



Consentimento informado nas atividades assistenciais: concepção bioética de uma abordagem crítica

Informed consent in clinical practice: bioethical conception of a critical approach

Resumo: Este artigo objetiva apresentar a categoria de Consentimento Informado (CI) nas Atividades Assistenciais sob a perspectiva da Bioética insurgente na América Latina, a partir de uma revisão bibliográfica dos artigos publicados nas principais bases em saúde (LILACS, BIREME, PUBMED) apresentando a categoria do CI sob uma análise crítica. A bioética pode realizar um movimento de pensamento para além dos campi disciplinares por meio do abarcamento de conhecimentos tradicionais e populares. Nesse sentido, a decolonização do pensamento apresenta-se como método privilegiado de acessão às problemáticas relacionadas ao consentimento informado, uma vez que pretende revisar hierarquias estabelecidas pelo projeto moderno-colonial relativas às relações sociais e institucionais, bem como à legitimação do saber científico em oposição aos saberes tradicionais e populares. Conclui-se que um CI que procure atender a seu objetivo transforma a relação paternalista entre as partes envolvidas.

Palavras-chave: consentimento informado, atividades assistenciais, bioética, decolonização do pensamento.

Abstract: This article aims to present the category of Informed Consent in Clinical Practice in the light of Latin American Bioethics, from a bibliographical review of the articles published in the main health databases (LILACS, BIREME, PUBMED), presenting a critical analysis. Bioethics can conduct a work beyond disciplinary fields by utilizing traditional and popular knowledge. For that, the de-colonization of thought appears as a privileged method in order to understand the problems related to the informed consent, since it revises the hierarchies established by the modern-colonial project, mainly the ones established between the social and institutional relations as well as the ones established between the scientific knowing and the traditional one. We conclude that the informed consent that aims to be effective must modify the paternalist relation between the involved parts.

Keywords: informed consent, clinical practice, bioethics, decolonial school.

Elzahrã Osman

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, Brasília, DF, Brasil
assaddaka@gmail.com

Juliana Floriano

Cavalcante, GQ, Brasil
dju@riseup.net

Natasha Lunara

Universidade de Brasília,
Brasília, DF, Brasil
natasha.lunarams@gmail.com

Introdução

A categoria de consentimento informado nas atividades ditas assistenciais pode ser considerada atualmente um dos mais importantes escopos da práxis e da teoria bioética que vem se desenvolvendo nas últimas décadas no Brasil. É neste sentido que acreditamos que a categoria de consentimento informado nas atividades assistências surge já como uma questão ética, pois está inicialmente imbricada com o estabelecimento de normativas relacionadas à pesquisa com seres humanos (Silva, 2012). Este fato, por si só, impele à análise de questões prementes sobre as relações de hierarquias sociais estabelecidas pelo projeto político liberal, capitalista e modernizador (Castro-Gómez, 2005), que perfaz o que entendemos hoje por ciência e, conseqüentemente, por medicina.

A abordagem crítica e bioética sobre o consentimento informado (CI), principalmente aquela referente aos cuidados da clínica, obriga-nos a pensar sobre as relações estabelecidas historicamente entre médico e paciente, entre instituições político-científicas e suas conseqüências para com as/os ditas leigas/os, ou seja, as/os cidadãs/aos, ou ainda entre o "ocidental" e os "outros" étnico-culturais, e, em assim sendo, as relações estabelecidas entre o que é considerado conhecimento especializado e o generalista, e o que é considerado conhecimento moderno/científico e conhecimento tradicional, cujos sinônimos ensejam cargas pejorativas tais como "crendice", "mágico", "bruxaria".

O CI instiga, portanto, à reflexão sobre as relações de poder estabelecidas entre as diferentes instituições (Estado, hospitais, médicos), o indivíduo (e seus papéis sociais) e a coletividade. Mas também aquela referente à colonialidade do saber (Castro-Gómez, 2005), que intenta a hierarquização entre quais são as alternativas disponíveis dentre os saberes verdadeiros e confiáveis, que deveriam engendrar a saúde para todas as pessoas subscritas à medicina ocidental, considerados legítimos portadores de todo e qualquer conhecimento a eles relacionados.

