

Bioética Complexa e a saúde da mulher

Complex Bioethics and women's health

Bioética Compleja y la salud de la mujer

José Roberto Goldim¹

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0003-2127-6594>

 jrgoldim@gmail.com

Márcia Santana Fernandes²

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0002-0455-4268>

 marciasantanafernandes@gmail.com

Submissão em: 21/12/22

Aprovação em: 09/02/23

Resumo

Objetivo: discutir diferentes abordagens éticas, na perspectiva do Modelo Bioética Complexa (MBC), sobre as questões da saúde da mulher. O MBC é uma reflexão que tem por finalidade verificar a adequação das ações envolvidas com os aspectos biológicos e biográficos, em uma perspectiva interdisciplinar, amparada por referenciais teóricos diversos e considerando também situações individuais e sociais. **Metodologia:** revisão narrativa de literatura, considerando múltiplas perspectivas bioéticas e éticas em relação aos temas de saúde da mulher. **Resultados:** os resultados de pesquisa envolvem a referência de 37 textos e considerações dos autores, fruto de pesquisas envolvendo o MBC há mais de 17 anos, em ambiente de saúde. **Conclusão:** a reflexão da adequação de avaliações e decisões na área da saúde da mulher deve envolver uma multiplicidade de aspectos e perspectivas, neste sentido é necessário que esta visão complexa permeie o desenho de políticas de assistência à saúde.

Palavras-chave

Direitos da Mulher. Bioética. Reprodução. Direitos Sexuais e Reprodutivos. Saúde.

Abstract

Objective: to discuss various ethical approaches from the perspective of the Complex Bioethics Model (CBM) to women's health issues. The CBM aims to review the appropriateness of actions involving biological and biographical aspects in an interdisciplinary perspective, supported by different theoretical references and considering individual and social situations. **Methods:** narrative literature review considering different bioethical and ethical perspectives related to women's health. **Results:** research findings include references to 37 texts and reflections by the author, who has conducted health research with CBM for more than 17 years. **Conclusion:** reflection on the appropriateness of assessments and decisions in the field of women's health should encompass a variety of aspects and

¹ Doutor em Medicina (Clínica Médica), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil; professor titular, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Doutora em Direito, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil; professora credenciada, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

perspectives. In this sense, it is necessary that this complex perspective be included in health policy decision making.

Keywords

Women's rights. Bioethics. Reproduction. Reproductive Rights. Health.

Resumen

Objetivo: este artículo pretende debatir diferentes enfoques éticos, desde la perspectiva del Modelo de Bioética Compleja (MBC), sobre cuestiones de salud de la mujer. El MBC es una reflexión que pretende verificar la adecuación de las acciones involucradas con aspectos biológicos y biográficos, en una perspectiva interdisciplinaria, recortada por diversas referencias teóricas y considerando también situaciones individuales y sociales. **Metodología:** revisión narrativa de la literatura, considerando múltiples perspectivas bioéticas y éticas en relación con temas de salud de la mujer. **Resultados:** los resultados de la investigación involucran la referencia de 37 textos y consideraciones de los autores fruto de investigaciones que involucran el MBC por más de 17 años en el ambiente de salud. **Conclusión:** la reflexión sobre la adecuación de las evaluaciones y decisiones en el ámbito de la salud de las mujeres debe implicar una multiplicidad de aspectos y perspectivas, en este sentido es necesario que esta visión compleja impregne el diseño de las políticas de atención sanitaria.

Palabras clave

Derechos de la Mujer. Bioética. Reproducción. Derechos Sexuales y Reproductivos. Salud.

Introdução

A Bioética tem uma história muito recente. A rigor o pensamento bioético surgiu na Alemanha na década de 1920, mas só na década de 1970 passou a ter o reconhecimento da sua importância como espaço de reflexão sobre temas que envolvem a vida e o viver das pessoas (1). Inicialmente, a Bioética apresentou uma dicotomia de perspectivas, uma mais restrita à saúde (2) e outra mais abrangente, envolvendo os demais seres vivos e o ambiente (3). Contudo, com a evolução do próprio conceito da saúde, essas perspectivas voltaram a se aproximar.

A saúde, que antes era vista como a ausência de doença, passou a ser entendida de forma mais ampla, na perspectiva do bem-estar físico, mental, social e espiritual das pessoas (4). Na década de 1970, surgiu o conceito de campo da saúde, que permitiu integrar quatro fatores: os aspectos biológicos; os aspectos ambientais; os aspectos comportamentais e os aspectos do sistema de saúde em si (5). Foi nessa perspectiva de integração de múltiplos aspectos em diferentes âmbitos, que no Brasil foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (6). Essa discussão propôs a saúde como sendo um direito de cidadania, que ficaria consagrada no texto do Artigo 196 da Constituição da República de 1988 (7). Mais recentemente, a saúde se ampliou para envolver as questões ambientais e as repercussões da ação humana sobre o próprio planeta, surgindo o conceito de saúde planetária ou saúde global (8).

