



# Ensaios sobre bioética contemporânea

---

Ana Claudia Pinto da Silva  
Gracielle Almeida de Aguiar  
Luana Gularce Dias



# **Ensaios sobre bioética contemporânea**

---

Ana Claudia Pinto da Silva  
Gracielle Almeida de Aguiar  
Luana Gularce Dias

*Copyrights do texto - Autores e Autoras*

*Direitos de Edição Reservados à Editora Terried*

*É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.*



O conteúdo dos capítulos apresentados nesta obra são de inteira responsabilidade d@s autor@s, não representando necessariamente a opinião da Editora.

Permitimos a reprodução parcial ou total desta obra, considerado que seja citada a fonte e a autoria, além de respeitar a Licença Creative Commons indicada.

### ***Conselho Editorial***

Adilson Cristiano Habowski - ***Curriculum Lattes***

Adilson Tadeu Basquerote Silva - ***Curriculum Lattes***

Alexandre Carvalho de Andrade - ***Curriculum Lattes***

Anísio Batista Pereira - ***Curriculum Lattes***

Celso Gabatz - ***Curriculum Lattes***

Cristiano Cunha Costa - ***Curriculum Lattes***

Denise Santos Da Cruz - ***Curriculum Lattes***

Emily Verônica Rosa da Silva Feijó - ***Curriculum Lattes***

Fabiano Custódio de Oliveira - ***Curriculum Lattes***

Fernanda Monteiro Barreto Camargo - ***Curriculum Lattes***

Fredi dos Santos Bento - ***Curriculum Lattes***

Guilherme Mendes Tomaz dos Santos - ***Curriculum Lattes***

Humberto Costa - ***Curriculum Lattes***

Leandro Antônio dos Santos - ***Curriculum Lattes***

Lourenço Resende da Costa - ***Curriculum Lattes***

Marcos Pereira dos Santos - ***Curriculum Lattes***

## **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Ensaios sobre Bioética Contemporânea.  
Ana Claudia Pinto da Silva, Gracielle Almeida  
de Aguiar, Luana Gularde Dias (Organizadoras)  
-- Alegrete, RS : Editora Terried, 2025.

PDF

ISBN. 978-65-83367-78-5

1. Educação

24-225451

CDD-918. 17

### **Índices para catálogo sistemático:**

1. Educação 90. 14
2. Ensino 90. 9

## **PREFÁCIO**

*Franciele Del Vecchio dos Santos*

É com grande satisfação que recebo o convite para apresentar este livro, resultado de um trabalho de muitas mãos pautado na dedicação dos estudantes do primeiro semestre do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), no âmbito da disciplina de Antropologia Cultural. O trabalho desenvolvido sob a orientação da professora Ana Claudia Pinto da Silva, com o apoio da monitora Luana Gularde Dias e da docente orientada Gracielle Almeida de Aguiar, demonstra a potência do diálogo entre ensino, pesquisa e produção coletiva do conhecimento, tão necessário à formação universitária.

A obra que o(a) leitor(a) tem em mãos mergulha em um terreno fecundo: as intersecções entre bioética, psicologia e antropologia. Essa confluência não é casual, mas responde às demandas de uma contemporaneidade marcada por dilemas éticos, transformações culturais e desafios sociais que se desdobram no campo da saúde, das relações familiares, da tecnologia e da própria definição de vida e de morte. Segundo o sociólogo polonês Zigmunt Bauman (2001), as referências se tornam instáveis e mutáveis, exigindo que os sujeitos enfrentem escolhas em meio à incerteza e à fluidez das relações, contexto no qual tais campos do saber ganham ainda mais relevância.

Diante disso, reconheço que a materialização de um princípio antropológico essencial: compreender o ser humano em sua complexidade, evitando reducionismos e enfrentando tensões que não possuem respostas únicas. Como lembra Geertz (1989), entender o humano implica interpretar as teias de significados que ele mesmo tece, reconhecendo que a existência é sempre mediada por sistemas simbólicos multifacetados. Ao reunir bioética, psicologia e antropologia, os textos deste livro nos recordam que a vida não pode ser pensada apenas em termos biológicos, mas deve ser situada em contextos sociais, culturais e históricos.

As escolhas reprodutivas, os debates sobre parentalidade, as decisões na terminalidade da vida, os dilemas em torno de transplantes ou do uso de tecnologias emergentes em saúde, todos esses temas expostos pelos estudantes revelam que as questões éticas não se separam da cultura e da subjetividade. Arendt

(2018) ressalta que a condição humana é atravessada por dimensões que nos inserem em um mundo comum, de modo que cada decisão ligada à vida e à morte se constitui como um fenômeno ético, político e cultural, imerso em redes de significados, expectativas sociais, normas jurídicas e vivências individuais que se entrelaçam continuamente.

Esse exercício intelectual adquire relevância ainda maior por ser fruto do trabalho de estudantes em formação inicial, evidenciando que a universidade é espaço de criação, diálogo e problematização crítica. Trata-se de uma produção que ultrapassa o espaço da sala de aula, abrindo-se ao debate público e convidando a comunidade a refletir sobre os rumos da ciência e da sociedade.

Este prefácio, neste caso, é menos uma introdução formal e mais um convite para permitir-se ser provocado pelos questionamentos apresentados, reconhecendo a diversidade de olhares e experiências que compõem este mosaico de reflexões. Em tempos de mudanças aceleradas e de disputas em torno do valor da vida, pensar eticamente e culturalmente nossas práticas e decisões torna-se uma forma de resistência e de compromisso com uma sociedade mais justa e humana.

# APRESENTAÇÃO

*Luana Gularde Dias*

Este livro apresenta o resultado do trabalho coletivo dos estudantes do primeiro semestre do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), desenvolvido na disciplina de Antropologia Cultural, no primeiro semestre de 2025. A obra propõe aos leitores uma reflexão sobre as intersecções entre bioética, psicologia e antropologia na contemporaneidade, destacando a importância do diálogo entre diferentes áreas do conhecimento.

Em um mundo em constante transformação em que os avanços científicos e tecnológicos desafiam continuamente nossas concepções de vida, saúde e humanidade, torna-se imperativo refletir criticamente sobre as implicações éticas, psicológicas e socioculturais dessas mudanças. A contemporaneidade é marcada por avanços científicos e tecnológicos exponenciais, especialmente nas áreas da saúde e biotecnologia, que, embora promissores, suscitam complexos dilemas éticos. Nesse cenário, a bioética emerge como um campo de reflexão crucial, dedicando-se à análise das questões que envolvem a vida humana, animal e ambiental (HÄYRY, 2025).

A relevância de tal empreendimento reside na compreensão de que as decisões éticas em saúde não podem ser dissociadas das dimensões subjetivas e culturais que as permeiam. A psicologia, com sua escuta qualificada e foco na subjetividade e no cuidado, oferece ferramentas essenciais para apreender as experiências individuais e os impactos psicossociais dos dilemas bioéticos (SGRECCIA, 2024).

Essa interface entre psicologia e bioética não é recente, evidenciando um diálogo contínuo e necessário para abordar as complexidades da vida e da morte. A psicologia permite explorar as nuances emocionais, as percepções de autonomia e vulnerabilidade, e as implicações na saúde mental dos indivíduos envolvidos em situações de alta complexidade ética. Em consonância, a bioética se faz presente ao aprimorar as práticas e a reflexão sobre os limites e possibilidades do cuidado, garantindo que as intervenções sejam eticamente fundamentadas e respeitosas à dignidade do indivíduo (LUDWIG et al., 2007).

Por sua vez, a antropologia contribui com uma perspectiva fundamental ao desvelar os contextos culturais, as normas sociais e a diversidade de valores que moldam as concepções de saúde, doença, vida e morte em diferentes sociedades. A relação intrínseca entre antropologia e psicologia reforça a importância de uma compreensão culturalmente situada da mente e do comportamento humano, essencial para uma bioética que respeite a pluralidade e evite os etnocentrismos. Essa abordagem antropológica é vital para promover uma bioética inclusiva e sensível às particularidades de cada grupo humano, reconhecendo que o que é considerado “saúde” ou “doença” é culturalmente construído e vivenciado (EKATERINA, 2023).

A confluência dessas três áreas – bioética, psicologia e antropologia – permite uma análise robusta e humanizada das questões contemporâneas. Este livro está estruturado em oito capítulos temáticos, cada qual abordando um aspecto premente da bioética. Os ensaios exploram desde as escolhas e limites na reprodução assistida e o não desejo de maternidade/paternidade, até as discussões sobre terminalidade da vida, transplantes e aborto. Além disso, a obra se debruça sobre as reflexões éticas na relação terapêutica, a privacidade no uso de *Big Data* em saúde e os desafios éticos da inteligência artificial nesse campo, como as implicações para a autonomia e privacidade dos indivíduos e as transformações na subjetividade humana e nas relações sociais mediadas pela tecnologia. Ao apresentar essas múltiplas facetas, nosso trabalho almeja fomentar o pensamento crítico e aprofundar o debate sobre como a vida e a dignidade humana podem ser protegidas e promovidas em um mundo em constante transformação, sem dissociar a medicalização da vida da percepção do sofrimento humano e da busca por sentido.

Convidamos o(a) leitor(a) a embarcar nesta jornada de descobertas e questionamentos, a confrontar suas próprias premissas e a expandir seu olhar sobre as intrincadas relações entre ciência, tecnologia, ética e a própria essência do ser humano. Que este livro inspire novos debates, contribua para a construção de uma bioética inclusiva, atenta às realidades psicossociais e culturais do cotidiano, e fortaleça uma psicologia e uma antropologia comprometidas com a criação de um futuro mais justo e humano.

# **SUMÁRIO**

<b>Capítulo 1</b>	
<b>Reprodução assistida: escolhas, limites e implicações psicológicas.....</b>	<b>10</b>
<b>Capítulo 2</b>	
<b>A escolha de não ter filhos: entre o desejo, a cultura e o sujeito.....</b>	<b>18</b>
<b>Capítulo 3</b>	
<b>Terminalidade e bioética: dignidade, cuidado e escuta no fim da vida.....</b>	<b>26</b>
<b>Capítulo 4</b>	
<b>Transplantes e bioética: o difícil papel de preservação da autonomia.....</b>	<b>36</b>
<b>Capítulo 5</b>	
<b>Aborto, bioética e direitos reprodutivos: dilemas e práticas em disputa...</b>	<b>45</b>
<b>Capítulo 6</b>	
<b>Células-Tronco e bioética: quando começa a vida?.....</b>	<b>55</b>
<b>Capítulo 7</b>	
<b>Privacidade e ética no uso de <i>Big Data</i> na saúde.....</b>	<b>64</b>
<b>Capítulo 8</b>	
<b>A clínica automatizada: bioética e inteligência artificial contemporânea..</b>	<b>72</b>
<b>Posfácio.....</b>	<b>82</b>
<b>Sobre os autores.....</b>	<b>85</b>

# CAPÍTULO 1

## REPRODUÇÃO ASSISTIDA: ESCOLHAS, LIMITES E IMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS

*Eduarda Carvalho, Giovana Dotto, Luiza Temp, Valentina Schittler e Vitória Bittencourt*

Reprodução assistida consiste em um conjunto de procedimentos médicos voltados a auxiliar processos complexos de gravidez, como nos casos de infertilidade, esterilidade ou doenças hereditárias. Essa técnica também pode viabilizar novas formas de parentalidade, as quais englobam casais homoafetivos que desejam ter filhos. Os principais meios de reprodução assistida são: a fertilização *in vitro* (FIV), a injeção intracitoplasmática de espermatozoide e a inseminação intrauterina (KEENAN, 2023).

A relevância do tema é observada em múltiplas formas, principalmente no contexto brasileiro. De acordo com a Associação Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA, 2025) o Brasil responde por 40% dos casos de reprodução assistida na América Latina, com mais de 10 000 crianças nascidas por esse método em um único ano. Ademais, o Brasil apresenta aumento significativo em dois indicadores: o número de casais em idade reprodutiva com dificuldades para engravidar (cerca de 15% desse grupo) e a necessidade de medidas que permitam aos casais homoafetivos terem filhos. Além disso, a legislação brasileira não supre amplamente todos os aspectos envolvidos na reprodução assistida, apesar de ser um tema atual e da sua inserção efetiva no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

Sob esse viés, a Psicologia entra como ferramenta de auxílio para pessoas que buscam tratamentos alternativos para a concepção. Ainda, ter filhos é comumente tido como uma possibilidade para todos, o que gera uma quebra muito grande de expectativa quando as pessoas recebem a notícia que terão de optar por reprodução assistida.

A impossibilidade da “gravidez natural”, a quebra do sonho, a culpa e a angústia se sobressaem, demonstrando a relevância da participação do profissional da psicologia durante todo o procedimento de reprodução assistida que poderá

apoiar e escutar os envolvidos. A gravidez ainda é percebida como algo que “todos conseguem”, criando uma expectativa que nem sempre se concretiza. Apenas o fato de não conseguir gerar filhos naturalmente pode acarretar sentimentos de culpa e angústia, que se intensificam quando a família recorre às técnicas de reprodução assistida. O acompanhamento psicológico é relevante nesse processo (GIACON, 2025).

Ademais, outro campo que engloba a questão da reprodução assistida é a Antropologia apresentando a visão de outras culturas (além da brasileira) sobre a temática. Inúmeras regiões observam a reprodução assistida de maneiras diferentes, por exemplo na China e no Egito os casais precisam estar em união estável para terem o tratamento garantido e casais homoafetivos não têm acesso a esse direito, sendo, infelizmente, excluídos da possibilidade de serem pais. Ao abordar essa temática em outros países, a Antropologia auxilia na garantia de maior acessibilidade da reprodução assistida a todas as pessoas que ainda não são atendidas devido às normas de seus Estados (LEITE; HENRIQUES, 2014).

Este capítulo irá abordar os riscos, benefícios e repercussões da reprodução assistida, considerando as diversas possibilidades que essa prática oferece. A análise abrange aspectos como a reprodução assistida em casais homoafetivos, o uso de barriga de aluguel, a seleção de características para o futuro filho e questões de saúde mental. A reprodução assistida apresenta-se como uma alternativa inclusiva para casais homoafetivos, possibilitando a realização do desejo de parentalidade (SBRA, 2024).

O reconhecimento legal dessa possibilidade é recente: apenas em 2013, com o reconhecimento da união estável homoafetiva pelo Supremo Tribunal Federal (SBRA, 2025), o Conselho Federal de Medicina estendeu o direito de acesso às técnicas de Reprodução Humana. O acesso aos procedimentos reprodutivos representa uma oportunidade para além da adoção, permitindo que casais homoafetivos compartilhem a experiência de gestar e criar filhos de forma legalmente reconhecida. Tal avanço contribui para a ampliação dos direitos reprodutivos, a inclusão social e o reconhecimento da diversidade de modelos familiares. (SBRA, 2023)

No contexto da gestação por substituição — ou barriga solidária — a legislação brasileira proíbe a comercialização do útero para fins reprodutivos e admite

apenas sua prática de forma altruísta. Essa modalidade consiste no empréstimo temporário do útero, possibilitando a maternidade ou paternidade de terceiros.

