impeditivo, visto que a instituição pode retirar o direito de atuação do médico. Evitamos falar muito do CFM nesta seção, pois trataremos especificamente do conselho no capítulo seguinte.

4 A ATUAÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA NA PANDEMIA DA COVID-19

O presente capítulo tratará da atuação do CFM na Pandemia da Covid-19. A primeiro momento, faremos uma descrição breve de alguns fatores importantes a serem mencionados, levando em consideração a literatura que utilizamos até então.

O CFM foi ponto de discussão em diversas partes do presente trabalho, especialmente pelo fato dado de que houve movimentação da entidade em relação ao trabalho médico na Pandemia da Covid-19. Pinheiro e Emery (2022) apontam que há uma ambiguidade de posições: enquanto desresponsabiliza o médico pela prescrição de medicamentos ineficazes sem necessariamente indicar o uso dos medicamentos abertamente, por outro, de forma implícita, o órgão e seus representantes por diversas vezes deixou subentendida a defesa de medicamentos como a cloroquina. De todo modo, é possível notar, já de início (como veremos a seguir), que o posicionamento do CFM (e de seu presidente), apresenta alguns elementos contraditórios que merecem ser explorados com mais cautela.

Neste capítulo, pretendemos abordar a atuação do CFM na Pandemia da Covid-19, enquanto instituição central para a atuação dos médicos no país. O CFM é o órgão responsável pela autorregulação da profissão; para exercer a profissão médica no Brasil, é preciso ser registrado em conselho. Além disso, atua resguardando o código de ética médica, que preza pela excelência e defesa da profissão.

Dado que nosso objetivo é analisar o conflito entre médicos e médicas em torno de uma divergência, será central, antes de apresentar as questões referentes ao conselho diretamente, iniciar por um ponto específico: uma descrição dos elementos fundamentais do código de ética médica que dizem respeito aos elementos contraditórios levantados em relação à Pandemia: temas como publicidade médica, necessidade de evidências científicas, proteção ao paciente e autonomia médica.

Realizamos essa descrição analítica pois, somada ao que apresentamos nos dois capítulos anteriores, acaba por nos ajudar a apontar as questões que se seguirão nas outras duas seções: o posicionamento do CFM e de seu presidente em relação à Pandemia, ciência e autonomia médica (contamos aqui com publicações em revistas

e jornais digitais, bem como com as postagens do CFM no Twitter), e documentos institucionais elaborados pelo conselho em relação à Pandemia, nas seções dois e três, respectivamente.

Buscamos, com essa frente tripla, três considerações significativas. Primeiro: a clareza do código de ética em relação ao ato médico no Brasil como referência ao processo de autorregulação médica, que é o elemento central do CFM; buscamos observar em segundo lugar, como o discurso de Mauro Ribeiro e do CFM estão permeados por alguns fatores de contradição na profissão médica que observamos durante os capítulos dois e três do presente trabalho; em terceiro lugar, como os documentos apresentam algum nível de contradição interna em relação à Pandemia da Covid-19, o que expõe, argumentamos, uma ambiguidade com a qual o conselho tratou questões importantes durante o período, possibilitando a abertura de novas perguntas para o futuro, bem como a ponte para o capítulo final da dissertação, onde analisaremos as posições de médicos e médicas.

4.1 O QUE DIZ O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA?

Dado o foco do presente capítulo, é importante fazer uma pergunta: por que começar um capítulo sobre a atuação do CFM com uma descrição do código de ética médica? Acreditamos que a presente seção é apropriada, levando em consideração o referencial teórico e a contextualização que fizemos nos dois capítulos anteriores. Essa descrição serve também para fixar objetivamente o conjunto de normas a serem seguidas pelos profissionais.

A descrição do código de ética em seus elementos mais importantes nos ajuda a entender o que é pressuposto da medicina no Brasil. Não faremos uma descrição geral de todos os pontos do código, alguns capítulos, artigos e parágrafos do código receberão uma atenção maior aqui. Fazemos isso pois esta seção não tem por objetivo ser um substituto ao texto original, e sim um item de contextualização normativa que nos permitirá analisar os dados abaixo com maior cautela.

Observamos abaixo, então, quais os elementos essenciais para uma atuação ética da profissão, bem como características que possuem certa ambiguidade no

código. Argumentamos que os itens mais determinantes, como a questão das evidências científicas e da defesa da profissão, são ponto fixo, enquanto outras questões, como a autonomia médica, aparecem com condicionantes. Seguiremos, para a análise descritiva, a ordem dada no documento.

O código de ética médica brasileiro, atualmente, derivado da Resolução CFM nº 2.217/2018, conta com um preâmbulo e quatorze capítulos, tratando de: direitos dos médicos, responsabilidade profissional, direitos humanos, relação com pacientes e familiares, doação e transplante de órgãos e tecidos, relação entre médicos, remuneração profissional, sigilo profissional, documentos médicos, auditoria e perícia médica, ensino e pesquisa médica, publicidade médica e disposições gerais, nesta ordem, que dispõem dos princípios fundamentais do exercício da medicina, onze normas diceológicas (que dizem respeito aos direitos dos médicos), cento e dezessete normas deontológicas (normas éticas), além de quatro disposições gerais (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

O primeiro capítulo do código diz respeito aos princípios fundamentais da profissão, constando de XXVI artigos ao todo. Este capítulo recebeu uma atenção mais densa, pelo fato de que contém elementos muito relevantes do ponto de vista do presente trabalho. Para fins de simplificação, iremos ressaltar, em *itálico*, os pontos mais importantes do ponto de vista de nosso trabalho.

Logo na primeira página do capítulo, vemos alguns temas que, como vimos anteriormente, são fundamentais à profissão médica: nos artigos I e II, informa que a medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano, sendo essa o alvo de toda a atenção do médico, que deve agir com o máximo de zelo e o melhor de suas capacidades profissionais, necessitando, para isso, de acordo com o artigo III, boas condições de trabalho e remuneração justa. Os artigos IV e V apontam a necessidade de zelo pelo melhor desempenho ético, pelo prestígio e bom conceito da profissão, e ressalta a necessidade de aprimoramento dos conhecimentos e uso do melhor do progresso científico. O artigo VI implica ainda o absoluto respeito em relação ao ser humano, mesmo após a morte, de modo que não se pode utilizar de conhecimentos para causar sofrimento de nenhum tipo. O artigo VII ressalta um ponto fundamental para a profissão médica: o exercício autônomo da profissão. Aponta que o médico não é obrigado a prestar serviços que contrariem a própria consciência ou a quem não deseje, exceto em situação de emergência, de ausência de outro médico, ou quando

a recusa pode causar dano à saúde dos seus pacientes. Este artigo liga-se com o posterior, o VIII, que aponta que os médicos não podem renunciar à liberdade profissional, nem permitir qualquer restrição ou imposição que prejudique a eficiência e correção do trabalho (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019, p. 15).

Interessante ponto, levando em consideração a diversidade de formas com as quais se exerce a profissão no Brasil (há, para além do SUS, planos de saúde, clínicas particulares, hospitais privados, etc.) é levantado no artigo IX, apontando que a medicina não pode ser exercida como comércio, bem como o artigo X, que ressalta o fato de que o médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa. Para além disso, os artigos XI, XII, XIII e XIV vem a dispor sobre questões relativas ao sigilo médico, bem como ao zelo pela saúde do trabalhador, pela saúde pública e ao melhoramento dos padrões de serviços prestados. Dentre os princípios, há uma ênfase grande na defesa da profissão médica, como apontam os artigos XV e XVI: o primeiro, sobre a solidariedade em relação aos movimentos de dignidade profissional, e o segundo em relação ao fato de que o médico não pode ser impelido por disposições estatutárias ou regimentais, de hospitais ou instituições, públicas ou privadas, à escolha dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados com fins de estabelecimento de diagnóstico e execução do tratamento, a não ser que seja em benefício do paciente. Os artigos XVII e XVIII tratam das relações dos médicos entre si e com os demais profissionais, baseadas no respeito mútuo e solidariedade, mas ainda prevendo a denúncia de pares que contrariem postulados éticos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019, p. 16).

O artigo XIX aponta que o médico se responsabiliza pelos seus próprios atos profissionais, em caráter pessoal, e nunca presumido, e, com o artigo XX, retoma um ponto anterior: apesar da natureza da profissão ser personalíssima, não se caracteriza relação de consumo. O artigo XXI expõe uma relação fundamental da liberdade médica: a relação com o paciente, de modo que, na tomada de decisões, o médico aceitará, desde que de acordo com sua consciência, as escolhas dos pacientes sobre diagnóstico e terapia, desde que se adequem ao caso e sejam cientificamente reconhecidas. O artigo XXII coloca a questão das situações de pacientes em estado irreversível e terminal, de modo que é vedado ao médico o uso de diagnósticos e terapias desnecessárias em tal caso, pois devem propiciar cuidados paliativos

apropriados. Em termos de pesquisas científicas, os artigos XXIII e XXIV tratam da necessidade da independência e honestidade, bem como a proteção de sujeitos vulneráveis, e, com isso, o artigo XXV ressalta que na aplicação de conhecimentos criados por novas tecnologias, o médico deve zelar para que não se cause situações de discriminação. Por último, o artigo XXVI fecha os princípios fundamentais ressaltando que a medicina deve ser exercida com a utilização dos meios técnicos e científicos disponíveis que visem aos melhores resultados. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019, p. 17).

O capítulo 2 do código trata dos direitos dos médicos. O artigo I aponta logo que o médico tem o direito de exercer a profissão sem ser discriminado por ordem de nenhuma natureza. O artigo II diz que é direito do médico indicar o procedimento adequado ao paciente, desde que se observem as práticas cientificamente reconhecidas e que se respeite a legislação vigente. Além disso, pode apontar falhas nas normas, contratos e práticas de instituições em que trabalhe quando as tomar como indignas à profissão, como se coloca no artigo III, ao mesmo tempo em que pode recusar exercer suas atividades em tais lugares, ou suspendê-las, como dito nos artigos IV e V. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019, p. 19).

Para além de normas sobre internação de pacientes (artigo VI), requisição de desagravo público no CRM onde atua (VII), o médico pode decidir, levando em conta sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado aos pacientes, sem que se permita o acúmulo de tarefas prejudique seu trabalho (artigo VIII). O médico também pode (artigo IX), segundo o código, recusar-se a realizar atos médicos que, mesmo permitidos por lei, contrariem sua consciência (algo que já foi visto no capítulo de princípios fundamentais). Além disso, pode estabelecer seus honorários e remuneração de forma justa, e tem todo direito de exercer sua profissão (principalmente em caso de deficiência ou doença pessoal) sem ser discriminado (artigos X e XI) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019, p. 20).

O capítulo III do código trata da responsabilidade profissional, indicando itens que são proibidos aos médicos. O médico não pode, como traz o art. 1º, causar dano ao paciente, por ação, omissão, imperícia, imprudência ou negligência, e sua responsabilidade (art. 2º) é pessoal e não presumida. Não pode: delegar funções médicas a outros profissionais, deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico ou qualquer ato que indicou ou participou, mesmo que

consentido pelo paciente ou por seu representante, bem como não pode assumir responsabilidade por ato de outro médico, assim como não pode atribuir insucessos a terceiros ou circunstâncias ocasionais (artigos 2º, 3º, 4º, 5º e 6º). (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019, p. 21).

Importante, para nossos fins, é o art. 10º que diz que é vedado ao médico ser cúmplice com os que exercem ilegalmente a medicina ou com profissionais e instituições médicas onde se pratiquem atos ilícitos, e os art. 13º e 14º, indicando que o médico não pode deixar de esclarecer os pacientes sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de suas doenças, e não pode praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação, respectivamente. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019, p. 22).

Outros artigos, porém, tratam de uma questão mais complexa que se aproxima muito de um ponto que traremos nas próximas duas seções: a imposição normativa do CFM sobre os profissionais. O art. 17º aponta que é vedado ao médico deixar de cumprir, salvo por “motivo justo”, as normas emanadas pelo CFM e pelos CRM, não podendo deixar de atender requisições administrativas; além disso, o art. 18º implica que o médico não pode desobedecer aos acórdãos e resoluções do CFM e dos CRM, nem os desrespeitar. Os art. 20º e 21º tratam, ainda, do fato de que não é permitido que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outra ordem, de seu empregador ou superior hierárquico, interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico e tratamento cientificamente reconhecidos e disponíveis, no interesse da saúde do paciente e da sociedade, além de deixar de colaborar com autoridades sanitárias ou infringir qualquer legislação pertinente neste sentido, respectivamente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019, p. 23).

Do quarto capítulo do código, que trata de direitos humanos, para além do que já foi visto anteriormente e se repete, destacamos: art. 24º: o médico não pode deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir, de forma livre, sobre sua pessoa ou bem-estar, bem como exercer autoridade que limite isto, e, no art. 30º, é vedado ao médico usar da profissão para corromper costumes e favorecer crime. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019, p. 25-26). E do quinto capítulo, que trata da relação com pacientes e familiares, é indicado que o médico deve respeitar o direito do paciente ou de representante legal de decidir sobre diagnóstico ou terapia, salvo em caso de risco de morte (art. 31º), bem como é vedado ao profissional deixar

de informar ao paciente o diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos dos tratamentos, salvo quando comunicar-lhe possa causar dano, devendo comunicar a seus representantes legais (art. 34º) (p. 27). O art. 37º veda a prescrição de tratamento e procedimentos sem exame direto no paciente, salvo em caso de urgência e emergência onde seja impossível fazer, de modo que deve ser feito imediatamente depois de cessar o impedimento; além disso, seus parágrafos 1º e 2º apontam para duas questões: a possibilidade de realização do atendimento médico à distância via telemedicina (desde que regulamentada pelo CFM), e a necessidade de, em uso de mídias sociais e instrumentos correlatos, dever-se respeitar as normas elaboradas pelo CFM, respectivamente (p. 28).

Para fins de nossa pesquisa, indo diretamente ao capítulo sete, que trata da relação entre médicos, é notável que há uma linha que preza pela defesa da profissão, acima de interesses pessoais no código, como visto no artº 47, que versa sobre a proibição do uso de posição hierárquica para impedir, por motivo de qualquer natureza que não técnico-científico ou ético, que instalações e outros recursos sob sua direção sejam utilizados. O art. 49º vai na mesma linha, impedindo que se assumam medidas contrárias aos movimentos legítimos da categoria com a finalidade de obter vantagens, enquanto o 50º proíbe acobertar erro ou conduta antiética de outro médico. Ponto interessante, porém, é trazido no art. 52º, que proíbe desrespeitar a prescrição ou tratamento de paciente por outro médico, salvo em situação de benefício para o paciente; essa questão é importante justamente para colocar em destaque a ideia de que, idealmente, a profissão caminha, pelo menos normativamente, para uma atuação que visa justamente a excelência prática. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019, p. 31). Ao mesmo tempo, é vedado que se utilize de posição hierárquica para impedir que subordinados atuem dentro de princípios éticos, bem como deixar de denunciar atos que contrariem a ética médica à comissão de ética onde se exerce seu trabalho, bem como, se necessário, ao CRM (art. 56º e 57º). (p. 32).

O capítulo oito trata de questões de remuneração. Como nosso trabalho não versa sobre as condições materiais de atuação profissional, não pretende-se tratar deste tema aqui, porém, o art. 68º traz uma situação importante: é vedado ao médico o exercício da profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou produtos que servem à prescrição médica, independentemente de sua

natureza, o que implica, pelo menos a priori, que o profissional não pode se subordinar a interesses econômicos. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019, p. 34).

Os capítulos nove, que trata do sigilo profissional, dez, sobre os documentos médicos, e onze, sobre auditoria e perícia médica, não serão apreciados aqui. O capítulo doze, que trata de ensino e pesquisa médica, porém, é importante, especialmente no que tange o art. 101º: é vedado ao médico deixar de obter do paciente ou de representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para que se realize pesquisa envolvendo seres humanos, após explicação da natureza e consequências da pesquisa; além disso, o art. 102º versa sobre a proibição da não utilização de terapia correta, quando o uso estiver liberado no país, de modo que seu parágrafo único expressa que terapia experimental é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente. Para além disso, o art. 104º reforça a necessidade de independência profissional e científica em relação a financiadores. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019, p. 41-42).

O capítulo treze versa sobre a publicidade médica, e pode ser resumido, no que tange aos itens fundamentais a discussão proposta aqui, em: proibição de participação na divulgação de assuntos médicos em qualquer meio de comunicação sem caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade (Art. 111º); é proibida também a divulgação de informações sobre assuntos médicos de forma sensacionalista, ou que promova conteúdo inverídico (Art. 112º); também a divulgação, fora de meio científico, de processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido cientificamente por órgão competente (Art. 113º). (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019, p. 43). O capítulo quatorze, relativo às disposições gerais, finaliza o código de ética médica, e não será apreciado aqui.

Pudemos observar, com essa descrição do código de ética, alguns elementos importantes: há um peso muito forte no que diz respeito ao papel da ciência na atividade médica, reconhecida institucionalmente pelo próprio órgão de autorregulação. Por diversas vezes, nos diferentes capítulos e artigos, a ênfase sobre o uso das técnicas e evidências científicas mais robustas e eficazes anda em consonância com a perspectiva de liberdade profissional, que caracteriza a noção de autonomia médica, para além da teoria.

Apesar das diferentes formas de colocação da questão, é completamente possível pressupor que a autonomia médica, enquanto direito legítimo da categoria, possui prerrogativas específicas em relação ao exercício profissional ético e técnico de excelência, e é mais importante ainda pensar que, levando em conta o caráter normativo do código, e os instrumentos de autorregulação dos desvios pelo CFM e pelos CRM, é possível pressupor uma verdadeira harmonia regulatória¹⁷: a profissão, dotada de grande prestígio, organizada de forma a defender os interesses dos profissionais, pautando a excelência da atividade por meio da técnica e ética, ao mesmo tempo em que há um código regulamentar rígido e instrumentos de controle dos desvios. O que pretendemos argumentar, com as duas seções abaixo, é que, ao invés dessa harmonia da norma, há o conflito de interesses.

4.2 DOCUMENTOS DO CFM EM RELAÇÃO À COVID-19 E AOS MÉDICOS

Durante esta seção, pretendemos analisar os dados documentais coletados em relação ao CFM. Escolhemos esta ordem, colocando a análise dos documentos primeiro, e as posições e opiniões do CFM e de seus membros à época em segundo, para que o texto fique coeso, já que, na seção seguinte, trataremos de posicionamentos que giram em torno da defesa de pressupostos colocados nos documentos aqui.

Já deixamos expostos, na introdução desta dissertação, os documentos dos quais iremos tratar. Achamos interessante, porém, trazer de volta e organizar em formato de quadro, para que se possa ter um panorama destes. Durante a fase de captura de dados, encontramos uma série de documentos, obtidos no site do próprio CFM. Entre pareceres e resoluções, que são produzidas diretamente pelo conselho, e despachos, que são dados pelo conselho jurídico do próprio órgão, mas que representam a tomada de posição legal do CFM, encontramos uma série de materiais de texto que versavam, dentre outras coisas, sobre: tratamento para Covid-19; procedimentos diagnósticos presenciais e à distância (telemedicina); questões

¹⁷ não pressuponho aqui uma harmonia social nem que a profissão médica goza de situação de perfeição, visto que há elementos mesmo no código de ética, um documento normativo, que tomam como pressuposto a possibilidade de lutas da categoria para melhoria dos salários e condições de trabalho; a questão é que, em termos de regulamento, é prevista uma harmonia.

referentes à estrutura de hospitais e leitos; questões referentes à vacinação contra a Covid (por parte dos médicos e da população) (Ver Quadro 1).