A abordagem das questões envolvendo a saúde da mulher foi muito influenciada pela evolução do conceito de saúde. Inicialmente, a perspectiva era restrita às ações de saúde com ênfase na atenção materno-infantil. Esta perspectiva foi alterada na década de 1980, quando foi estabelecida uma proposta de atenção integral à saúde da mulher, incluída nas propostas inovadoras das Ações Integradas de Saúde (7). Em 1986, foi realizada a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, um marco na discussão das questões de saúde envolvendo mulheres em diversas faixas etárias, em diferentes cenários (9). Desde então, a saúde da mulher assumiu um protagonismo, ocupou um espaço e assumiu inúmeras ações: as políticas de saúde da mulher foram sendo aprimoradas, ainda que com alguns recuos em tempos recentes. Inúmeros temas foram pautados, extrapolando a perspectiva

anterior de saúde materno-infantil. Foram incluídos os temas dos direitos reprodutivos, do aborto, da saúde mental, das mulheres adolescentes e das idosas, das relações de trabalho e das diferentes visões étnicas e culturais (9).

Este artigo tem por objetivo discutir diferentes abordagens éticas, na perspectiva de referenciais teóricos centrais para o Modelo de Bioética Complexa (MBC), para análise e interpretação de situações relacionadas à saúde da mulher. O método utilizado foi a revisão narrativa de literatura, em português e inglês, nas Bases do PubMed e Scielo, assim como em capítulos de livros referenciais. O texto está organizado em nove itens, relacionando o tema da saúde da mulher com sete referências centrais do MBC: 1) O Modelo de Bioética Complexa e as suas características; 2) A ética da responsabilidade e a saúde da mulher; 3) A ética das virtudes e a saúde da mulher; 4) A ética dos princípios e a saúde da mulher; 5) A ética dos direitos e a saúde da mulher; 6) A ética das consequências e a saúde da mulher e 7) A ética das vontades e a saúde da mulher; 8) A ética do cuidado e a saúde da mulher e 9) A ética da alteridade e a saúde da mulher.

O Modelo de Bioética Complexa: características gerais

A Bioética Complexa foi proposta com a finalidade de permitir uma abordagem pragmática de temas que necessitam de uma reflexão sobre a sua adequação. Essa reflexão deve ser complexa, compartilhada e interdisciplinar (1). A reflexão é a consideração cuidadosa e o exame dos diferentes aspectos relacionados a uma experiência (10). A reflexão é complexa ao permitir múltiplas perspectivas de abordagem à questão proposta. É a complexidade que permite abordar a questão em suas múltiplas dimensões. A reflexão deve ser compartilhada para permitir uma relação dialógica entre os participantes, permitindo que novas visões possam surgir desta efetiva troca de ideias. Finalmente, essa reflexão deve ser interdisciplinar para permitir que diferentes conhecimentos sejam cotejados (11). É nessa diversidade de perspectivas e abordagens que a reflexão bioética se enriquece (12).

A reflexão bioética parte de problemas, isto é, de desconfortos vivenciados por pacientes, profissionais ou outras pessoas. As questões envolvidas devem ser adequadamente identificadas e dimensionadas. Identificado o problema, é importante verificar os fatos e circunstâncias associados. Entre as circunstâncias, devem ser considerados o sistema de crenças e valores das pessoas envolvidas, assim como os seus vínculos afetivos e desejos associados. Essas questões que não são passíveis de uma abordagem argumentativa, devem ser objeto de consideração por ser um importante referencial valorativo e afetivo das pessoas (12).

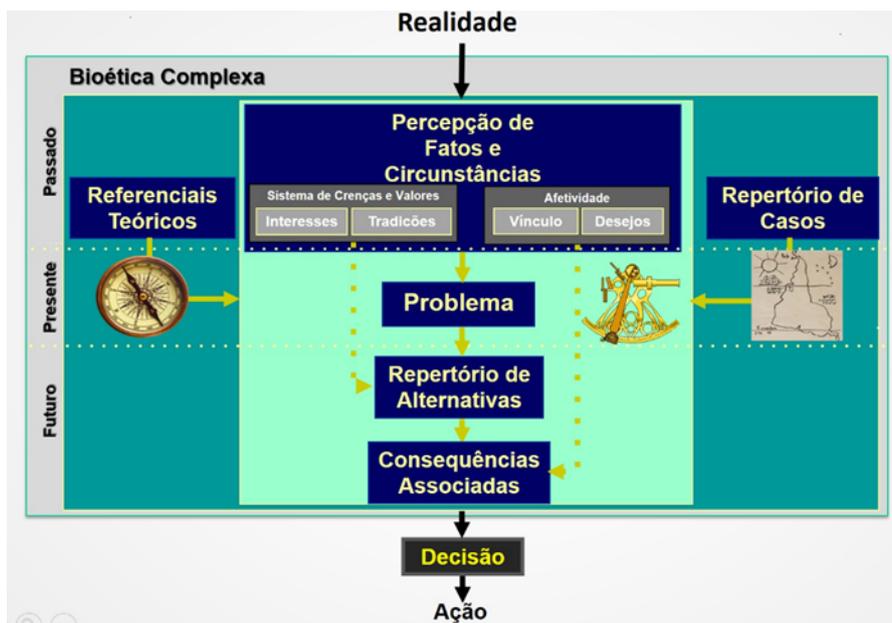
A avaliação das alternativas, seja de encaminhamentos ou de soluções para o problema identificado, assim como as respectivas consequências associadas, é que permite encaminhar a decisão propriamente dita. Contudo, esse processo é influenciado pelo repertório de situações semelhantes, assim como pelo referencial teórico associado. O conjunto das experiências e vivências prévias é que constitui o repertório de situações. Ele dá uma base de realidade para a tomada de decisão. Por outro lado, o referencial teórico incorpora as reflexões anteriores já realizadas sobre esse problema, ou de outros que podem ser a ele associados, permitindo ampliar a reflexão e dar uma base mais fundamentada à argumentação (12).