De acordo com a regulamentação médica, a gestação deve ocorrer, preferencialmente, no âmbito familiar de até quarto grau de parentesco, abrangendo relações como mãe/filha, avó/irmã, tia/sobrinha e prima. Na ausência de vínculo biológico, é possível solicitar autorização ao Conselho Regional de Medicina. Quando a mulher que irá gestar estiver em casamento ou união estável, é necessário o consentimento formal do cônjuge. Além disso, a mulher que empresta o útero não será registrada como mãe biológica nos documentos da criança (BRASIL, 2022).

Os dilemas éticos associados à gestação por substituição são diversos. Há quem defenda a prática, considerando o direito à parentalidade e sua importância para casais inférteis, homoafetivos, pessoas solteiras e outros grupos. Por outro lado, há críticas que apontam riscos físicos e emocionais às partes envolvidas, bem como a possibilidade de exploração do corpo feminino, especialmente entre mulheres em vulnerabilidade social. A legislação brasileira ainda não aborda essa questão de maneira abrangente e específica, ampliando os debates bioéticos e morais na sociedade (JUSBrasil, 2024).

As discussões sobre reprodução assistida incluem, ainda, a questão da seleção de características do futuro filho, viabilizada pelos avanços da medicina e das ciências naturais. Embora no Brasil a Resolução 1.358/92 do Conselho Federal de Medicina proíba a utilização dessa técnica para fins não terapêuticos — sendo permitida apenas para evitar doenças relacionadas ao sexo —, observa-se que casais com maior poder aquisitivo buscam clínicas em países onde essa prática é legalizada, evidenciando a complexidade do tema na esfera bioética (BRASIL, 1992).

A possibilidade de selecionar características exige uma reflexão aprofundada acerca das motivações parentais para determinar aspectos biológicos não relacionados à saúde da criança e das possíveis consequências dessa decisão. A psicologia insere-se nesse cenário como campo de análise das motivações, considerando tanto aspectos individuais ligados às expectativas de pais e mães, quanto dimensões sociais e culturais que influenciam essas escolhas (DIAS et al., 2007).

Em diversos contextos culturais, a preferência pelo sexo masculino revela-se como uma construção social que pode levar a desequilíbrios demográficos (BATISTIOLLE, 2005). O que se costuma denominar como “preferência individual” frequentemente decorre de fatores sociais que condicionam valores e percepções sobre gênero e características físicas. A psicoterapia, nesse sentido, tem papel relevante na compreensão dos dilemas éticos e das dinâmicas psíquicas envolvidas, contribuindo para o entendimento dos processos humanos que atravessam a seleção de características.

Além de reforçar preconceitos e discriminações históricas, essa prática pode afetar o vínculo parental e o desenvolvimento emocional da criança, que poderá questionar sua identidade e origem, além de trazer implicações emocionais para os pais, especialmente diante da responsabilidade de ter moldado aspectos de seu filho. Nesse panorama, a bioética demanda a responsabilidade moral no uso de técnicas médicas, considerando que a possibilidade de escolher previamente características pode instrumentalizar a ciência como meio de reforço de desigualdades históricas e culturais (BATISTIOLLE, 2005). A psicologia, por sua vez, desempenha o papel de ponte entre os aspectos teóricos e a prática clínica, atuando na escuta qualificada de conflitos éticos e subjetivos relacionados a essas decisões, favorecendo o desenvolvimento de perspectivas críticas e éticas sobre o tema (DIAS et al., 2007).

Embora as pesquisas ainda apresentem resultados diversos sobre o impacto das Tecnologias de Reprodução Assistida (TRA) no desenvolvimento das crianças, é relevante destacar que os autores apontam para semelhanças marcantes entre crianças concebidas por TRA e aquelas concebidas de forma espontânea, especialmente no que diz respeito ao bem-estar emocional, adaptação social e desempenho acadêmico (ALVES-LEITE et al., 2024). Ainda assim, é importante ressaltar que a investigação científica sobre o tema permanece em evolução, especialmente considerando os possíveis efeitos indiretos, como o impacto da relação parental e os fatores psicossociais que cercam a experiência de ter sido concebido por meio dessas tecnologias.

Observa-se que o ambiente familiar exerce influência significativa sobre a saúde mental da criança, independentemente da forma de concepção. Fatores como apoio emocional, qualidade do vínculo afetivo com os pais, estabilidade

familiar e acesso a recursos de saúde e educação desempenham papel central na formação da identidade e na regulação emocional dos filhos. Nesse sentido, a psicologia atua no suporte aos pais, no fortalecimento das relações familiares e na orientação quanto às possíveis dúvidas e desafios que possam surgir no convívio com a criança (SPEYER et al., 2022).

A análise das condições socioeconômicas associadas à reprodução assistida também evidencia que o contexto de nascimento, por vezes, se associa a expectativas elevadas por parte dos pais. Esse fenômeno, denominado “projeto parental idealizado”, pode acarretar sobrecarga emocional para a criança, que passa a ser vista como resultado de grande investimento financeiro, emocional e social. Nessa perspectiva, observa-se a importância do acompanhamento psicológico tanto para os pais quanto para a criança, a fim de mitigar possíveis pressões externas e internas, e promover uma convivência familiar mais saudável.

Assim, é necessário considerar não apenas os aspectos biológicos, mas também os fatores psicossociais e culturais que atravessam a experiência da reprodução assistida. É importante reconhecer o caráter multifacetado desse fenômeno e a necessidade de um olhar interdisciplinar que contemple a saúde mental de todos os envolvidos no processo (TYUVINA; NIKOLAEVSKAYA, 2020).

Por fim, ressalta-se que a temática da reprodução assistida, embora represente um avanço significativo no campo da medicina reprodutiva, ainda apresenta desafios que extrapolam os limites técnicos. A desigualdade de acesso aos tratamentos, os custos elevados, a ausência de regulamentação em algumas áreas e a persistência de barreiras culturais e éticas evidenciam a necessidade de uma abordagem ampla e plural.

Os dilemas éticos relacionados à doação de gametas, à gestação por substituição e à seleção embrionária apontam para a complexidade do tema, exigindo discussões que contemplem não apenas os aspectos médicos, mas também as dimensões sociais e psicológicas que envolvem as pessoas submetidas aos procedimentos. A psicologia, nesse contexto, exerce papel relevante ao acolher e compreender as diferentes vivências e impactos emocionais, oferecendo suporte às famílias e às crianças concebidas por meio dessas técnicas.

No Brasil, a inserção da reprodução assistida no SUS é um passo impor-

tante para ampliar o acesso, mas ainda enfrenta limitações significativas, como longas filas de espera e atrasos nos procedimentos, que acabam restringindo a efetivação desse direito para muitos casais. Esse cenário evidencia a necessidade de políticas públicas que fortaleçam a democratização do acesso aos tratamentos e inclui acompanhamento psicológico para todos os envolvidos, considerando as questões de saúde mental que podem emergir durante o processo.

Em suma, a reprodução assistida configura-se como um marco importante na medicina reprodutiva, ampliando possibilidades para diversas configurações familiares. Contudo, seu pleno exercício depende de avanços não apenas no campo técnico, mas também no legal e no social, com o objetivo de garantir a equidade de acesso e o cuidado integral às pessoas que optam por esse caminho. Somente assim, será possível consolidar medidas de acolhimento e suporte, proporcionando uma experiência justa e humanizada para todas as famílias envolvidas.

## Referências

ALVES-LEITE, N. *et al.* Relações entre conflito trabalho-família, estresse relacionado à infertilidade, resiliência e apoio social em pacientes em tratamento de infertilidade. **Psicologia, Saúde e Medicina**, v. 30, p. 849-862, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1080/13548506.2024.2418437>.

BATISTIOLLE, J. **Em debate a escolha do sexo dos bebês por métodos de reprodução assistida.** CREMESP, São Paulo, 2005. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=170>. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. **Resolução nº 1.358, de 11 de novembro de 1992.** Adota Normas Éticas para utilização das Normas Técnicas de Reprodução Assistida. Conselho Federal de Medicina: São Paulo, SP, 1992. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1992/1358\\_1992.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1992/1358_1992.pdf). Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012.** Destina recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149\\_28\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html). Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). **Resolução nº 2.320, de 1º de setembro de 2022.** Adota normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 20 set. 2022, p. 107.

DIAS, H. Z. J. *et al.* Psicologia e bioética: diálogos. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 125–135, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-56652007000100009>.

GIACON, F. **Junho Laranja:** a importância da atenção psicológica na reprodução assistida. Associação Brasileira de Reprodução Assistida – SBRA, 16 jun. 2025. Disponível em: <https://sbra.com.br/noticias/junho-laranja-a-importancia-da-atencao-psicologica-na-reproducao-assistida/>. Acesso em: 28 jun. 2025.

JUSBrasil. **Barriga de aluguel é crime? Análise completa sobre a legalidade, ética e implicações da gestação por substituições.** Andrade Advogados, 17 out. 2024. Disponível em: <https://www.advogadocriminauberlandia.com/artigos/barriga-de-aluguel-e-crime-analise-completa-sobre-a-legalidade-etica-e-impliacoes>. Acesso em: 5 jun. 2025.

KEENAN. **OMS alerta que 1 em cada 6 pessoas é afetada pela infertilidade em todo o mundo.** OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/4-4-2023-oms-alerta-que-1-em-cada-6-pessoas-e-afetada-pela-infertilidade-em-todo-mundo>. Acesso em: 10 jun 2025.

LEITE, T. H.; HENRIQUES, R. A de H. Bioética em reprodução humana assistida: influência dos fatores socio-econômico-culturais sobre a formulação das legislações e guias de referência no Brasil e em outras nações. **Physis**, Rio de Janeiro, Brasil, v. 1, p. 31–47, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100003>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO HUMANA. **Reprodução assistida em casais homoafetivos: como anda o cenário atual?** SBRH, 21 ago. 2024. Disponível em: <https://sbrh.org.br/comite/familiasplurais/reproducao-assistida-em-casais-homoafetivos-como-anda-o-cenario-atual/>. Acesso em: 5 jun. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA. **Casais homoafetivos encontram na reprodução assistida a esperança da parentalidade.** SBRA, 26 jun. 2023. Disponível em: <https://sbra.com.br/noticias/casais-homoafetivos-encontram-na-reproducao-assistida-a-esperanca-da-parentalidade/>. Acesso em: 5 jun. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA. **Saúde mental e fertilidade: qual a relação?** SBRA, 24 jan. 2025. Disponível em: <https://sbra.com.br/noticias/saude-mental-e-fertilidade-qual-a-relacao/>. Acesso em: 5 jun. 2025.

SPEYER, L. G. *et al.* Within-family relations of mental health problems across childhood and adolescence. **Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines**, v. 63, p. 1288-1296, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpp.13572>.

TYUVINA, N. A.; NIKOLAEVSKAYA, A. O. Assisted reproductive technologies: psychoneurological, moral-ethical, and socio-cultural aspects. **Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics**, v. 12, n. 5, p. 104-110, 2020. DOI: <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-5-104-110>.

## CAPÍTULO 2

### A ESCOLHA DE NÃO TER FILHOS: ENTRE O DESEJO, A CULTURA E O SUJEITO

*Ana Carolina Pazinato De Lucca, Brenda Elisete Severo Alves e  
Vitória Salete Giombelli Barbieri Golin Remus*

O não desejo de exercer a maternidade ou a paternidade tem sido reconhecido socialmente em comparação a períodos anteriores, como no século passado. Ainda assim, sujeitos que optam por não ter filhos, embora exerçam um direito legítimo de escolha, frequentemente enfrentam pressões sociais e julgamentos (COELHO; SOUZA; SILVA, 2020). Este capítulo propõe uma reflexão crítica sobre o tema, defendendo a necessidade de compreender que a maternidade e a paternidade não são elementos definidores da identidade do sujeito, tampouco devem ser concebidas como metas universais de realização pessoal. Do ponto de vista bioético, essa decisão se alinha ao princípio da autonomia, que reconhece o direito do sujeito de tomar decisões sobre seu próprio corpo, seu futuro e seu modo de vida, sem imposições morais externas. Nesse sentido, há a necessidade biológica do ser humano em relacionar-se com outros indivíduos, mas ela não deve estar associada ao pressuposto da reprodução.

Tendo em vista que vivemos em uma sociedade patriarcal, a ideia de que toda mulher deve ser mãe persiste, mesmo diante de tantas transformações nos papéis de gênero e nas estruturas familiares — uma expectativa que não recai com a mesma intensidade sobre os homens em relação à paternidade (SOARES; SANTOS, 2020). Contudo, para ambos, optar por não ter filhos não significa rejeitar o afeto, nem viver de forma incompleta, pelo contrário: muitos sujeitos encontram satisfação em outros projetos de vida, priorizando suas trajetórias individuais, profissionais e afetivas. A antropologia social tem apontado que a parentalidade não é um marcador universal de identidade adulta ou feminina; diferentes culturas atribuem sentidos distintos à maternidade e à realização pessoal (DELGADO-HERRERA; ACEVES-GÓMEZ; REYES-AGUILAR, 2024).

A conjugalidade também mudou: casais sem filhos não são menos família, pois o vínculo afetivo não depende da presença de filhos para ser real ou valioso.

so. Portanto, defendemos que a escolha por não ter filhos é um direito de todas as pessoas, e que a sociedade como um todo deve compreender as pluralidades e desejos pessoais, principalmente quando relacionados à temática abordada. A bioética, nesse sentido, também chama atenção para o respeito à diversidade de projetos de vida, reconhecendo como legítimas as diferentes formas de constituir vínculos afetivos e familiares (RIOS; GOMES, 2009).

O desejo de não ter filhos está, na maioria das vezes, relacionado ao desencontro do sujeito com os costumes herdados por gerações, isto é, ao encontro da sua individualidade, responsabilidades e desejos pessoais (MORAES; FÉRES-CARNEIRO, 2022). Em uma sociedade saturada por estereótipos, romper com esses costumes — como escolher não casar e não ter filhos — significa desafiar expectativas impostas desde o nascimento, frequentemente intensificadas na vida adulta. No caso das mulheres, essa pressão começa ainda na infância, quando são incentivadas a brincar de cuidar de bonecas ou de “cozinhar”, reforçando desde cedo papéis associados à maternidade e ao cuidado. Da perspectiva psicológica do desenvolvimento, essas experiências precoces moldam representações internalizadas sobre o que se espera das mulheres, influenciando suas escolhas e seus sentimentos de culpa ao divergir desse ideal (LANGARO; CAMILOTTI, 2023).

Com isso, sabe-se que existem diferentes estigmas e expectativas sociais acerca da maternidade e da paternidade. De acordo com uma pesquisa realizada por Costa (2016) em um ambulatório que oferece orientações sobre planejamento familiar e tratamento para esterilidade, foi possível perceber como o risco ou o desejo de não ter filhos impactam de maneiras diferentes os homens e as mulheres, tratando-se de famílias heteronormativas. Enquanto os homens são vistos como provedores de renda para o lar, por meio de um trabalho remunerado fora de casa, as mulheres são as responsáveis pela saúde reprodutiva e, no caso de terem filhos, pela criação e educação, além do trabalho não remunerado dentro de casa.