Quadro 1 - Documentos do CFM em relação aos médicos na Pandemia da Covid-19

ANO	DOCUMENTO	ASSUNTO
2020	Parecer nº4/2020	Tratamento de pacientes portadores de COVID-19 com cloroquina e hidroxiclороquina
	DESPACHO COJUR N.º 293/2020	Ozonioterapia. Requerimento de autorização franca de uso em virtude da pandemia de COVID-19. Ausência de indicação de uso prático no caso aventado. Inexistência de fato novo a justificar alteração na norma regulamentar.
	DESPACHO COJUR N. 352/2020	COVID 19 – Utilização da Telemedicina
2021	RESOLUÇÃO CFM no 2.290/2021	Altera o artigo 2º da Resolução CFM no 2.014/2013, que autoriza os Conselhos Regionais de Medicina a fazerem inscrição primária com declarações ou certidões de colação de grau emitidas por instituições formadoras de médicos, oficiais ou reconhecidas pelo Ministério da Educação (MEC), estabelecendo prazo para a apresentação dos diplomas, além de definir o cancelamento da inscrição caso não se cumpra o deliberado.
	RESOLUÇÃO CFM no 2.292/2021	Estabelece que a administração de hidroxiclороquina e cloroquina em apresentação inalatória é procedimento experimental, só podendo ser utilizada por meio de protocolos de pesquisa aprovados pelo sistema CEP/CONEP.
	DESPACHO COJUR No 198/2021	Vacina contra COVID-19. Possibilidade de médico se recusar a tomar vacina. Análise jurídica.

Fonte: Conselho Federal de Medicina. Elaboração própria.

Delimitamos nossa linha temporal a partir de dois anos: 2020, o ano de início da Pandemia no Brasil, e 2021, quando a Pandemia entrou em fase de agravamento. Deixamos de fora o ano de 2022 por uma série de motivos que envolvem o andamento da presente pesquisa, como espaço e tempo para averiguação de elementos

(documentais e contextuais), sendo o principal o fato de já haver avançado, durante o período, a campanha de vacinação no país. É importante ressaltar, que os problemas que apresentamos na presente pesquisa, com a faixa de tempo escolhida, não desapareceram ao final de 2021, sendo necessária investigação posterior para capturar coisas como: a presença da discussão sobre tratamento precoce; negacionismo científico referente à campanha de vacinação; falta de esforços do governo federal à época para educar a população sobre a vacina contra Covid-19.

Escolhemos, para a presente pesquisa, seis documentos que consideramos cruciais para o avanço das discussões referentes ao CFM e a profissão médica no país, sendo um parecer, duas resoluções e três despachos jurídicos.

O primeiro documento alvo de apreciação por nossa parte é o Parecer nº 4/2020, (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020c) que foi alvo de análise mais sucinta por Sória e Cavalcanti (2023). O documento, cuja ementa enuncia “Considerar o uso da cloroquina e hidroxicloroquina, em condições excepcionais, para o tratamento da COVID-19” versa justamente sobre a possibilidade de uso dos medicamentos corticoides, que já eram utilizados no tratamento de outras doenças, como malária, contra o vírus causador da pandemia. Em sua primeira página, o documento começa por apontar que a Pandemia da Covid-19 é um dos maiores desafios do século para a área de saúde, necessitando o envolvimento de toda a sociedade e de diferentes países. Passa a contextualizar a situação da Pandemia, destacando seu início em 2019, na China, decorrente de um novo coronavírus (SARS-CoV-2 - *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*), destacando os principais sintomas: febre, fadiga, tosse seca que pode evoluir para dispneia ou síndrome respiratória aguda grave (SRAG) em casos mais graves; explica que a doença se espalhou logo pela China, e foi considerada em 30 de janeiro de 2020 como Pandemia pela OMS (p. 1). Logo em seguida, trata justamente da forma como a doença atingiu os países, destacando o aumento de casos e de mortes no mundo e no Brasil. À época de redação do documento, já se contabilizavam 2 milhões de casos no planeta, com 80 mil novos casos diários. O Brasil, à época, era o terceiro país das Américas com maior número de casos e óbitos, atrás de EUA e Canadá. (p. 2).

É interessante notar que o documento deixa claro que só havia uma estratégia reconhecida até a época para o enfrentamento do vírus: o aconselhamento comportamental da população em relação à higienização das mãos, evitar tocar olhos

nariz e boca com mãos sujas, evitar contato próximo com pessoas e cobrir boca e nariz ao tossir ou respirar, ao mesmo tempo que indicava a necessidade de procura imediata de médico em caso sintomático para anamnese. Ao mesmo tempo, ressalta a recomendação das medidas de isolamento social pelo mundo como meio de impedimento de disseminação rápida do vírus para evitar que houvesse sobrecarga do sistema de saúde, permitindo adequação da infraestrutura. Ao mesmo tempo em que descreve esse processo (medida de contenção horizontal), destaca a impossibilidade da duração prolongada das medidas em razão de repercutir em outros aspectos da vida econômica e social dos cidadãos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020c, p. 2).

Logo posteriormente, aponta para a retomada de atividades produtivas, sendo necessário um esquema de segurança rigoroso para a prevenção do contágio, pedindo para que se leve em conta os aspectos epidemiológicos e de infraestrutura até o momento, realizando a manutenção das regras de higiene. Além disso, aponta a primazia da necessidade de reconhecimento precoce dos novos casos como meio de prevenir a transmissão, levando em consideração o fato de que casos não detectados e assintomáticos eram responsáveis pela elevada taxa de transmissão do vírus. Ao mesmo tempo, trata da questão de haver uma série de predisposições físicas que agravam os casos, dentre comorbidades como diabetes, hipertensão e doença coronariana como responsáveis pelo aumento de mortes por COVID-19, além de idade avançada, de modo que as pessoas que possuam comorbidades devem ser priorizadas em relação ao isolamento social. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020c, p. 3).

Dentre as medidas para cuidado adequado aos pacientes em situação grave, o CFM aponta uma série de medidas: médicos e médicas intensivistas e outros profissionais de saúde no geral em número suficiente e preparados; obrigatoriedade de equipamentos de proteção individual (EPI) e em número suficiente; leitos hospitalares em número suficiente; leitos de unidades de terapia intensiva (UTI) em número adequado, com boas instalações e materiais o suficiente; encaminhamento precoce para cuidados intensivos; equipamentos de ventilação mecânica de boa qualidade e em número suficiente; preparo adequado de profissionais de saúde para estratégias de ventilação mecânica adequadas aos pacientes. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020c, pp. 3-4).

O documento ressalta, ainda, o grande volume de evidências em relação à prevenção da disseminação da infecção do vírus, à identificação precoce dos casos, ao isolamento social e ao cuidado imediato dos pacientes com Covid-19, sendo necessário uma assistência baseada em cuidados gerais de excelente qualidade como prioridade no enfrentamento à doença (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020c, p. 4).

Até então, o CFM, neste documento, vinha indicando os critérios essenciais para o cuidado contra a Covid, seguindo o indicado pela OMS e por outras instituições referentes à saúde pelo mundo. A partir daqui, porém, começa a tomar um rumo diferente. Começa indicando a inexistência de evidências robustas de alta qualidade em relação à indicação de terapia farmacológica específica para combater o vírus; aponta estudos (sem citá-los) que ocorrem desde 2019, e indica que muitos medicamentos são promissores em testes em laboratório, ainda apontando que, como no caso da epidemia de Ebola, medicamentos que se mostraram promissores em testes de laboratório acabaram não sendo eficazes ou tornaram-se prejudiciais quando passaram por teste clínico (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020c, p. 4).

Indica ainda que a administração de medicamentos sem comprovação científica comprovada, assume geralmente que o benefício é maior que o prejuízo, apesar de evidenciar ser impossível saber se trará benefício ou prejuízo sem grupo de controle. Começa a tratar, então, de dois medicamentos que vinham sendo utilizados para tratar Covid-19: cloroquina e hidroxicloroquina, levando em conta justificativas existentes para a administração dos medicamentos, com ação anti-inflamatória, de baixo custo e perfil de efeitos colaterais conhecido, mas ressalta não haver evidências científicas que comprovem sua eficácia contra a Covid-19; aponta, ainda, que outras agências já vinham indicando a necessidade de, em caso de uso do medicamento, que seja realizado em pacientes sob protocolos clínicos de pesquisa. Além disso, citando a Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR), alerta que tanto a cloroquina quanto a hidroxicloroquina, sendo antimaláricos conhecidos, possui uma série de efeitos colaterais já previstos, como: desconforto abdominal, náuseas, vômitos e diarreia, toxicidade ocular, cardíaca, neurológica e cutânea, além de causar reação adversa grave em pacientes portadores de outras doenças (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020c, p. 5-6).

Enfim, o Parecer conclui, apesar dos itens que contrariam a utilização (devido a falta de eficácia e possibilidade de reação adversa), com o seguinte: consideração de uso dos medicamentos supramencionados em pacientes com sintomas leves, em início de quadro clínico, descartadas outras viroses e com confirmação de diagnóstico de Covid-19, sendo obrigado a relatar a falta de eficácia comprovada do medicamento ao paciente e obtendo termo de consentimento livre e esclarecido do paciente ou familiares; considerar o uso, também, em pacientes com sintomas importantes, mas sem necessidade de cuidados intensivos, a critério de decisão do médico em decisão compartilhada com paciente, ainda exaltando o fato de que deve-se explicar a falta de evidências científicas e explicando efeitos colaterais possíveis (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020c, p. 6); considerar uso compassivo em pacientes em estado crítico e recebendo cuidados intensivos e ventilação mecânica, de modo que é difícil pensar que os medicamentos vão ter efeitos importantes em uma situação já complicada; enfim, aponta que o princípio que deve nortear o tratamento é a autonomia do médico, e a valorização da relação médico-paciente, com o objetivo de oferecer o melhor tratamento médico disponível no momento, e finaliza com o fato de que, diante da excepcionalidade do período, não comete infração ética o médico que utilizar cloroquina e hidroxiclороquina em pacientes com Covid-19. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020c, p. 7).

Após apreciar o documento inteiro, cabe a discussão que fizemos desde o início do trabalho: a autonomia do médico, segundo a literatura discutida, vem acompanhada justamente da noção de conhecimentos técnicos e científicos em aplicação; como chamar de “melhor tratamento médico disponível no momento” o uso de medicamentos sem comprovação de eficácia? O órgão de autorregulação da categoria, neste sentido, acabou por dar aval à suspensão da necessidade de critérios objetivos claros em relação ao tratamento da Covid-19 através das medidas não-farmacológicas que já vinham sendo utilizadas, para uma medida farmacológica sem comprovação científica. Contradiz o código de ética, contradiz os valores pressupostos da profissão médica.

Uma questão, porém, merece ser ressaltada: não houve “abandono” do CFM em relação à ciência no geral. O fato importante a ser notado é que essa desobrigação da necessidade de evidências científicas teve validade somente para cloroquina e hidroxiclороquina.

É o que podemos atestar através do próximo documento a ser analisado: o DESPACHO COJUR N.º 293/2020 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020a), que trata do requerimento de autorização do uso de ozonioterapia como tratamento para a Covid-19, oriundo da Sociedade Brasileira de Ozonioterapia Médica (SOBOM); o requerimento, como aponta o despacho, requer não a recomendação, mas a permissão para que se possa tratar pacientes com Covid-19 (p. 1).

Como o documento parte do conselho jurídico do CFM, a forma de tratamento da questão é diferente. Primeiramente, há uma análise jurídica: o COJUR aponta que o uso de Ozonioterapia é de caráter experimental no Brasil, e esse tipo de terapia carece de comprovação científica quanto a seus efeitos positivos, mesmo sendo usada há mais de século, período suficiente para comprovação de eficácia de um tratamento, o que não ocorre até então. Deste modo, o COJUR aponta que o requerimento carece de indicação objetiva de fato novo de alguma relevância que aponte a possibilidade de uso do tratamento por Ozonioterapia, logo, não há lógica jurídica em comparar tal tratamento a medicamentos como Hidroxicloroquina e Cloroquina, que são medicamentos admitidos para doenças infecciosas como a Covid-19, faltando à terapia evidência científica robusta (o documento não implica haver evidências para os dois medicamentos em relação à Covid-19, deixa-se claro). Dito isto, a COJUR vem a vetar a possibilidade de elencar a Ozonioterapia como tratamento aplicável em relação ao vírus, mesmo que em caráter temporário (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020a, pp. 1-2).

Com o exposto, é evidente que não são somente os critérios científicos (ou a falta de) que nortearam a decisão do Parecer nº 4/2020, visto que, fosse o caso, dar-se-ia o mesmo tratamento à dupla cloroquina/hidroxicloroquina que o que foi dado a Ozonioterapia, carente de evidências científicas. Acreditamos que a suspensão de critérios científicos, apesar de problemática, não foi causada por simples “abandono da ciência”, apesar de ser um fator fundamental, como vimos anteriormente, na discussão em relação à soberania da clínica médica. Argumentamos (e isso será reforçado posteriormente) que há dois fatores importantes: a defesa corporativa de médicos que já vinham utilizando os medicamentos, e a ligação desses médicos bem como do CFM com o governo federal e Bolsonaro.

Ligado a isso, há outro fator importante a ser levado em consideração, dado pelo DESPACHO COJUR N.º 352/2020 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA,

2020b), que diz respeito à utilização de telemedicina no tratamento contra Covid-19. O despacho trata de ofício enviado pelo MS requisitando tal questão. O despacho realiza uma síntese do ofício, na seguinte medida: a possibilidade de cadastramento de profissionais de saúde na Ação de Estratégia “O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde”¹⁸, apontando que a conduta do CFM se coaduna com a do MS sobre teleorientação e telemonitoramento, com fins de autorizar a telemedicina. É ressaltado o caráter de urgência relativo à atuação na Pandemia, enquanto durar. Após apreciação jurídica, que não faremos e nem será resumida aqui, o conselho jurídico deu aval para envio de dados dos médicos pelo CFM para cadastramento, viabilizando a possibilidade de atuação médica à distância.

Ora, note-se que as estratégias em relação ao vírus, da disseminação e controle até o tratamento, são bastante claras: o foco é em higienização, isolamento social, EPI e, em caso de sintoma, ida ao médico para encaminhamentos necessários, ou, quando agravado, internação, observação e uso de ventilação mecânica, como vimos anteriormente. Levando em consideração a possibilidade de utilização de medicamentos mencionados anteriormente, o atendimento via telemedicina faz com que as orientações sejam, ou nas medidas dadas nesse parágrafo, ou na possibilidade de uso de medicamentos já citados. De certo modo, é prevista, por tal condição, diminuição na ida a hospitais e consequentemente redução de aglomeração e/ou ocupação dos mesmos. De todo modo, é uma situação ambígua e preocupante.

Em muito, isso se deu também pelo fato de que não havia médicos o suficiente para atender a população (presencialmente), além do fato de que profissionais de saúde vinham sendo atingidos pelo vírus também, com diversos casos de morte. O que nos leva ao próximo documento, a Resolução CFM nº 2.290/2021 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2021b), que autorizou o cadastro, pelos CRM, de estudantes de medicina em fase de finalização de curso. O documento, considerando que os médicos só podem exercer legalmente a medicina, em qualquer ramo ou especialização, após o registro de títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura (MEC) e inscrição em CRM sob o local de suas atividades; também a denegação do pedido de inscrição em caso de CRM ou o CFM não julgar hábil, ou considerar insuficiente o diploma apresentado pelo requerente, ou

¹⁸ Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-639-de-31-de-marco-de-2020-250847738>. Acesso em: 15 jan. 2024.

que os documentos não se encontrem em perfeita ordem; ainda, que se torna necessário adotar novas medidas por conta da situação de emergência provocadas pela Pandemia da Covid-19; também a necessidade de prazo para a apresentação de diploma do formando, dentre outras considerações, resolve a possibilidade de prazo de 180 dias para apresentação do diploma, prorrogável por igual período, contados a partir da data de inscrição, permitindo que jovens formandos em medicina atuem como médicos.

É um documento curto e objetivo, mas especificamente importante no que tange a discussão proposta aqui, por reafirmar o que foi dito anteriormente: houve uma necessidade cada vez maior de médicos, dado não somente o quadro pandêmico e mortes de profissionais de saúde, mas por conta da sobrecarga do próprio sistema de saúde, o que abre espaço para questionamentos: a situação seria a mesma caso ainda houvesse o contingente de médicos disponíveis através do PMM? Enfim, são questões para investigações futuras.

O aumento de médicos que se deu através dos formandos, com necessidade de apresentação posterior de diploma, ocorreu em 2021. Já se passara um ano de Pandemia no Brasil, e já se encontrava evidente que os medicamentos descritos no Parecer nº 4/2020 não haviam demonstrado eficácia contra o vírus, de modo que, no período entre o final de 2020 e início de 2021 começaram os esforços para adquirir vacinas, bem como iniciou-se campanha de vacinação.

Ainda assim, o CFM, que nunca revogou o Parecer, atuou novamente no sentido dos medicamentos através da Resolução CFM nº 2.292/2021 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2021c). Desta vez, a resolução visa estabelecer que a administração de hidroxicloroquina e cloroquina em apresentação inalatória é procedimento experimental, que só pode ser utilizada por meio de protocolos de pesquisa aprovados. O documento, considerando: que a saúde do ser humano é o alvo de toda a atenção do médico, devendo este agir com máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional; que cabe ao profissional zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão; que é dever do médico guardar respeito absoluto pela saúde e vida do ser humano, sendo proibido de utilizar atos não consagrados em meios acadêmicos ou ainda não aceitos pela comunidade científica; que é vedado o uso de qualquer tipo de terapia experimental ainda não liberada para uso no país; dentre outras questões, resolve:

considerar o uso de cloroquina e hidroxicloroquina em apresentação inalatória como procedimento experimental para a prática médica, desde que protocolado em pesquisa pelo sistema CEP/CONEP em instituições credenciadas.

O documento ainda apresenta em seu conjunto um anexo, que trata de cloroquina/hidroxicloroquina a partir das prerrogativas médicas, explicando o que são os medicamentos, seus usos comuns e características de seus componentes. Não acreditamos ser necessário descrever todos os elementos da hidroxicloroquina/cloroquina, visto que não está nos objetivos de nossa pesquisa. Cabe ressaltar que o anexo indica que os pesquisadores mostraram entusiasmo com relatos preliminares do uso de hidroxicloroquina, ao mesmo tempo que preocupados com eventos adversos; ainda, como hipótese, que o uso de hidroxicloroquina por via inalatória, em doses menores, possibilitaria maior concentração no tecido pulmonar do que pela via oral. Não há, porém, estudos robustos em relação à aplicação inalatória do medicamento, como o documento aponta. O medicamento, de administração oral, porém, recebe, a partir deste documento, aval para ser experimentado por via inalatória (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2021c).

Ora, se no início da pandemia, os estudos não comprovaram eficácia, durante o ano de 2020, com a ênfase nos medicamentos, eles foram logo descartados dos possíveis tratamentos para a Covid-19. O CFM não só não revogou o Parecer que permitia sua prescrição por parte dos médicos, como ainda dobrou a aposta em via de administração *off label*, fora dos indicativos da bula do medicamento, de forma experimental, num período onde já se começava e ampliava a campanha de vacinação contra a Covid-19. A insistência no medicamento aponta para uma suspensão de critérios científicos como norteadores da prática médica, mas, insistimos, o elemento principal está em critérios para além da prática médica, envolvendo, argumentamos, questões político-ideológicas.