A ética se realiza no relacionamento entre pessoas, é uma forma de avaliar a adequação desse encontro entre um e outro. Os diferentes referenciais teóricos representam enfoques dessa relação; são diferentes maneiras de abordar as ações que ocorrem entre pessoas. Inúmeras escolas éticas podem ser utilizadas na busca de argumentos para verificar a adequação das ações. Na Bioética Complexa são

utilizados oito diferentes referenciais teóricos: a ética da responsabilidade, das virtudes, dos princípios, dos direitos, das consequências, das vontades, do cuidado e da alteridade (12).

A reflexão bioética leva em conta a vida e o viver (13). A vida é representada pelos aspectos biológicos, que permitem a sobrevivência, que estabelecem que este ser humano está vivo. O viver, por outro lado, é o conjunto dos aspectos biográficos da pessoa, que a inserem no mundo que garantem o seu bem-viver (14).

Figura 1. Modelo da Bioética Complexa graficamente representado



Fonte: elaborado pelo autor.

A ética da responsabilidade e a saúde da mulher

A ética da responsabilidade tem o seu enfoque nas ações que ocorrem quando duas pessoas se relacionam. É sempre bom lembrar que a responsabilidade é inerente à ação, que pode haver justificativas de adequação, mas não de isenção de responsabilidade para quem executa uma ação. A responsabilidade pode ser retrospectiva ou prospectiva, de acordo com a relação do tempo associado à ação (15).

A responsabilidade retrospectiva se refere às ações que já ocorreram. É essa perspectiva que é utilizada para estabelecer se ação foi adequada ou inadequada, ou seja, se houve culpa ou dolo associado. A culpa é o erro, é a ação descuidada, que pode ser caracterizada como negligência, imperícia ou imprudência. O dolo, por outro lado, é associado a intenção de fazer um mal intencional, é a má prática. Essa visão retrospectiva é a mais habitual na abordagem da responsabilidade profissional (16).

A responsabilidade prospectiva ocorre quando são avaliadas as repercussões de ações ainda não realizadas. Ela é a base da precaução, de antecipar as consequências associadas a uma ação que será realizada e estabelecer medidas visando evitar ou reduzir o seu impacto futuro (17).

A responsabilidade retrospectiva sempre tem que ser apurada em termos de sua adequação ou inadequação. Na atenção à saúde da mulher, foram identificadas algumas situações que merecem uma reflexão quanto aos aspectos de responsabilidade associados. São descritas situações de abandono

dentro de instituições de saúde ou de agressões físicas ou verbais associadas ao atendimento por profissionais de saúde (18).

A situação de uma paciente permanecer em uma instituição sem ser atendida adequadamente é uma situação que pode ser caracterizada como de negligência dos profissionais e da própria instituição. A inexistência de recursos em uma instituição não é justificativa para o abandono de uma paciente. Nesse momento, o cuidado deve ser suprido sob outras formas, no mínimo com acompanhamento. A carência de recursos institucionais não justifica o abandono e a negligência dos profissionais (19).

No outro extremo, as situações de agressão física ou verbal, descritas por muitas pacientes, caracterizam intencionalidade, ou seja, não é um erro ou um descuido, mas sim ações deliberadas e inadequadas (18). Essas situações devem ser coibidas pelas instituições e pela própria sociedade, por meio do seu enquadramento deontológico e legal, quando devidamente estabelecido (19).

Entre esses dois extremos podem ser discutidas outras situações, tais como as envolvidas em realização de exames e procedimentos. De acordo com as circunstâncias, essas situações podem ser enquadradas como omissão, tais como na negligência, imperícia, imprudência, ou como de ação, como no dolo (19). A negligência pode ocorrer quando um exame é realizado e a paciente não é informada, de forma antecipada, sobre o que irá ocorrer, e é surpreendida com a sua realização, que pode ser justificada, mas houve a falta do dever de informar. Em outros casos, pode haver imperícia, com a realização do procedimento sendo realizada por um profissional ou aluno sem a devida experiência ou qualificação e sem a presença ou participação de um profissional qualificado para lhe dar supervisão adequada. Outra situação é a de imprudência, quando o profissional vai além do razoável, daquilo que é esperado para a realização do exame ou procedimento. O dolo é caracterizado pela intencionalidade. São conhecidos casos de abusos sexuais praticados durante a realização de exames e procedimentos, que podem ser caracterizados por manipulações indevidas, por exemplo (18). Essas situações de dolo são agressões e como tal devem ser tratadas.

É sempre importante refletir sobre as questões de responsabilidade associada às ações realizadas por profissionais de saúde. Na maioria das vezes, essas ações são adequadas. Porém, quando ocorre a divulgação de inadequações ocorre um grande impacto junto a sociedade. Na medida em que se identificam situações de inadequação, é importante discutir as questões associadas à responsabilidade prospectiva, ou seja, de como prevenir e evitar que isso ocorra novamente. Não discutir ou não implementar ações corretivas pode ser caracterizado como negligência. Nessas situações, é importante ter a perspectiva da precaução, ou seja, de estabelecer ações que se antecipam ao agir (17).

A ética das virtudes e a saúde da mulher

A ética das virtudes é a mais antiga das escolas éticas. A reflexão se dá na perspectiva do indivíduo que faz a ação, na medida em que essa conduta possa ser reconhecida como sendo socialmente adequada. A ética das virtudes é muito útil para avaliar condutas profissionais, comportamentos que sejam esperados e entendidos como adequados, pelo próprio indivíduo e pela sociedade (20).