Tendo isso em vista, a pesquisa indicou que a expectativa social atribui aos homens a paternidade, associada à masculinidade, como um objetivo estabelecido durante a vida, principalmente após o casamento, sendo algo planejado e pensado para o futuro. Já para as mulheres, a maternidade é associada à feminilidade

e compreendida como algo natural e instintivo, frequentemente vista como uma continuidade de um projeto de vida presente desde cedo (COSTA, 2016).

Dessa forma, é aceitável socialmente que os homens não tenham filhos, pois tê-los seria apenas um planejamento futuro que pode sofrer alterações; para as mulheres isso é visto como algo que corrompe sua naturalidade e sua “função social” de se tornar mãe, haja vista que isso reafirma sua feminilidade. Essa naturalização dos papéis maternos também se constitui como uma construção cultural, como demonstrado por estudos antropológicos sobre gênero e reprodução (SCHMIDT et al., 2023).

Com isso, acreditamos que é importante a discussão acerca da escolha do homem de não ter filhos e como alguns aspectos que influenciam na sua decisão também são comuns para as mulheres. Dentre esses, encontram-se: a preocupação com o futuro, a instabilidade financeira, que não garante uma vida estável para a criança, a não necessidade de um filho para se sentir completo e feliz, a prioridade com os estudos e o aperfeiçoamento profissional, o medo de colocar uma criança em um mundo violento e cheio de estigmas, a ausência do pai na infância, a observação de experiências negativas com familiares e/ou amigos e a crença de ser egoísmo se tornar pai ou mãe somente para ter auxílio na velhice. Do ponto de vista psicológico, essas motivações refletem processos de individualização, autorreflexão e elaboração subjetiva do que constitui um projeto de vida autêntico (SCHWARZ, 2024).

Cabe também apontar que alguns homens afirmam não acreditarem que uma outra pessoa seja capaz de ser responsável por trazer felicidade, não acreditam que um filho possa fazer ele mais ou menos feliz, mas sim que eles devem ser felizes com suas próprias escolhas individuais agradando ou não as expectativas que lhe atribuem (SCHWARZ, 2015). Dessa forma, evidencia-se que, apesar de algumas mudanças sociais, a pressão psicológica e emocional ainda se faz presente na vida das mulheres, pois é possível observar que os homens tendem a adotar uma postura indiferente em relação à escolha de não ter filhos.

Em consonância, o psicanalista Donald Winnicott formulou, entre 1940 e 1950, a “teoria da maternidade”, que contribui com o patriarcalismo e diverge da perspectiva dos autores do artigo “Crítica à Teoria da Maternidade em Winnico-

tt: é Preciso ser Mulher para cuidar de Crianças?” (MIRANDA; TIMO; BELO, 2019). A teoria reforça normas de gênero conservadoras, principalmente ao afirmar que são as mulheres as únicas aptas e responsáveis pelos cuidados dos bebês, de maneira a perpetuar uma estrutura de dominação que dificulta outras maneiras de existência feminina.

Nesse mesmo estudo, Winnicott propôs um “modelo” de mulher que, para ele, estaria naturalmente inclinada à maternidade. Dessa forma, caso uma mulher opte por não ter filhos ou não possa tê-los, essa condição pode ser interpretada como um desvio ou uma falha em relação ao ideal feminino, gerando sentimento de culpa, exclusão e questionamentos sobre sua identidade. Além de tornar secundário o papel do pai na criação e educação dos filhos, excluindo os homens do papel emocional e doméstico, Winnicott ainda apresenta, em sua teoria, a “preocupação materna primária”, na qual a mulher que se torna mãe se dedica totalmente ao bebê e exclui suas outras responsabilidades e desejos de vida. Para ele, não desejar ou não conseguir passar por esse processo é considerado algo patológico, reforçando, de uma maneira deplorável, uma pressão psicológica sobre as mulheres, marginalizando seus desejos de autonomia, de carreira e de outras formas de realização pessoal (WINNICOTT, 1988). Essa visão é amplamente criticada pela psicologia contemporânea e pelas abordagens feministas na bioética, que reconhecem a maternidade como uma experiência possível, mas não obrigatória, e que deve ser atravessada pela liberdade e pela autodeterminação da mulher (COSTA; SOARES, 2022).

Esse ideal, em conjunto com diversos fatores que formam a estruturação da sociedade patriarcal e machista em que vivemos, fortalece a expectativa social sobre as mulheres para se tornarem mães como algo natural da vida. Contudo, isso apenas contribui para processos de adoecimento psicológico gerados por culpa e frustração às mulheres que não desejam ter filhos; a psicologia clínica tem identificado sintomas de ansiedade, depressão e sofrimento subjetivo relacionados ao sentimento de inadequação diante das expectativas sociais impostas sobre a maternidade. Reconhecer isso abre espaço para diferentes arranjos familiares, múltiplas formas de cuidado e a legítima escolha dessas mulheres (OLALDE-MATHIEU; LICEA-HAQUET; REYES-AGUILAR, 2024). A antropologia também aponta que o cuidado pode ser redistribuído socialmente

entre diferentes sujeitos e instituições, rompendo com a ideia de que ele deve se concentrar exclusivamente na figura materna (MCKENZIE, 2022).

Além disso, as questões socioculturais - incluindo costumes geracionais e algumas religiões - podem provocar dúvidas sobre o cumprimento correto da bioética na sociedade. Enquanto alguns sujeitos defendem que a religião é apoiadora de núcleos familiares (prezando pelo acolhimento dos filhos mesmo antes de sua concepção), há outros que a veem como um desafio para o planejamento reprodutivo, visto que ela pode influenciar o julgamento individual dos sujeitos acerca de decisões, ocasionando em possíveis dilemas bioéticos relativos à não maleficência. No entanto, a intervenção da religião no planejamento familiar se torna problemática quando organizações de saúde relacionadas à Igreja justapõem normas e princípios internos ao devido aconselhamento reprodutivo (MORAES et al., 2021). Defendemos que todo sujeito tem a liberdade e autonomia para definir se quer ou não seguir uma religião e viver conforme suas doutrinas, mas o direito ao conhecimento e ao ingresso aos serviços de saúde são de todos.

Uma recomendação de uma obra que relaciona tais pressões sociais, culturais e religiosas é o romance “O Conto da Aia” (ATWOOD, 2017). Nele, há uma sociedade distópica e teocrática em que a maternidade é imposta como obrigação moral e religiosa, anulando completamente a autonomia das mulheres. A figura da Aia tem sua existência reduzida à função reprodutiva e, embora ficcional, esse extremismo representa as pressões enfrentadas por pessoas que optam por não ter filhos na sociedade contemporânea, principalmente devido aos discursos religiosos conservadores que afirmam que tal escolha é buscada um desvio inaceitável das normas tradicionais. Atwood (2017), portanto, provoca uma reflexão crítica sobre os impactos da imposição desse ideal como destino obrigatório.

Concluímos que, além de simplesmente rejeitar a ideia de ter filhos, muitos casais e pessoas solteiras optam por essa decisão fundamentados em motivações pessoais cuidadosamente refletidas. Entre eles, estão o desejo de cuidar da própria saúde mental, o foco em planos profissionais e pessoais, dificuldades financeiras e medos sobre o futuro. Isso mostra que é totalmente possível ter uma vida cheia de sentido, amor e parceria, mesmo sem seguir o modelo tradicional de família com filhos. Para alguns sujeitos, ter filhos está inserido em seus projetos de vida; entretanto, para outros, essa escolha não corresponde às suas aspirações pessoais.

Isso, contudo, não implica que seus relacionamentos ou objetivos de vida sejam menos significativos ou autênticos. Pelo contrário, muitas vezes há grande comprometimento e afeto, mesmo na ausência da parentalidade (SCHWARZ, 2015). A bioética defende o respeito a esses projetos de vida como expressão de liberdade existencial e da dignidade da pessoa humana.

Em um contexto no qual um número crescente de sujeitos busca agir em conformidade com sua identidade autêntica, torna-se fundamental reconhecer que cada decisão individual merece respeito. Ter ou não ter filhos não precisa ser uma regra, mas sim uma escolha consciente, feita com liberdade. Além disso, é importante atentarmos para a pressão social exercida sobre as mulheres para que sejam mães, assim como, ainda que em menor grau, sobre os homens para que sejam pais. Na psicologia, a busca é pelo sujeito, que está em constante desenvolvimento, e sabe-se que não é correto estipular metas sociais para outros, tendo em mente que cada um carrega uma bagagem histórica-social distinta. Quando compreendemos essa temática e nossas maneiras de agir em sociedade, ampliamos nosso entendimento por família e começamos a perceber que existem diversas formas de amar e viver, sendo que todas são válidas e dignas de respeito.

## Referências

ATWOOD, M. **O conto da aia**. 2. ed. São Paulo: Rocco, 2017.

COELHO, I. M.; SOUZA, D. C de; SILVA, I. R da. Características do relacionamento conjugal de casais que optaram por não ter filhos. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 29, n. 67, p. 56–69, 2020. DOI: <https://doi.org/10.38034/nps.v29i67.559>.

COSTA, M. M. M.; SOARES, E. G. Biopolítica e controle dos corpos femininos: um debate sobre maternidade compulsória e aborto. **Revista Húmus**, v. 12, n. 35, 2022. DOI: <https://doi.org/10.18764/2236-4358v12n35.2022.17>.

COSTA, R. G. Sonho do passado versus plano para o futuro: gênero e representações acerca da esterilidade e do desejo por filhos. **Cadernos Pagu**, v. 17, n. 18, p. 105–130, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/DzYVJzs5vt56qR-Xw8xZjTYg/?format=pdf>. Acesso em: 2 jun. 2025.

DELGADO-HERRERA, M.; ACEVES-GÓMEZ, A. C.; REYES-AGUILAR, A. Relationship between gender roles, motherhood beliefs and mental health. **PLOS ONE**, v. 19, n. 3, p. e0298750, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298750>

LANGARO, F.; CAMILOTTI, G. Mulheres que escolhem não ter filhos: experiências de não maternidade à luz dos estudos de gênero. **Revista Gênero**, v. 23, n. 2, p. 71–93, 2023. DOI: <https://doi.org/10.22409/rg.v23i2.51025>.

MCKENZIE, E. Parenthood: beyond maternity and paternity. **Feminist Anthropology**, v. 3, n. 1, p. 6–17, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1002/fea2.12105>.

MIRANDA, J. J. de; TIMO, A. L. R.; BELO, F. R. R. Crítica à Teoria da Maternidade em Winnicott: é Preciso ser Mulher para cuidar de Crianças? **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, p. e176863, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003176863>.

MORAES, L. X. *et al.* Planejamento familiar: dilemas bioéticos encontrados na literatura. **Revista Bioética**, v. 29, p. e293493, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293493>.

MORAES, J.; FÉRES-CARNEIRO, T. Maternidade Contemporânea: motivações de mulheres sem filhos. **Contextos Clínicos**, v.15, n.1, jan./abr. 2022. Disponível em: <https://www.revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/23102/60749069>. Acesso em: 18 ago. 2025.

OLALDE-MATHIEU, V. E.; LICEA-HAQUET, G. L.; REYES-AGUILAR, A. Motherhood Beliefs Across Sex, Age, Education and Parenthood. **Social Sciences & Humanities Open**, v. 9, p. 100783, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssho.2023.100783>.

RIOS, M. G.; GOMES, I. C. Casamento contemporâneo: revisão de literatura acerca da opção por não ter filhos. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 26, n. 2, p. 215–225, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000200009>.

SCHMIDT, E.M.; DÉCIEUX, F.; ZARTLER, U.; SCHNOR, C. What makes a good mother? Two decades of research reflecting social norms of motherhood. **Journal of Family Theory & Review**, v. 15, n. 1, p. 57–77, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1111/jftr.12488>.

SCHWARZ, L. R. C. **O (des)encontro com a paternidade**: narrativas sobre o não desejo de ser pai. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/973>. Acesso em: 10 jun. 2025.

SCHWARZ, S. E. **O efeito da ausência do pai nas filhas**: desejo paterno, ferida paterna. 1. ed. Petrópolis: Vozes, 2024. 344 p.

SOARES, I. C.; SANTOS, K. A. dos. A não maternidade por opção: depoimentos de mulheres que não querem ter filhos. **Revista Ártemis**, v. 30, n. 1, p. 384–400, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.1807-8214.2020v30n1.51355>.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

# CAPÍTULO 3

## TERMINALIDADE E BIOÉTICA: DIGNIDADE, CUIDADO E ESCUTA NO FIM DA VIDA

*Adriana Facin Silveira, Alexia Branquier Mikoleiczaki, Luiza Abbadi Ebling e  
Rafaely Monique dos Santos*

A palavra “terminalidade” remete a “terminal”, termo que deriva do latim *terminalis* (limite, fim, terminante). Ao adicionar o sufixo “-idade”, forma-se a ideia de algo em estado terminal, no final de uma condição que prejudica a continuidade da vida (MICHAELIS, 2023). Entretanto, mais do que uma questão etimológica, a terminalidade envolve debates sobre dignidade e qualidade de vida, sua finitude e os desafios profissionais relacionados à decisão do paciente de encerrar sua vida, considerando sua condição de saúde.

Neste capítulo, serão explorados aspectos da antropologia, psicologia e bioética que contribuem para a compreensão da terminalidade. A antropologia, por exemplo, oferece uma perspectiva que considera os significados culturais atribuídos à morte e ao processo de morrer. Cada sociedade, com suas tradições e crenças, constrói valores e práticas que moldam as percepções individuais e coletivas sobre esse momento. Assim, a terminalidade não se restringe a uma experiência médica, mas também se configura como um fenômeno social e simbólico, em que conceitos como sofrimento, cuidado, autonomia e dignidade assumem sentidos variados conforme o contexto cultural (NETTO, 2019).

Do ponto de vista psicológico, é fundamental que, como futuras psicólogas, mantenhamos uma postura neutra e imparcial diante de um paciente que manifesta o desejo de seguir com a eutanásia, o suicídio assistido ou a ortotanásia, considerando que nosso papel profissional é de escuta e acolhimento, e não de julgamento. Ainda assim, é inevitável reconhecer que, como seres humanos, também podemos enfrentar uma situação de doença terminal ou ter um familiar nessa condição. Dentro do cenário brasileiro, a eutanásia é proibida por lei e é considerada homicídio, conforme previsto no Código Penal, no Art. 121, mesmo com o consentimento do paciente (BRASIL, 1940). O suicídio assistido também

é proibido por lei e é criminalizado pelo Art. 122 do Código Penal, que pune quem induz ou auxilia alguém a cometer suicídio (BRASIL, 1940). O único permitido além dos cuidados paliativos é a ortotanásia, visto que é proposta uma morte digna, respeitando a ética do paciente (CFM, 2006).