Além disso, observando o Despacho Cojur Nº 198/2021, (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2021a), observamos que houve uma movimentação, por parte da categoria e apreciada pelo CFM, no intuito de *recusar a tomar vacina*, de modo que o conselho jurídico aponta que não há uma *obrigatoriedade direta* na vacinação, a depender de determinação compulsória, apontando que extrapola a análise jurídica, por parte do conselho, a “orientação ética” quanto à recusa de vacinação. Esse documento serve de indicativo para o fato de que o CFM tentou se

resguardar de eventuais ligações diretas (apesar do que vimos anteriormente) a movimentos anti-vacina, apesar de insistir em manter a liberação do uso de cloroquina e hidroxicloroquina.

Após finalizar a apreciação dos documentos, pretendemos agora observar a posição pública do CFM e de seus representantes em relação à Pandemia, aos médicos e às questões políticas no entorno da profissão. Argumentamos que, apesar dos tratamentos ineficazes terem sido promovidos pelo governo federal, foi o aval do CFM que permitiu a propagação de tais itens como “tratamento”, e foi através dos médicos, respaldados especialmente pelo Parecer nº 4/2020, que se disseminou o uso dos fármacos.

4.3 O CORPORATIVISMO MÉDICO NA PANDEMIA: O CFM E A DEFESA IRRESTRITA DE MÉDICOS E MÉDICAS

Nesta seção, pretendemos argumentar que o CFM agiu de forma ambígua, de um lado, defendendo a ciência e apontando a vacinação como o único meio eficaz de combate à Pandemia, por outro lado, manteve as decisões em torno de medicamentos ineficazes e, em adesão às críticas realizadas pelo ex-presidente Bolsonaro, atacou medidas como lockdown. Argumentamos também que há um elo de ligação forte e previsto entre o CFM e o presidente Bolsonaro, o que acaba por explicar a insistência em posições tão aproximadas, a despeito da falta de evidências científicas.

Utilizaremos, aqui, uma diversidade de fontes, incluindo matérias de jornais, vídeos e postagens na rede social Twitter, por parte do CFM e de seus conselheiros, com a finalidade de expor a ligação de cunho ideológica. De início, é importante ressaltar a fotografia abaixo, levando em consideração seu contexto: a foto foi tirada em reunião para discussão sobre o tratamento utilizando cloroquina, entre cúpula do CFM, o ex-presidente Bolsonaro e o ex-ministro Teich (Figura 1).

Figura 1 - “Presidente Bolsonaro se reúne com o CFM para discutir uso da cloroquina em abril de 2020. Ao seu lado direito, está o presidente do CFM, Mauro Luiz Ribeiro”



Fonte: Jornal El País.

Foto de Marcos Correa (PR). Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-10-15/como-o-conselho-de-medicina-silenciou-diante-do-negacionismo-de-bolsonaro-e-abracou-a-cloroquina.html> Acesso em: 10 jan. 2024.

Foi no período desta fotografia, também, que saiu o Parecer nº 4/2020, que deu respaldo a Bolsonaro para propagandar cloroquina e hidroxicloroquina, enquanto médicos e médicas estariam livre para prescrevê-las. A fotografia em si não é um indicativo de adesão política ou ideológica a Bolsonaro. Porém, como veremos abaixo, é possível, contextualizando, pressupor essa ligação. (Figura 1).

Em maio de 2020, o presidente do CFM, participando de uma live com o representante do CRM de Goiás, apontou a falta de evidências sobre eficácia da hidroxicloroquina, mas aponta que, numa decisão fora das próprias normas, acabaram liberando o uso do fármaco, apontando que o ex-presidente Bolsonaro recebeu o CFM cinco vezes desde que assumiu, atendendo todas as reivindicações do órgão, indicando que isso facilitava as coisas, havendo diálogo antes da imposição das normas, de modo a criar consenso, indicando que há apoio do CFM ao MS e a Bolsonaro¹⁹.

¹⁹ Ver vídeo, recuperado pelo jornal Metropoles: <https://www.youtube.com/watch?v=Mha0Xxe2DNA>. Acesso em: 15 jan. 2024. Em matéria do jornal O Globo, é possível recuperar mais detalhes sobre

Em junho de 2020, Emmanuel Fortes, terceiro vice-presidente do CFM e Coordenador do Departamento de Fiscalização da Propaganda e Publicidade Médica, afirmando ser o relator do parecer sobre o uso off label dos medicamentos, apareceu defendendo a prescrição de cloroquina pelos médicos em uma reunião do que ficou conhecido como Gabinete Paralelo do MS, em vídeo recuperado pelo jornal The Intercept, apontando que não havia questionamento ético (exceto em caso de excesso), ainda que acontecessem reclamações judiciais, dizendo que o risco para quem prescreve seria menor do que para quem não prescreve²⁰.

Matéria de Leonardo Martins, do UOL, aponta que dois médicos conselheiros do CFM participaram de reunião do “gabinete paralelo” em setembro de 2020: Annelise Mota de Alencar Meneguesso (endocrinologista, conselheira federal pelo estado da Paraíba) e Luís Guilherme Teixeira dos Santos (urologista, conselheiro federal pelo estado do Rio de Janeiro), aparecendo em vídeo. Annelise fala que não se faz apologia das drogas, mas sim que o foco é o direito do paciente de ser diagnosticado precocemente e ter seu tratamento instituído precocemente. Luís Guilherme, por sua vez, foi mais enfático em relação a Bolsonaro, apontando que ele estava lutando contra “um sistema”, e que as pessoas estavam lutando ao lado dele²¹.

Em janeiro de 2021, o Presidente do CFM, Mauro Ribeiro, vem à público, na revista Folha de São Paulo, com artigo de opinião intitulado “*O Conselho Federal de Medicina e a Covid-19: CFM não mudará parecer que dá autonomia sobre o tratamento precoce*”, que já nos adianta algumas questões. Quase um ano após o início da Pandemia, e com imunizantes contra o coronavírus já previstos para aplicação na população brasileira, Mauro Ribeiro inicia o artigo apontando saber-se pouco sobre a Covid-19, ao mesmo tempo que levanta temas que, segundo ele, ainda estavam em dúvida na comunidade científica, como a efetividade do lockdown, se pacientes que contraíram o vírus estariam imunizados, ou se a mutação é mais grave

questões internas do CFM em relação tanto à ligação com o governo, quanto à questões internas do conselho sobre a Pandemia: <https://oglobo.globo.com/epoca/sociedade/cfm-um-conselho-nada-cientifico-24942379>. Acesso em: 15 jan. 2024.

²⁰ Ver vídeo, recuperado pelo jornal Intercept Brasil: https://www.youtube.com/watch?v=le--Yc8N_kY. Acesso em: 15 jan. 2024. Emmanuel Fortes é conhecido por ser publicamente apoiador do presidente Bolsonaro, além de filiado ao partido no mesmo partido que o presidente, PSL, e tentou cargos públicos em eleições anteriores, sem sucesso em eleição, como aponta os jornais El País e O Globo: <https://oglobo.globo.com/politica/medico-vice-presidente-do-conselho-federal-de-medicina-bolsonarista-filiado-ao-psl-25231622>. Acesso em: 15 jan. 2024.

²¹ Ver: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/06/08/cfm-gabinete-paralelo-bolsonaro-conselheiros.htm>. Acesso em: 15 jan. 2024.

que a anterior. Logo em seguida, aponta para a existência de uma “politização criminosa” em relação à pandemia, igualando apoiadores e críticos do presidente da República, de modo que, supostamente, a “politização” teria atingido também as sociedades de especialidades médicas, principalmente em relação ao chamado “tratamento precoce” com hidroxiclороquina, ivermectina e azitromicina, gerando uma pressão sobre o CFM, criticando os autodenominados cientistas (não médicos) com acesso a mídia e que falam sobre “tudo”, além de atestar existir, na literatura médica, um conjunto de trabalhos científicos mostrando benefício com o tratamento precoce, ao mesmo tempo que outro conjunto que apontam a falta deste benefício, ignorando mesmo que os supostos trabalhos que mostram a eficácia tiveram seu viés de seleção e qualidade questionados. Aponta ainda que, o Parecer nº 4/2020 abordou o tratamento precoce em “respeito ao médico da ponta, que não tem posição política ou ideológica e exerce a profissão por vocação de servir e fazer o bem”, embasando como ponto fundamental a autonomia do médico, afirmando que o parecer não apoia ou condena o tratamento precoce, e finaliza apontando que aqueles que fazem pressão para que se mude o parecer estariam cometendo esforços inúteis, pois as posições do CFM visam o respeito absoluto à população e aos médicos na ponta, chamando-os de heróis²².

O problema central se dá justamente no que diz respeito ao fato de uma instituição de autorregulação profissional (e nesse caso, seu Presidente) defender irrestritamente a categoria, ignorando publicamente, sob pressuposto de uma falsa indecisão da comunidade científica, insistir no chamado tratamento precoce, dobrando a aposta em relação ao uso dos medicamentos, o que acabou por dar ainda mais força aos anseios dos médicos defensores das medidas farmacológicas, além de ser possível levantar a hipótese de que reforça a perspectiva do movimento anti-vacina. Afinal, se as medidas farmacológicas são permitidas, médicos que se colocam como “anti-vacinas” podem usá-las como escudo para suspeitar da campanha de vacinação. Ainda em janeiro, o jornal The Intercept realizou entrevistas com ex-conselheiros do CFM, em anonimato, que apontaram o fato de que a falta de críticas a tais tratamentos se dá pelo alinhamento do alto escalão do CFM com o governo federal²³.

²² Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2021/01/o-conselho-federal-de-medicina-e-a-covid-19.shtml>. Acesso em 15 jan. 2024.

²³ Ver: <https://www.intercept.com.br/2021/01/27/cfm-nao-ousa-desmentir-governo-sobre-falsos-tratamentos-para-covid-19/>. Acesso em: 15 jan. 2024.

É interessante notar que outras entidades médicas, como a AMB, vieram a público em tons críticos a essa defesa irrestrita da autonomia médica. Diferentemente do CFM (que é uma autarquia federal), a AMB é um órgão corporativo. O presidente da AMB, como noticia matéria da UOL, criticou publicamente o uso de tratamentos sem eficácia comprovada, pois o médico tem que ter autonomia entre opções eficazes para optar pela mais benéfica, e não ter liberdade para fazer aquilo que quer²⁴.

É fato curioso como, em redes sociais, o CFM atuava de forma protocolar, como é o caso das postagens no Twitter. De um lado, o CFM (apesar de não recomendar diretamente) permitia o uso de medicamentos sem eficácia comprovada contra a Covid-19; por outro lado, discursava em favor da vacinação da população (Figura 2).

Figura 2 - Postagem do CFM no Twitter - vacinação da população - 1 fev. 2021



Fonte: https://twitter.com/medicina_cfm/status/1356372876912422913, acesso em 10 jan. 2024.

²⁴ Ver: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/03/25/cloroquina-covid-tratamento-precoce-amb.htm>. Acesso em: 15 jan. 2024.

Em março de 2021, o CFM lançou uma nota à população²⁵ se posicionando sobre as medidas contra a Covid-19. A nota é curta, tendo uma página apenas, com cinco tópicos: primeiramente, o incentivo à higienização por parte da população, além de distanciamento social e outras medidas já citadas anteriormente de prevenção; o segundo ponto trata da necessidade de providenciar, por parte dos governos, infraestrutura adequada para atendimentos, e que se atentasse para o fato de que, apesar das medidas de isolamento social ajudar a diminuir a pressão sobre o sistema de saúde, seria necessário observar pois também trariam consequências graves para a sociedade, como fechamento de empresas, desemprego e surgimento de doenças mentais em adultos, jovens e crianças; o terceiro ponto, seguindo, aponta que as medidas restritivas de caráter local necessitam ser precedidas de análise dos indicadores epidemiológicos, capacidade da rede de atendimento e impactos sociais e econômicos, devendo ser de curta duração; no quarto ponto, o CFM enfatiza a vacinação como o caminho mais seguro para diminuir problemas relativos à Pandemia, com apoio incondicional da autarquia; por fim, a nota ainda aponta um reconhecimento dos médicos e profissionais de saúde que permanecem na linha de frente.

Atente-se para o fato de que na nota há uma constante preocupação, por parte do órgão, com os efeitos do isolamento social (mesmo que, à época, fossem os meios mais eficazes de combater a disseminação do vírus, fora a vacina) em termos socioeconômicos, colocando o órgão para além de sua jurisdição, que diz respeito aos médicos. É interessante o fato de essa nota do CFM vir à público no dia 4 de março de 2021, três dias após o Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRM-DF) ter lançado uma nota pública contra o lockdown²⁶.

No mesmo período em que se inseriu no meio de polêmicas, o CFM atuava de forma protocolar nas redes sociais, como mostra postagem do dia 27 de março de 2021, no Twitter, ressaltando que atribui ao médico, junto ao paciente, a escolha do melhor tratamento contra a Covid-19. É interessante observar como, apesar disso, utilizam a hashtag #VacinaBrasil. O conselho, em outros momentos, enfatizou a

²⁵ Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Nota-autoridades-Covid.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2024.

²⁶ Ver: <https://crmdf.org.br/noticias/nota-publica-contr-o-lockdown/>. Acesso em: 15 jan. 2024.

vacinação como o método mais eficaz de combate à pandemia, mas insistiu em respaldar a possibilidade de tratamentos outros à escolha do paciente e do médico. De todo modo, podemos observar que, ligando o discurso de busca por atenção médica no início de sintomas à autonomia do médico (junto com o paciente) para decidir o melhor tratamento, o CFM relativiza os meios de enfrentamento ao vírus. (Figura 3).

Figura 3 - Postagem do CFM no Twitter sobre autonomia do médico e do paciente para escolha de tratamento para a covid-19 - 27 mar. 2021



Fonte: https://twitter.com/medicina_cfm/status/1376159638509457409. Acesso em 10 jan. 2024.

Apesar da falta de ligação causal entre a recomendação de busca por assistência médica em início de sintomas e a prescrição de medicamentos ineficazes por parte dos médicos, é necessário ressaltar que ainda estava em voga o Parecer nº

4/2020, então havia possibilidade concreta de que tais medicamentos fossem prescritos, mesmo em período em que a campanha de vacinação já se iniciava.

Em entrevista ao jornal Estadão publicada em outubro de 2021, Mauro Ribeiro, que na época já era um dos investigados pela CPI da Covid, afirmou o mesmo que vinha repetindo há mais de um ano: os estudos científicos internacionais, adotados como parâmetro pela OMS, não eram suficientes para que o conselho condenasse o uso de hidroxicloroquina e cloroquina, revisando o Parecer nº 4/2020. Para ele, não apenas as evidências científicas, mas a “experiência observacional” do médico na ponta deveria ser critério na decisão de prescrever ou não cloroquina, afirmando que “É diferente o médico que fica no ar condicionado lendo e que nunca viu um doente na vida”. Além disso, criticou a AMB (e as 54 sociedades médicas do País), apontando que o órgão que realmente representa os médicos é o CFM, além de voltar a reiterar que a Covid-19 era uma doença sobre a qual “não sabíamos nada”, mesmo que, contraditoriamente, ao responder pergunta sobre o fato do CFM contrariar as maiores entidades médicas, afirmar que não há nenhuma outra entidade que se guie mais pela ciência do que o CFM, para, logo em seguida, relativizar os estudos que comprovam a ineficácia dos medicamentos permitidos a partir da “literatura como um todo”. Aponta que a autonomia do médico, que, segundo o código, respaldada pelos “meios cientificamente reconhecidos”, aponta na direção de doenças para as quais existem tratamento²⁷.

Para finalizar a seção, resgatamos a posição do CFM sobre a CPI da Covid. Durante a CPI, não só o CFM e seu presidente foram alvo de investigação, como outros médicos, desde integrantes do MS à figuras que participaram do chamado “gabinete paralelo”, como Nise Yamaguchi, à empresas médicas como a Prevent Senior. Como vimos até então, o CFM, quando veio a público, institucionalmente ou na voz de seus conselheiros, ressaltou constantemente a autonomia médica e a possibilidade de uso de medicamentos ineficazes para o tratamento contra a Covid-19. Quando a CPI começou a inquirir figuras públicas, a autarquia, além de se posicionar publicamente por meio de redes sociais (Figura 4), construiu uma

²⁷ Ver: <https://www.estadao.com.br/politica/cloroquina-nao-deve-ser-descartada-contra-a-covid-so-por-pesquisas-diz-presidente-do-cfm/>. Acesso em: 15 jan. 2024.

nota de repúdio²⁸.

Figura 4 - Postagem do CFM no Twitter criticando supostos excessos e abusos por parte da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pandemia em relação aos depoentes convidados, em especial médicos e médicas - 31 mar. 2021



Fonte: https://twitter.com/medicina_cfm/status/1400188530379444235. Acesso em 10 jan. 2024.

Na moção divulgada em junho de 2021, o CFM aponta falar como representante dos 530 mil médicos atuantes no Brasil, manifestando desagrado e indignação quanto a “manifestações que revelam ausência de civilidade e respeito no trato de senadores com relação a depoentes e convidados médicos no âmbito da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pandemia”. Tratavam, especialmente, do testemunho da médica Nise Yamaguchi, que gerou fortes repercussões. Na moção, o CFM aponta que são esses médicos brasileiros, na linha de frente contra a Covid-19, que buscam o CFM para manifestar insatisfação em relação à postura dos senadores na CPI. Falando enquanto classe, lamenta a submissão a situações de “constrangimento e humilhação” desses médicos, e pede, ao fim, que o presidente do Senado Federal (Rodrigo Pacheco) tomasse providências que considere necessárias²⁹.

O CFM, reiteramos, afirmou falar pelos 530 mil médicos no Brasil, colocando-se enquanto órgão de classe, quando, na verdade, é uma autarquia federal que por vezes atua como órgão de classe, mas que constantemente aponta a si mesmo como

²⁸ Ver: https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2021/06/03/interna_nacional,1273355/medicos-repudiam-criticas-do-presidente-do-cfm-a-cpi-da-covid-19.shtml. Acesso em: 15 jan. 2024.

²⁹ Ver: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-publica-mocao-de-repudio-em-defesa-do-medico-ao-respeito-e-a-civilidade-na-cpi-da-pandemia/>. Acesso em: 15 jan. 2024.

o “único órgão representativo da categoria”, mesmo que seu nível de abrangência seja *compulsório*, visto que é preciso ser cadastrado no conselho para atuar como profissional médico no país, e representante da categoria no geral, acaba por ignorar que, no caso dos médicos, a inscrição de CRM é *obrigatória* para o exercício da medicina, de modo que não há voluntariedade tampouco representatividade *real*. Anteriormente, como vimos, o presidente do CFM criticou declarações de entidades de classe da categoria (como no caso das críticas do presidente da AMB à questão da autonomia ilimitada). Isto é um indicativo do tipo de posição ambígua, e prontamente contraditória do CFM, que, em caso de inquérito de uma médica que é investigada por uma CPI que visa apurar crimes relativos à Pandemia, como o incentivo e propaganda de medicamentos ineficazes, deveria ser supostamente investigada pelo órgão de autorregulação da profissão. Quando este órgão busca, porém, atuar enquanto de classe, conjugando sua atuação e seu prestígio a uma perspectiva claramente política, é que gera com clareza uma situação de problema na profissão médica.

É a partir dessa colocação que analisaremos, no capítulo seguinte, as posições de médicos e médicas em relação ao CFM e às questões colocadas por sua atuação na Pandemia da Covid-19.

5 MÉDICOS EM COMBATE: ENTRE A DEFESA DO TRATAMENTO PRECOCE E A CRÍTICA AO NEGACIONISMO NA PANDEMIA DA COVID-19

Durante este capítulo, pretendemos analisar os dados coletados na rede social *Twitter*, que dizem respeito às posições dos médicos e médicas do Brasil sobre a atuação do CFM na Pandemia da Covid-19 e as questões levantadas por essa atuação.