Inúmeros comportamentos adequados são esperados dos profissionais de saúde, tais como a cordialidade, a fidelidade, a temperança, a prudência e compaixão. Ter um comportamento cordial é a base de uma relação entre pessoas, que gera acolhida e confiança. Cumprir os compromissos estabelecidos é garantir essa mesma confiança, é não surpreender negativamente pelo descumprimento de expectativas estabelecidas anteriormente. Utilizar os recursos de forma adequada à sua necessidade,

discutindo as excepcionalidades de acordo com cada situação, é ter temperança. Reconhecer o sofrimento de outra pessoa e estabelecer com ela uma relação de ajuda é a base da compaixão, que acolhe sem diminuir o outro, mas reconhece a sua fragilidade ao sofrer. Talvez a virtude mais necessária ao exercício profissional adequado é a prudência, entendida como razão prática. A prudência permite avaliar a adequação da ação em relação ao tempo e ao lugar onde está sendo realizada (21).

Muitos comportamentos descritos em situações de atendimento a mulheres no sistema de saúde podem e devem ser refletidos com base nas virtudes. É esse referencial que permite verificar possibilidades de aprimoramento de condutas profissionais. Muito do aprendizado que ocorre na formação de um profissional de saúde ocorre por modelagem social. Ter bons modelos de adequação profissional é fundamental na formação de novos profissionais (22).

A ética dos princípios e a saúde da mulher

A reflexão bioética foi, por um longo período pautada pela ética dos princípios. Nas questões envolvendo a saúde da mulher os princípios são excelentes elementos de argumentação. Os princípios inicialmente tiveram uma forte influência norte-americana. Foram propostos quatro princípios na abordagem de questões envolvendo a saúde: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. A beneficência tem como proposta como uma orientação para as ações de profissionais no sentido de fazer o bem ou dar a assistência adequada sem causar dano. Por outro lado, o princípio da não-maleficência tem como objetivo evitar ações que possam configurar uma atitude dolosa – fazer o mal de forma intencional.

O princípio da autonomia tem, como cerne, o dever de reconhecer que os seres humanos (pessoas naturais) têm capacidade para tomar decisões livres de coerções externas. A rigor, a melhor denominação para esse princípio seria a autodeterminação, que é o exercício dessa capacidade pelos assistidos ou pacientes. Por outro lado, os profissionais têm o dever de aceitar a autodeterminação das pessoas (devidamente informadas), em respeito ao direito de tomar as decisões no seu melhor interesse, excepcionadas as situações de urgência ou quando há a impossibilidade da pessoa manifestar a sua vontade. Finalmente, o princípio da justiça estabelece que as pessoas não sejam discriminadas (negativamente) e que os recursos e tecnologias em saúde sejam equilibradamente distribuídos. Na perspectiva norte-americana, os princípios são considerados como deveres *prima facie* e estão todos no mesmo plano. Assim, quando existe algum conflito, ou aparente conflito, entre princípios, a decisão se dá por ponderação, ou seja, sopesar que o benefício supere o prejuízo para a pessoa, pendendo a balança para o princípio mais adequado na situação. A ponderação de princípios exige uma análise casuística e tópica. (2).

Na Europa, surgiu uma alternativa à proposta norte-americana. Nessa proposta, foram utilizados outros princípios como orientadores de ação: a dignidade, a liberdade, a integridade e a vulnerabilidade. Ao invés de fazer uma ponderação entre princípios, foi proposta uma busca pela complementariedade e coerência na sua aplicação.

A dignidade é o princípio que iguala todos os seres humanos; é o que caracteriza o fato de ser reconhecido como pessoa. É uma característica inerente a cada um em particular e a todos em comum. É a dignidade que serve de balizador para muitos autores na discussão das questões envolvendo a interrupção de gestação. O que está em discussão é a proteção que as pessoas têm em termos de sua dignidade. A dignidade é um atributo associado à pessoa, que tem uma biografia, que se insere no

mundo. Os aspectos biológicos, que se associam ao ser humano, não têm essa mesma dimensão. As discussões sobre o aborto envolvem o reconhecimento do nascituro ser ou não uma pessoa. No Código Civil brasileiro o reconhecimento da pessoa começa do *nascimento com vida*. Contudo, a mesma lei estabelece que o nascituro tem direitos *desde a sua concepção* (23). Essas questões conjugadas permitem inúmeras reflexões bioéticas. Uma delas é estabelecer os deveres de proteção para com os nascituros antes de estarem em condições para terem vida extrauterina. Isso pode ser importante para balizar períodos gestacionais onde a interrupção poderia ser feita de forma voluntária por parte da mulher ou sobre questões envolvendo o atendimento de bebês de idade gestacional abaixo dos limites de viabilidade extrauterina. A base dessa discussão é a dignidade e as consequências associadas ao seu reconhecimento.

É também a dignidade que garante a todas as mulheres, independentemente de qualquer característica que possam ter, a sua não-discriminação. Em muitas situações, existem desigualdades criadas em função da idade ou da orientação sexual, por exemplo, que são utilizadas na alocação de serviços e recursos na área da saúde. A garantia de não ser discriminada, além da dignidade, também é dada pelo princípio da justiça. Esses são os argumentos que devem ser utilizados para demonstrar o equívoco desse tipo de medida ou política.

O princípio da liberdade estabelece a garantia de poder tomar decisões sem interferências externas. O princípio da integridade garante a preservação da pessoa em seus aspectos físicos, mentais e sociais. A vulnerabilidade é reconhecida quando uma situação ou atributo interfere negativamente na dignidade, na liberdade ou na integridade. A constatação de uma vulnerabilidade implica na necessidade de se estabelecer medidas de proteção adicional (24).