Quer-se, assim, apresentar o CI como categoria privilegiada da crítica bioética nas questões referentes aos diversos registros sobre o processo saúde-doença, sobre a decisão autônoma na possível resolução de conflitos de interesses relacionados a escolhas tanto individuais e coletivas, bem como inserir o CI no contexto das múltiplas vulnerabilidades em que foi engendrado e em que, portanto, está inscrito. Com isso quer-se apresentar possíveis propostas no âmbito de gestão da saúde pública por meio da abordagem crítica em questão.

Bioética como instrumental crítico decolonial

Enquanto que a historiografia ocidental vê-se pautada na construção de uma mítica Europa, superior técnica e intelectualmente, e civilizadora do mundo desde a insurgência do Estado-nação e conseqüentes imperialismos, o projeto decolonial pretende subverter a compreensão da construção dessa Europa. Modernidade e colonialidade são faces de uma mesma moeda. Como diria Walter Mignolo, a colonialidade é o lado escuro da

modernidade. É só por meio de fatos históricos como a conquista da América, os genocídios, as políticas escravocratas de negros e indígenas, a exploração da terra e os consequentes epistemicídios (genocídios que dizimam todas as formas de conhecimento) ocasionados pela dizimação de milhões de pessoas, que uma Europa faz-se moderna.

A hierarquização das vidas que valem a pena e dos conhecimentos que podem efetivamente existir, ensejará nas práticas de racismos epistêmicos que bem conhecemos, inclusive na academia. Assim, a colonialidade do poder, em sua dimensão epistêmica apresenta-se como a colonialidade do saber; em sua dimensão ontológica como a colonialidade do ser; e em sua dimensão ôntica como a colonialidade da vida. Promove, portanto, os racismos epistêmicos que pretendem deslegitimar toda a ordem de conhecimento, que não o eurocentrado, como irracional, primitivo, incipiente e desqualificado como projeto a ser perseguido.

Ocorre que a empreitada colonial não se resume ao século XV e XVI, uma vez que os imperialismos, as hierarquizações raciais, a exploração econômica, e a imposição de projetos epistêmicos ocorrerá também quando dos colonialismos nas assim chamadas África e Ásia dos séculos XVIII e XIX. Para além das estratégias de controle político-militar-econômico, a segunda barbárie colonial só será possível devido às fórmulas aprendidas com a primeira: o ocidentalismo, na segunda modernidade, pode continuar o seu projeto global na medida em que se expande para outros continentes, levando as mesmas estruturas de subjugação e os racismos/sexismos epistêmicos da primeira modernidade.

Portanto, a bioética surge no bojo de uma estrutura de conhecimento ocidentalocêntrica, promotora contumaz de epistemicídios:

Que é exatamente o processo de criar uma ontologia da vida que autorize pensar que algumas vidas são mais importantes do que outras, desde o ponto de vista político, fundando assim uma hierarquia e uma justificativa para dominação, exploração e submissão, sob o pretexto de ser esse um caminho para o desenvolvimento da vida menos desenvolvida (Flor do Nascimento, Garrafa, 2011, p. 292).

Não por acaso o Princípioalismo (corrente ética norte-americana cujas fundações teóricas são buscadas no "tradicionalismo filosófico" (Costa, Diniz, 2001, p. 26), e que pretende abordar as questões bioéticas por meio de quatro princípios - autonomia, justiça, beneficência, não-maleficência) mostra-se como incapaz de atender à multiplicidade de conflitos morais relacionados à saúde. O princípioalismo é um reproduzidor de práticas epistêmicas hegemônicas, pois ignora a possibilidade de acorrer a resoluções de conflitos morais a partir da existência de outros projetos históricos e etno-culturais, ainda quando esses projetos vivenciam processos dialéticos com os projetos coloniais. É preciso dar a ver o fato de que mesmo esses projetos possuem condições de recuperar em suas próprias tradições de pensamento soluções éticas inovadoras, em confluência ou não, com o que é dado pelo status quo.