Vimos, até agora, os seguintes fatores: há, na literatura analisada, uma noção comum da necessidade de aplicação das evidências científicas para uma boa execução da atividade médica. Isso é ressaltado, ainda, no aspecto regulatório do CFM em relação à medicina, especialmente no sentido de ditar normas e procedimentos para os médicos; é nessa perspectiva que o código de ética é fundamental, funcionando como meio de controle da medicina com a finalidade de atingir a excelência profissional.

Se tratando do contexto pandêmico, porém, argumentamos até então que tais aspectos basilares da profissão médica acabaram por sofrer uma suspensão, de caráter supostamente excepcional, pelo CFM. Isso se mostrou verídico especialmente no capítulo anterior, onde analisamos os documentos do conselho relativos à questões ligadas à Pandemia; itens como: tratamento precoce, liberação do uso de medicamentos ineficazes, falta de médicos e de infraestrutura, isolamento social da população e vacinação acabaram aparecendo não só nos documentos quanto nas posições do CFM. O conselho, uma autarquia federal com finalidade de regulador da profissão médica, atuou de forma deliberadamente corporativa, com sinais evidentes de afinidade político-ideológica ao governo federal, alinhando os interesses, e, se de um lado Bolsonaro conseguiu propagandear o medicamento que tanto defendia, por outro, só pode fazê-lo pelo fato de o CFM ter de fato saído de seus ritos e aprovado a utilização de medicamentos sem eficácia comprovada; a propaganda só tem efeito quando se é possível adquirir o produto.

Neste contexto, médicos e médicas pelo Brasil estiveram em uma situação ambígua, pois o meio termo acaba não sendo possível. De um lado, há defensores, se não do CFM, mas das posições permitidas por ele, expondo publicamente opiniões em defesa de medicamentos, criticando ou suspeitando - sem fazer discussão real

sobre evidências científicas - de vacinas por uma série de motivos possíveis, suspeitando das medidas de isolamento social. De outro lado, médicos críticos não só do CFM, mas da possibilidade de atuação de seus pares, tomando essas posições como desviantes, antiéticas, enganadoras e charlatões. É essa diversidade de posicionamentos que pretendemos expor nas próximas páginas.

A primeira seção trata dos médicos que defendem aspectos que, ou foram respaldados pelo CFM, ou não foram apreciados como item negativo o bastante para julgamento ético. É uma seção mais curta que a posterior, por alguns motivos: a seleção dos profissionais se deu pela exposição pública. Escolhemos dois atores que estiveram muito presentes na mídia: Nise Yamaguchi, oncologista, e Osmar Terra, clínico geral. Presentes em questões relativas à Prevent Senior; na CPI da Covid-19; com acesso ao governo federal; defendendo posições análogas às do presidente da República. Não cabe a nós chamá-los de “negacionistas científicos”, mas fica evidente que (e isso discutimos anteriormente quando contextualizamos a Pandemia) tais posicionamentos ocorreram por motivos de filiação ideológica, num processo de disputa de narrativas.

A segunda seção trata de médicos críticos às posições do CFM e, conseqüentemente, de seus pares que optaram por fazer a utilização de tais medicamentos. O processo pelo qual capturamos os dados foi apreciado na introdução desta dissertação, então não nos repetiremos aqui.

Ressaltamos um fator importante: acabou se tornando inviável, para nós, realizar uma pesquisa mais aprofundada com a finalidade de diversificar o perfil social dos médicos (não imputamos cor ou raça, mas dentre os profissionais analisados só há homens). Isso não significa que as médicas do país não se posicionaram contrariamente ao CFM. A questão aqui é a forma como isso foi enfatizado nas redes sociais. O trabalho de pesquisa, especialmente no Twitter, foi de uma dificuldade enorme pelo fato de ter sido manual e de que tivemos que averiguar uma quantidade muito grande de informações pequenas em um período de tempo limitado. De todo modo, registra-se aqui, para futuras observações, a necessidade de aprofundar esta pesquisa com fins de diversificação do perfil. Pretendemos discutir os dados dispostos em figuras, pois coletamos a partir de captura de tela. É importante apontar também que, apesar do fato de que dispomos de seus dados públicos, decidimos preservá-

los, usando como informação apenas seus nomes e as postagens nas redes, com o intuito de evitar exposição desnecessária de seus dados.

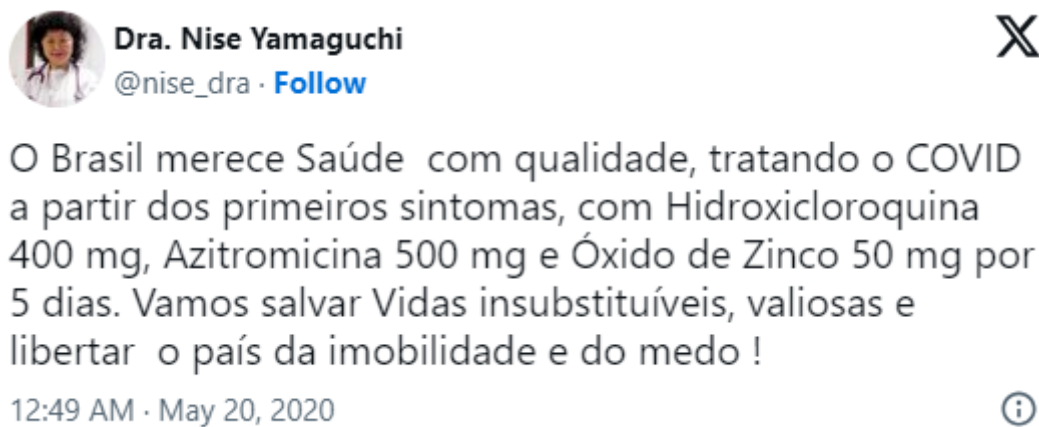
Não realizamos, também (como fizemos no capítulo anterior em relação às posições do CFM) uma comparação entre os posicionamentos no twitter e aparições em mídias digitais, jornais ou, como no caso de Yamaguchi, na CPI da Covid, pois o volume de informações seria excessivo, o que aponta para a possibilidade de realizar incursões sobre isso em trabalho a parte.

5.1 DA DEFESA DO CHAMADO “*TRATAMENTO PRECOCE*” À NEGAÇÃO DE *LOCKDOWN* E *VACINAS*

Começamos por Nise Yamaguchi, médica, especialista em alergia e imunologia e em oncologia clínica. A médica, que já era figura pública conhecida, assumiu, durante a Pandemia da Covid-19, uma série de posições complexas, especialmente envolvendo os medicamentos do chamado “kit covid”, relativos ao “tratamento precoce”: desde hidroxicloroquina e cloroquina, até outros, como ivermectina, azitromicina, óxido de zinco, como podemos ver abaixo (Figura 5).

Lembremos, como vimos anteriormente, que a propaganda de medicamentos e tratamentos de forma sensacionalista ou fora de contexto cientificamente respaldado é vedada ao médico pelo código de ética médica (Artigos 111º e 112º). Os dados trazidos aqui são públicos, retirados dos perfis dos dois médicos, bem como do site do CFM, onde é possível rastrear o CRM, situação e especialidade de médicos e médicas do Brasil inteiro, mas que decidimos não expor para preservar a integridade de informações e dados sensíveis aos dois médicos. Não visamos “expor” Nise Yamaguchi nem Osmar Terra, tampouco imputar crimes, mas sim apontar até onde seus posicionamentos se encontram (ou contradizem, se houver) com os do CFM e do Presidente Bolsonaro.

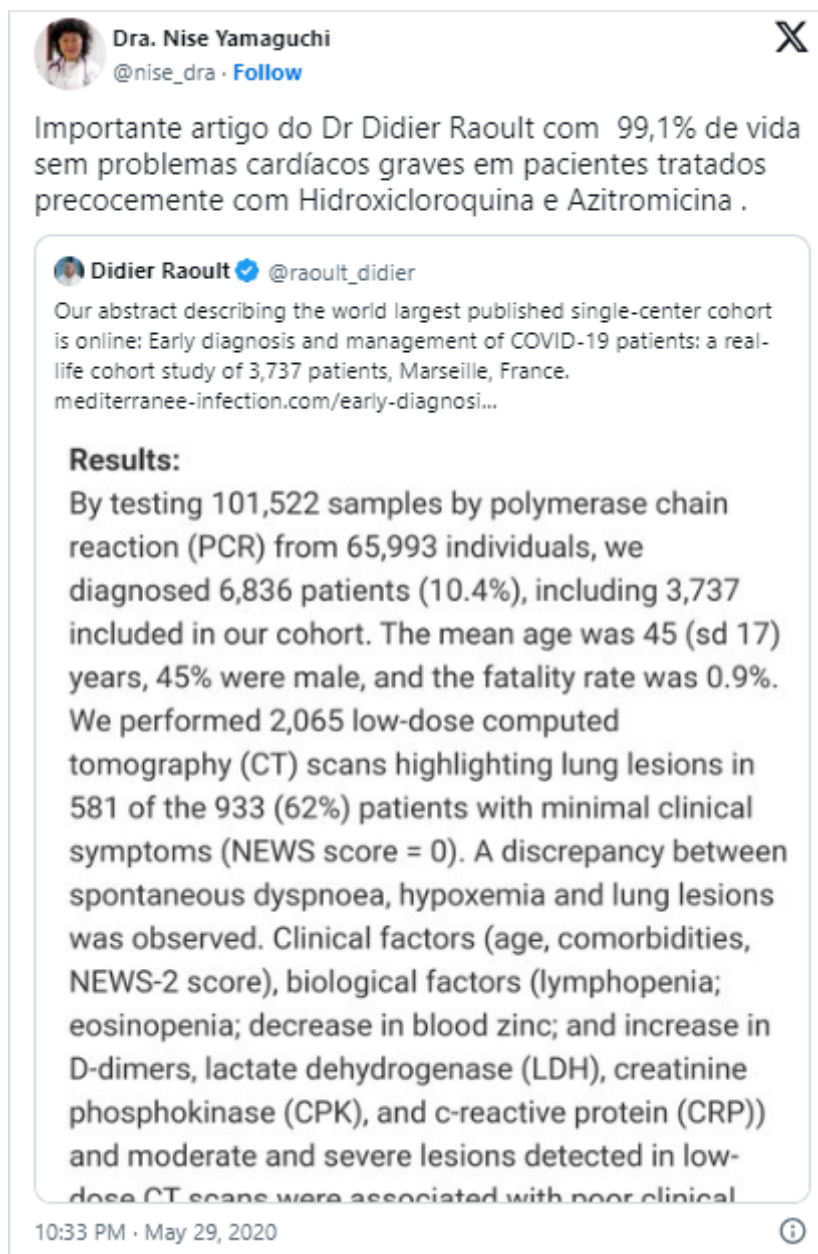
Figura 5 - Postagem de Nise Yamaguchi no Twitter indicando uma série de medicamentos que supostamente serviriam para o tratamento da Covid-19, 20 mai. 2020



Fonte: https://twitter.com/nise_dra/status/1262953582074171393. Acesso em 11 jan. 2024.

A médica, como é possível observar em seu perfil, tinha entusiasmo em relação aos medicamentos, tomando-os (à época, especialmente), como o meio mais eficaz de restabelecimento de um quadro de saúde à população. A princípio (e isso se repete em outras postagens, não apreciadas aqui), usou uma série de informações para embasar a suposta eficácia dos medicamentos, especialmente da hidroxicloroquina, como no caso da figura abaixo, onde se embasa no trabalho de Didier Raoult; cabe ressaltar, como vimos anteriormente neste trabalho, que Raoult foi obrigado pelas autoridades francesas a pedir desculpas após encontrarem uma série de informações adulteradas em seus trabalhos sobre o medicamento (Figura 6).

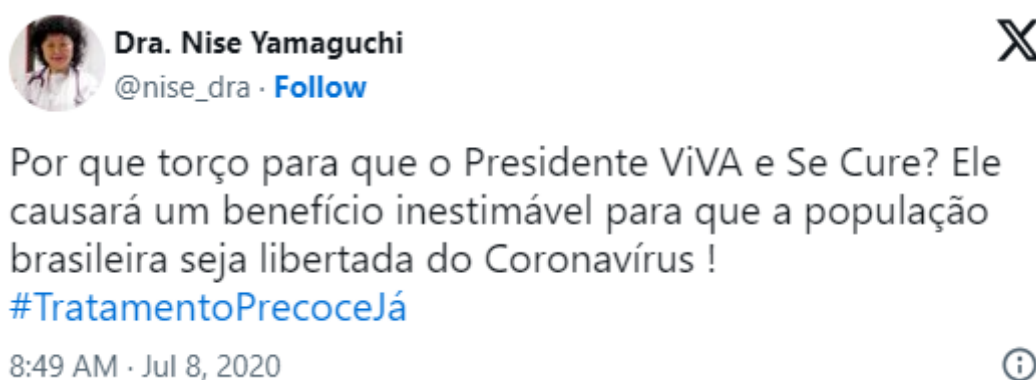
Figura 6 - Postagem de Nise Yamaguchi no Twitter indicando trabalho do médico francês Didier Raoult, 29 mai. 2020



Fonte: https://twitter.com/nise_dra/status/1266543346853478400. Acesso em: 11 jan. 2024.

A médica declarou-se logo grande apoiadora de Bolsonaro³⁰, especialmente no sentido do alinhamento aos medicamentos inclusos no chamado tratamento precoce; isso é observável na captura de tela abaixo; há de se admirar a forma como a médica defendia de forma irrestrita o chamado “Tratamento Precoce”, acreditando nesse como caminho de libertação da população da Pandemia (Figura 7).

Figura 7 - Postagem de Nise Yamaguchi no Twitter se referindo ao quadro clínico do Presidente Bolsonaro, que havia testado positivo para Covid-19, 8 jul. 2020

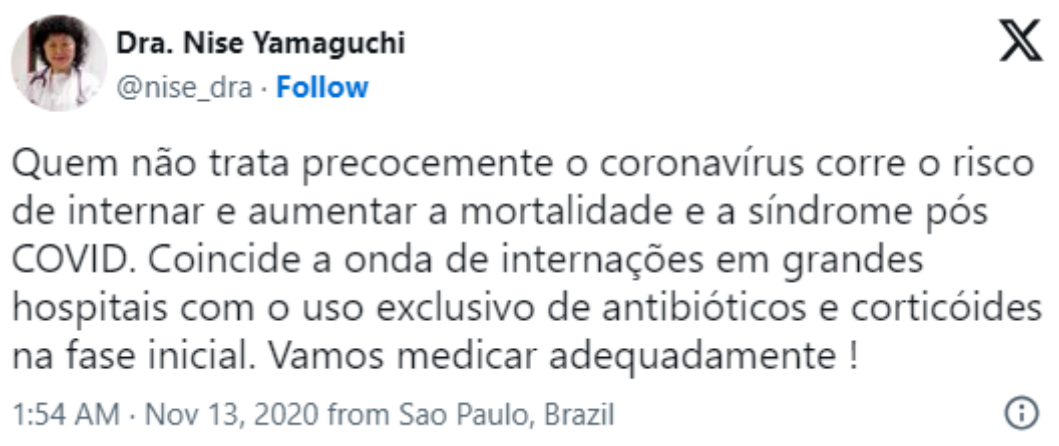


Fonte: https://twitter.com/nise_dra/status/1280831486967656449. Acesso em 11 jan. 2024.

Mesmo após meses do início da Pandemia, e já tendo em vista a ineficácia dos medicamentos e a contraindicação por parte de instituições renomadas internacionalmente em saúde, Yamaguchi seguia apostando fortemente nos medicamentos, apontando ainda que os que não fizessem prescrição (ou utilização) destes, estariam caindo em erro, com risco de causar problemas posteriores (Figura 8).

³⁰ É importante apontar que Nise Yamaguchi já possuía relações com o governo federal, como apontam Petrarca e Oliveira (2021), através de sua irmã, Naomi Yamaguchi.

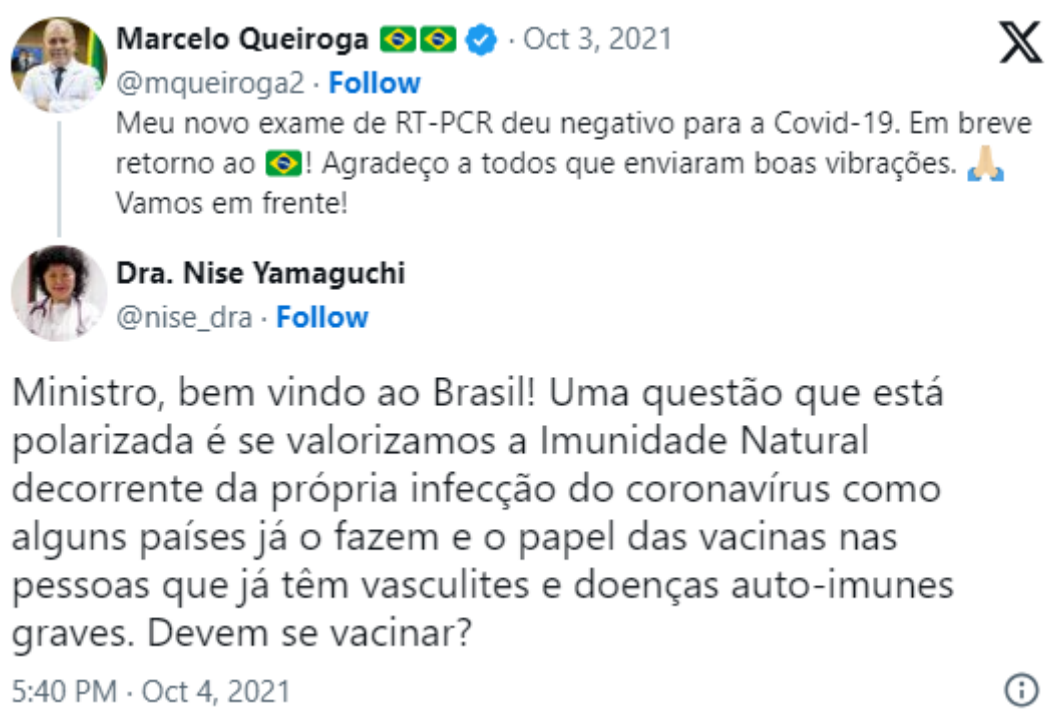
Figura 8 - Postagem de Nise Yamaguchi no Twitter sobre a necessidade de tratamento precoce contra a Covid-19, 13 nov. 2020



Fonte: https://twitter.com/nise_dra/status/1327112492657614849. Acesso em 11 jan. 2024.

Não vendo necessidade de nos estender muito mais sobre as posições da médica, acreditamos ser relevante mencionar que, em 2021, num período onde a campanha de vacinação já havia avançado (aliás, poucos dias antes do relatório final da CPI da Covid, que pediu indiciamento da médica), notamos uma mudança na estratégia de Yamaguchi: a discussão agora giraria em torno de uma suposta imunidade natural, que diz respeito a um tipo de imunidade decorrente da infecção pelo novo coronavírus, o que implicaria a falta de necessidade de vacinação, bem como o levantamento de suspeita em relação às reações adversas possíveis causadas pelas vacinas contra Covid-19; a médica o faz em resposta ao (último) Ministro da Saúde do governo Bolsonaro, Marcelo Queiroga (Figura 9).