Em múltiplas situações de saúde a integridade das pacientes está ameaçada, em qualquer de suas dimensões, introduzindo a vulnerabilidade como parte da discussão. Os princípios da beneficência e da não-maleficência se referem às ações do profissional nesse contexto que se associa à necessidade de medidas de proteção adicional.

Um exemplo de reflexão baseada em princípios pode ser a que se refere aos planos de parto. Esse documento, que consta na *Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada -Mulher na Gestação, Parto e Puerpério*, estabelece as preferências, desejos e expectativas da paciente em relação ao parto e ao nascimento (25). O plano de parto pode ser equiparado a uma diretiva antecipada de vontade. Esses documentos se referem a decisões tomadas *ex-ante* às situações de assistência à saúde e de cuidados prestados. São orientações dadas pelas pacientes a respeito das suas preferências pessoais, ou seja, baseadas na sua liberdade de escolha. O plano de parto não é uma obrigação, mas são orientações que devem pautar as escolhas a serem tomadas. Às escolhas prévias, devem ser contrapostas as necessidades reais, as alternativas técnicas que podem ser realizadas no melhor interesse da paciente, ou seja, os deveres de beneficência e não-maleficência do profissional. O diálogo surge da não-discriminação, do reconhecimento de que todos podem e devem participar do processo de tomada de decisão. É desse diálogo que devem emergir as definições dos tratamentos. Não é um conflito de posições pessoais da paciente *versus* posições técnicas dos profissionais, mas sim uma conjugação dessas posições orientadas ao melhor interesse da própria paciente.

A atuação dos profissionais de saúde pode ser pautada por princípios, ou seja, pelo dever de não discriminar, de permitir a participação efetiva nos processos de tomada de decisão, de proteger e

orientar as pacientes em situações em que existem ameaças às suas integridades. Esses mesmos princípios norteiam muitas das normas estabelecidas nos códigos de conduta profissional (19).

A ética dos direitos e a saúde da mulher

Os direitos são expectativas que uma pessoa tem em relação ao comportamento de outras pessoas para consigo próprio. A ética dos direitos é a reflexão baseada nessas expectativas de comportamentos de terceiros. Os direitos são habitualmente categorizados como sendo individuais, coletivos e transpessoais. Os direitos individuais envolvem a vida, a privacidade, a autodeterminação, a não-discriminação. Os direitos individuais se referem a cada pessoa em particular. Os direitos coletivos, ou sociais, se referem às questões de saúde, educação e assistência social, entre outras. Os direitos coletivos se referem ao conjunto de todas as pessoas, e não a cada uma em particular. Finalmente, os direitos transpessoais se referem à solidariedade e às questões ambientais. Os direitos transpessoais independem da pessoa ou do grupo ao qual ela pertença, é uma expectativa que ultrapassa essas definições (26).

Um direito muito importante de ser discutido na área da saúde da mulher é o da privacidade, que não se restringe apenas às informações, mas também se refere ao próprio corpo da pessoa. Nas atividades envolvendo a saúde da mulher, em muitas situações existem altos riscos de exposição da privacidade corporal. As pacientes têm direito de terem o seu pudor respeitado, as suas tradições culturais e religiosas referentes à exposição do corpo ou de partes do corpo. O que pode ser habitual para uma paciente pode ser extremamente delicado para outra. Os profissionais devem considerar o reconhecimento do pudor como parte das suas atribuições de cuidado. O próprio Código de Ética Médica estabelece o respeito ao pudor como um dos deveres do profissional no capítulo referente à sua relação com pacientes e familiares (19). As equipes de saúde têm acesso a dados das histórias de vida e viver das pacientes que muitas vezes são desconhecidas de seus familiares e outras pessoas com as quais ela convive. Ao direito de privacidade se associa o dever de confidencialidade dos profissionais, que acessam informações privilegiadas em função de sua atividade. O compartilhamento de informações de pacientes entre profissionais deve se restringir àqueles dados que são necessários ao adequado atendimento a ser prestado. Esse é o limite: o melhor interesse da paciente. O compartilhamento por meio de grandes sistemas de dados traz novos riscos associados ao seu compartilhamento. A velocidade exigida nas decisões e o enorme volume de dados associados fazem com que a qualidade das decisões e das medidas de proteção sejam colocadas em risco. Os sistemas têm grandes medidas de proteção aos dados, mas basta que um acesso autorizado seja compartilhado em outro meio para que o todo da proteção à privacidade fique comprometido (27).

Uma situação importante de ser diferenciada no contexto de privacidade é a que se refere à atuação das diferentes especialidades. As equipes de obstetrícia têm deveres para com a sua paciente, devendo respeitar integralmente as suas informações de saúde. Os familiares não têm prerrogativa de acesso a esses dados, salvo quando ocorrem situações de impossibilidade em tomar decisões por parte da paciente. No atendimento de mães e bebês em período pós-parto, a equipe de neonatologia se associa aos cuidados na perspectiva do bebê como paciente. Dessa forma, os seus responsáveis têm direito de saber as informações sobre a sua condição de saúde. Em algumas situações, como as de diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis ou de uso de substâncias, novos desafios estão presentes. O companheiro da paciente não tem direito de acesso aos dados da paciente por meio da equipe de obstetrícia, porém, se essas mesmas informações forem relevantes para a tomada de decisão

da equipe de neonatologia, ele as terá indiretamente, pelo acesso dados às informações do bebê. Essa é uma situação na qual os deveres se preservam, mas na dimensão associada a cada equipe e a cada paciente. A mãe deverá ser alertada dessa possibilidade para evitar surpresas desagradáveis decorrentes de uma situação adequada de compartilhamento de informações por outra equipe (19).