Não obstante a bioética procure estabelecer um amplo debate com as diversas disciplinas (biomedicina, filosofia, sociologia, biotecnologia) a fim de pensar os conflitos morais relacionados às questões sociais e sanitárias, ela ainda se inscreve como uma disciplina afirmativa, ou seja, como um campo do conhecimento que procura dizer como solucionar conflitos morais. Pouco crítica, tendente à pensar as questões morais como se fossem universais, e mais propensa a atender às necessidades mercadológicas, as bioéticas hegemônicas viram-se confrontadas com o que se acostumou nomear de bioéticas latino-americanas, e, aqui no Brasil, com a Bioética de Intervenção: perspectivas que procuram vislumbrar a realidade do sul como elemento necessário e anterior à reflexão sobre o bem-estar das populações vulnerabilizadas pela colonialidade do poder. "No sul, a vulnerabilidade social e econômica está relacionada com as questões de raça e gênero: um projeto de decolonialidade da bioética deve averiguar as inter-relações entre as diversas vulnerabilidades" (Flor, Brambilla, 2013, p. 426).

É deste modo que é possível pensar uma bioética como instrumento crítico decolonial, por meio de uma "insurgência epistêmica" (Feitosa, 2015); não apenas porque pretende desmanchar as diversas fronteiras impostas ao conhecimento pela modernidade, mas principalmente porque quer realizar o giro epistemológico, que vem a ser o reconhecimento e acolhimento de outras formas de vida. Ou seja, a bioética vista como um campo privilegiado desde onde é possível pensar ao mesmo tempo questões relacionadas a formas de ser e agir referentes à vida, ao corpo, à morte, à saúde, à sexualidade, e à reprodução. Ou seja: a bioética decolonial como um campo de conhecimento preventivo da biopolítica hegemônica (Nascimento, Garrafa, 2011), do domínio geopolítico e da violência epistêmica que vem sendo observada em nome de um bem maior universal.

Breve Caracterização do Consentimento Informado

A literatura biomédica e bioética com as qual se trabalhou no escopo do presente trabalho apresenta conceituações similares e cada vez mais preocupadas em corresponder à complexidade da categoria de CI. O CI, termo que geralmente traduz-se do francês (*consentement libre et éclairé*) ou do inglês (*informed consent*) (Clotet, 2014), em linhas gerais, sugere-se que nas atividades assistenciais está referido à necessidade de informar e obter autorização da/o paciente para intervenções médicas preventivas, diagnósticas ou terapêuticas.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, em seu artigo art. 6º. a), declara que:

"Qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e pode ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito" (Unesco, 2005).

O referido artigo da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) traz uma prescrição moral afirmativa, pois preceitua a necessidade de que "o indivíduo envolvido" seja consultado sobre "qualquer intervenção" a ser realizada em seu corpo, que interfira em sua saúde ou bem-estar, seja ele físico ou psicológico. Para tanto, ela/e precisará "consentir" de forma "prévia, livre e esclarecida", uma vez que se supõe ter recebido "informação adequada".

No entanto, o "consentimento" deverá ser manifesto "quando apropriado", ou seja, pressupõe-se que a normativa refere-se aos casos em que, em havendo risco de morte para a/o paciente, renuncia-se à obtenção do consentimento prévio, considerando então a existência de um consentimento presumido para estes casos. Acrescente-se também a normativa brasileira expressa pelo Código de Ética Médica, que preceitua, em seu capítulo IV, artigo 22º, ser "vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte" (Conselho Federal de Medicina, 2010).

Há a possibilidade de a normativa aferir-se ao CI por escrito, por meio do Termo de Consentimento Informado (TCI), assinado por ambas as partes envolvidas, médico e paciente, quando apenas o CI proferido verbalmente for insuficiente.

A possibilidade de retirar-se o CI, a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito acena para a concepção de CI como um processo de ponderação e decisão sobre o que se considera adequado a si mesmo. Mas também podemos afirmar sobre esta normativa que a DUBDH aponta para a necessidade de resguardar a autonomia tanto individual quanto coletiva - àquela referente a laços comunitários e/ou étnico-culturais.