Figura 9 - Postagem de Nise Yamaguchi no Twitter sobre a chamada “Imunidade Natural”, 4 out. 2021



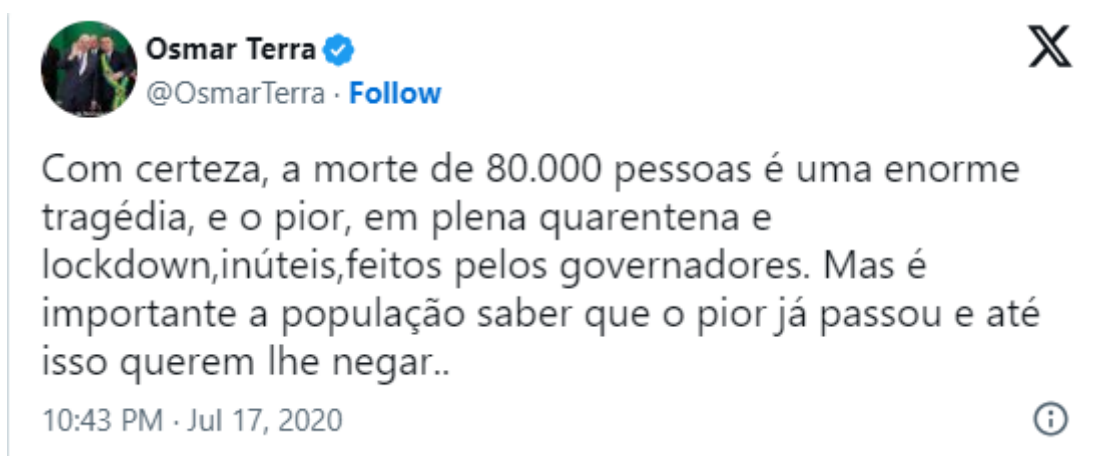
Fonte: https://twitter.com/nise_dra/status/1445126823776489475. Acesso em 11 jan. 2024.

Daqui, é importante levar em consideração que não haviam evidências apontando que pessoas infectadas com Covid-19 adquiriam uma imunidade natural; na verdade, registraram-se casos de nova infecção de Covid-19 por todo país. Veremos, porém, que esse tema continuou a marcar presença num contexto de oposição implícita à vacinação, afinal, discutia-se contra a obrigatoriedade da vacinação contra a Covid-19; isso mesmo quando se indicava a vacinação como método eficaz de combate ao vírus, como fez o CFM.

O próximo médico a ser analisado é uma figura de maior exposição pública que a anterior: o médico Osmar Gasparini Terra é um médico sem especialidade registrada no CFM, com data de inscrição desde 1975. Para além disso, é deputado federal desde 2001, além de já ter sido prefeito, bem como Ministro do Desenvolvimento Social (2016-2018) e Ministro da Cidadania (2019-2020) durante o governo Bolsonaro. Terra é conhecido apoiador do ex-presidente, de modo que até mesmo em sua foto de perfil no Twitter está ao lado dele.

As posições de Osmar Terra são algo explicável mais facilmente, pelo menos por conta de sua filiação ideológica, visto que, desde o início da Pandemia, ele diminuiu a gravidade da situação, relativizando o tempo que duraria, bem como as medidas utilizadas para combater a disseminação do vírus. Ressalte-se que, mesmo enquanto deputado, Osmar Terra possui CRM ativo e, desse modo, passível de penalidade por infração contra o código de ética médica. Em julho de 2020, por exemplo, lamenta 80.000 mortes no twitter, ao mesmo tempo em que critica a quarentena e o lockdown (ressalte-se que tais medidas nunca foram tomadas efetivamente no Brasil, como apontaram Teixeira e Silva [2022]) impostos pelos governadores dos estados; logo depois disso, relativiza a Pandemia, afirmando (sem dizer a base) que sua pior fase já havia passado. O que, como sabemos, não se passou (Figura 10).

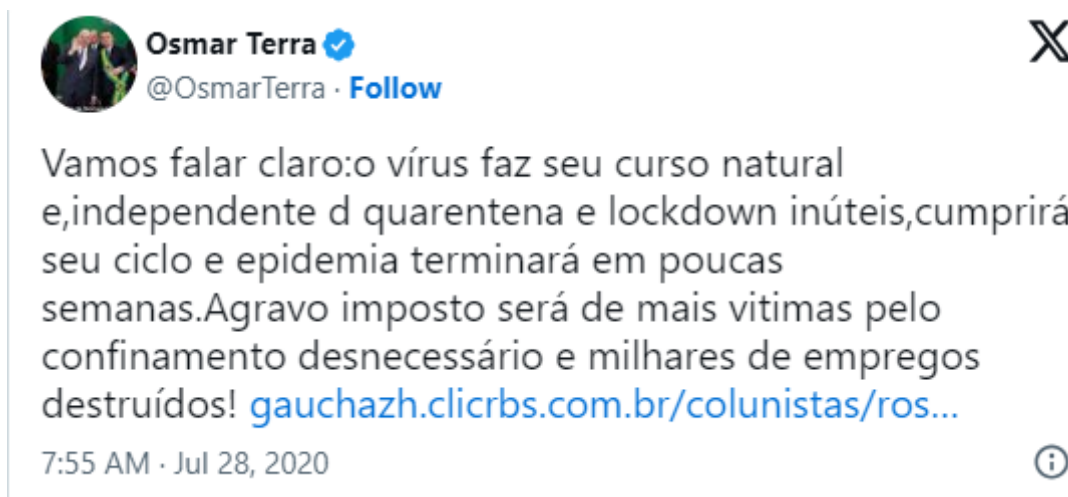
Figura 10 - Postagem de Osmar Terra no Twitter criticando o *lockdown*, 17 jul. 2020



Fonte: <https://twitter.com/OsmarTerra/status/1284302807563108357>. Acesso em 11 jan. 2024.

Podemos ver que Osmar Terra, já em 2020, falava em um “curso natural” do vírus, que independia de quarentena ou lockdown (novamente criticados) e novamente relativizando o tempo de duração da Pandemia, acreditando ser mais grave - como defendido por Bolsonaro, e até mesmo apontado pelo CFM, como vimos anteriormente - as questões econômicas decorrentes do isolamento (Figura 11).

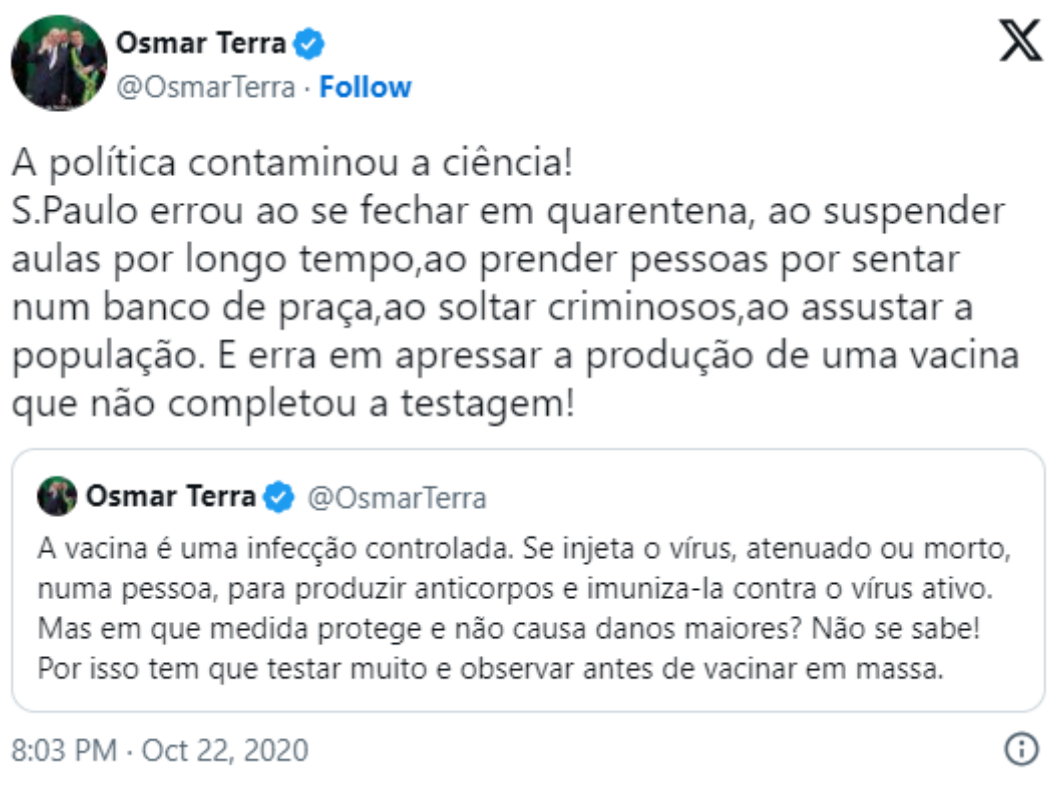
Figura 11 - Postagem de Osmar Terra relativizando medidas de isolamento social e o tempo de duração da Pandemia, 28 jul. 2020



Fonte: <https://twitter.com/OsmarTerra/status/1288065600867180544>. Acesso em 11 jan. 2024.

Em outubro de 2020, o médico passa a atacar a vacina contra a Covid-19 (especificamente a vacina que viria a ser produzida em São Paulo, em parceria com a Sinovac), e criticando as penalidades para quem desrespeitou medidas de isolamento social e apontando uma “politização da ciência”, algo que foi colocado pelo presidente do CFM em mais de uma oportunidade, sendo essa uma pauta constante ao avaliar as postagens do deputado como um todo. Cabe notar, como já observamos anteriormente no presente trabalho, que o início de uma “campanha” contra vacinas da Covid-19 se deu pela polêmica em torno do ex-governador de São Paulo, João Dória, que era um desafeto de Bolsonaro. Apesar de não apontarmos ser o caso de Osmar Terra (mesmo que defenda uma “imunidade natural”), cabe apontar que a crítica à “vacina chinesa” foi um dos caminhos pelos quais o movimento anti-vacina foi tomando fôlego no período pandêmico (Figura 12).

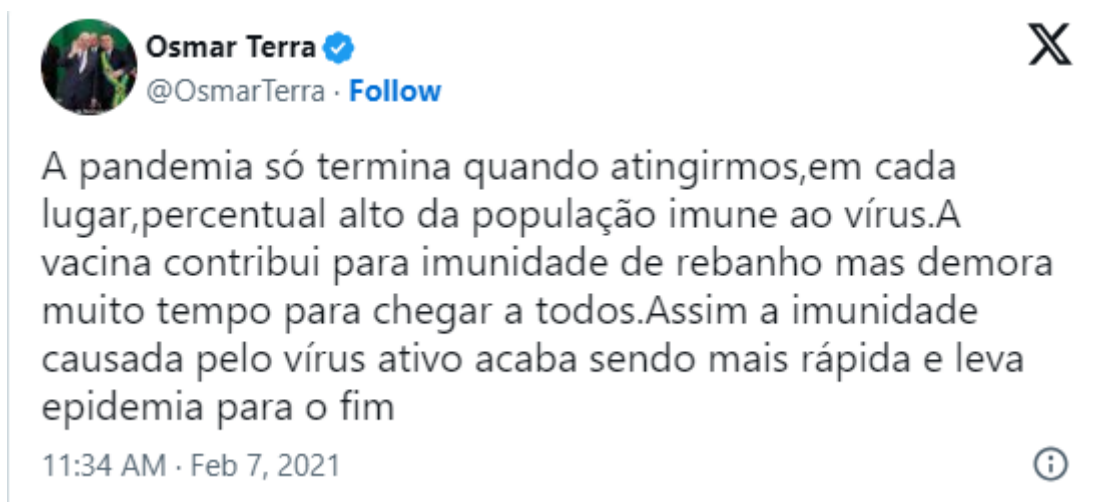
Figura 12 - Postagem de Osmar Terra no Twitter indicando suposta contaminação da ciência pela política, criticando a quarentena, a vacina contra a Covid-19 e vacinas no geral, 22 out. 2020



Fonte: <https://twitter.com/OsmarTerra/status/1319413999226785798>. Acesso em 11 jan. 2024.

Em mais uma tentativa de deduzir o término da Pandemia, desta vez em janeiro de 2021, Osmar Terra encontrou na chamada “imunidade causada pelo vírus ativo”, algo análogo ao que Yamaguchi chamou de “Imunidade Natural”, uma nova esperança (para além da vacina); levando em conta a previsão de se atingir uma imunidade de rebanho com elementos para além da vacinação da população, ocorre por parte do médico um indicativo claro de que a contaminação pelo vírus seria um possível caminho, o que incide claramente em uma posição favorável à contaminação de um vírus letal no meio de uma Pandemia (Figura 13).

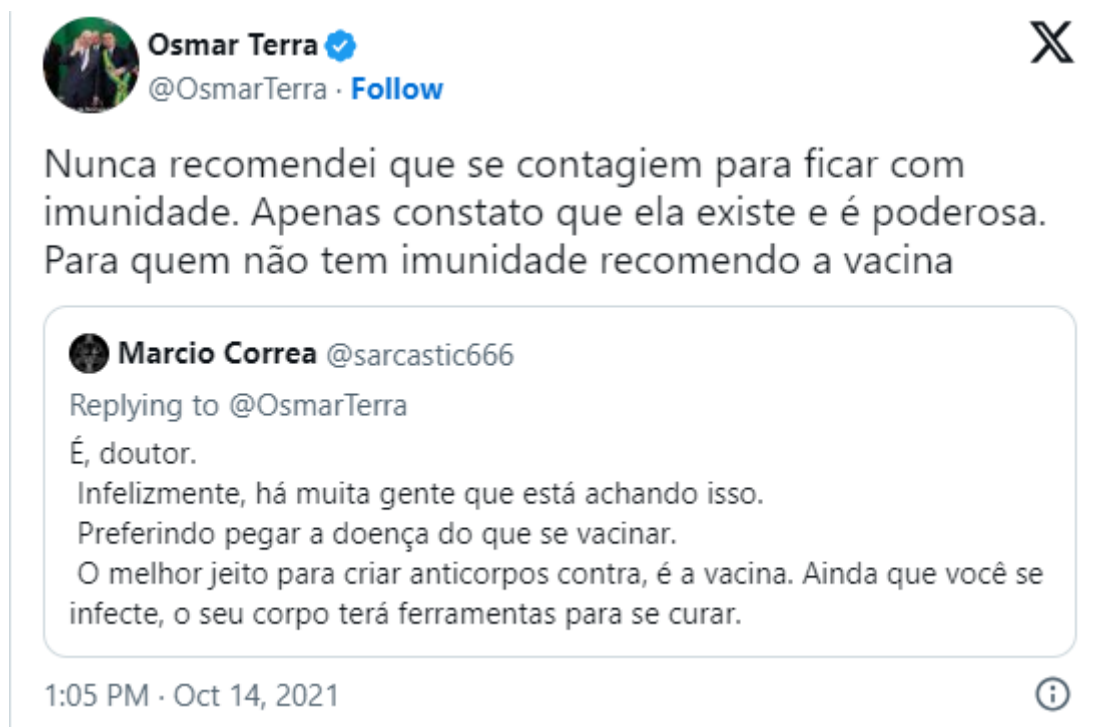
Figura 13 - Postagem de Osmar Terra no Twitter sobre a necessidade de “Imunidade de Rebanho”, 7 fev. 2021



Fonte: <https://twitter.com/OsmarTerra/status/1358423896148627459>. Acesso em 11 jan. 2024.

Em outubro de 2021, porém, Osmar Terra passou a dizer que nunca indicou que as pessoas se contaminem com o vírus para atingir a imunidade de rebanho, apesar de reafirmar que existe uma imunização por contaminação e que ela é uma alternativa às vacinas, em um discurso fortemente contraditório. Esse tipo de discurso, aliás, foi muito presente naqueles que viam as vacinas contra a Covid-19 com desconfiança, apontando que os supostos efeitos colaterais das vacinas poderiam ser mais graves que a contaminação pela Covid-19, que já tinha levado centenas de milhares de brasileiros a óbito até aquele momento (Figura 14).

Figura 14 - Postagem de Osmar Terra no Twitter negando que indicou o contágio pelo vírus como meio de se chegar à Imunidade de Rebanho como estratégia contra a Pandemia, 14 out. 2021



Fonte: <https://twitter.com/OsmarTerra/status/1448681353420099585>. Acesso em 11 jan. 2024.

Uma questão é relevante o suficiente para ser mencionada aqui: Nise Yamaguchi conta com 456,1 mil seguidores no Twitter, enquanto Osmar Terra conta com 583 mil seguidores, somando 1.039.100 milhões de seguidores, aproximadamente, o que torna relevante a utilização de postagens de apenas dois médicos defensores de medidas controversas. Centenas de milhares de pessoas (mesmo sem fazer exceção para indivíduos que seguiam os dois perfis, visto que as informações e suas formas chegariam de maneiras diferentes) estavam sob possível efeito de influência de seus discursos. Pudemos observar que havia um claro alinhamento ao governo Bolsonaro presente nos posicionamentos dos dois, mas, além disso, é possível encontrar, as vezes de forma sutil e às vezes de forma mais aberta elementos muito aproximados de posições tanto respaldadas pelo CFM quanto colocadas por seus conselheiros, como vimos anteriormente.

5.2 DA CRÍTICA AO CFM E AOS NEGACIONISTAS À DEFESA DA CIÊNCIA NA PROFISSÃO: MÉDICOS EM COMBATE

Antes de começar efetivamente a mostrar as posições críticas de médicos, algumas considerações precisam ser feitas. Durante o processo de coleta de dados, buscamos filtrar postagens entre março de 2020 e dezembro de 2021, prevendo uma amplitude do início da Pandemia até o final do primeiro ano da campanha de vacinação, o que teve em vista cobrir, junto com as posições da entidade e dos médicos, o avanço no debate sobre a Pandemia. Notamos que, no ano de 2020 há um volume menor de postagens, e de caráter de crítica menos enfático (apesar de haver). Não descartamos esses dados, mas, como já mencionamos anteriormente, dados os limites do presente trabalho, acabamos por deixar tais posicionamentos para apreciação em trabalhos futuros.

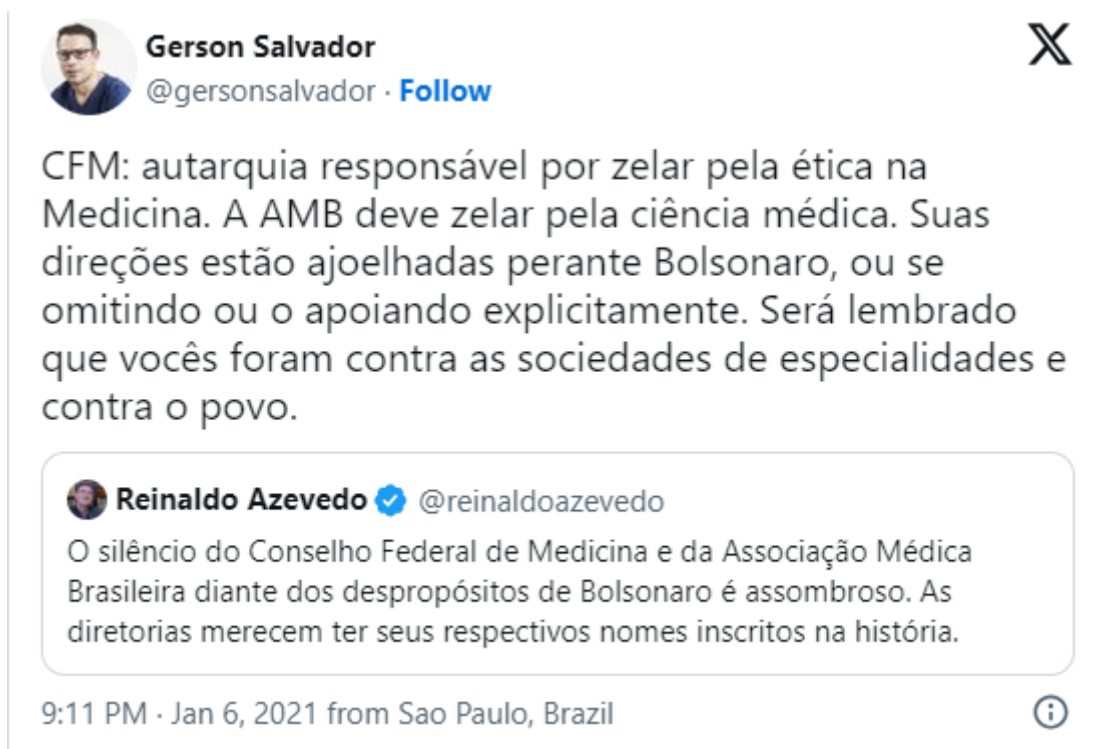
Com isso, buscamos explicar então o fato de todas as posições apresentadas durante a presente seção serem do ano de 2021. Com o início da campanha de vacinação, a comprovação da ineficácia de medicamentos, com denúncias de médicos que acabaram utilizando tratamentos de caráter duvidoso, mesmo em vista da liberação de medicamentos do tratamento precoce, como: experimentação de cloroquina via inalatória (sem caráter experimental aprovado por conselho de ética), ou utilização de ozonioterapia retal (que, como vimos, foi negada por resolução do CFM), tudo isso, acreditamos, ajudou a impulsionar profissionais da medicina à crítica cada vez mais direta a seus representantes institucionais.