Dentro dessa perspectiva, entende-se que a decisão pelo fim da vida muitas vezes está vinculada à busca por dignidade, tanto na morte quanto na vida que se encerra. Mesmo assim, essa opinião não deve sobrepor a necessidade de um processo cuidadoso e criterioso, que envolva uma equipe multiprofissional ou interprofissional para avaliar o caso e confirmar se os tratamentos disponíveis já não são mais eficazes. Além disso, a avaliação psiquiátrica e psicológica torna-se imprescindível para assegurar a lucidez do paciente e identificar possíveis condições como depressão, ansiedade ou outros transtornos mentais que possam influenciar sua decisão. Dessa forma, a psicologia contribui para o cuidado integral na terminalidade, equilibrando o respeito pela autonomia do paciente com a garantia de suporte emocional e a avaliação criteriosa de seu estado mental (PEREIRA et al., 2019).

A bioética atua como eixo norteador nesse processo, ao oferecer parâmetros para a tomada de decisão em situações de terminalidade, buscando equilibrar os princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça. Por meio dela, é possível ponderar os direitos e deveres de todos os envolvidos, paciente, familiares e profissionais, considerando as dimensões éticas que permeiam a terminalidade (PESSINI; SIQUEIRA, 2019).

Todavia, é importante destacar que o Brasil não está preparado para a adoção desses procedimentos. Isso decorre de questões culturais, sociais, religiosas e econômicas, além das limitações do Sistema Único de Saúde (SUS), que ainda enfrenta dificuldades para atender às necessidades básicas da população. A falta de materiais, profissionais, fiscalização e infraestrutura prejudica não apenas pacientes em estado terminal que desejam recorrer à eutanásia ou ao suicídio assistido, mas também aqueles que buscam a manutenção da vida (NETO, 2021). Dessa forma, espera-se que tais desafios sejam superados para que as pessoas possam exercer a autonomia sobre sua vida e seu corpo, direito inerente ao ser humano.

Um dos temas delicados na área da saúde é a morte. Coletivamente, é encarada como algo assustador, podendo ser triste, mecânica e desumana. Além disso, é muitas vezes vista como um fracasso da medicina, afinal, apesar dos avanços científicos, a vida humana continua finita. Perante a consciência da finitude e as práticas que, ao procurar prolongar a vida, podem negligenciar o aspecto humanista, é necessário refletir sobre o cuidado oferecido na terminalidade da vida, visto que, a morte moderna tem como problemáticas a despersonalização e objetivação dos pacientes (MENEZES, 2004). Portanto, como futuros profissionais da psicologia, é necessário questionar de que forma estamos nos preparando para apoiar nossos pacientes e suas famílias.

Despersonalização e objetificação manifestam-se quando a maior preocupação recai sobre a terminalidade, e não sobre a pessoa doente. Ignora-se como a família está processando a situação e, especialmente, como o paciente recebe essa informação, deixando de considerá-lo como um ser completo, com sentimentos, emoções, desejos e necessidades. Isso compromete a autonomia do paciente e, consequentemente, nega-lhe a dignidade (CASTRO, 2001).

Entretanto, a dignidade vai além do reconhecimento do ser humano como um ser completo; trata-se de um princípio consagrado pela Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988). A análise etimológica do termo, originado do latim e associado a conceitos como “respeito”, “honra” e “compatível com os propósitos” (MICHAELIS, 2023), reforça a ideia de que a dignidade está relacionada à capacidade do indivíduo de perseguir seus objetivos e intenções. Dessa forma, agir com dignidade implica a possibilidade de escolha quanto à forma como o indivíduo deseja viver o restante de seus dias, incluindo a decisão sobre o próprio viver (BRASIL, 1988). Assim, cada indivíduo possui sua própria perspectiva sobre a morte, embasada nas suas crenças, culturas e espiritualidade, orientando a forma como vai pensar, aliar o respeito às crenças e à cultura do paciente à sua vontade de estar em um ambiente familiar ou hospitalar permite o estabelecimento integral da dignidade (KOVÁCS, 2014).

Nesse contexto, a qualidade de vida deve ser compreendida para além da ausência de sintomas físicos, abrangendo também o bem-estar social, psicológico e espiritual do indivíduo. Conforme definição da Organização das Nações Unidas (ONU), qualidade de vida é a “percepção do indivíduo sobre sua inserção

na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (ONU, 1995, p.1403). Essa conceituação destaca a importância da independência e do respeito às ideias e pensamentos do indivíduo, orientando a conduta dos profissionais no cuidado integral.

Assim, ao estabelecer os limites da intervenção, o profissional deve evitar emitir juízos de valor sobre o que é certo ou errado — induzindo o paciente a um tratamento que ele tenha opinião favorável, e sim, manter uma postura neutra. Cabe a ele apresentar, de forma clara, aos pacientes e seus familiares os aspectos positivos e negativos das opções disponíveis na terminalidade, para que o paciente possa exercer autonomia e liberdade na tomada de decisão — dentro das legalidades de cada país (CASTRO, 2001). Caso o paciente não esteja apto a decidir sozinho ou não haja concordância, a decisão cabe à família, desde que tenha sido previamente informada sobre as alternativas e leve em consideração a qualidade de vida do ente querido, pois revelar o estado físico ou a iminência da morte é exercer a dignidade e está protegido pelo código de ética médica (BRASIL, 2018).

Na terminalidade, surgem diferentes caminhos a serem considerados, cada um com implicações éticas, legais e clínicas que demandam análise cuidadosa. Entre as opções presentes nesse contexto está a eutanásia, que se refere ao ato, praticado por um profissional da saúde, de administrar substâncias letais para interromper a vida de um paciente acometido por doença grave ou incurável (ANNADURAI et al., 2014). Outra possibilidade é o suicídio assistido, em que o paciente, geralmente em estágio terminal ou portador de uma doença grave e incurável, solicita a prescrição de drogas a um profissional da saúde e as administra de forma autônoma, sem a presença do profissional no ato final. Essa prática se diferencia da eutanásia por envolver a participação ativa do paciente no ato de interromper a própria vida (BRANDALISE et al., 2018).

Por outro lado, a ortotanásia compreende a suspensão ou limitação de métodos artificiais que apenas prolongam a vida sem perspectiva de recuperação, priorizando o conforto do paciente. Nesse cenário, os cuidados paliativos assumem papel essencial a promover a dignidade e o bem-estar, favorecendo uma assistência humanizada que respeita a autonomia e os desejos do paciente. No Bra-

sil, tanto a eutanásia quanto o suicídio assistido permanecem ilegais, sendo que o desligamento de aparelhos de suporte à vida não é equiparado à eutanásia. Essa distinção é fundamental para compreender as responsabilidades dos profissionais da saúde e evitar confusões conceituais e jurídicas (ALMEIDA et al., 2021).

Entre os dilemas complexos enfrentados pelos profissionais envolvidos na avaliação de pedidos de suicídio assistido, destaca-se a situação de pacientes que apresentam apenas transtornos mentais graves, sem comorbidades físicas que, por si só, justificariam a solicitação. No Canadá, por exemplo, ainda não há regulamentação específica para esses casos, em contraste com a existência de diretrizes para doenças físicas graves. Esse tipo de dilema é observado em diferentes países, suscitando reações diversas e debates intensos na sociedade, tanto entre profissionais da saúde quanto entre cidadãos, permeados por valores culturais, éticos e morais (KONDER; CHRISTIE, 2019).

Diante desse cenário, os profissionais da saúde devem equilibrar o respeito à autonomia do paciente com a responsabilidade de garantir que todas as alternativas terapêuticas tenham sido devidamente consideradas. É necessário avaliar criteriosamente cada caso, oferecendo suporte adequado, de modo a proteger a dignidade e a autonomia do paciente, ao mesmo tempo em que se busca evitar decisões precipitadas motivadas por sofrimento psíquico que poderiam ser alvo de intervenções eficazes.

O psicólogo tem um papel fundamental no apoio emocional a pacientes em situação terminal e seus familiares, especialmente quando o sofrimento psíquico se intensifica diante da proximidade da morte. Em um contexto delicado, sua atuação visa não apenas o alívio da dor emocional, mas também a promoção de um espaço seguro para a expressão de sentimentos como medo, tristeza, raiva, angústia e incerteza. Ao escutar com empatia e sem julgamento, o profissional de psicologia ajuda o paciente a elaborar o processo de finitude de maneira serena, facilitando reflexões sobre sua trajetória de vida, vínculos afetivos, espiritualidade e desejos de despedida (BRASIL, 2023).

Essa escuta ativa também contribui para ressignificar a experiência da morte, promovendo dignidade e sentido até os últimos momentos. Muitas vezes, o paciente precisa lidar com perdas sucessivas — da autonomia, da saúde, do papel social — e o psicólogo atua como mediador emocional nesse processo, ajudan-

do-o a manter algum controle sobre sua narrativa de vida e decisões. Além disso, a intervenção psicológica busca aliviar sintomas emocionais como ansiedade, depressão e sofrimento existencial, que frequentemente surgem diante da terminalidade (SCHMIDT et al., 2011).

Ademais, entender a perspectiva bio-psico-social-espiritual e sua posterior expansão para incluir a dimensão espiritual é relevante para integrar o ser humano nas suas diferentes esferas, promovendo, nesse processo, a dignidade e a qualidade de vida (BRASIL, 2023). Pois, independente das escolhas feitas pelo indivíduo na terminalidade, ele possui necessidades fisiológicas e domínios cognitivos que são afetados pela doença. Passa por momentos de estresse, medo, desesperança, raiva, considerando esses sentimentos é reconhecer sofrimentos psíquicos e existenciais. Da mesma forma, alguns necessitam não somente do apoio psicológico, mas espiritual, em que buscam sentido e reconciliação consigo mesmo e com familiares e amigos. Por último, entender o contexto social é tão importante quanto as outras necessidades, porque dentro dele se relaciona a dinâmica familiar, as desigualdades vividas, os acessos aos serviços e redes de apoio (MENEZES, 2004).

A família, igualmente abalada, encontra no psicólogo um ponto de apoio para lidar com a antecipação do luto, o medo da perda e o sofrimento ao presenciar o declínio de quem ama. O profissional oferece um espaço acolhedor para que os familiares expressem suas emoções, fortaleçam os vínculos afetivos e se preparem para o momento da despedida. Mesmo após o falecimento, o acompanhamento psicológico pode continuar auxiliando na elaboração da perda e na reorganização da vida sem a presença do ente querido (MASSOCATTO; CODINHOTO, 2020).

Nesse processo de apoio familiar, o luto antecipatório se apresenta como um aspecto relevante, pois difere dos outros tipos de luto — como aquele que ocorre pela quebra de vínculo com a morte de um animal de estimação, divórcio, casamento ou aposentadoria — uma vez que não se refere à perda imediata de uma pessoa, mas a uma perda gradual. Ele é descrito como uma angústia diante da iminente separação pela morte. Inicialmente relatado pelas esposas de soldados que iam à guerra, atualmente apresenta um sentido mais amplo, podendo auxiliar no processo de luto das famílias de pessoas que possuem doenças crônicas e terminais, além de beneficiar o próprio paciente (OLIVEIRA et al., 2024).

Como todo processo de luto, é necessário compreender que ele faz parte da vida do enlutado de forma integral, sendo uma experiência complexa e subjetiva. Para tanto, é indispensável o acompanhamento de uma equipe multiprofissional, que inclua psicólogos que atuem nas dimensões emocionais e suas implicações, proporcionando acolhimento adequado e escuta qualificada para o paciente e seus familiares.

No ambiente hospitalar ou em instituições de cuidados paliativos, o psicólogo integra equipes interdisciplinares, junto a médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais. Sua presença garante que o cuidado prestado seja centrado no paciente como ser humano integral, e não apenas na doença. Contribui para uma comunicação eficaz entre os membros da equipe, paciente e familiares, além de ajudar na prevenção do desgaste emocional dos profissionais envolvidos no cuidado diário (BOLOGNINI, 2017).

Em situações complexas, como aquelas que envolvem pedidos de eutanásia ou suicídio assistido, o psicólogo enfrenta dilemas éticos e emocionais que demandam sensibilidade e preparo técnico. Embora essas práticas sejam proibidas no Brasil, pacientes em sofrimento extremo frequentemente verbalizam esses desejos como um apelo por alívio ou uma tentativa de resgatar a autonomia sobre sua existência. Nesses casos, o psicólogo deve avaliar cuidadosamente o estado emocional e cognitivo do paciente, identificar quadros de depressão ou outros transtornos que possam influenciar o desejo de morrer e promover espaços de diálogo que acolham, sem julgamento, os sentimentos expressos. Sua atuação também inclui facilitar a comunicação com a equipe de saúde e com os familiares, promovendo alternativas éticas e legais de cuidado, como a ortotanásia — que permite a suspensão de tratamentos desproporcionais, priorizando o conforto e a dignidade do paciente (CARDOSO; NASCIMENTO, 2023).

Conclui-se que a escuta atenta do psicólogo pode transformar o desejo de morrer em um pedido de cuidado, presença ou reconhecimento. Ao atuar com empatia, respeito e ética, o psicólogo contribui para que o processo de morrer não seja apenas o fim da vida biológica, mas uma experiência carregada de humanidade, significado e afeto. Assim, para quem parte e para quem permanece, o trabalho psicológico torna-se uma ponte entre sofrimento e acolhimento, entre finitude e dignidade.

A terminalidade da vida, enquanto fenômeno biológico, psicológico e social, exige uma abordagem ética e humanizada que respeite a dignidade, a autonomia e o sofrimento do paciente. Os cuidados paliativos e a escuta ativa desempenham papel fundamental nesse processo, proporcionando alívio, conforto e suporte emocional tanto ao paciente quanto à sua família. A atuação interdisciplinar, pautada nos princípios da bioética, assegura que as decisões sejam tomadas de forma sensível e fundamentada, respeitando os valores e desejos do indivíduo. Apesar das limitações estruturais e culturais, é imperativo que os profissionais de saúde se preparem para lidar com a finitude da vida, promovendo um cuidado que valorize a experiência humana em sua totalidade, até o último momento.

## Referências

ALMEIDA, N. *et al.* Ortonásia na formação médica: tabus e desvelamentos. **Revista Bioética**, v. 29, n. 4, p. 782-790, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294511>.

ANNADURAI, K.; DANASEKARAN, R.; MANI, G. Euthanasia: Right to Die with Dignity. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v.3, n.4, p. 477-478, 2014. DOI: <https://doi.org/10.4103/2249-4863.148161>.

BOLOGNINI, T. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, São Paulo, ed. 04, v. 02, p. 631–640, jul. 2017. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/o-papel-do-psicologo>. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRANDALISE, V. *et al.* Assisted Suicide and Euthanasia from the Perspective of Professionals and Academics in a University Hospital. **Revista Bioética**, v.26, n.2, p.217-227, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018262242>.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1940. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso em: 1 jun. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 1 jun. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 210, p. 111-118, 30 out. 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 21 de jul. 2025

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao/view>. Acesso em 18 de ago. de 2025.