A partir da bibliografia consultada, bem como da perspectiva crítica que a bioética enseja desde os primeiros delineamentos sobre o CI, pretende-se discutir alguns termos, conceitos, caracterizações e contextos que configuram a teoria e a prática do consentimento informado nas atividades assistenciais de saúde.

A Bioética e o Consentimento Informado

Iniciemos pelos nomes que damos ao CI. Alguns de seus sinônimos incluem: "Consentimento pós-informação", "Consentimento consciente", "Consentimento prévio fundamentado", "Consentimento prévio informado", "Consentimento Informado, Livre e Esclarecido", termo usado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, e, finalmente, "Participação Informada" (Kottow, 2007).

A palavra consentimento já inscreve na categoria de CI a relação saber-poder estabelecida entre a/o paciente e o médico. O consentimento pressupõe um sujeito do verbo que consente alguma coisa a alguém. Neste sentido, consentir restringe-se a autorizar, referindo-se a uma licença ou uma permissão, não se configurando, ne-

cessariamente, como a uma vontade ativa. O consentimento como é tradicionalmente concebido pela área médica especificamente refere-se apenas à aceitação da intervenção proposta pela/o profissional de saúde, independentemente do número de alternativas oferecidas, alternativas estas que já se encontram delimitadas por uma ciência médica.

Neste sentido Oliveira explicita que:

Sob a perspectiva da ética Hipocrática, o consentimento informado é cabível tão somente se o médico considera que tal consentimento beneficiará o paciente, do que se desprende o "privilégio terapêutico", que consiste no privilégio do médico de informar ou não o paciente conforme sua ideia de dano ou benefício (Oliveira, 2013, p. 93).

O privilégio terapêutico como uma instância de poder do médico sobre a/o paciente é a norma das práticas médicas assistências, visto que não há possibilidade de construção conjunta sobre melhores métodos e resultados a serem auferidos. Em sua maioria, a/o paciente não é consultada sobre se deseja ou não fazer uso de medicamentos, se deseja acorrer a métodos alternativos (ainda que sob a alçada da medicina ocidental), ou mesmo se pode propor a/ao profissional de saúde que estudem e busquem juntas/os uma alternativa que lhe convenha.

A categoria de CI atende, portanto, aos pressupostos iluministas que conferem a um sujeito epistêmico (homem, branco, cristão, heterossexual), inscrito em uma realidade específica (eurocentrada), o lugar de detentor de conhecimento, que, por meio do uso da razão, realiza uma ciência que valha para todos os corpos. Esta inscrição confere ao médico (sempre no masculino por ser a categoria de médico realizada segundo as conjecturas da colonialidade, que se quer científica, modernizadora e civilizatória) a possibilidade de se encontrar no pólo hierárquico superior a seu outro.

É neste contexto, portanto, que adjetivos como "Consentimento Informado Fundamentado", "Esclarecido" ou "Consciente" deveriam ser vistos com ressalvas, visto que apenas o conhecimento científico como o conhecemos, em sua versão metafísica, possui esta fixação com os fundamentos, os princípios, as hipóteses: a ideia, portanto, de um lugar de origem e de uma causa que enseje uma consequência. Para além de disputas de poder relacionadas à legitimidade do conhecimento, o estar bem informada/o ou estar/ser esclarecida/o encobre a existência de outros modos de apreensão do mundo e, portanto, de projetos históricos (Segato, 2013) outros que procuram sobreviver para além da colonização.

A/O paciente bem informada/o e esclarecida/o é aquela/o que comunga do conhecimento dos médicos, entende-os porque estes conseguem, em tese, comunicar-lhes um fato clínico e a/o paciente pode, a partir das informações oferecidas, decidir por uma entre as alternativas viáveis. Ou seja, além de pressupor que ambas

as partes comunguem de um mesmo projeto histórico, desconsidera que a informação e o conhecimento são invariavelmente opacos, a comunicação não atinge a sua/seu interlocutor/a de acordo com a sua vontade. Sendo assim, "De todo este complejo análisis queda la impresión de que el médico sigue siendo el árbitro que decide sobre la competencia del paciente, haciendo valer como competente al que acata las sugerencias clínicas propuestas" (Kottow, 2007, p. 78).