Outro ponto importante a ser mencionado é o fato de que todos os dados, assim como apontamos anteriormente, são públicos, retirados dos perfis (abertos) dos profissionais e rastreáveis no site do CFM, de modo que nosso objetivo não é “expor” os médicos nem seus dados, e sim apontar os posicionamentos destes frente a sua autarquia de regulação profissional numa situação onde, argumentamos, essa suspendeu os critérios normativos da própria profissão, em detrimento de outros interesses, seja de caráter excepcional (Pandemia), ou político-ideológico.

Começamos por Gerson Salvador, infectologista, profissional com certa influência na rede social Twitter (atualmente possui 39,3 mil seguidores), e que criticou enfaticamente por diversas vezes as posições anticientíficas das entidades médicas (em especial o CFM) e também Bolsonaro; abaixo (Figura 15), podemos ver

justamente o apontamento feito pelo médico em relação à dupla manobra das entidades à época: de um lado, a subserviência ao ex-presidente, e de outro, a omissão ou apoio explícito.

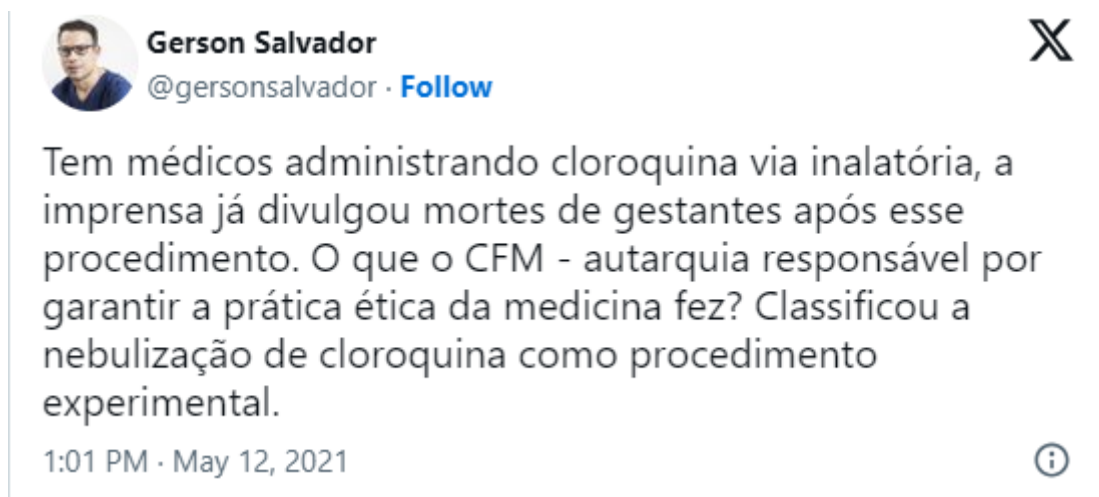
Figura 15 - Postagem de Gerson Salvador no Twitter criticando o silêncio tanto do CFM quanto da AMB em relação às posições do presidente Bolsonaro, 6 jan. 2021



Fonte: <https://twitter.com/gersonsalvador/status/1346972663370145797>. Acesso em 11 jan. 2024.

O médico ainda realizou críticas posteriores ao CFM e aos médicos que atuavam sob seu respaldo para a prescrição de tratamentos sem eficácia comprovada, denunciando a administração da cloroquina por via inalatória, evidenciando que pessoas já morreram sob utilização de tal método; para o profissional, o CFM, ao invés de julgar tais casos, classificou a nebulização da cloroquina como procedimento experimental (como apontamos na análise documental realizada anteriormente) (Figura 16).

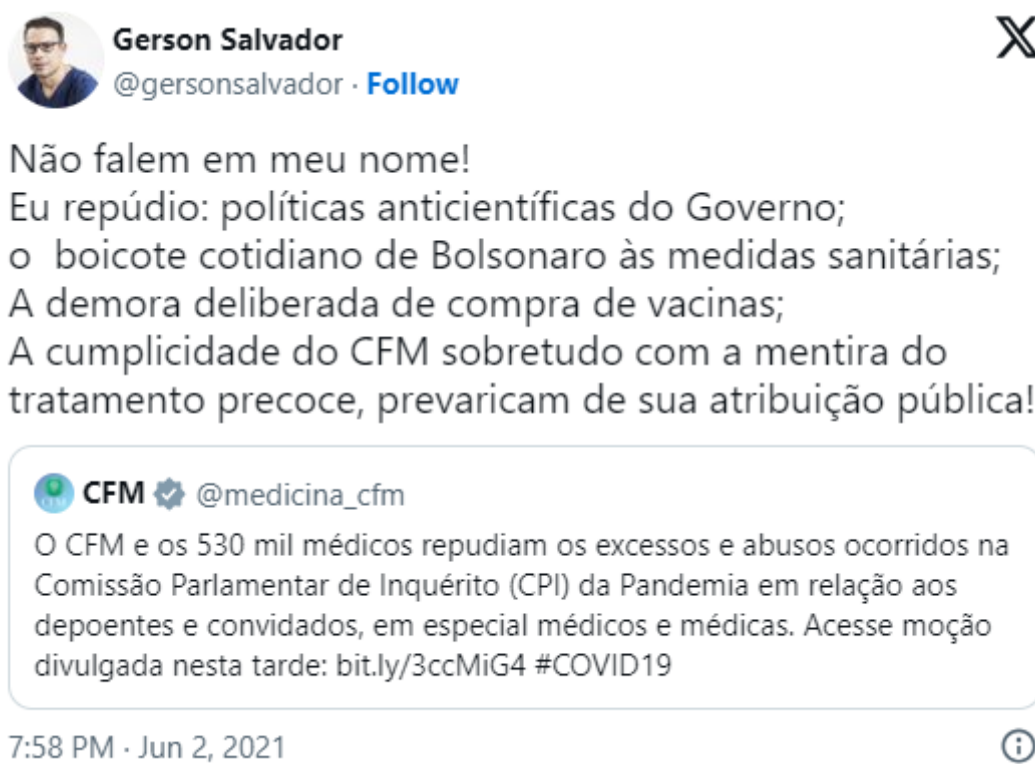
Figura 16 - Postagem do médico Gerson Salvador no Twitter em crítica à liberação do uso de cloroquina por via inalatória como tratamento experimental, liberado pelo CFM, 12 mai. 2021



Fonte: <https://twitter.com/gersonsalvador/status/1392510175530164226>. Acesso em 11 jan. 2024.

Outra dura crítica feita por Salvador foi em relação ao episódio onde o CFM decide falar como entidade de classe, por toda a categoria, criticando a forma como a CPI da Pandemia estaria tratando depoentes e convidados, especialmente médicos. O profissional deixa claro que: o CFM não fala em nome dele; repudia as políticas anticientíficas do governo federal e o boicote de Bolsonaro às medidas de prevenção contra o vírus; a demora da compra de vacinas (lembremos, como supramencionado, que havia uma perspectiva, por parte de Bolsonaro e de seus defensores, de uma imunidade de rebanho, além de campanha aberta contra vacinas); repudia, ainda, a cumplicidade do CFM em relação ao chamado tratamento precoce (Figura 17).

Figura 17 - Postagem do médico Gerson Salvador no Twitter criticando a fala do CFM que afirma falar por toda a categoria de médicos e médicas do Brasil , 2 jun. 2021



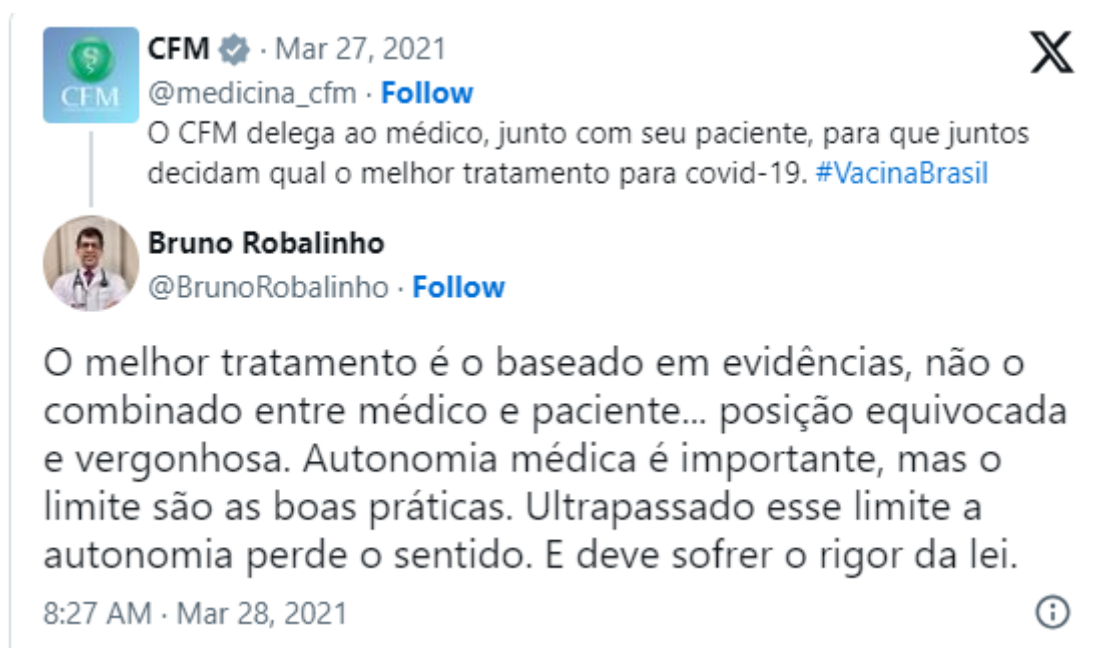
Fonte: <https://twitter.com/gersonsalvador/status/1400225416930115592>

Em alguns casos, durante a captura dos dados, encontramos críticas de médicos enquanto analisamos postagens do próprio perfil do CFM, como foi o caso da resposta do médico Bruno Robalinho, especialista em cardiologia e clínica médica que, apesar de não ser tão influente quanto Gerson Salvador no site (possuindo 2.395 seguidores), dá ênfase maior em uma perspectiva que tratamos anteriormente, durante a discussão teórica: enquanto o perfil do conselho reafirma, de forma protocolar, que delega ao médico, junto ao paciente, a busca pelo “melhor tratamento” para a covid-19, Robalinho responde que o melhor tratamento é o baseado em evidências, não o que se combina entre médico e paciente, criticando justamente a perspectiva de autonomia absoluta que o conselho tentou impor constantemente para justificar as próprias ações.

A ênfase nas evidências é importante, dado que argumentamos justamente aqui que o CFM acabou, ao priorizar a perspectiva de autonomia médica, suspendendo (mesmo quando já havia) os critérios científicos mais avançados em

relação ao tratamento da Covid-19, como previsto pelo código de ética. Ao invés de simples “defesa abstrata da ciência”, o que se leva em conta é o caráter determinado do papel da ciência sobre a prática médica, especialmente numa Pandemia (Figura 18).

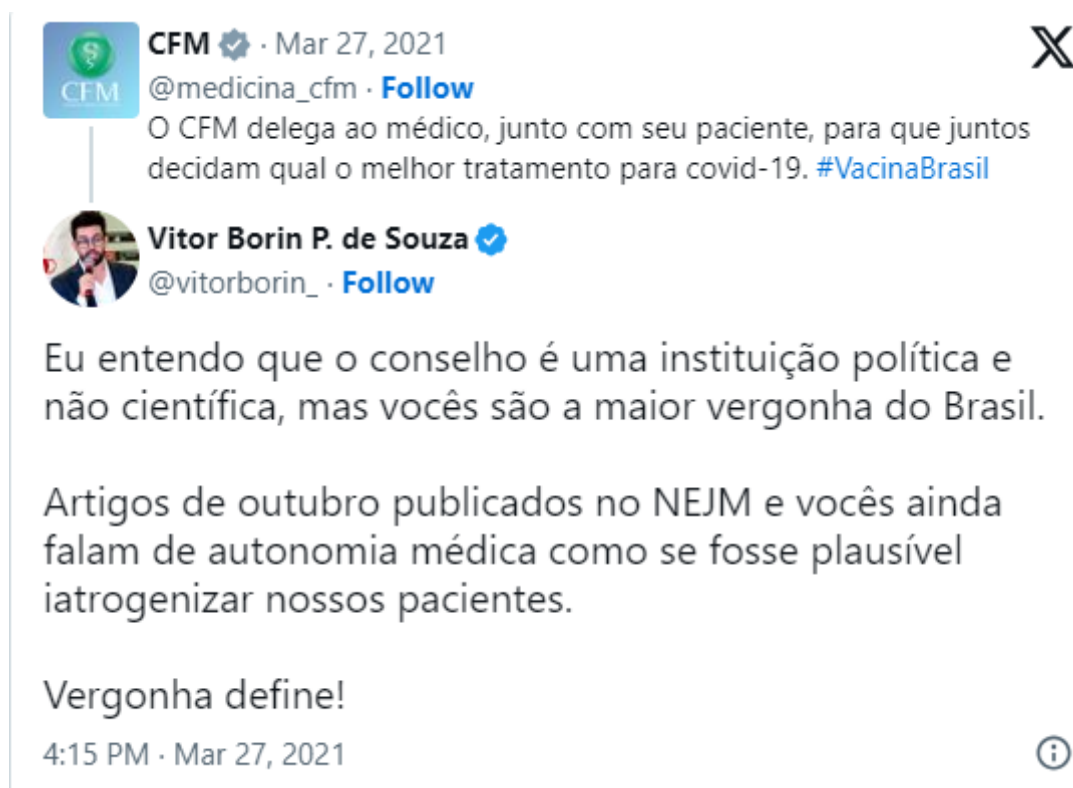
Figura 18 - Postagem do médico Bruno Robalinho no Twitter em resposta ao CFM, 28 mar. 2021



Fonte: <https://twitter.com/BrunoRobalinho/status/1376133850305286145>. Acesso em 11 jan. 2024.

Na mesma postagem do CFM, encontramos a crítica de Vitor Borin, sem especialidade registrada. Vitor, influente na rede (16 mil seguidores), se apresenta como residente em clínica médica pelo Hospital das Clínicas da UNESP, e realiza um trabalho de divulgação da Medicina Baseada em Evidências. Em sua resposta ao CFM, aponta que já há evidências, desde outubro, da ineficácia dos medicamentos liberados pelo CFM, de modo que é vergonhosa a continuidade do conselho em respaldar o tratamento precoce, mesmo que o conselho seja uma “instituição política e não científica”. Acreditamos ser importante apontar que a noção de autarquia federal seja mais interessante que “instituição política”, mas isso não anula a posição do médico, pois, como buscamos mostrar no presente trabalho, há evidências para apontar que o CFM agiu em conluio político com o governo federal (Figura 19).

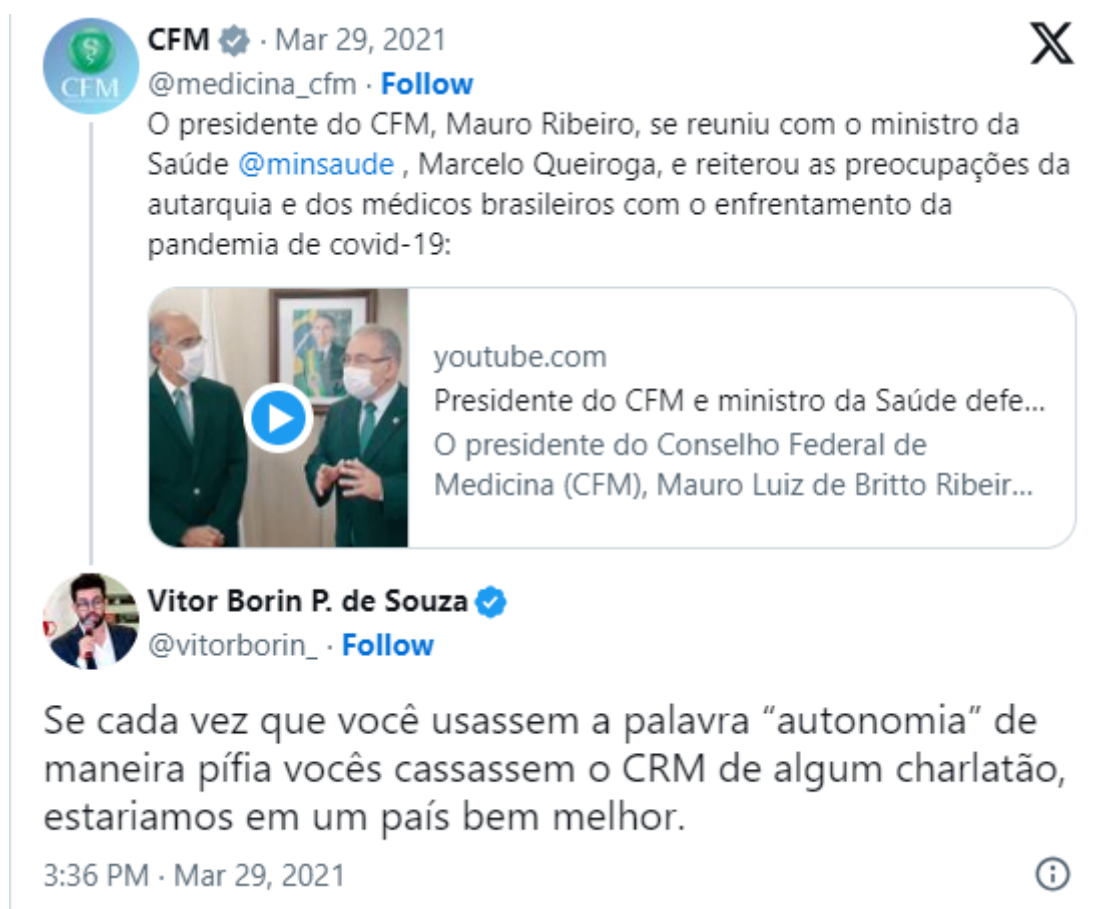
Figura 19 - Postagem do médico Vitor Borin no Twitter em resposta ao CFM , 27 mar. 2021



Fonte: https://twitter.com/vitorborin_/status/1375889350236463104. Acesso em 11 jan. 2024

Dois dias após a crítica, o perfil do CFM publica um vídeo onde Mauro Ribeiro aparece junto do ministro Marcelo Queiroga, reiterando preocupações da autarquia com a situação dos médicos na Pandemia, ao mesmo tempo em que defende, novamente, a autonomia do médico e do paciente para escolha do tratamento. Vitor Borin ironiza o CFM, apontando que o órgão acaba por não atuar em prol da cassação de charlatães, agindo, na verdade, em prol de uma noção de autonomia vazia (Figura 20).