CARDOSO, L. L. S.; NASCIMENTO, W. F. do. Produções bioéticas brasileiras acerca do suicídio: revisão sistemática. **Revista Bioética**, Brasília, v. 31, p. 1–11, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-803420233444pt>.

CASTRO, D. Psicologia e ética em cuidados paliativos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v 21, n. 4, p. 44–51, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932001000400006>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.805/2006. Dispõe sobre a ortotanásia**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 nov. 2006. Seção 1, p. 169. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8905](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=8905). Acesso em: 1 jun. 2025.

KONDER, R.; CHRISTIE, T. Medical Assistance in Dying (MAiD) in Canada: A Critical Analysis of the Exclusion of Vulnerable Populations. **Healthcare Policy**, v.15, n.2, p.28-38, 2019. DOI: <https://doi.org/10.12927/hcpol.2019.26073>.

KOVÁCS, M. J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Rev. bioét.**, v. 22, e. 1, p. 94-104, 2014. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/886](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/886). Acesso em: 13 mai 2025.

MASSOCATTO, F. I.; CODINHOTO, E. Luto antecipatório: cuidados psicológicos com os familiares diante de morte anunciada. **Revista Farol**, Rolim de Moura, v. 11, n. 11, p. 137–143, nov. 2020. Disponível em: <https://revista.farol.edu.br/index.php/farol/article/view/262>. Acesso em: 22 jul. 2025.

MENEZES, R. A. Em busca de uma boa morte: Antropologia dos cuidados paliativos [online]. Rio de Janeiro: Garamond; **Editora FIOCRUZ**, 2004. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557081129>.

MICHAELIS: **Dicionário Escolar Língua Portuguesa**. Ed. escolar. São Paulo: Melhoramentos, 2023.

NETO, V. B. **Eutanásia: um direito à morte digna**. 2021. 67 f. TCC (Graduação em Direito) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/228675/TCC%20Pinduca.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 21 de julho de 2025.

NETTO, A. Morrer para viver: esboço de uma análise antropológica sobre narrativas de experiências de quase-morte. **Tempo da Ciência**, v. 26, n. 51, p. 30-46, 2019. DOI: <https://doi.org/10.48075/rtc.v26i51.22986>.

OLIVEIRA, F. F. *et al.* Luto antecipatório a ótica da psicologia frente aos cuidados paliativos em pacientes hospitalizados. **Revista Foco: Interdisciplinary Studies**, v. 17, n. 12, p. 1-20, 2024. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n12-001>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization**. Social Science & Medicine, New York: Organização das Nações Unidas, 1995. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8560308/>.

PEREIRA, L. M. *et al.* Atuação da psicologia nos cuidados paliativos à luz dos cuidados continuados integrados. **Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde (PECIBES)**, v. 5, n. 2, p. 43-43, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/pecibes/article/view/10305>. Acesso em: 31 de maio 2025.

PESSINI, L.; SIQUEIRA, J. E. Reflexões bioéticas sobre cuidados a pacientes críticos em final de vida. **Revista Bioética**, v. 27, n. 1, p. 29–37, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1041969>. Acesso em: 31 de maio 2025.

SCHMIDT, B.; GABARRA, L. M.; GONÇALVES, J. R. Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 50, p. 423–430, dez. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2011000300015>.

# CAPÍTULO 4

## TRANSPLANTES E BIOÉTICA: O DIFÍCIL PAPEL DE PRESERVAÇÃO DA AUTONOMIA

*Anna Julia Caxambu, Gustavo Fogaça da Luz, Karoline Ciprandi Bohrz,  
Marcos Vinicius Soldatelli Padilha e Matheus Bedin Espindola*

O modo de lidar com a vida e a morte vem sendo constantemente transformado com os avanços da medicina. Se antes falhas em órgãos vitais significava a morte dos pacientes ou o enfrentamento de sérias complicações pelo resto da vida, hoje os transplantes permitem não somente a superação do sofrimento físico e emocional, mas também a extensão de vidas antes consideradas perdidas (NASCIMENTO, 2025). Entretanto, transplantar órgãos é mais do que uma intervenção médica: é uma decisão humana que envolve uma intersecção delicada entre bioética, psicologia e antropologia.

Diante da escassez crônica de doadores, das desigualdades sociais que comprometem o acesso equitativo aos transplantes e dos dilemas enfrentados por médicos, famílias e culturas, surgem questões bioéticas complexas. Quem decide doar? Quais são os limites entre dever moral e escolha pessoal? Como as crenças culturais influenciam essas decisões? Neste capítulo traremos reflexões sobre essas e outras questões, explorando os limites legais da doação de órgãos, o princípio da autonomia, a definição de morte e as influências psicológicas e socioculturais envolvidas no processo do transplante.

Para o ser humano, a morte, além de um fenômeno biológico natural, possui uma dimensão simbólica influenciada por fatores socioculturais e históricos que se relaciona tanto com a psicologia como com as ciências sociais (FREERKS, 2024). A fim de facilitar práticas médicas e judiciais, muitos países adotam a morte encefálica como o critério para determinar o final da vida de uma pessoa. No entanto, essa definição é recente, substituindo o antigo critério baseado na cessação cardiorrespiratória (TRUOG, 2020).

Em 1967, na Cidade do Cabo, África do Sul, ocorreu o primeiro transplante cardíaco realizado com sucesso em todo o mundo. Esse grande e positivo avanço

da medicina acabou levantando certas dúvidas, pois até o momento, o critério amplamente difundido e aceito para confirmação da morte era o fim da atividade cardíaca, e para realizar o transplante mencionado, o coração do doador falecido ainda apresentava atividade. Em razão disso, os médicos envolvidos enfrentaram questionamentos e a comunidade global passou a se mobilizar para encontrar uma resposta ética que estivesse em conformidade com os novos limites alcançados. Posteriormente, em 1968 o *Harvard Ad Hoc Committee* foi formado com o intuito de definir morte, uma vez que o conceito de morte encefálica começou a ser desenvolvido (SPEARS et al., 2022).

No Brasil, a resolução 2.173 do Conselho Federal de Medicina (CFM), de 23 de novembro de 2017 define morte como sendo a perda completa e irreversível das funções corticais e do tronco encefálico (CFM, 2017). Contudo, é importante ressaltar que muitas das definições de morte cerebral desenvolvidas ao longo dos anos negligenciaram casos de exceções dos critérios propostos por elas, pois focaram em aumentar a viabilidade da ocorrência de transplante de órgãos. Apesar dos esforços da comunidade médica na busca de critérios confiáveis para determinar o fim da vida, a dificuldade em determinar, de forma clara, as atividades encefálicas necessárias para que seja identificado uma pessoa morta ou sem capacidade de sobrevida fomenta discussões e conflitos entre médicos e entre médicos e as pessoas que passam pela morte cerebral de um conhecido (FISCHER, 2022).

Nesse contexto, altruísmo, empatia, sensibilidade, consciência são possíveis motivos que levam pessoas a doarem algo valioso ao próximo, seja uma peça de roupa, um montante de dinheiro ou, tema deste capítulo: órgãos e tecidos. No Brasil, uma pessoa pode livremente doar seu sangue desde que esteja em plenas condições de saúde (BRASIL, 2016), mas, infelizmente, quando o assunto é doar seus órgãos após a morte, sua autonomia nem sempre é respeitada.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem o maior programa público de transplante do mundo e possibilita a maior parte das doações de órgãos realizadas no território brasileiro. Ainda assim, de acordo com o Ministério da Saúde, cerca de 78 mil pessoas estavam na fila de espera para transplantes em 2024. Nessa linha, é lamentável saber que apesar do Brasil possuir um modelo exemplar, ainda existe uma demanda desproporcional de doações. A recusa familiar – que correspon-

de a 42,8% dos casos de não doação (BITTENCOURT et al., 2022; OLIVEIRA et al., 2023) – somada ao estigma social dos transplantes são os entraves contemporâneos que contribuem com a perpetuação dessa carência.

O princípio da autonomia, apresentado na obra “*Principles of Biomedical Ethics*” de Beauchamp e Childress (2013), é definido como “a liberdade de interferências externas e à presença de capacidades mentais críticas, como compreensão, intenção e tomada de decisão voluntária”. No entanto, a lei nº 9.434/1997 que estabelece as normas sobre transplantes de órgãos no Brasil, apresenta problemáticas referentes à preservação do princípio da autonomia do falecido, fundamental para a bioética (BRASIL, 1997).

Na legislação vigente, a anuência da família (cônjugue ou parente maior de idade em ordem sucessória), expressa em documento assinado por duas testemunhas, é necessária para a realização da doação de órgãos e tecidos, mesmo que em vida o ente tenha manifestado sua vontade de ser doador, ou não (BRASIL, 1997). O problema de tal condição é anular a vontade do doador, o que traz à mesa a necessidade de uma revisão sobre a lei ao considerar um modelo justo, ético e humano. Outros países assumem posições diferentes quanto a essa questão, buscando formas de garantir a maior eficiência do sistema de doação de órgãos e a resolução de violações de autonomia e dignidade dos envolvidos.

Uma política adotada na Espanha, líder mundial em doação de órgãos post mortem (EFE, 2024), e que sugere contornar o problema da doação é a exclusão voluntária (*opt-out*), em que todos são considerados doadores de órgãos após a morte, a menos que tenham declarado o contrário durante a vida (ESPAÑA, 1979). O sistema brasileiro adota a adesão voluntária (*opt-in*), ou seja, requer que as pessoas se inscrevam no registro de doadores para que o processo ocorra.

Na Espanha, ainda que o falecido seja considerado doador quando não expressou o contrário em vida, as famílias sempre são consultadas previamente, o que contribui para a confiança social no sistema de saúde (STREIT et al., 2023). No cenário brasileiro, embora as famílias sejam contatadas e atuem tomando a decisão final, a doação é frequentemente negada pela falta de conhecimento sobre o estado que o corpo ficaria e sobre a condição de morte encefálica (GABRIEL et al., 2021). Esses fatores evidenciam uma descrença no funcionamento do sistema de saúde.

Além disso, a decisão pela doação ou não de órgãos ocorre em um contexto de luto familiar altamente complexo e, em muitos casos, precisa ser tomada rapidamente para que o sucesso do transplante seja possível. Em meio a emoções afloradas de luto, tristeza, raiva, indignação, desconfiança e medo, o potencial doador, como ocorre em casos terminais, e os familiares precisam decidir o destino do corpo que por tanto tempo foi o sinônimo de identidade, personalidade, enfim, expressão de vida de um ente querido (AVILÉS et al., 2022).

As crenças e os sentimentos da família em relação a doação de órgãos, bem como os sentimentos do doador em vida, quando expressados, são questões centrais para a ocorrência do transplante. As divergências entre os membros do núcleo familiar quanto a esses tópicos geram conflitos, doar ou não doar, aceitar ou não aceitar a decisão do ente, o que somente dificulta e prolonga esse doloroso processo, configurando-se, assim, como um luto dentro do luto, que podem ou não ser superados (BURNS et al., 2020), e comprometem a doação.

Complicações também podem surgir se o familiar falecido, e possível doador, tiver sido uma pessoa que em vida teve pouco contato com o resto da família (SADE, 2025). Refletimos se seria possível que a família decida por essa pessoa, ainda mais se ele, em vida, nunca se manifestou sobre o assunto. Caso essa pessoa tenha manifestado sua opção em vida, não há possibilidade de os familiares serem capazes de respeitar sua vontade, comprometendo sua autonomia e dificultando ainda mais o processo de superação da perda, afinal o respeito da vontade do falecido após a sua morte aparece recorrentemente como um grande objetivo levado em conta por seus parentes.

Além disso, todos os fatores atrelados ao luto que obscurecem a capacidade de raciocínio levantam o questionamento sobre a viabilidade da existência de condições apropriadas para executar a sua própria autonomia ou respeitar a autonomia do falecido. Não há uma resposta absoluta para isso, nem clinicamente nem eticamente, porém ainda é necessário buscar agir de modo a, por exemplo, promover mais bem do que mal (princípio da beneficência). As discussões sobre bioética são um caminho tortuoso, mas é preciso percorrê-lo para garantir maior respeito e preservação da dignidade humana.

Com o objetivo de adequar o sistema brasileiro a um modelo mais eficiente, abrangente e que amplie a autonomia das pessoas sobre seus próprios cor-

pos, independentemente de influências familiares, foi proposto, em 8 de maio de 2024, o Projeto de Lei nº 1.658/2024. Esse projeto apresenta a criação da Central Eletrônica Nacional de Doação de Órgãos (CENDO), organização capaz de instituir a doação informada em vida, limitando a decisão familiar para situações de entes desprovidos do discernimento necessário para optar - pessoas menores de 16 anos ou com deficiência mental (BRASIL, 2024). A elaboração de tal projeto representa um avanço para esse tópico no Brasil, mas de forma alguma é capaz de solucionar ou simplificar todas as problemáticas que ele carrega, especialmente no que tange os impactos do luto nesse cenário.

A doação assume diferentes significados para a família enlutada: conforto, satisfação, honra, importância, dor, saudade e sofrimento. Analisamos que tais significados despertados, não só pela morte, mas pela escolha quanto ao destino do corpo e órgãos, são de importância para que ocorra o melhor julgamento das pessoas responsáveis a respeito do processo. Para esse fim a atuação do profissional de psicologia possui impacto, o acolhimento desempenhado por esses profissionais aos familiares do paciente contribui para que eles consigam lidar com a sensação de impotência e possam se sentir seguros quanto ao serviço multidisciplinar hospitalar (SORIA-OLIVER et al., 2020).

Nesse sentido, muitos são os envolvidos no processo da doação e transplante de órgãos, e muitas são as responsabilidades que os acompanham: o peso de uma decisão, a pressão interna e externa, além de um sentimento de medo sobre a situação. Considerando esses fatores, é crucial a presença de protocolos e estratégias norteando equipe médica, familiares, doadores, receptores e para quem não quer participar do processo – afinal, como já foi discutido, a autonomia de uma pessoa em não doar deve também ser respeitada. Levando em conta o exposto, um dos protagonistas nesse plano de ação é sem sombra de dúvidas, o profissional da psicologia.

Em primeiro plano, salientamos que profissionais de saúde, sejam eles médicos, enfermeiros ou psicólogos, devem ser capacitados para lidar com a morte e com pacientes que beiram ela, tal qual suas famílias e, na medida do possível, para manterem-se estáveis psicologicamente e emocionalmente (IBRAHIM et al., 2024). Porém esse é um desafio, pois não basta uma metodologia e uma estrutura requer também um entendimento sobre o local de atuação, as pessoas que ali

estão presentes, o contexto e o momento. Esse toque de sensibilidade na forma de se inserir exige uma flexibilização e adaptação dos protocolos para cada situação (RIETH; VIANA, 2024).

Um estudo sobre casos de transplantes renais apontou que ao passarem por avaliações psicológicas, os futuros doadores e os futuros receptores desses rins acabavam por melhor enfrentar sua ansiedade, sua insegurança, seus medos e receios envolvendo a cirurgia e possíveis posteriores sequelas (LEE et al., 2020). Estudos como esse intensificam e deixam claro a relevância de haver profissionais assim capacitados para que o trabalho seja não somente técnico, mas também humano e acolhedor.