Lorenzo (2011) nos apresenta um exemplo sobre a intervenção da atuação da Bioética Clínica em comunidades tradicionais que pode elucidar o que entendemos neste artigo por CI. Em seu artigo, relata a história de uma menina da etnia Tucano, que foi mordida por uma cobra, e levada a um pronto socorro infantil em Manaus. Após receber a indicação de amputação do pé, seu pai pediu autorização para a entrada do pajé para realizar o tratamento com ervas e rezas. A autorização foi recusada e o pai retirou a menina do hospital, tendo a ele retornado apenas quando os médicos permitiram que ambos os tratamentos comungassem pela melhora da menina que, ao fim, se recuperou totalmente, após receber tanto antiofídico, analgésicos, antibióticos e curativos cirúrgicos quanto ervas e rezas, tudo dentro da Unidade de Internação do hospital.

A isso Lorenzo (2011) chama intermedicalidade, mas também poderíamos considerá-lo um exemplo de um CI sensível aos desejos e demandas da/o paciente e sua família, a sua filiação histórica, cultural e tradicional, às possibilidades outras de categorização da saúde, da doença e da sua cura, e de o CI aferir-se a um projeto antes comunitário que individual e exclusivista. Um CI, portanto, que está atento às relações de poder inscritas em sua categoria e, procura, na medida do possível, acolher o processo de interculturalidade (Walsh, 2006) a bem das/os envolvidas/os. Como salienta, "a compreensão cultural da doença por seus sistemas médicos autóctones encontra-se inscrita em uma cosmologia específica, não sendo possível, portanto, qualquer propósito universalizante de significação e resultados" (Lorenzo, 2011, p. 332).

Pressupõe-se, portanto, que se acedermos ao CI acriticamente, concluiremos que o CI poderá ser pensado como uma comunicação entre "iguais" bem informadas/os, a despeito das múltiplas variáveis que ocorrem a/ao "paciente" no processo saúde-doença e que se configuram, principalmente por inúmeras vulnerabilidades, sejam elas de ordem subjetiva (psicológica, comunicação falha, relações de poder), sejam elas de ordem objetiva (vulnerabilidades econômicas e sociais). Citemos, a título de exemplificação, algumas delas: há as vulnerabilidades da/o usuária/o (cansaço físico, mental, emocional, descrédito no sistema), decorrentes da condição de "paciente"; vulnerabilidades relativas às relações de trabalho, aos fatores de exclusão (transporte, moradia, violência policial), racismo, sexismo; há as vulnerabilidades pelo desatendimento a uma ordem legal estabelecida, por tabus e preconceitos, e claro, há as também de ordem étnico-racial e religiosa, como acabamos de exemplificar.

Vulnerabilidades que também ocorrem ao corpo médico nas relações estabelecidas no processo assistencial de saúde. É preciso lembrar que, no Brasil, assistimos a um estado de coisas que está longe de tranquilizar à/o agente de saúde quanto à possibilidade de oferecer assistência médica de qualidade, uma vez que as vulnerabilidades presentemente transformam as relações assistenciais em processos debilitantes, pela falta de condições de trabalho, pela mercantilização da saúde e conseqüentemente falta de confiança mútua.

O TCI apresenta-se na prática como um documento que vem resguardar o corpo médico de futuros conflitos quando no exercício de sua profissão. Note-se que o TCI se transformou antes num contrato de adesão (Fernandes, Pithan, 2007) em que a/o paciente é convidada/o a firmar sua assinatura por meio da pressuposição de que realmente concorda/o com os termos do documento.

Ora, o simples fato de o TCI ser um documento que precisa ser rubricado, já é motivo suficiente para que, em relações vulnerabilizadas, o termo seja visto com desconfiança. Passamos, portanto, da concepção de um CI que deveria pensar e resguardar a autonomia da pessoa e de sua comunidade, para a concepção de que o corpo médico precisa ser resguardado de futuras injúrias. É neste contexto também que o adjetivo informado/compreendido/explicitado deveria se referir às/aos agentes de saúde, uma vez que é condicionante a esta/e agente que as condições biopsicossociais e culturais da/o usuária/o conformem as relações de assistência na clínica.