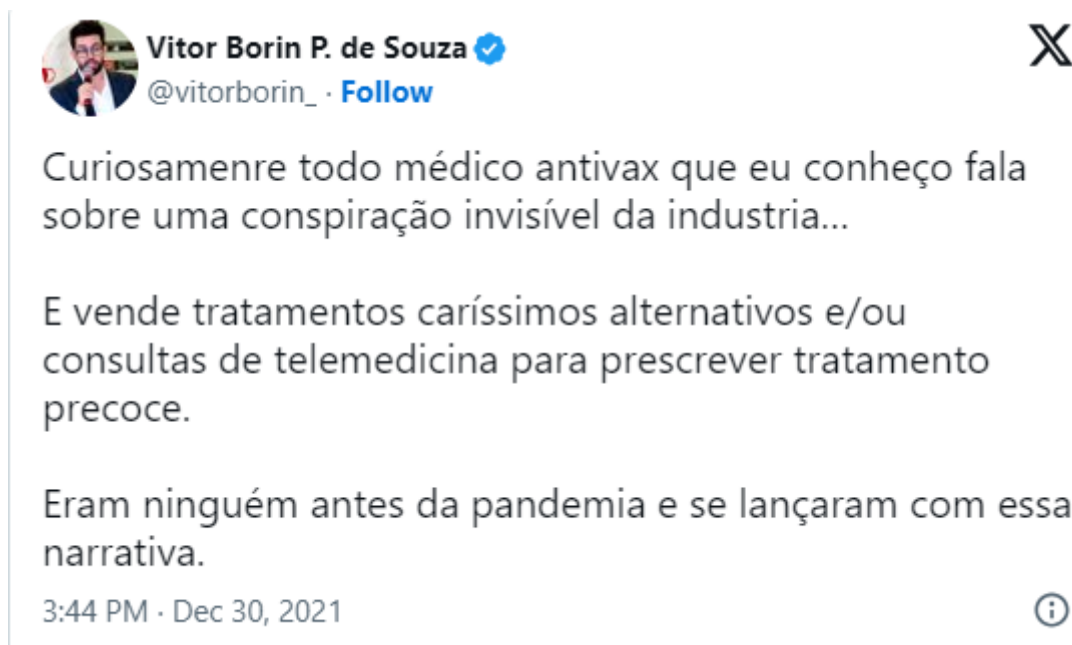
Figura 20 - Postagem do médico Vitor Borin no Twitter em resposta ao CFM , 29 mar. 2021



Fonte: https://twitter.com/vitorborin_/status/1376604128823156739. Acesso em 11 jan. 2024.

No final de 2021, Vitor Borin faz uma declaração que, apesar de não ser direta para o CFM, é importante ser apreciada neste trabalho (mesmo que de forma vaga), pois condiz com suposições levantadas na discussão que realizamos ao contextualizar os médicos na Pandemia anteriormente: aponta a existência de uma dinâmica de ganhos materiais através dos tratamentos “alternativos” ou consultas com finalidade de prescrição do tratamento precoce, criticando as posições dos médicos que o fazem como conspiratórias, o que acabou lançando médicos à fama. Isso entra em contexto com a discussão sobre médicos serem anti-vacina, o que traz à tona a existência, de forma abstrata, de profissionais que já atuariam a despeito das evidências científicas (Figura 21).

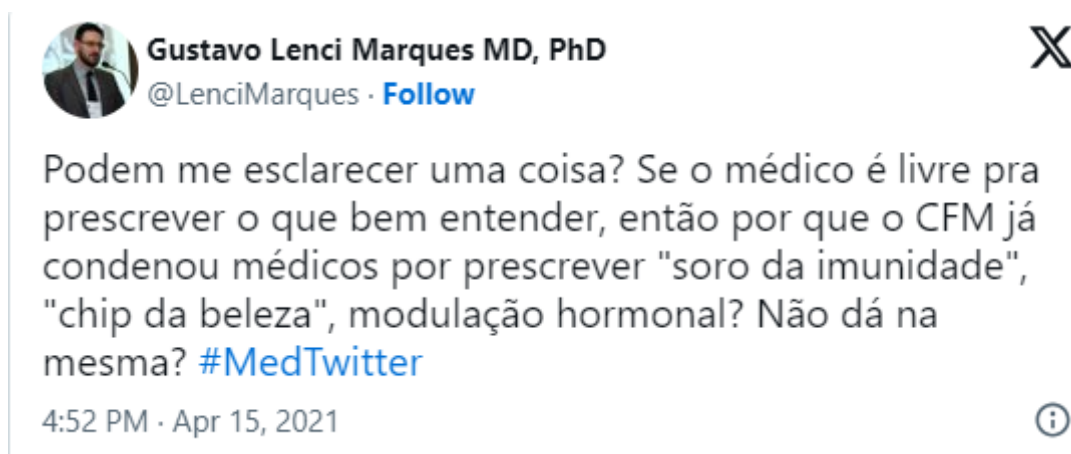
Figura 21 - Postagem do médico Vitor Borin no Twitter criticando médicos anti-vacina, 30 dez. 2021



Fonte: https://twitter.com/vitorborin_/status/1476625283537068038. Acesso em 11 jan. 2024.

Outro médico que realizou críticas enfáticas às posições do CFM foi Gustavo Lenci Marques, especialista em clínica médica e cardiologia, doutor em Medicina Interna. Apesar de não ser tão influente no Twitter (tendo apenas 441 seguidores), usou o espaço para criticar a ideia de autonomia defendida pelo CFM para liberação de cloroquina e hidroxiclороquina, comparando com outros tipos de “tratamentos” ou procedimentos sem evidências científicas. Para Marques, a defesa do tratamento precoce é equivalente a coisas como “chip da beleza” ou modulação hormonal (Figura 22).

Figura 22 - Postagem do médico Gustavo Lenci Marques no Twitter questionando a liberdade de “prescrever o que bem entender”, 15 abr. 2021

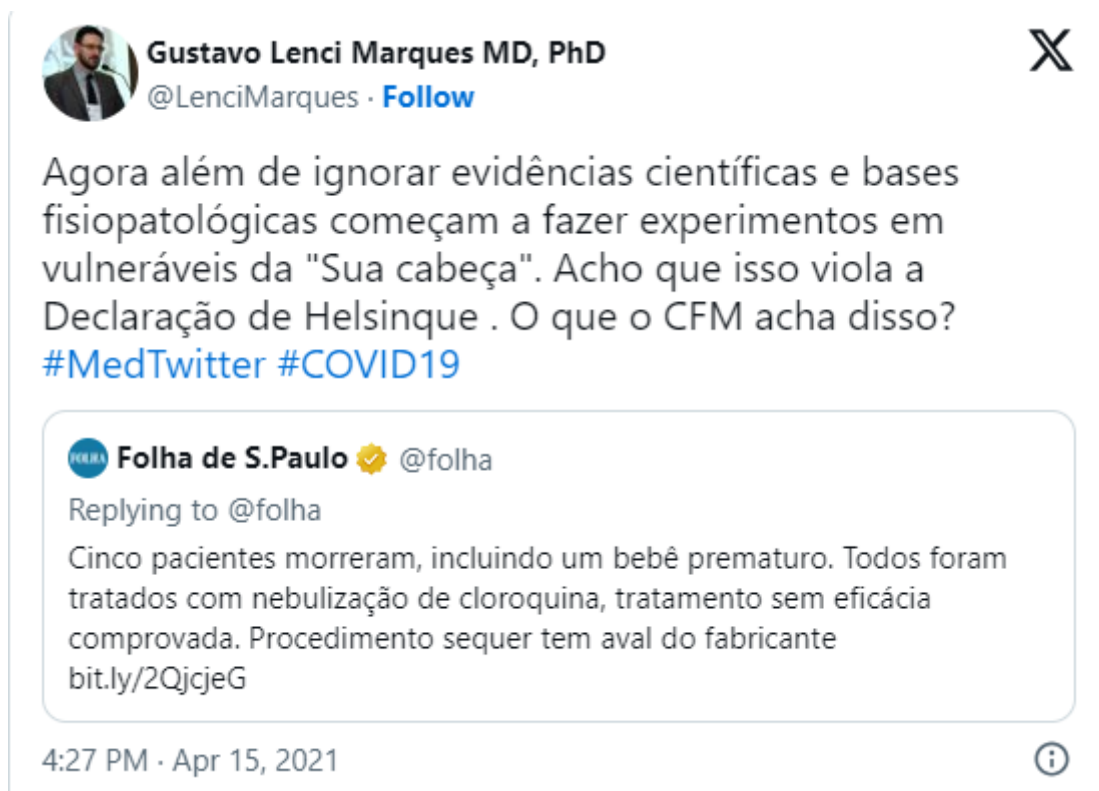


Fonte: <https://twitter.com/LenciMarques/status/1382783950813331461>. Acesso em 11 jan. 2024.

Em outra postagem, o médico ainda questiona a posição do CFM em relação à nebulização com cloroquina (uso por via inalatória), que foi permitido, desde que classificado como tratamento experimental, através de compartilhamento de matéria da Folha de São Paulo que aponta a morte de cinco pacientes após o procedimento (incluindo um bebê prematuro); aponta que médicos, sob aval do conselho, começam a realizar experimentos baseados na própria cabeça. O questionamento é importante, visto que, como já foi discutido anteriormente neste trabalho, já havia evidências suficientes para não recomendar o uso de cloroquina em pacientes com Covid-19 mesmo em sua forma normal. Além disso, cita a Declaração de Helsinque, que é um código de ética desenvolvido pela Associação Médica Mundial³¹ (Figura 23).

³¹ Ver: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=DiretrizesDeclaracoesIntegra&id=4>. Acesso em 15 jan. 2024.

Figura 23 - Postagem do médico Gustavo Lenci Marques no Twitter questionando o CFM sobre o tratamento de pacientes com Covid-19 via uso de nebulização de cloroquina, 15 abr. 2021



Fonte: <https://twitter.com/LenciMarques/status/1382777615195471876> Acesso em 11 jan. 2024.

O médico da família e comunidade, Guilherme Vale Alves, apesar de não muito influente na rede (429 seguidores), usou do espaço através da hashtag #medtwitter solicitando aos pares auxílio para saber se havia alguma medida efetiva entre a categoria para repudiar ou mesmo pedir o impeachment da gestão do CFM, levando em conta que as postagens do conselho davam respaldo ao charlatanismo no meio médico, piorando a situação da Pandemia (Figura 24). Dentre as que analisamos até então, a posição de repúdio aqui ganha novos tons, pensando na possibilidade de uma união efetiva de médicos e médicas com a finalidade de tentar frear a atuação de profissionais que ignoravam as evidências científicas em torno do chamado “tratamento precoce”.

Figura 24 - Postagem do médico Guilherme Vale no Twitter em crítica a atuação do CFM, 28 mar. 2021



Fonte: <https://twitter.com/guivale/status/1376166647367618561>. Acesso em 11 jan. 2024.

O infectologista Bruno Ishigami, popular no Twitter (com 25,8 mil seguidores), e que se descreve como “Defensor do SUS”, realizou diversas críticas às posições do conselho, focando especialmente no caráter anticientífico destas em torno da Pandemia da Covid-19. Em janeiro de 2021, aponta como privilegiados os profissionais cujos conselhos de classe não são negacionistas e anti-ciência, reafirmando a inexistência de um “tratamento precoce” contra a Covid-19 e reiterando a cumplicidade (segundo o médico, criminosa), do CFM com a condução desastrosa da Pandemia (tratamos dessa questão no capítulo de contextualização da presente

dissertação). As críticas de Ishigami, enfáticas, revelam a indignação profissional quando são suspensas as bases que edificam sua atividade (Figura 25).

Figura 25 - Postagem do médico Bruno Ishigami no Twitter em crítica a atuação do CFM e aos defensores do “Tratamento Precoce”, 25 jan. 2021



Fonte: https://twitter.com/b_ishigami/status/1353729930752897024. Acesso em 11 jan. 2024.

Em outra postagem, o médico faz apontamentos irônicos, parafraseando outro perfil, chamando o CFM de “Conselho Freestyle de Medicina”, levando em consideração o fato de que, ao invés de seguir evidências científicas, os profissionais da saúde poderiam seguir conduta definida através de “grupo de zap” (Whatsapp), apontando a ligação do CFM com Bolsonaro (Cabe ressaltar que, apesar de não ter sido indiciado por genocídio no relatório da CPI da Pandemia, houve intenso debate público em torno do fato do presidente ter participação ativa em relação aos óbitos ocorridos no período pandêmico). Evidenciamos também, como já ficou registrado, que os médicos que defendem o “tratamento precoce” se organizaram, seja em movimentos específicos (como o MPV), seja em grupos de Whatsapp onde compartilhavam informações (Figura 26).

Figura 26 - Postagem do médico Bruno Ishigami no Twitter em crítica a atuação do CFM e aos defensores do “Tratamento Precoce”, 28 mar. 2021

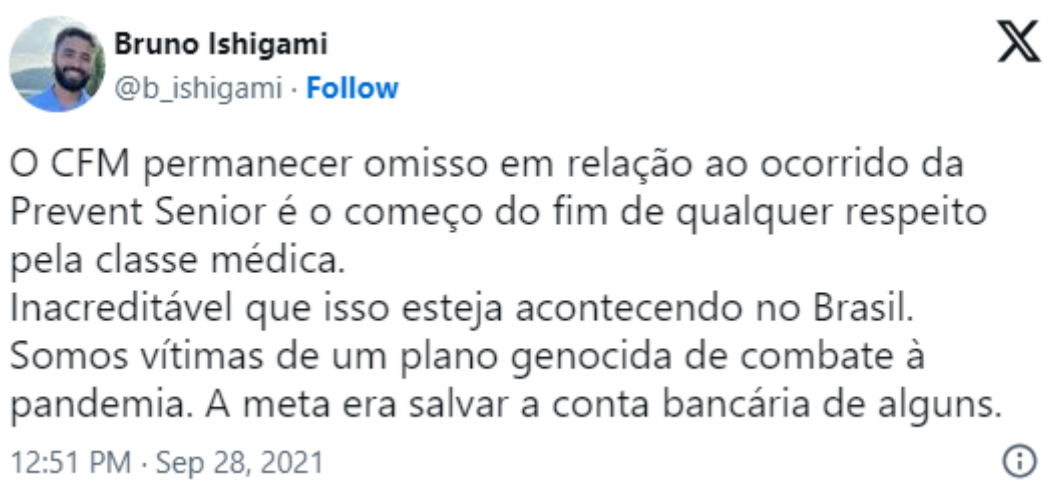


Fonte: https://twitter.com/b_ishigami/status/1376262466972311560. Acesso em 11 jan. 2024.

Passado o período da CPI da Covid, quando se descobriu com mais detalhes o escândalo envolvendo a operadora de planos de saúde Prevent Senior, Bruno Ishigami aponta ainda a falta de ação do CFM em relação à rede, considerando como omissão a falta de posicionamento do conselho (Figura 27).

Como defendemos no presente trabalho, para além do aspecto anticientífico, o CFM atuou deliberadamente como entidade corporativa, chegando a se declarar como porta voz de todos os médicos do país (mesmo quando nota-se uma diversidade de posições entre os profissionais), reiterando constantemente a defesa do médico, quando a instituição tem claro papel de juiz da profissão, visando defender a ética médica e defendendo, supostamente, atuar contra os médicos desviantes, e não proteger a classe “inteira”, colocando em pé de igualdade profissionais que atuam pelo rigor ético e excelência prática, e outros que aproveitaram da situação para realizar experimentos e procedimentos ignorando qualquer evidência científica, colocando em risco a saúde do povo brasileiro.

27 - Postagem do médico Bruno Ishigami no Twitter em crítica a falta de ação do CFM em relação ao caso da Prevent Senior, 28 set. 2021



Fonte: https://twitter.com/b_ishigami/status/1442879591060750357. Acesso em 11 jan. 2024.

Para finalizar o capítulo, é importante reiterar uma questão importante: os dados que trouxemos aqui, tanto para defensores do chamado “tratamento precoce”, quanto para os críticos desses e do CFM, não visam “expor” nenhum dos profissionais. Todas as informações utilizadas são públicas, todos os posicionamentos são públicos, os dados de todos os médicos e médicas são públicos, rastreáveis a partir de suas redes, bem como dados sensíveis que garantem o *status* de médico (que decidimos não expor aqui) são rastreáveis no site do CFM. Levando em conta a liberdade e autonomia médica para prescrever tratamentos sem eficácia comprovada, com o aval

do órgão autorregulatório da profissão, é previsto também que os profissionais contrários possam criticar seus pares que atuam em perspectiva tomada como “desviante”, visto que, apesar de permitidas, se encontram evidentemente fora do escopo de uma prática guiada por evidências científicas. Evidenciamos um clima de conflito na categoria médica como um todo, trazendo posicionamentos (apesar de pouco variados) de médicos de todo o Brasil, de diferentes especialidades, com diferentes perspectivas, mas presentes no debate público em torno da Pandemia da Covid-19.

Dois pontos apareceram muito fortemente nos posicionamentos críticos dos *jalecos em combate*: a defesa da ciência contra o caráter evidentemente anticientífico dos posicionamentos do CFM e dos pares que agiram a partir dele, e a defesa dos pressupostos éticos da profissão. Falamos da crítica em torno dos pares pois constantemente se levanta a questão da “omissão” do CFM, incidindo em uma posição bem clara: não se nega a existência do conselho nem a necessidade de um instrumento de autorregulação da profissão, e sim o tipo de atuação posta na Pandemia: como aquele que devia punir o desviante, constantemente age em defesa desses, os colocando no mesmo patamar que médicos que atuam visando a excelência. O CFM, na defesa dos “médicos” em abstrato, iguala profissionais claramente opostos.

A oposição, acreditamos, é evidenciada na disparidade de posições que colocamos aqui. Os *jalecos em combate* definitivamente levantam os elementos essenciais à profissão (agir ético, defesa dos pressupostos científicos que legitimam a medicina, além do melhor tratamento com base em evidências científicas, crítica dos profissionais desviantes, etc.), e com isso apontam um caminho crítico que visa o bom exercício profissional, criticando os desviantes e cobrando suas instituições para agir *de fato* contra eles.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a presente pesquisa, buscamos analisar o conflito entre médicos e médicas e o Conselho Federal de Medicina em relação à profissão médica durante o período da Pandemia da Covid-19 no Brasil, partindo de: caracterização teórica da profissão médica (no geral e no Brasil), atentando para características basilares desta, sua organização histórica e questões referentes às relações de poder estabelecidas; para além disso, realizamos também uma contextualização política do período pandêmico, focando na questão do trato da emergência de saúde pelo governo federal e como isso afetou (a partir da literatura) os médicos no país; os passos seguintes se deram, então, da seguinte forma: descrição e análise dos posicionamentos do CFM, apontando para o código de ética médica, posições estabelecidas em documentos e posições observadas em aparições midiáticas (ou cobertura midiática) relativa a conselheiros; logo após isso, o último capítulo tratou das posições conflitantes de médicos em relação às questões colocadas pela atuação do CFM (tratamento sem eficácia comprovada para Covid-19, crítica a pressupostos de isolamento social e a vacinas, de um lado, e a crítica de posições anti científicas e de caráter omissivo em relação aos desviantes, do outro).