É notória a ênfase dada à atuação da equipe hospitalar no tocante à temática supracitada, todavia vale também ressaltar a importância, por exemplo, do trabalho do psicólogo clínico quando este é procurado para já abordar precocemente questões ligadas à doação e recepção de órgãos: uma maior clareza de antemão facilitaria muito um futuro possível envolvimento no que diz respeito à tomada de decisões e aceitação do processo. Porém, ainda há a necessidade de uma “quebra” do preconceito quanto à procura por atendimento psicológico e, principalmente, uma democratização do acesso à psicoterapia.

Em suma, observamos que a inserção do psicólogo nesse meio, principalmente hospitalar, promove uma maior qualidade no atendimento, na saúde e no bem-estar geral da tríade: paciente, família e equipe médica. Não obstante a notoriedade do atendimento clínico, ainda é necessária uma intervenção do Estado na acessibilidade de tal serviço – isso não significa que ele não tem responsabilidade na questão hospitalar, mas esta mostra-se promissora no quesito de escalabilidade e efetividade imediata, por isso deve ser priorizada. Embora o papel desses profissionais exerça grande impacto sobre o assunto, eles estão submetidos a um contexto mais amplo de negligência por parte de instituições governamentais quanto à estrutura do sistema de saúde, limitações judiciais, estigmas sociais e diferenças culturais e sociais que limitam a compreensão entre população e equipe médica.

Levando em consideração as particularidades do tema apresentado, concluímos que o transplante de órgãos é um tópico de muitas controvérsias, pro-

vocadas, principalmente, pelas intersecções que possui entre cultura, história, filosofia, saúde física e mental. Quando analisado sob o olhar da bioética, a preservação da autonomia e bem-estar dos envolvidos no decorrer de um processo tão complexo é uma tarefa desafiadora, muitas vezes depositada inteiramente como responsabilidade de profissionais especializados em saúde mental e demais equipes de atendimento hospitalar e pouco valorizado como uma questão social e política.

## Referências

- AVILÉS, L.; KEAN, S.; TOCHER, J. Ambiguous loss in organ donor families: a constructivist grounded theory. **Journal of Clinical Nursing**, v. 32, p. 6504–6518, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.16574>.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. 7. ed. Nova Iorque: Oxford University Press, 2013.
- BITTENCOURT, P. L. *et al.* Attitudes of the Brazilian Population Toward Organ Donation. **Kidney International Reports**, v. 7, n. 12, p. 2737–2740, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.kir.2022.09.009>.
- BURNS, J. P.; BOSS, R. D.; RYAN, C. A. Can a Parent Refuse the Brain Death Examination? **Pediatrics**, v. 145, n. 4, e20192340, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2340>.
- BRASIL. **Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997**. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9434.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm). Acesso em: 10 jun. 2025.
- BRASIL. **Portaria nº 158, de 4 de fevereiro de 2016**. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0158\\_04\\_02\\_2016.html#:~:text=Sangue%20do%20Doador-,Art.,de%20sangue%20a%20ser%20coletado](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0158_04_02_2016.html#:~:text=Sangue%20do%20Doador-,Art.,de%20sangue%20a%20ser%20coletado). Acesso em: 10 jun. 2025.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 1.568/2024**. Altera a Lei nº 9.434/1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências, para instituir a doação informada em vida. Brasília, DF, 2024. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarIntegra?codteor=2422055&filenamme=Avulso%20PL%201658/2024](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarIntegra?codteor=2422055&filenamme=Avulso%20PL%201658/2024). Acesso em: 22 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.173, de 23 de novembro de 2017.** Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Brasília, DF: CFM, 2017. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173>. Acesso em: 6 jul. 2025.

EFE. **España encabeza la donación internacional en 2023 con 49,4 donantes por millón de habitantes.** Madrid, 28 ago. 2024. Disponível em: <https://efe.com/salud/2024-08-28/donacion-organos-espana-trasplantes/>. Acesso em: 10 jun. 2025.

ESPAÑA. **Lei nº 30, de 27 de outubro de 1979.** Sobre extracción y transplante de órganos. Disponível em: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1979-26445>. Acesso em: 9 jun. 2025.

FISCHER, J. M. (org.). **Death, Immortality and Meaning in Life.** Cham: Springer, 2022. Disponível em: <https://philpapers.org/rec/FISDIA-11>. Acesso em: 18 ago. 2025.

FREERKS, V. A. C. African and Western Conceptions of Death and Dying: the role of ancestors, the enduring past and the meaning of life. **Philosophia**, v. 52, n. 5, p. 1483–1505, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11406-024-00797-3>.

GABRIEL, J. C. *et al.* Negativa de familiares frente à doação de órgãos e tecidos: revisão integrativa. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar**, v. 2, n. 2, p. e2111021-e2111021, 2022. DOI: <https://doi.org/10.47820/recima21.v2i2.1021>.

IBRAHIM, H. *et al.* Interventions to support medical trainee well-being after patient death: a scoping review. **Journal of Hospital Medicine**, v. 19, n. 11, p. 1044–1052, nov. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1002/jhm.13489>.

LEE, Y. *et al.* Psychological characteristics and associations between living kidney transplantation recipients and biologically related or unrelated donors. **BMC Nephrology**, v. 21, n. 1, p. 355, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12882-020-02017-y>.

NASCIMENTO, A. C. L. S. *et al.* Transplante de órgãos sólidos: avanços nas técnicas e na imunossupressão. **Revista Fisioterapia & Terapias**, v. 29, n. 144, 2025. DOI: <https://doi.org/10.69849/revistaft/ar10202503141406>.

OLIVEIRA, A. F. C. G.; CARDOSO, R. A. B.; FREITAS, K. C.; LOTTE, E. J.; LUCAS B. L. Lacunas e fatores impeditivos da doação de órgãos no Brasil: **Revisão de Literatura.** **BJT**. n. 26, v. 1, p. e2723, 2023. DOI: [https://doi.org/10.53855/bjt.v26i1.520\\_PORT](https://doi.org/10.53855/bjt.v26i1.520_PORT).

RIETH, C. E.; VIANA, D. C. L. O papel do psicólogo no processo de captação de órgãos para transplante. **Revista da SBPH**, v. 27, 2024. DOI: <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v27.564>.

SADE, R. M. First-Person Authorization and Family Objections to Organ Donation. **The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine**, v. 50, n. 3, p. 212–224, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1093/jmp/jhaf008>.

SORIA-OLIVER, M. *et al.* Grief Reactions of Potential Organ Donors' Bereaved Relatives: An Observational Study. **American Journal of Critical Care**, v. 29, n. 5, p. 358–368, set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.4037/AJCC2020960>.

SPEARS, W.; MIAN, A.; GREER, D. Brain death: a clinical overview. **Journal of Intensive Care**, v. 10, p. 1-16 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40560-022-00609-4>.

STREIT, S. *et al.* Ten lessons from the Spanish model of organ donation and transplantation. **Transplant International**, v. 26, n. 36, p. 11009, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3389/ti.2023.11009>.

TRUOG, R. D. Defining Death: Lessons From the Case of Jahi McMath. **Pediatrics**, v. 146, p. S75–S80, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0818O>.

# CAPÍTULO 5

## ABORTO, BIOÉTICA E DIREITOS REPRODUTIVOS: DILEMAS E PRÁTICAS EM DISPUTA

*Felipe Miranda Keller, Leidy Yohana Ramirez Quintero, Lucas José Brun,  
Luseidis Alejandra Bermúdez Coa e Paola Luiza Fernandes Batista*

Nesse capítulo apresentaremos a problemática do aborto na bioética, e a articulação da prática do abortamento com a Psicologia e com a Antropologia. No Ocidente, o aborto é uma questão com atravessamento religiosos e políticos, considerado um ato pecaminoso e sua proibição tornou-se evidente, com base no argumento de que visava proteger e preservar a vida. Isso deu origem a uma série de controvérsias que geraram debates por décadas, com visões opostas sobre a autonomia feminina (UNNITHAN; ZORDO, 2018).

Os princípios bioéticos envolvidos no debate sobre o aborto enfrentam uma série de dilemas éticos, morais, sociais e científicos (MEDEIROS, 2021). No que se refere ao cuidado com a saúde, trata-se de uma prática complexa. A bioética busca lidar com essas questões procurando um equilíbrio que garanta os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Reitera-se que, o discurso de senso comum tende a impedir mulheres do exercício livre e autônomo de seus direitos reprodutivos, situando-as no limbo entre o certo e o errado. Nesse contexto, mulheres que interrompem voluntariamente gestações indesejadas tornam-se alvo de discriminação (RUSCHEL et al., 2022).

Diante do exposto, este capítulo propõe uma análise integrada entre bioética, psicologia e antropologia, com a intenção de compreender as múltiplas dimensões do aborto legal no Brasil, na Colômbia e na Venezuela, considerando também que o texto apresentado parte das vivências de autoras que vieram desses países. A partir do debate sobre os marcos legais, as disputas sociais e os atravessamentos culturais, busca-se refletir sobre como essas diferentes realidades impactam a vivência das mulheres, os limites da atuação institucional e os desafios apresentados por profissionais da saúde e da psicologia no acolhimento em contextos de vulnerabilidade, violência e desigualdade.

Ao contrário de muitos países em que o aborto é totalmente proibido, no Brasil há previsão legal para sua realização em três situações específicas, nas quais a interrupção da gravidez não é considerada crime, nem para a gestante nem para o profissional de saúde responsável pelo procedimento (Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira [IFF], 2019). Duas dessas hipóteses estão previstas no Código Penal (BRASIL, 1940), e a terceira decorre de decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), por meio da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 54 (BRASIL, 2012).

A primeira possibilidade legal está no art. 128, inciso I, do Código Penal, que autoriza o aborto quando não há outro meio de preservar a vida da gestante (BRASIL, 1940). A segunda, prevista no inciso II do mesmo artigo, permite a interrupção da gravidez em casos de estupro. Desde a promulgação da Lei nº 12.015/2009, essa previsão inclui também situações de estupro de vulnerável, caracterizado pela presunção absoluta de ausência de consentimento devido à idade ou condição da vítima (BRASIL, 2009). A terceira hipótese foi reconhecida em 2012, quando o STF decidiu que o aborto de fetos anencéfalos não configura crime, com base no entendimento de que, nesses casos, não há vida em potencial que justifique a responsabilização penal (BRASIL, 2012).

Em comparação com países vizinhos — Colômbia e Venezuela, de onde são originárias duas das autoras deste capítulo —, observa-se uma diversidade de abordagens legais. A Colômbia adota uma das legislações mais permissivas da América Latina, permitindo a interrupção voluntária da gestação até a 24<sup>a</sup> semana por decisão da mulher, além das hipóteses previstas no Brasil (COLÔMBIA, 2022). Já a Venezuela mantém uma legislação mais restritiva, autorizando o aborto apenas quando há risco à vida da gestante, sem, contudo, dispor de regulamentações claras ou protocolos que assegurem o acesso efetivo ao procedimento (VENEZUELA, 2005).

Do ponto de vista médico, os casos de risco de morte para a gestante e de anencefalia fetal, por se tratar de análises técnicas e especializadas, cujos dados de exames e laudos médicos, comprovam a situação de forma quase que absoluta, tais procedimentos ocorrem sem maiores entraves no dia-dia dos hospitais brasileiros. Entretanto, o direito ao aborto em caso de estupro trata-se

de uma categoria totalmente diferente e encontra imensos entraves no meio da sociedade e equipes de saúde. Embora a regulamentação sobre esse caso prever de que basta a palavra da mulher para o início do atendimento da rede de saúde para esse fim, sendo dispensado Boletim de Ocorrência ou laudo médico comprovando o crime, ainda muitas mulheres são inquiridas para apresentar uma comprovação do estupro, antes mesmo do início do atendimento (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020).

Autores afirmam que somente a informação de que uma mulher foi vítima de estupro não assegura, de forma imediata, a realização do aborto, mas sim o início de um atendimento integral na rede de saúde, com vistas à efetivação do procedimento de forma legal e segura (RUSCHEL et al., 2022). A gestante que busca os serviços de saúde para esse fim deve, inicialmente, manifestar seu consentimento — ou de seu responsável legal, quando for o caso. Em seguida, é elaborado um relato circunstanciado, assinado por ela (ou por seu representante legal) e por dois profissionais de saúde, contendo informações relevantes para a futura apuração do crime. A paciente é, então, submetida à avaliação multiprofissional e à emissão de parecer técnico por profissional médico.

Nos últimos anos, esse processo tem gerado controvérsias, sobretudo no que diz respeito à atuação do médico ginecologista, que, após a realização da anamnese, exame físico e análise da ultrassonografia, atesta a idade gestacional da gravidez, apenas com a finalidade de compatibilizar essa informação com a data alegada do estupro (BRASIL, 2005). A mulher também recebe profilaxia contra infecções sexualmente transmissíveis, podendo ser indicada, ainda, a administração de contraceptivo de emergência, a fim de evitar a gestação e, consequentemente, a necessidade de aborto. Por fim, após todos os atendimentos e acompanhamentos, a gestante deve assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento imprescindível para a realização do procedimento.

No contexto brasileiro, observa-se uma série de obstáculos à aplicação prática do aborto legal em casos de estupro. A dificuldade, nesse caso, não reside necessariamente na legislação — que, embora não figure entre as mais permissivas, contempla situações amplamente reconhecidas em diversos países —, mas sim na atuação dos profissionais responsáveis pela efetivação desse direito. Muitos

médicos e enfermeiros se recusam a prestar atendimento, alegando “motivos de foro íntimo” — isto é, convicções pessoais, morais ou religiosas —, enquanto outros demonstram receio quanto ao impacto negativo sobre suas carreiras, temendo serem rotulados como “aborteiros” (MOREIRA; OLIVEIRA, 2020).

Dessa forma, percebe-se que a questão do aborto no Brasil transcende o campo legal ou político, revelando-se, sobretudo, como um fenômeno cultural (MEDEIROS, 2021). Diante o exposto, acredita-se que enquanto não houver mudanças na cultura que permeia a sociedade em relação a esse direito e suas múltiplas implicações, as normas legais continuarão enfrentando sérias dificuldades para alcançar, de fato, as mulheres que se enquadram nas hipóteses previstas e necessitam desse atendimento.

Essa dimensão cultural também se expressa nas experiências subjetivas das mulheres que passaram por um aborto, revelando o quanto essa decisão é atravessada por fatores emocionais, sociais e estruturais. Segundo Kerns et al. (2022), que aborda de maneira abrangente os diversos aspectos e complexidades do aborto, sendo observa-se como a maioria das mulheres que realizaram um aborto voluntário relataram sentimentos intensos e conflituosos.