Propostas de Revisão do CI desde uma perspectiva crítica decolonial

Consentimento Informado e Saúde Pública

Segundo Zoboli e Fortes (2006) o objetivo da saúde pública é a atenção ao processo saúde-doença da coletividade, visando promover, proteger e restaurar a saúde das/os indivíduos e da coletividade de que faz parte, por meio da obtenção de um ambiente saudável, e de ações e serviços resultantes de esforços organizados e sistematizados da sociedade. Sendo assim, quando falamos em consentimento informado nas atividades assistenciais de saúde pública, queremos ressaltar a participação informada das/os indivíduos e coletividades em todos os processos de prevenção, promoção, e restauração da saúde.

No campo da saúde pública, as vulnerabilidades abordadas anteriormente se intensificam dada a situação atual do contexto brasileiro. É um desafio para bioeticistas, gestoras/gestores, e para a população em geral pensar e criar mecanismos que construam uma nova relação entre si, que não seja hierarquizada, nem contratualista, mas que sim promova o diálogo e uma relação de confiança.

Ao enfrentarmos tal desafio, pretendemos lançar algumas propostas concretas a entaves específicos encontrados na saúde pública relativamente ao CI ou Participação Informada.

Comunicação e Linguagem

Para que haja comunicação é necessário que haja uma linguagem reflexiva e criativa. A linguagem é um dos problemas que primeiro sobrevém quando falamos de consentimento informado. Vivemos um distanciamento abismal entre a linguagem das/os profissionais de saúde e das/os usuárias/os do Sistema Único de Saúde – SUS. Como já ressaltado, o adjetivo informado se refere também à/ao agente de saúde, que deverá estar informada/o das condições biopsicossociais da/o usuária/o.

Algumas estratégias possíveis para romper esse abismo são: a atualização curricular na educação básica, com a inserção de temas prementes sobre o processo saúde-doença, como o proposto pelo Programa Saúde nas Escolas/Ministério da Educação; realização de campanhas audiovisuais informativas divulgadas em meios de telecomunicação e nas redes sociais; inclusão de intercâmbio com pessoas de diferentes contextos, desde os primeiros anos dos cursos de saúde, com o objetivo de gerar flexibilidade da linguagem médica; afiançamento de que os hospitais e postos de saúde tenham intérpretes de idiomas de maior fluxo migratório da região, e também de libras.

Ampliação do Acesso a Saberes Plurais

Como já foi abordado anteriormente, o modelo proposto pela medicina e outras áreas biomédicas disciplinares e institucionalizadas não é o único existente para se entender e trabalhar os processos de saúde-doença, e tampouco deve ser considerado como o mais válido. É necessário ampliar as possibilidades de diagnósticos e tratamentos no SUS. E, nesse caso, surgem pelo menos dois entaves: o acesso à informação sobre a existência dessas outras possibilidades e o acesso ao próprio tratamento não alopático ou cirúrgico.

Quanto ao acesso à informação às diversas possibilidades de tratamentos/diagnósticos, algumas possíveis medidas no âmbito da gestão pública são: acrescentar ao currículo de formação das áreas de saúde saberes diferenciados, como, por exemplo, a disciplina Encontro de Saberes do Instituto Nacional de ciência e tecnologia de Inclusão no Ensino Superior e na Pesquisa – INCTI. Ofertada na UnB para estudantes de todas as áreas, essa disciplina conta com a participação de mestras e mestres dos saberes tradicionais e populares, raizeiras e pajés; com os objetivos de fomentar a formação continuada e diversificada de profissionais de saúde da rede pública; realizar campanhas informativas; fomentar a desierarquização da relação médica/o-paciente de maneira que exista a possibilidade da/o médica/o admitir que conhece uma forma de diagnóstico/tratamento, mas que podem existir outras.