O direito à não-discriminação é individual; não necessita uma inserção em um grupo para ser reivindicado. Os profissionais não podem discriminar uma paciente em função de suas características pessoais, de suas escolhas. É fundamental garantir esse direito por meio de ações coordenadas dos profissionais e por políticas institucionais que impeçam situações prejudiquem essas pessoas ou acentuem vulnerabilidades individuais. As situações de discriminação devem ser apuradas e coibidas no sentido de permitir uma convivência baseada no respeito mútuo às diferenças, que sempre irão existir, mas que não podem ser transformadas em desigualdade.

O direito à saúde é uma das bases do exercício da cidadania. As mulheres, assim como todas as pessoas, devem ter acesso garantido aos serviços de saúde. Muitos programas acabam sendo necessários de ser estabelecidos como forma de proteger direitos que não são atendidos usualmente. São políticas que visam estabelecer medidas de proteção adicional frente a vulnerabilidades identificadas (24).

A ética das consequências e a saúde da mulher

A ética das consequências – também denominada de utilitarismo – avalia a adequação das ações por meio da percepção de utilidade associada ao resultado. A utilidade é avaliada pelo cotejo entre custos e benefícios, entre riscos e benefícios. Esse referencial é muito útil nas situações que envolvem alocação de recursos para populações. Esse processo é denominado de macroalocação de recursos, ou seja, são decisões de caráter geral e impessoal, que atingem a todos os indivíduos de um grupo ou população. A essa perspectiva se contrapõe os interesses individuais, que são avaliados por meio da microalocação de recursos, que se referem ao atendimento de demandas pessoais e personalizadas (28).

Essa mudança de perspectiva geral para particular deve ser muito bem entendida. Os profissionais, ao atenderem uma paciente, têm deveres para com ela. São as necessidades dela que devem orientar as escolhas de tratamento. A assistência a uma paciente deve ser sempre pautada pela microalocação. A saúde é um direito de todos, mas a vida é de cada um em particular. Os profissionais devem prescrever nessa perspectiva. Cabem às instâncias de gestão da saúde atenderem ou não a essas demandas com base nas políticas estabelecidas. Esse é o confronto possível entre interesses individuais e coletivos. O importante é manter a coerência na aplicação dos critérios de alocação em cada um dos âmbitos.

A ética das vontades e a saúde da mulher

A ética das vontades verifica a adequação por meio da intenção e do consentimento associados à ação. Esse referencial, ainda que pouco utilizado diretamente, é extremamente útil para avaliar situações de tomada de decisão entre profissionais e pacientes (29).

A intenção associada à ação proposta pelo profissional, que deve ter como objetivo o benefício do paciente, deve dar suporte às necessidades da paciente. A intenção deve ser genuína e evitar a presença de potenciais conflitos de interesse. É essa intenção que poderá servir de base para a avaliação da responsabilidade retrospectiva de uma ação realizada. Caso ocorra um prejuízo para a paciente, é

por meio da intenção associada à ação é que poderá ser caracterizada a adequação, a culpa ou o dolo. As intenções contam muito na relação entre pessoas (30).

Em contrapartida à intenção, cabe à paciente dar ou não o seu consentimento. Esse consentimento se baseia nas informações prestadas pelo profissional, pelo grau de necessidade associado à situação de atendimento, pela capacidade da paciente, pela sua possibilidade de ser comunicável, pela sua compreensão e pela liberdade em optar por uma das alternativas. O processo de consentimento envolve inúmeras características de múltiplas vertentes: direitos, princípios e consequências associadas (31).

Em algumas situações específicas, como as vinculadas ao atendimento em emergência, o consentimento direto da paciente pode não ser possível. Quando possível, outras pessoas podem ser chamadas a participar do processo de tomada de decisão em nome da paciente com a finalidade de preservar as suas crenças, valores, desejos e escolhas previamente manifestadas. Quando for possível recuperar, as informações sobre vontades previamente manifestadas também devem ser consideradas. Nessas situações, quando o consentimento da paciente não é possível, a adequação da intenção do profissional ao tomar suas decisões se torna ainda mais importante estar caracterizada e documentada.

A adequação de uma ação depende, dessa forma, da intenção de quem faz a ação e do consentimento de quem sofre a ação. Quando essa adequação está presente a relação de confiança se estabelece com base na troca de informações e decisões (29). Muitas situações envolvendo conflitos na área da saúde da mulher envolvem o questionamento da intenção do profissional e a falta de consentimento por parte da paciente. A paciente pode perceber que o profissional está atuando com outras intenções que não na busca do seu melhor interesse. Essa percepção, ainda que errônea, pode acarretar um abalo na relação de confiança. Da mesma forma, a paciente não pode ser surpreendida com a realização de um procedimento que não lhe foi explicado o objetivo, como será realizado e as consequências associadas. O processo de consentimento, salvo exceções muito bem justificadas, deve ser sempre realizado de forma prévia ao procedimento. O consentimento da paciente é dado com base nas informações compartilhadas, na sua compreensão adequada. Daí surge o comprometimento para a ação proposta. Consentir, no sentido de aceitação da proposta de ação feita pelo profissional, é se entregar à vontade do outro (32).