Muitas mulheres vivenciam o aborto em silêncio, sem sequer compartilharem a situação com seus parceiros. A ausência de apoio emocional e financeiro, o medo da maternidade e contextos familiares desestruturados aparecem como fatores decisivos (GROSU; CARDANIUC; PALADI, 2023). Frequentemente, essas mulheres vivem em lares marcados por instabilidade emocional, assumindo o papel de suporte para cônjuges que, por vezes, também enfrentam problemas psíquicos ou dependência química — o que amplia ainda mais o peso emocional. A maioria evita buscar ajuda especializada por medo de julgamento ou criminalização, o que contribui para um sofrimento solitário e prolongado.

Segundo Lissmann, Lokor e Marston (2023), a dor se intensifica ainda mais nos casos de estupro. Muitas mulheres, e inclusive meninas, enfrentam a devastadora realidade de uma gestação originada por uma violência brutal. Para essas vítimas, o trauma não termina com o ato de violência. Ele se prolonga com a descoberta da gravidez, reforçando sentimentos de dor, medo, raiva e impotência. Trata-se de uma realidade cruel, marcada por sofrimento psicológico severo e, em muitos casos, permanente.

Nesse contexto, é importante destacar que, embora o debate público se concentre na legalização total do aborto, pouco se discute sobre a efetivação do aborto legal no Brasil. Trata-se de um processo cuja realização plena permanece como uma necessidade ética urgente para as mulheres, em um país onde leis não são cumpridas, instituições apresentam entraves e o moralismo exerce forte influência. Muito embora o aborto terapêutico, sentimental, e de anencéfalos não configurem crimes, Moreira e Oliveira (2020) indicam que um grande problema social a ser enfrentado é o abuso do direito à objeção de consciência, por médicos, anestesistas, enfermeiros, dentre outros das equipes hospitalares, para se recusarem a fazer procedimentos precedidos por lei. Para exemplificar, as autoras citam Barsted (1992), que menciona o caso de Jacilene, ocorrido no ano de 1980. Esta garota, aos 14 anos, foi vítima de estupro cometido por seu padrasto culminando em uma gestação. Ela conseguiu autorização para realizar o aborto no sexto mês de gestação, e, mesmo com o despacho do juiz Liamar Barbalho, ninguém quis fazê-lo.

As autoras defendem estratégias como exigir a justificativa formal dos objetores de consciências, criar equipes fixas de profissionais não objetores, e incluir debates sobre direitos reprodutivos e de gênero nas graduações de áreas da Saúde (MOREIRA; OLIVEIRA, 2020). Estas estratégias visam a desnaturalizar o abuso da objeção de consciência, afinal, constitucionalmente, está só poderia ser usada se não interferisse no acesso ao abortamento, o qual é pleno direito da vítima. Além disso, Silva et al. (2022) argumentam que, a notificação policial obrigatória em casos de estupro, embora combatá a impunidade pode desencorajar vítimas de estupro de buscar ajuda, com medo de serem gratuitamente expostas ou reprimidas.

Gonçalves e Dias (2020) argumentam que o corpo feminino é um território biopolítico historicamente controlado por forças como o Estado e a Igreja. Se antes tais órgãos exigiam das mulheres que se reproduzissem, recentemente passaram a impor a regulação de sua fertilidade em muitos países. Em oposição a esse controle, as autoras supracitadas propõem um novo olhar a partir da “Perspectiva dos Funcionamentos”, de Maria Clara Dias, teoria que, ao invés de tratar dos direitos abstratos de um embrião foca nas capacidades concretas das mulheres, avaliando o que elas podem ou não fazer em suas vidas.

Nesse contexto, a atuação do profissional da Psicologia é fundamental no acompanhamento de mulheres que vivenciam situações de violência sexual e enfrentam processos de interrupção gestacional. Nessas circunstâncias, marcadas por intensos níveis de sofrimento psíquico, muitas vezes não há palavras que amenizem os sentimentos vivenciados. No entanto, o acompanhamento psicológico contribui para que a mulher se perceba acolhida por alguém disposto a escutá-la e que comprehende suas manifestações emocionais, como crises de choro, medo e estados de desorganização subjetiva. Considerando o panorama legislativo brasileiro atual, o profissional da Psicologia pode eventualmente deparar-se com casos de atendimento posterior ao aborto, especialmente o aborto realizado de forma ilegal. Nesses casos é crucial que o profissional possa acolher a ex-gestante com neutralidade, sem deixar de lado a humanidade.

Nessa perspectiva, Trigueiro et al. (2017) afirma que a intervenção psicológica deve iniciar antes mesmo do procedimento de interrupção da gestação e se estende no período posterior, considerando as implicações físicas e, sobretudo, psíquicas desse processo. Portanto, o suporte psicológico faz-se necessário para que a mulher possa elaborar a experiência vivida e, progressivamente, retomar sua vida cotidiana.

Nesse sentido, torna-se relevante considerar que o desconhecimento sobre o aborto legal não apenas alimenta preconceitos e desinformações, mas também compromete a qualidade do atendimento prestado às mulheres que recorrem a esse direito. Pedruzzi et al. (2013) evidencia que a ausência de formação adequada entre profissionais da saúde pode resultar em condutas moralizantes, negligência ou encaminhamentos equivocados, reforçando barreiras institucionais ao acesso.

Ainda que existem divergências de opinião no campo social, cultural e religioso, a atuação em saúde deve se pautar por princípios éticos e legais. O juramento de Hipócrates<sup>1</sup>, frequentemente citado como fundamento da ética médica, remete à responsabilidade de acolher e cuidar, independentemente de convicções pessoais. Portanto, diante de situações em que o aborto está previsto em

---

<sup>1</sup> O Juramento de Hipócrates é um texto fundamental de ética médica, escrito por volta do século V a.C., que estabelece um código de conduta para médicos, enfatizando o compromisso com a vida, a saúde do doente e a confidencialidade, ao mesmo tempo que proíbe práticas nocivas (WORLD MEDICAL ASSOCIATION [WMA], 2024).

lei, o compromisso ético do profissional da saúde deve prevalecer, garantindo que a mulher receba cuidado integral, livre de julgamentos ou discriminações. Isso implica não apenas conhecer a legislação vigente, mas também reconhecer a complexidade emocional e social envolvida nesse contexto, promovendo escuta qualificada e atendimento humanizado.

Diante de situações de extrema vulnerabilidade, como a vivência de uma gestação resultante de violência sexual, é pertinente levantar questionamentos éticos que interpelam a prática profissional em saúde. Estaria o profissional eticamente comprometido a oferecer suporte a uma mulher ou jovem que recorre ao aborto legal como forma de cuidado? Seria possível acolher essa demanda, independentemente das circunstâncias, considerando unicamente a necessidade de quem busca ajuda?

Cabe ainda refletir se, diante de um caso em que o aborto é previsto em lei, como nos casos de abuso sexual, a oferta desse procedimento deve ser compreendida como parte do cuidado integral. Essas são questões que mobilizam dilemas morais e éticos relevantes no exercício profissional. Muitas vezes, não há respostas simples ou universalmente corretas. Em outras, as respostas possíveis parecem insuficientes ou insatisfatórias. O fato é que, embora todos tenham o direito de expressar suas opiniões e convicções, a experiência concreta e subjetiva de quem vivencia essa situação é única e, por isso, dificilmente pode ser compreendida em sua totalidade por aqueles que a observam de fora.

Conclui-se que a questão sobre aborto é ainda um tema “espinhoso” e que não possui soluções fáceis ou simples. Em todo o mundo, as sociedades se debatem em torno de conceitos, definições e leis são criadas para tentar moldar as ações humanas nesse tema. Entretanto, percebe-se que em nenhum lugar um consenso é alcançado para minimizar as discussões sobre o assunto.

Após as reflexões elucidadas neste texto, credita-se que é necessário pensar sobre a complexidade do aborto para além das visões simplistas ou moralistas. Cada história carrega dores únicas, decisões difíceis e realidades que demandam empatia, políticas públicas eficazes, acesso à saúde mental e, sobretudo, respeito à dignidade da mulher. O aborto não é apenas uma decisão médica ou legal; é, muitas vezes, um grito silencioso de desespero que precisa ser ouvido com humanidade.

Compreende-se que, prezando pela dignidade da pessoa humana e focando na autonomia da mulher, este assunto deve ser abordado cada vez mais nos ambientes acadêmicos de forma objetiva, direta, científica, mas também humana e empática. Compreende-se que para diminuir a sua carga moral negativa que perpassa a sociedade e influencia as atuações médicas, os profissionais do futuro devem ser melhor formados e preparados para lidar com o tema. Sejam aqueles da área médica que auxiliam no processo do aborto em si ou da área da psicologia que atendem mulheres e famílias que vivenciam ou vivenciarão tal fato, todos devem conhecer todas as nuances envolvidas para melhor atender e suprir as necessidades de quem necessitar do atendimento.

## Referências

BARSTED, L. A. L. Legalização e descriminalização: 10 anos de luta feminista. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 0, n. 0, p. 104-130, jan. 1992. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/15804/14297>. Acesso em: 14 jun. 2025.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso em: 14 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. **Altera o Código Penal para tratar dos crimes sexuais**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm). Acesso em: 14 jun. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54/DF**. Relator: Min. Marco Aurélio. Julgamento em 12 abr. 2012. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?-docTP=AC&docID=713109>. Acesso em: 14 jun. 2025.

CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. dos S. B.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. suppl 1, p. e00188718, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718>.

COLÔMBIA. **Sentença C-055 da Corte Constitucional da Colômbia**, 21 fev. 2022. Disponível em: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/c-055-22.htm> Acesso em: 14 jun. 2025.

GONÇALVES, L.; DIAS, M. C. O debate sobre aborto no Brasil: bioética, biopolítica e a perspectiva dos funcionamentos como horizonte de justiça. **Gênero**, Niterói, v. 21, n. 1, p. 139-166, 2. sem. 2020. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/metaxy/article/view/14082>. Acesso em: 14 jun. 2025.

GROSU, V.; CARDANIUC, C.; PALADI, A. Factors determining on-demand abortion decision-making in women. **One Health & Risk Management**, [S. l.], v. 4, n. 3, p. 30-35, 2023. DOI: <https://doi.org/10.38045/ohrm.2023.3.05>.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA - IFF. **Principais questões sobre aborto legal**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-aborto-legal/>. Acesso em: 14 jun. 2025.

KERNS, J. *et al.* Abortion stigma and its relationship with grief, post-traumatic stress, and mental health-related quality of life after abortion for fetal anomalies. **Women's Health Reports**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 385-394, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1089/whr.2021.0027>.

LISSMANN, R.; LOKOR, M.; MARSTON, C. Understanding the lived experience of pregnancy and birth for survivors of rape and sexual assault. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 23, n. 1, p. 796, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06085-4>.

MEDEIROS, J. M. M. Desafios à política de saúde brasileira: impactos no direito ao aborto legal. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 280-290, maio/ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e75661>.

MOREIRA, M. R de Á.; OLIVEIRA, I de C. S de. Aborto, objeção de consciência e bioética feminista: estratégias para efetivação do direito à interrupção legal da gestação. **Gênero**, Niterói, v. 21, n. 1, p. 139-166, 2. sem. 2020. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/46921/26912>. Acesso em: 14 jun. 2025.

PEDRUZZI M.; NORMAN I.J.; GERMANI A.C.C.G.; SILVA J.A.M.; SOUZA G.C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n.4, p.977-83. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JwHsjBzBgrs9BCLXr856tzD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 jul. 2025.

RUSCHEL, A. E.; MACHADO, F. V.; GIUGLIANI, C.; KNAUTH, D. R. Mulheres vítimas de violência sexual: rotas críticas na busca do direito ao aborto legal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 10, e00105022, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/w6BxH8dbhhwCbnr9qR7cz5h/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2025.

SILVA, S. G.; SANTANA FILHO, A. L. S.; BARBOSA, F. D. S.; SILVA, S. G.; GRIJÓ JUNIOR, M. O. Aborto: análise das recentes modificações legais e suas implicações éticas. *Saúde, Ética e Justiça*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 18-27, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v27i1p18-27>.

TRIGUEIRO, T. H. *et al.* Psychological suffering in the daily lives of women who have experienced sexual violence: a phenomenological study. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 3, p. e20160282, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0282>.

UNNITHAN, M.; ZORDO, S de. Re-situating abortion: Bio-politics, global health and rights in neo-liberal times. **Global Public Health**, [S.l.], v. 13, n. 6, p. 1-5, 2018. Disponível em: [https://deposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/145052/1/673804.pdf?utm\\_source=consensus](https://deposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/145052/1/673804.pdf?utm_source=consensus). Acesso em: 14 jun. 2025.

VENEZUELA. **Código Penal**. Gaceta Oficial N. 5.768, de 13 abr. 2005. Disponível em: <https://www.refworld.org/es/leg/legis/pleg/2005/es/125865>. Acesso em: 14 jun. 2025.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION - WMA. **The Physician's Pledge**, 2024. Disponível em: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>. Acesso em: 14 jun. 2025.

# CAPÍTULO 6

## CÉLULAS-TRONCO E BIOÉTICA: QUANDO COMEÇA A VIDA?

*Anna Lívia Kräulich Macedo, Maria Júlia Couto de Oliveira, Robson Uilian Aguiar da Rosa  
e Vitória Stefano dal Molin*

As células-tronco embrionárias (CTEs) tratam-se de estruturas que possuem a capacidade de se multiplicar e são classificadas como totipotentes, ou seja, são células que, devido à sua característica de indiferenciação ausência de função específica no organismo, podem ser programadas para desenvolver funções específicas de qualquer tipo celular do corpo humano. Em virtude dessas características, são utilizadas para pesquisas com fins terapêuticos, visando encontrar novos tratamentos e, até mesmo, a “cura” para diversas patologias, sendo vislumbradas como um dos maiores avanços da medicina do século XXI, uma vez que são chamadas de “a esperança para o futuro da medicina” (ZHU et al., 2022).

Dentre os estudos que tiveram um início promissor a partir da utilização de células-tronco podemos citar a Doença de *Parkinson*, conforme divulgado pela revista *Nature* no ano de 2025 (TABAR et al., 2025). Também foram observados avanços na área da oftalmologia, visto que três pessoas com danos severos na córnea tiveram seu caso revertido, inovação que rendeu o Prêmio Nobel de Medicina ao japonês Shinya Yamanaka e ao britânico John Gurdon (FELIX, 2024). Linfoma e leucemia também são exemplos de patologias a se beneficiarem desta tecnologia, na medida em que um dos obstáculos do tratamento de pacientes está na frequente dificuldade de encontrar doadores compatíveis de medula óssea, etapa essencial de suas intervenções médicas (MIGUEL et al., 2024).

Entretanto, as células-tronco embrionárias, como o próprio nome indica, são obtidas apenas por meio de embriões humanos com poucos dias de vida, os quais necessitam ser destruídos para que as células sejam retiradas. Sendo exatamente nesse ponto que reside a controvérsia, a qual levanta discussões

bioéticas relevantes, devido à impossibilidade de atender a ambos os seguintes princípios morais: o dever de respeitar uma vida em potencial e o dever de prevenir ou aliviar o sofrimento de uma vida atual (BARBOSA; NUNES, 2023).