No que diz respeito ao acesso ao diagnóstico/tratamento em si, faz-se necessária a implementação de políticas públicas de inclusão no Sistema Único de Saúde

de profissionais de diversas áreas, bem como de diálogo com mestras/es do conhecimento tradicional popular. Como exemplo, há a inserção da Acupuntura e do Tai Chi Chuan nos postos de saúde; a horta de plantas medicinais e compartilhamento de remédios naturais, e as informações disponibilizadas pelo Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde de Planaltina (Cerpis), em Brasília.

Cosmovisões Diferenciadas

O respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo, princípio expresso no artigo 12 da DUBDH (Unesco, 2005), é condição básica para o consentimento informado. O sistema de saúde atende a pessoas que, embora vivam na mesma sociedade, têm cosmovisões, religiões e posturas éticas diversas, bem como àquelas com padrões de intelectualidade que, ao escapar do padrão normativo, são vulnerabilizadas. Acrescentar ao currículo da formação básica e continuada das/os profissionais de saúde essa diversidade e pluralidade de cosmovisões é necessário, mas não suficiente, tendo em vista a inevitável presença de conflitos éticos interculturais. Assim, os Conselhos de Ética formados por pessoas provindas de diferentes contextos, e em diálogo permanente com organizações sociais de diversos segmentos da sociedade, podem ser uma instância mediadora desses conflitos. É preciso refletir sobre a possibilidade de atendimento dos referidos conselhos a toda e qualquer unidade de saúde do sistema.

Superlotação do Sistema Quando se fala de um processo de construção de relações de confiança baseadas no diálogo, no respeito e na formação continuada, o primeiro empecilho que aparece é a superlotação e precariedade do sistema público. A justificativa mais comum para esse problema é a falta de recursos. É necessário organizar a burocracia, fomentar uma maior responsabilidade das/os agentes e gestoras/es de saúde, dar maior fluidez à descentralização do sistema e colocá-lo integralmente em prática, pois, como salienta Kottow, "el consentimiento informado y, en general, la cuestión de la participación de los usuarios en el proceso de toma de decisiones sanitarias, no es un lujo exclusivo de sistemas sanitarios desarrollados, sino una cuestión crucial de cualquier sistema sanitario con pretensiones de equidade" (Kottow, 2007, p.84).

Considerações Finais

Tendo em vista as propostas de aprimoramento do CI apostas nos tópicos anteriores, reafirmamos a importância deste instrumento como fator de salvaguarda de pessoas e ou comunidades em situações de vulnerabilidade e/ou conflitos morais relacionados à área de saúde.

Portanto, compreende-se que um CI que se quer efetivo e legítimo promove a transformação da relação contratual e paternalista em relação de confiança, fomentando o compromisso mútuo e a responsabilidade compartilhada. O CI passa a fazer parte de um importante processo na arena da saúde, em que ao invés de assistirmos a um "convencimento consentido" passamos a fomentar a troca de informações e expectativas que ensejem um processo de decisão melhor amparado.

É importante salientar que a responsabilidade compartilhada a que fazemos referência não deveria relegar à pessoa o encargo por uma escolha que se realiza quase sempre em um contexto de alta vulnerabilidade. O CI deve continuar a responsabilizar a/o agente de saúde de sanar ou paliar o dano. Contudo, o conceito de responsabilidade deixa de estar referido a um contexto em que a autonomia seja o motivo condutor de uma ideia atomizada sobre o "indivíduo", destituída/o de seus lastros sociais e étnico-culturais.

É preciso que o "protagonismo da autonomia", àquele que deixa-nos sujeitos às conjeturas variadas, "responsabilizadas/os" por nossas condições materiais, psicológicas e de saúde, não venha a conservar as situações de vulnerabilidade relacionadas à classe/raça/etnia/gênero/cultura/idade etc., e, em sendo assim, transforme o conceito de autonomia e de CI em novas situações de vulnerabilidade.