Algumas considerações merecem ser feitas, antes de realizar um balanço do realizado até aqui: nosso problema de pesquisa original (a nível da qualificação do projeto que levou a esta dissertação) lidava com a perspectiva de ofício médico, inspirado na sociologia dos ofícios, de viés sennettiano (Sennett, 2006; 2008). Tomamos, à época, como possível hipótese o fato de que os médicos que saíam em conflito contra o CFM e seus pares, em defesa de pressupostos científico e da excelência profissional efetiva, buscando uma atuação punitiva do conselho em relação aos defensores do “tratamento precoce” e críticos da vacina, emanariam um ethos similar ao do artífice.

Com a captura dos dados no Twitter, pretendíamos abordar os profissionais com o fim de realizar entrevistas semi-estruturadas que nos dessem um aprofundamento das posições colocadas nas redes, uma especificação do que se consideraria uma organização com fins de excelência da medicina, como, com certo distanciamento, avaliavam atualmente a manutenção da posição do CFM em relação à autonomia médica irrestrita; todos esses questionamentos visavam enquadrar (sem

induzir) ou não o médico dentro deste ethos pressuposto. Por razões de limites do possível, não realizamos tais incursões. Fica registrado, porém, a intenção e a possibilidade de, em realização futura, conseguir desenvolver esta frente de trabalho para além da sociologia das profissões. As reflexões teóricas, porém, mantêm-se, mesmo que implicitamente (pois não contextualizamos a perspectiva da sociologia dos ofícios em momento algum no trabalho).

Além disso, por mudanças ocorridas fora de nosso controle (a mudança de dono do Twitter e sua reestruturação), foi necessário alterar a forma de captura dos dados, o que afetou profundamente o planejamento de exposição. Anteriormente, com a possibilidade de uso gratuito da API (*application programming interface*) da rede, seria possível coletar uma quantidade massiva de informações, para definir clusters entre os médicos identificados, e então organizar um banco de dados e analisar as informações. Com isso, para além da análise de discurso, técnica privilegiada no presente trabalho, havia a possibilidade de aprofundar o trabalho com uma densa análise de conteúdo. Tal procedimento foi tornado inviável, mas, acreditamos, não afetou a qualidade do trabalho final, ficando registrado, caso haja possibilidade futura, a realização da análise em tal viés.

As motivações que geraram o problema de pesquisa original (e que permaneceram como base durante a pesquisa como um todo) giraram em torno especialmente de como, na maior emergência sanitária do século, um conjunto de fatores tão complexos que vinham se desenvolvendo nos últimos anos no país conseguiram agravar a situação. Num período de grandes debates em torno de negacionismo científico, com um presidente que à época já defendia a relativização de certos axiomas históricos, atacando as instituições democráticas e exaltando o período da ditadura militar em toda ocasião possível³², com um clima de crise econômica e política, com um tipo de perspectiva econômica se impondo à população brasileira como verdade e único caminho possível, como uma categoria profissional tão bem consolidada e legitimada como a médica, que já vinha enfrentando seus problemas organizacionais desde 2013, com o PMM, conseguiu se inserir em uma polêmica envolvendo a suspensão das próprias bases científicas e éticas em defesa

³² Ver: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/04/05/politica/1554419295_939718.html. Acesso em 15 jan. 2024.

da categoria de forma absoluta, mesmo quando, dado o contexto, não há possibilidade de defesa.

Tudo isso contribuiu para uma ponderação crítica que tornou possível executar uma pesquisa como essa, intitulada *jalecos em combate*. O objeto do combate, o outro a combater, é justamente aquele que cai em erro, seja por engano ou deliberadamente, pois, diferentemente de outros trabalhos e ocupações, o erro em medicina é algo de responsabilidade personalíssima e que envolve sempre a saúde do paciente. A literatura da sociologia das profissões aponta sempre para a existência da distinção entre o profissional, dotado de certos conhecimentos adquiridos, e o paciente, um leigo que chega ao profissional com a reclamação, que será interpretada e depois avaliada. Decidir “em conjunto” com o paciente o uso de medicamentos que não tem comprovação científica não é saber o que é o melhor tratamento. Trata-se tão somente de enganar a si mesmo e ao outro, prometer algo que não é objeto de certeza. Dentro de um contexto onde o presidente do CFM afirmou por uma quantidade grande de vezes que “não tinha certeza de nada”, pela suposta incapacidade de analisar a qualidade da produção científica existente, visto que sempre apontava observar a totalidade da literatura, afirmando a existência de trabalhos “favoráveis e contrários”, pela defesa irrestrita de médicos, mesmo quando em contexto de depoimento por clara conduta desviante em outra autarquia.

Façamos o resgate então do que observamos até aqui. Levando em conta que já afirmamos o problema de pesquisa (e consequentemente objetivo geral do trabalho) no começo dessas considerações finais, e apontemos para o processo de execução. Primeiramente, as ponderações metodológicas deste trabalho foram na direção seguinte: coletamos uma série de dados documentais no site do CFM e, com esses à disposição, realizamos leitura não só de suas ementas, mas do conteúdo completo, visando os que seriam mais relevantes para o objetivo do nosso trabalho; coletamos no total 20 documentos, entre pareceres, despachos de conselho jurídico e resoluções, e utilizamos 6 deles no nosso trabalho.

Para os dados de posicionamentos dos médicos, há de se levar em conta termos mantido numa mesma base os dados coletados tanto no perfil do CFM, quanto a partir da hashtag #medtwitter, e de interações entre profissionais, o que ocasionou a captura de mais de 60 postagens no Twitter, das quais utilizamos 26, guardando-as através de captura de tela e dispondo-as como figuras; cabe considerar que alguns

médicos foram mais “atuantes” que outros nas redes, o que justifica a maior incidência de postagens de uns do que outros.

Durante o segundo capítulo do presente trabalho pela ordem do sumário, buscamos elencar a estrutura e características fundamentais da profissão médica através de revisão de literatura a partir de uma seleção que enquadra: sociologia das profissões, sociologia da medicina, epistemologia crítica e história da medicina no Brasil; resolvemos optar por aglutinar essas perspectivas com a finalidade de tentar uma abrangência maior de elementos fundamentais da profissão médica, desde suas características em geral (ligadas a seu processo de consolidação pelo mundo), quanto a questões relativas a poder, conhecimento e aplicação, ciência e ética, além da estrutura histórica da profissão no país, envolvendo o processo de consolidação profissional da categoria, criação de estruturas próprias, estabelecendo um monopólio dos serviços médicos.

Com o terceiro capítulo, resolvemos descrever criticamente o contexto no qual nosso problema de pesquisa estava inserido: a Pandemia da Covid-19. Optamos por, ao invés de fazer simplesmente uma descrição da Pandemia, envolvendo os dados relativos à contaminação, esforços concretos de diferentes estados para impedir a disseminação, focar em dois pontos cruciais: a relação do governo federal (e do ex-presidente Bolsonaro) com a Pandemia da Covid-19, em primeiro momento, por um motivo muito evidente: a ligação das proposições feitas pelo presidente, seus esforços no que tange à propaganda de medicamentos e sua crítica ao isolamento social, com o que vinha ocorrendo sob respaldo do CFM (visto que, além da permissão da prescrição de medicamentos sem eficácia, não houve esforço do conselho para buscar e punir médicos desviantes).

Como item prévio de interpretação de Bolsonaro com a Pandemia, elencamos dois conceitos importantes: o de negacionismo e necropolítica, com a finalidade de, ao contextualizar, apontar para as incidências concretas derivadas da atitude de omissão deliberada do governo federal; passamos, posteriormente, para o que era possível encontrar em relação aos médicos na Pandemia, ou melhor, em como incidia na categoria a possibilidade de adesão às ideias do ex-presidente como respaldo prático. Para isso, durante a segunda seção do capítulo, resgatamos brevemente o histórico das instituições médicas e a política no Brasil desde os anos 2013, quando se observa um rompimento das instituições médicas com o governo de esquerda, até

a adesão às perspectivas de direita, fazendo com que houvesse uma consonância entre as proposições de entidades médicas e do governo federal, como ocorreu no governo Bolsonaro.

Com a contextualização feita, partimos para o quarto capítulo, onde buscamos analisar as posições do CFM (e de seus conselheiros, quando possível), em relação à Pandemia. Fizemos a ligação entre o órgão e a perspectiva político-ideológica a priori apenas no item de literatura até então, e por isso, houve a necessidade de fazer uma revisão documental, matérias de jornais e vídeos onde pudéssemos capturar concretamente o que argumentamos. A primeiro momento, realizamos uma descrição analítica do código de ética médica em sua mais recente versão, com o intuito de esclarecer os problemas que iríamos analisar; nosso foco foi nos capítulos e artigos do código que incidem sobre questões como: autonomia, evidências científicas, publicidade médica, direitos fundamentais, propaganda de medicamentos, etc.

A partir disso, realizamos um trabalho de análise documental em seis itens, com a finalidade de apontar o quadro de atitudes concretas tomada pelo CFM em torno da profissão durante a Pandemia. Os itens, aparentemente isolados, tem todos ligação possível, a nível de interpretação, pensando justamente o fato de que não se tratou (apenas) de um abandono da necessidade de evidências científicas, visto que o conselho decidiu não possibilitar (apesar de ter ocorrido o uso) o tratamento com Ozonioterapia, por exemplo, mas sim uma tentativa do CFM de respaldar (com o intuito de proteger) médicos que supostamente já estavam administrando os medicamentos, tomando-os como meio eficaz (mesmo sem evidências) de combater o quadro infeccioso. Para além disso, outras atitudes, como a permissão da telemedicina, reforçaram a situação. Mesmo quando já se sabia que os medicamentos não tinham eficácia, o CFM ainda dobrou a aposta e permitiu seu uso off label. Posterior à análise documental, constatamos, através das posições do CFM e de seus conselheiros, que havia algum grau de adesão (às vezes implícito por parte do presidente do conselho, mas explícito por parte de seu vice ou de outros conselheiros) ideológica às perspectivas de Jair Bolsonaro.

O capítulo que precede essas considerações tratou da posição dos médicos e médicas referentes ao CFM e às questões permitidas por ele. A primeiro momento, capturamos dados no Twitter de dois médicos que gozam de grande popularidade tanto na rede social quanto na mídia, com a finalidade de acompanhar o andamento

de suas posições em defesa de coisas como: tratamento precoce para a Covid-19 com medicamentos sem eficácia comprovada; “imunidade natural”, adquirida através do contágio por Covid-19 como alternativa à imunidade vacinal; crítica ao lockdown como item de perigo maior que o próprio vírus por questões econômicas (e/ou psicológicas), até a crítica às vacinas. Todos esses itens aparecem nas falas de Yamaguchi e Terra, ao mesmo tempo que podem ser identificados em todas as declarações, das mais leves às absurdas, do Presidente Bolsonaro³³. Não apontamos que o CFM defende tais declarações nem tais ideias, mas fica claro que a omissão do órgão em relação a tais posições é clara, visto que, em momento de possibilidade de crítica a um desses, como na questão do depoimento de Nise Yamaguchi à CPI da Pandemia, o CFM se manifestou em defesa dessa, ignorando qualquer tom problemático no que a médica defendia.

Por outro lado, na segunda seção, pudemos capturar uma série de críticas de médicos ao CFM (mas que também se dirigiam a seus pares defensores de tratamentos ineficazes), incidindo sobre: o fato de autonomia não ser sinônimo de liberdade absoluta, sendo necessária sua restrição às evidências científicas como base para a realização de um tratamento seguro com visa à saúde da população; às posições anti científicas do conselho e seu respaldo a tais posições partindo de médicos; apontamento de culpa por cumplicidade ao se omitir em relação aos profissionais que pensavam atuar fora dos limites éticos; a busca por alguma ação efetiva que pudesse agir contra o conselho, com a finalidade de findar a situação que havia se construído. Uma questão aparece muito evidente: a vergonha do profissional que, buscando respaldo em evidências científicas, decidiu usar de sua voz e de sua imagem para criticar um órgão de autorregulação da profissão que, como buscamos argumentar durante todo o trabalho, agiu na contramão do que se espera de uma instituição ligada à uma profissão de prestígio que goza de tanta legitimidade sobre a população quanto a medicina.

³³ Bolsonaro chegou a associar a vacinação contra a Covid-19 à AIDS, imitou um paciente com falta de ar, afirmou “não ser coveiro” quando indagado sobre mortes, afirmou que a vacina Coronavac “não estava comprovada cientificamente”, enquanto defendia cloroquina, chamou de idiota quem entra “na pilha” da vacina, dentre outras afirmações. Ver: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/2-anos-de-covid-relembre-30-frases-de-bolsonaro-sobre-pandemia/>. Acesso em 15 jan. 2024.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Senado Federal. **Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a Pandemia**. Brasília, DF: Senado Federal, 2021. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/comissoes/mnas?codcol=2441&tp=4>. Acesso em: 15 jan. 2024.

CAMARGO Jr. Kenneth Rochel de. **(Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica**. Dissertação. (Mestrado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro. 1990.

CANGUILHEM, Georges. O efeito da bacteriologia no fim das teorias médicas do século XIX. In: CANGUILHEM, Georges. **Ideologia e Racionalidade nas ciências da vida**. Lisboa: Edições 70, 1977.

CAVALCANTI, Pedro Rafael Chalegre. **Reforma trabalhista e pandemia: movimentações contratuais dos/as docentes do ensino básico privado de Pernambuco (2017-2021)**. Retratos Da Escola, 16(36), 917–942, 2022.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

CESARINO, Letícia. **O mundo pelo avesso**. São Paulo: UBU, 2022.

COELHO, Edmundo Campos. **As profissões imperiais: Medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro 1822-1930**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**. Conselho Federal de Medicina: Brasília, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **DESPACHO COJUR N.º 293/2020**. Conselho Federal de Medicina, 2020a. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/despachos/BR/2020/293_2020.pdf. Acesso em: 15 jan. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **DESPACHO COJUR N.º 352/2020**. Conselho Federal de Medicina, 2020b. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/despachos/BR/2020/352_2020.pdf. Acesso em: 15 jan. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer nº 4/2020**. Conselho Federal de Medicina: Brasília, 2020c. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4>. Acesso em: 15 jan. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **DESPACHO COJUR N.º 198/2021**. Conselho Federal de Medicina: Brasília, 2020a. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/despachos/BR/2021/198>. Acesso em: 15 jan. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.290/2021**. Conselho Federal de Medicina: Brasília, 2021b. Disponível em:

https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2021/2290_2021.pdf.

Acesso em: 15 jan. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.292/2021**. Conselho Federal de Medicina: Brasília, 2021c. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2021/2292>. Acesso em: 15 jan. 2024.

CORDEIRO, Hésio. **As empresas médicas**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

DIAS, Henrique Sant'Anna; LIMA, Luciana Dias de; LOBO, Castro. Do 'Mais Médicos' à Pandemia de Covid-19: duplo negacionismo da corporação médica brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, V. 45, N. ESPECIAL 2, p. 92-106, dez 2021.

DONNANGELO, Maria Cecília F. **Medicina & Sociedade**. São Paulo: HUCITEC, 2011a.

DONNANGELO, Maria Cecília F. **Saúde & Sociedade**. São Paulo: HUCITEC, 2011b.

EDLER, Flavio Coelho. **Ensino e profissão médica na corte de Pedro II**. Santo André: Universidade Federal do ABC, 2014.

FERRARI, Isaura Wayhs et al. "Tratamento precoce", antivacinação e negacionismo: quem são os Médicos Pela Vida no contexto de COVID-19 no Brasil? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27 n. 11, p. 4213-4222, 2022.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Paz e Terra, 2021.

FREIDSON, Eliot. **Profissão médica**: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Editora UNESP; Porto Alegre, RS: Sindicato dos médicos, 2009.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do programa Mais Médicos. **Interface**, Botucatu, 21 (Supl.1), p. 1103-1114, 2017.

KROPF, Simone. Negacionismo Científico. In: SZWAKO, José.; RATTON, José Luiz. **Dicionário dos negacionismos no Brasil**. Recife: CEPE, 2022.

LUZ, Madel. **Medicina e ordem política brasileira**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

LUZ, Madel. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade moderna. Rio de Janeiro: Fiocruz: Edições Livres, 2019.

MACHADO, Maria Helena (coord.). **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MACHADO, Maria Helena. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: MACHADO, Maria Helena (org.). **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

MARINHO, Marcelo Jacques M. da Cunha. **Profissionalização e Credenciamento**: a política das profissões. Rio de Janeiro: SENAI/DN/DPEA, 1986.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. São Paulo: N-1 edições, 2018.

OLIVEIRA, Roberto Vêras de. Trabalho no Nordeste em perspectiva histórica. **Revista de Estudos Avançados IEA- USP**, nº 87. São Paulo: USP, 2016.

PEDROSA, Marcos.; FERNANDEZ, Michelle. Medicina baseada em evidências. In: SZWAKO, José.; RATTON, José Luiz. **Dicionário dos negacionismos no Brasil**. Recife: CEPE, 2022.

PARKER, Ian. Discourse Analysis. In: FLICK, Uwe; KARDOFF, Ernst Von; STEINKE, Ines. **A companion to qualitative research**. London: SAGE Publications Ltd. 2000.

PETRARCA, Fernanda Rios.; OLIVEIRA, Wilson José Ferreira de. Jalecos Brancos e o "Dragão Covidiano": as alianças em torno do tratamento precoce. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, Vol. 57, N. 3, p. 324-336, set/dez 2021.

PERRUSI, Artur. Clínica Médica. In: SZWAKO, José.; RATTON, José Luiz. **Dicionário dos negacionismos no Brasil**. Recife: CEPE, 2022.

PINHEIRO, Chloé.; EMERY, Flavio. **Cloroquination**: como o Brasil se tornou o país da cloroquina e de outras falsas curas para a covid-19. São Paulo: Claraboia, 2022.

RATTON, José Luiz. Negacionismo. In: SZWAKO, José.; RATTON, José Luiz. **Dicionário dos negacionismos no Brasil**. Recife: CEPE, 2022.

RIOS, David Ramos da Silva.; TEIXEIRA, Carmen. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 27, n. 3, p. 794-808, 2018.

ROCHA, Camila.; SOLANO, Esther.; MEDEIROS, Jonas. Bolsonarismo. In: SZWAKO, José.; RATTON, José Luiz. **Dicionário dos negacionismos no Brasil**. Recife: CEPE, 2022.

ROSENTHAL, Gabriele. **Pesquisa social interpretativa**: uma introdução. Rio Grande do Sul: ediPUCRS, 2014.

SAMPAIO, Gabriela dos Reis. **Nas trincheiras da cura**: As diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2001.

SANTOS, Pedro Miguel dos. Profissão médica no Brasil. In: MACHADO, Maria Helena (org.). **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: HUCITEC, 1993.

SENNETT, Richard. **The craftsman**. London: Penguin Books, 2009.

SENNETT, Richard. **The culture of the new capitalism**. New Haven & London: Yale University Press, 2006.

SILVA et. al. O programa mais médicos: controvérsias na mídia. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, V. 42, N. 117, p. 489-502, Abr-Jun 2018.

SORIA, Sidartha.; CAVALCANTI, Pedro. **Autonomia sem ciência?**: O Conselho Federal de Medicina e a Profissão Médica na Pandemia da Covid-19. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 21., 2023, Belém. Anais eletrônicos [...]. Belém, UFPA. ISSN: 2236-6636. Disponível em: <https://www.sbs2023.sbsociologia.com.br/anais/trabalhos/anais01>. Acesso em: 15 jan. 2024.

TEIXEIRA, Luiz Belmiro; SILVA, Julio Cesar Gonçalves da. **Bolsonarismo e necropolítica**: Administração da morte e gerenciamento da pandemia da Covid-19 no Brasil. Curitiba: Kotter Editorial, 2022.

WOLFF, Stephan. Analysis of Documents and Record. In: FLICK, Uwe; KARDOFF, Ernst Von; STEINKE, Ines. **A companion to qualitative research**. London: SAGE Publications Ltd. 2000.