A ética do cuidado e a saúde da mulher

A ética do cuidado tem como foco a preocupação com a ação a ser realizada. A rigor, essa preocupação sempre foi objeto das reflexões éticas realizadas ao longo da história. O cuidado é o oposto da indiferença, da insensibilidade emocional. O cuidado pressupõe relacionamento e comprometimento. (33). O cuidado ocorre entre pessoas. O cuidado gera comprometimento no sentido de realizar ações em conjunto. Na área da saúde, o cuidado tem dois enfoques possíveis: o cuidado como resultado a ser alcançado, ou como um processo de atenção e acompanhamento.

O cuidado como resultado é a realização de tratamentos visando a cura. Esse enfoque do cuidado utiliza a perspectiva da saúde em oposição à doença. É a busca do retorno ao quadro anterior, entendido como de normalidade, que foi alterado ou perturbado por uma doença. Infelizmente, essa possibilidade nem sempre é alcançável. Quando apenas a cura é o objetivo, pode ocorrer a frustração do profissional em não atingir esse resultado. Nessa perspectiva, o profissional, ao não poder curar, abandona a paciente (34). É sempre oportuno lembrar que a atividade profissional na área da saúde é baseada em uma garantia de meios e não de resultados.

Para as pacientes, nem sempre é a cura o que elas mais aguardam; em muitas ocasiões sentir-se protegida e acolhida é o que mais conta. Sempre é possível acompanhar, proteger e aliviar sofrimentos e necessidades. Essa é a perspectiva do cuidado entendido como processo, como atenção. O cuidado como processo tem como objetivo o bem-estar do outro, garantir a obrigação de não-abandono da paciente (34).

A busca da adequação do cuidado, conjugando resultado e processo, cura e atenção, é um dos principais questionamentos na atividade dos profissionais da saúde. É fundamental ter a busca da cura como perspectiva. Porém, mesmo quando a cura não é mais possível, o cuidado permanece.

A atenção à saúde das mulheres deve ter a perspectiva do cuidado como orientadora das ações dos profissionais. O cuidado é o não-abandono, é a presença, é a certeza de que, mesmo em situações difíceis, alguém dará apoio e atenção.

Uma frase famosa, atribuída equivocadamente a Hipócrates ou a inúmeros outros autores, mas que, na verdade, começou a ser utilizada no século XV, já refletia essa perspectiva: “Curar algumas vezes, aliviar quase sempre, consolar sempre” (35). Essa expressão, com pequenas adequações, por nós realizadas, reflete a essência da ética do cuidado: *Curar quando possível, aliviar quando necessário e cuidar sempre.*

A ética da alteridade e a saúde da mulher

A ética da alteridade é o referencial que inclui a possibilidade mais ampla do relacionamento entre duas pessoas. Esse relacionamento não é mais uma simples troca, entendida como reciprocidade. A alteridade é uma interação efetiva, é uma relação dialogal.

A inclusão do outro, como parte das preocupações de cada um, gera uma situação de corresponsabilidade, de copresença ética, de uma não-neutralidade. A corresponsabilidade se expressa por meio da responsabilidade para com o outro, que se associa a uma responsabilidade para consigo mesmo (36). É a alteridade que insere a noção de interdependência, de viver em uma rede de relações recíprocas e complementares, de viver de forma compartilhada. Na perspectiva da alteridade, a relação de cuidado se amplia, ao incluir o cuidado de si ao cuidado do outro. A copresença ética implica em uma busca do bem-viver com e para o outro (37). Nesse tipo de relacionamento, o profissional não tem como permanecer indiferente frente ao outro, especialmente frente ao outro que sofre. Ele se insere em uma interação efetiva, em uma relação que se realiza no encontro.

A alteridade ressignifica a relação profissional-paciente, ao dignificar ambas as partes, ao permitir um encontro singular. Essa perspectiva dá sentido ao trabalho dos profissionais, em qualquer etapa de vida e de viver da paciente. É ela que demonstra a importância do reconhecimento da especificidade presente em cada relação que se estabelece ao longo do tempo. Na alteridade, é fundamental ter sempre presente a noção da passagem do tempo, da impermanência, da constante mudança. A passagem do tempo, associada à indeterminação, permite identificar que as relações não só mudam, mas mudam a sua própria maneira de mudar (1).

Quando ocorre a ausência do reconhecimento do outro, quando a imutabilidade é esperada, quando todas as pessoas se tornam indistintas, é que surge a despersonalização dos relacionamentos profissionais, e com ela a possibilidade do *burnout*, da fadiga, da perda da motivação. O resgate da essência da relação profissional-paciente é fundamental, tanto para o bem das pacientes quanto para o dos profissionais.

Conclusão

O Modelo Bioética Complexa é um campo interdisciplinar e, como tal, pode utilizar múltiplos referenciais éticos na busca de argumentos que caracterizem ou não a adequação das ações envolvidas na vida e no viver das pessoas (1), dos quais nove referenciais centrais são apresentados neste texto. A reflexão da adequação das atividades envolvidas na área da saúde da mulher é um exemplo disso, como apresentado.

É fundamental refletir sobre a busca de uma fundamentação adequada, integrando aspectos e dados individuais (biológicos e biográficos), assim como aspectos sociais, para que os desenhos de políticas de saúde da mulher atendam a complexidade inerente à área. Mais do que opiniões, a Bioética tem que gerar argumentos que justifiquem as ações propostas, mantendo a perspectiva de buscar o bem das pessoas envolvidas, sejam pacientes, familiares, profissionais, ou da própria sociedade.