Assim, embora a autonomia tenha sido vista como o baluarte bioético nas questões relacionadas ao consentimento informado, observa-se que ela pode servir a diversos usos que não o de beneficiar a/o usuário/o; principalmente se não estiver aferida à necessidade de fazer valer instâncias outras, tais como diferenças religiosas, culturais, econômicas, sociais, bem como de afiliação a outros modos de ver o conhecimento científico e dele se beneficiar. Ou seja, a autonomia deve ser o espaço onde as aspirações pessoais e/ou comunitárias possam estar resguardadas conjuntamente com outras já validadas pelo status quo. Apenas deste modo a bioética poderá ter atendido a seu desígnio de pensar criticamente o consentimento informado nas atividades assistenciais.

Referências

1. **Castro-Gómez S.** Ciências Sociais, violência epistêmica e o problema da "invenção do outro". In Lander, E. (org.). A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Buenos Aires: CLACSO, 2005, p. 169-186.
2. **Costa S., Diniz D.** Bioética: Ensaio. Brasília: Letras livres, 2001.
3. **CERPIS.** Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde de Planaltina. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/5626-planaltina-distribui-plantas-medicinais-gratuitamente.html>.
4. **Clotet J.** O Consentimento Informado: Uma Questão do Interesse de Todos. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/jornal/10_112000/Bioetica.htm.
5. **Conselho Federal de Medicina.** Código de Ética Médica: Resolução CFM nº. 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.
6. **Feitosa SF.** O Processo de Territorialização Epistemológica da Bioética de Intervenção: por uma prática bioética libertadora [tese de doutorado]. Brasília: Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Bioética, 2015. 206 p.
7. **Flor do Nascimento W, Brambilla LM.** A bioética de intervenção em contextos descoloniais. Revista Bioética 2013; 21(3): 423-31.

8. **Flor do Nascimento W.** Por uma vida descolonizada: Diálogos entre a Bioética de Intervenção e os Estudos sobre a Colonialidade [Tese de doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Bioética. Brasília: Universidade de Brasília, 2010.
9. **Fernandes CF, Pithan LH.** O Consentimento Informado na assistência médica e o contrato de adesão: uma perspectiva jurídica e bioética. *Rev HCPA* 2007; 27(2): 78-82.
10. **INCTI.** Instituto Nacional de ciência e tecnologia de Inclusão no Ensino Superior e na Pesquisa encontro de saberes. Acessível em: <http://www.inctinclusao.com.br/encontro-de-saberes/encontro-de-saberes>.
11. **Kottow, M.** Participación informada em clínica e investigación biomédica. Las Múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado. *Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: universidad Nacional de Colombia*, 2007. Acessível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001618/161853s.pdf>.
12. **Lander, E.** Ciências sociais: saberes coloniais e eurocêntricos. In: Lander, E. (Org.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais*. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 21-54.
13. **Lorenzo, CFG.** Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. *Rev. bioét (Impr.)* 2011; 19(2): 329 – 42.
14. **Nascimento WF, Garrafa V.** Por uma vida não colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. *Saudesoc* 2011; 20(2): 287-299.
15. **Oliveira, AAS.** *Revista Bioethicos - Centro Universitário São Camilo* 2013; 7(4): 388-397.
16. **Segato, RL.** Aníbal Quijano y la Perspectiva de La Colonialidad del Poder. *Revista Casa de las Américas*, 2013; 272.
17. **Silva, HC.** O consentimento Informado na Assistência Médica à Saúde no Brasil: uma reflexão sob a perspectiva das publicações em Bioética e Ética Médica. Monografia. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. 2012.
18. **UNESCO.** Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Brasília: Tradução brasileira sob responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília, 2005.
19. **Walsh, C.** Interculturalidad y colonialidad del poder. Um pensamiento y posicionamento outro desde la diferencia colonial". Em Walsh, C., LINERA, AG., Mignolo, W. (Org.) *Interculturalidad, descolonización del estado y Del conocimiento*. Buenos Aires: Del Signo, 2006.
20. **Zoboli ELCP, Fortes PAC.** Bioética e Saúde Pública. *Cadernos. Centro Universitário S. Camilo, São Paulo*, 2006; 12(2): 41-50.

■ Recebido em: 01/09/2016. Aprovado em: 13/11/2016.