Muitas vezes, os argumentos surgem da convergência entre diferentes referenciais éticos. Esse é o desafio: buscar harmonizar conceitos, manter a coerência dos seus pressupostos e gerar um conjunto de argumentos que permitam às pessoas, que tenham que tomar decisões, maior tranquilidade ao realizarem suas escolhas.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

Contribuição dos autores

Os autores contribuíram igualmente com a concepção, elaboração, redação, revisão e aprovação do artigo.

Referências

1. Goldim JR. Bioética: Origens e Complexidade. Rev HCPA. 2006; 26(2):86–92.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
3. Potter V, Whitehouse PJ. Deep and global bioethics for a liable third millennium. *Scientist*. 1998;12(1):9.
4. Seliar M. História do conceito de saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2007 [citado em 05 dez. 2022];17(1):29–41. doi <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>
5. Lalonde M. New perspective on the health of Canadians: 28 Years later. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2002 [citado em 05 dez. 2022];12(3):149–52. doi <https://doi.org/10.1590/S1020-49892002000900001>
6. Brasil. Ministério da Saúde. 8a Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final. Brasília; 1986.
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.
8. Horton R. Planetary health—worth everything. *Lancet*. 2018 Jun [citado em 05 dez. 2022]; 391(10137):2307. doi [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31304-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31304-7)
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher. Relatório Final. Brasília; 1986.
10. Dewey J. *How we think: a restatement of the relation of reflective thinking on educational process*. Boston: Heath; 1933.
11. Morin E. *O método*. Porto Alegre: Sulina; 1998.
12. Goldim JR. Bioética Complexa. In: Abejas A, Antunes ML. *Bioética Complexa*. Lisboa: LIDEL; 2022.
13. Agamben G. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte: UFMG; 2002.
14. Goldim JR. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. *Rev AMRIGS*. 2009; 53(1):58–63.
15. Jonas H. *O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica*. Rio de Janeiro: Contraponto; 2006.
16. Martin LM. O Erro Médico e a Má Prática nos Códigos Brasileiros de Ética Médica. *Rev Bioética*. 1994; 2(2):163-173.
17. Jonas H. *Ética, medicina e técnica*. Lisboa: Vega; 1994.

18. D'Oliveria AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002 [citado em 05 dez. 2022]; 359:1681–5. doi [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6)
19. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM no 2.222/2018 e 2.226/2019). Brasília: CFM; 2018.
20. Pellegrino ED. Virtuous Physician, and the Ethics of Medicine. In: Shelp EE, editor. *Virtue and Medicine*. D. Reidel Publishing Company; 1985.
21. Hermann N. Phronesis: a especificidade da compreensão moral. *Educação*. 2007; 2(62):365–76.
22. Sponville AC. *Pequeno Tratado das Grandes Virtudes* André Comte-Sponville. Martins Fo. Brandão E, editor. São Paulo; 1999.
23. Brasil. Código Civil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. 2002.
24. Kemp P. The globalization of the world. In: *Philosophical Problems Today* [Internet]. Berlin: Springer; 2004 [citado em 12 dez. 2022]. doi <https://doi.org/10.1007/1-4020-3027-4>
25. Gomes MN de A, Santos LK de O. Nota técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. Vol. 1, Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 56 p.
26. Bobbio N. *A Era dos Direitos*. Rio de Janeiro: Campus; 1992.
27. Han B-C. *Infocracia: digitalização e a crise da democracia*. Petrópolis: Vozes; 2022.
28. Singer P. *Ética prática*. São Paulo: Martins Fontes; 1993.
29. Abelard P. *Ethical Writings: “Ethics” and “Dialogue Between a Philosopher, a Jew and a Christian.”* Indianapolis: Hackett; 1995.
30. Weber T. *Ética e Filosofia do Direito - Autonomia e Dignidade da pessoa humana*. Petrópolis: Vozes; 2013.
31. Fernandes MS, Goldim JR. Os diferentes processos de consentimento na assistência à saúde e na LGPD - Parte II [Internet]. *Migalhas*. 2021 [citado em 05 dez. 2022]. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/migalhas-de-protecao-de-dados/356793/diferentes-processos-de-consentimento-na-assistencia-a-saude-e-na-lgpd>
32. Ricoeur P. *Finitude et culpabilité*. 1. L'homme faillible. Paris: Editions Moutaigne; 1960.
33. Gilligan C. *Uma voz diferente*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1982.
34. Pellegrino ED. Nonabandonment: An Old Obligation Revisited. *Ann Intern Med* [Internet]. 1995 Mar 1 [citado em 12 dez. 2022];122(5):377. doi <https://doi.org/10.7326/0003-4819-122-5-199503010-00010>
35. Rezende JM De. Curar algumas vezes, aliviar muitas vezes, consolar sempre. In: *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina*. São Paulo: UNIFESP; 2009 [citado em 12 dez. 2022]; 55–9. doi <https://doi.org/10.7476/9788561673635.0006>
36. Levinas E. *Totalité et infini*. La Haye: Martinus Nijhoff; 1961.
37. Ricoeur P. *Ética e Moral*. Covilhã: LusoSofia; 2011.

Como citar

Goldim JR, Fernandes MS. Bioética complexa e a saúde da mulher. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2023 jan./mar.; 12(1):92-104
<https://doi.org/10.17566/ciads.v12i1.990>

Copyright

(c) 2022 José Roberto Goldim, Márcia Santana Fernandes.