Diante desse cenário, a opinião pública sobre o uso de CTEs para propósitos medicinais tende a se dividir de acordo com diferentes aspectos culturais. A comunidade científica, como agente social, tem adotado uma posição cética em relação à questão do que realmente é vida, e quando um indivíduo pode ser considerado vivo, buscando encontrar um maior esclarecimento sobre o assunto. Em uma perspectiva diferente, certos movimentos religiosos, como é o caso do catolicismo, assumem uma posição contrária ao ceticismo científico, adotando uma linha dogmática que defende que deve ser reconhecidos direitos inerentes à condição humana desde a etapa inicial da existência embrionária de um indivíduo (LAPAEVA, 2023).

Nesse sentido, evidencia-se a complexidade ética envolvida nesse debate e a necessidade de se buscar um equilíbrio entre o avanço científico e o respeito aos valores humanos. Considerando esse cenário, somado à esperança e às perspectivas trazidas pelas terapias com CTEs, o capítulo visa levantar discussões sobre o tema, integrando ambos os lados da discussão mediante a complexidade da temática.

Entre os fatores que intensificam essa complexidade está a religiosidade brasileira, marcada por elementos culturais que afetam a forma de pensar sobre o começo da vida e o uso de células-tronco embrionárias, em diálogo com aspectos psicológicos, antropológicos, sociais, morais e legais (SILVA-BARBOZA, 2022). De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, mais de 50 % da população é de religião católica, seguida pela evangélica, sendo as mais relevantes em números no país, mas também temos as religiões afro-brasileiras e espíritas. Ainda conforme a pesquisa, mais de 80 % da população brasileira é devota ao catolicismo ou evangelho (IBGE, 2022). Tendo essa diversidade religiosa, acaba afetando diretamente as discussões bioéticas sobre o uso de embriões humanos em estudos científicos e a heterogeneidade de visões sociais que se estende por toda a vida humana (LUNA, 2008).

O catolicismo, sendo essa imensa força religiosa no país, não possui apenas influência no campo popular ou espiritual, mas também desempenha um

papel ativo nas esferas institucionais e políticas. Como destaca Silva-Barbosa (2022), essa presença se estende ao Legislativo, Executivo e Judiciário, especialmente em questões referentes à saúde reprodutiva e à liberdade sexual, como contracepção, reprodução assistida, aborto e direitos LGBTQIA+. Em 2021 e 2023, campanhas promovidas por entidades religiosas e participação em fóruns públicos reafirmaram o princípio da inviolabilidade do embrião humano, inclusive em contextos científicos (SILVA-BARBOSA, 2022).

As igrejas evangélicas, apesar de sua diversidade teológica, em geral defendem o embrião como forma de vida plena. Entretanto, há abertura de alguns líderes para pesquisas com embriões inviáveis ou excedentes, desde que haja benefício terapêutico real e respeito aos princípios éticos. Tradições espíritas e religiões afro-brasileiras interpretam a vida a partir da espiritualidade, considerando a encarnação e reencarnação da alma, o que pode flexibilizar o julgamento sobre a destruição de embriões (LUNA, 2008).

Contudo, essas visões religiosas não agem isoladamente. A cultura brasileira preza pelo zelo, afeto e valorização da infância e da família, sendo caracterizada pela convivência entre valores tradicionais e modernos, entendimento científico e simbolismo religioso. Como discute Luna (2008), elementos como oralidade, sincretismo e forma de religiosidade vivida no cotidiano influenciam a forma como a população comprehende e responde aos avanços da ciência. Essa discordância entre ciência e cultura tornou-se visível não somente no cotidiano, mas também no julgamento da ADI 3510, proposta pela Procuradoria Geral da República (PGR) ao Supremo Tribunal Federal, que questionava a constitucionalidade do uso de células-tronco embrionárias em pesquisas científicas (BRASIL, 2008). A PGR alega que a Lei 11.105/2005 (BRASIL, 2005) violava o direito à vida e à dignidade da pessoa humana, enquanto o Estado ponderou os benefícios terapêuticos e sociais diante da diversidade moral da população (LEPORÉ; LEHFELD, 2009).

Do ponto de vista psicológico, a religiosidade e a cultura influenciam diretamente na formação de valores e no julgamento moral sobre temas como aborto, reprodução assistida e manipulação genética. A escassa integração entre o conhecimento científico e o contexto cultural limita a sensibilidade de profissionais da saúde frente à diversidade religiosa da população (SILVA-BARBO-

SA, 2022). Dessa forma, a discussão sobre células-tronco no Brasil precisa ser situada não apenas no campo da biotecnologia, mas também da cultura. A ética biomédica deve dialogar diretamente com os valores da população, reconhecendo que ciência e tecnologia são atravessadas por conflitos éticos, culturais e religiosos. Assim sendo, comprehende-se que a influência religiosa e cultural na construção social desde o início da vida é fundamental para uma abordagem bioética plural, crítica e sensível, capaz de contemplar crença, sofrimento, esperança e dignidade humanas.

No campo científico, por sua vez, ainda que exista dissenso ético e social quanto à utilização de células-tronco embrionárias para fins de pesquisa, especialmente em estudos de regeneração tecidual, esses experimentos são realizados quando legalmente autorizados. No âmbito nacional, por exemplo, a Lei de Biossegurança permite o uso dessas células, entretanto, há pré-requisitos que permeiam essas práticas experimentais (BRASIL, 2005). Isto, haja vista o receio de uma analogia mercadológica à tais estudos, pois uma manipulação imoderada desumaniza um processo científico, no qual a linha de progresso e ética é tênue.

A euforia que envolve os estudos com células-tronco deve ser dissociada da ideia de uma panaceia, uma vez que as pesquisas recentes ainda não permitem delimitar plenamente os possíveis efeitos colaterais dessa tecnologia emergente. Embora a literatura científica aponte hipóteses promissoras de tratamento para diversas doenças, é fundamental adotar uma postura de cautela a fim de evitar equívocos ou frustrações. Trata-se de uma inovação que impacta não apenas a pesquisa científica, mas também a vida e o bem-estar de indivíduos que podem se beneficiar dessas terapias (SILVA-BARBOSA, 2022).

Nesse sentido, destaca-se que os estudos com células-tronco devem manter o foco no ser humano, considerando, sobretudo, a vulnerabilidade de pacientes e familiares diante da gravidade das enfermidades em questão. Afinal, são condições que transformam realidades de forma profunda e definitiva, e não devem ser tratadas com descuido ou desrespeito. Conforme enfatiza Rogers (2009, p. 36), “não há mudança se não formos capazes de nos reconhecermos como somos”, o que reforça que não existe progresso sem o devido cuidado com a dimensão humana.

Sob essa ótica, ao relatar os avanços na área de estudos com células-tronco embrionárias reitera-se a necessidade da maturidade científica ao vislumbrar que a fumaça da prosperidade esconde a conexão entre humanidade e progresso. Rememorando, as células-tronco possuem grande potencial de diferenciação, com capacidade de proliferação e auto renovação, dando origem a diferentes linhagens celulares especializadas (GIUGNI et al., 2024). Em decorrências dessas capacidades são a “matéria-prima” para os estudos da bioengenharia tecidual. De acordo com (FERREIRA et al., 2024), para o sucesso de qualquer terapia com células-tronco uma questão importante é a qualidade das células que serão utilizadas, principalmente no que diz respeito à integridade celular, capacidade de proliferação, diferenciação, idade, senescência, além da função parácrina intacta. Sendo assim, pesquisas com células-tronco embrionárias estão ampliando e inovando tratamentos médicos, isto por causa do potencial celular que quanto adequado fomenta numa gama de opções terapêuticas.

Nesse viés, somente no Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (2025), aproximadamente, 78.000 pessoas estão na fila de transplante, sendo os mais demandados: rim (42.838), Córnea (32.349) e Fígado (2.387), ou seja, é premente uma alternativa que assista indivíduos que necessitam dessas peças orgânicas para promulgar seu bem-estar vital, uma alternativa estudada é a técnica da bioimpressão, a qual vem sendo considerada uma fonte promissora para a produção de órgãos. A *bioprinting* tem a resolução em escala micron que permite o posicionamento de células, matriz, e biomoléculas de forma a mimetizar a estrutura de tecidos de origem humana ou animal (TELESSAÚDE UERJ, 2025).

Desse modo, se bem-sucedido o estudo, a disponibilidade à “encomenda” dos órgãos possibilitaria a redução da lista de espera e dos riscos de rejeição, já que o mecanismo de produção desses tecidos tem como princípio as células-sanguíneas do próprio paciente. Ainda às vistas desses benefícios, questiona-se os entraves bioéticos de um amplo acesso a essas estruturas humanas vitais e os resguardos a uma “disponibilidade” restritiva e uma “mão invisível” decidindo quem detém o direito da vida. As ressalvas quanto à utilização de células-tronco embrionárias em estudos científicos e seu potencial terapêutico impulsionaram um novo direcionamento na pesquisa: a reprogramação celu-

lar e sua aplicabilidade clínica. Tais células-tronco de pluripotência induzida (CTPI) ou do inglês *induced pluripotent stem cells* (iPSCs) são células somáticas reprogramadas para o estado embrionário por meio da expressão de fatores ectópicos de transcrição específicos, tornando-as um alvo promissor para a medicina regenerativa (MACIEL, 2022).

A eficiência dessas células comparada com as embrionárias embora incerta já demonstra resultados. Consonantemente, na Universidade de São Paulo (USP), o pesquisador Ernesto Goulart demonstrou êxito na reprodutibilidade de órgãos com tais células. Segundo Goulart (2019), o objetivo do trabalho era avaliar uma forma de imprimir em 3D um fígado humano funcional obtido a partir de células tronco pluripotentes induzidas, conhecidas como iPSCs.

Ademais, ao considerar a bioética das células-tronco indagando-se o princípio da vida, fecundação, nidação ou concepção, o feto e suas capacidades também são. Nesse contexto, com os estudos de células-tronco embrionárias adveio a relação embrião, mãe e ambiente externo. Tais estudos perinatais advogam um psiquismo fetal que afeta o desenvolvimento do indivíduo extrauterino. De acordo com Lucchesi (2023), a ultrassonografia pré-natal não apenas possibilita a observação dos movimentos e reações fetais, mas também influencia a construção psíquica do bebê e a relação mãe-bebê. Por meio dessa visualização, a gestante pode formar uma representação mental do feto, o que fortalece o vínculo afetivo entre ambos. Além disso, a autora evidencia que a ultrassonografia oferece informações importantes sobre o desenvolvimento das funções sensoriais e superiores do cérebro fetal, permitindo identificar traços iniciais de personalidade que podem predizer futuros comportamentos.

Dessa forma, a tecnologia revela-se uma ferramenta fundamental não só para o acompanhamento clínico, mas também para compreender o universo psíquico que se constrói ainda no ventre materno. Assim, tal qual Freud ratifica em Inibição, Sintoma e Angústia, ao afirmar que “Há uma continuidade muito maior entre a primeira infância e a vida intrauterina do que a impressionante censura do ato do nascimento nos permite supor” (FREUD, 1976, p.162). Portanto, os estudos científicos com células-tronco embrionárias reiteram um futuro próspero nos avanços de opções terapêuticas, no qual o questionamento quando se inicia a vida estará sobreposto pelo seguinte inquérito: quem controlará a indústria de peças humanas.

Conclui-se que o uso de terapias com células-tronco embrionárias ainda promove debates relevantes, pois envolvem aspectos éticos, filosóficos, antropológicos, religiosos, genéticos e medicinais que se mesclam resultando em dilemas inesgotáveis. Embora na contemporaneidade os avanços da ciência ocorram rapidamente, a humanidade está longe da compreensão de quando se inicia a vida e das sutilezas da existência humana.

Ainda devemos considerar os benefícios científicos na medicina regenerativa que envolvem promessas de reparar e renovar o corpo, em casos de traumas, no envelhecimento e na deficiência. A esperança desempenha papel fundamental na remodelação de aspirações, ambições e desejos, de acordo com os objetivos biotecnológicos que se pretende alcançar, e afeta cada vez mais os indivíduos, que necessitam lidar com a incerteza e, até, com informações contraditórias sobre modalidades complexas de terapêuticas (BAALEN et al., 2020). Para finalizar, por mais que valores científicos e culturais apresentam aspectos contraditórios no que diz respeito ao assunto CTEs, são essenciais para construção de panoramas que colaborem na consolidação da bioética e valores de preservação da vida do ser humano, ampliando possibilidades de melhoria na qualidade de vida.

## Referências

BAALEN, N. *et al.* Associated factors of hope in cancer patients during treatment: a systematic literature review. **Journal of advanced nursing**, v. 76, e. 7, p. 1520-1537, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.14344>.

BARBOSA, E. M. M.; NUNES, M. M. U. C. A ética e bioética no uso de células tronco embrionárias (CTES). **Revista Científica Unilago**, v. 1, n. 1, p.1-12, 2023. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/976/793>. Acesso em: 10 jun. 2025

BRASIL. **Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005**. Dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança, trata da criação do Conselho Nacional de Biossegurança (CNBS), reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio), e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2005. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111105.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111105.htm). Acesso em: 18 jun. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADI 3510**. Rel. Min. Carlos Ayres Britto. Julgamento de 29 de maio de 2008. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=583645&prcID=2299631#>. Acesso em: 18 jun. 2025.

CESARINO, L.; LUNA, N. O debate sobre células-tronco embrionárias no STF e no Congresso Nacional: uma análise contemporânea. **Revista Ciência & Bioética**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 128–140, 2021. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0306312710386637>. Acesso em: 18 jun. 2025.

FERREIRA, A. M. S. *et al.* Stem cell therapies in the treatment of neurodegenerative diseases: a literature review. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 8, p. e2213846515, 2024. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i8.46515>.

FELIX, P. Pela primeira vez na história, cientistas revertem a cegueira com o uso de células-tronco. **Revista Veja**, 22 nov. 2024. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/pela-primeira-vez-na-historia-cientistas-revertem-a-cegueira-com-o-uso-de-celulas-tronco/>. Acesso em: 10 jun. 2025.

FREUD, S. **Inibição, sintoma e angústia**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

GIUGNI, F. R. *et al.* Segurança e eficácia da terapia com células-tronco mesenquimais derivadas do tecido adiposo para cardiopatia isquêmica: revisão sistemática. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 121, n. 9, p. e20230830, 2024. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20230830>.

GOULART, E. S. G. Combinação inovadora de célula-tronco e impressão 3D produz tecido para transplante de fígado. **Jornal da USP**, 2019. Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=276206>. Acesso em: 18 jun. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico 2022**: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 ago. 2025.

LAPAEVA, V. Status of Human Embryo in vitro as Ethical and Legal Issue: Religious Roots of Diverging Approaches. **Legal Issues in the Digital Age**, v. 4 n. 1, p. 4-23, 2023. DOI: <https://doi.org/10.17323/2713-2749.2023.1.4.23>.

LÉPORE, P. E.; LEHFELD, L de S. Constitucionalidade do uso de células-tronco embrionárias em pesquisas científicas. **Revista Paradigma** [Recurso Eletrônico], Ribeirão Preto, SP, n.18, 2009. Disponível em: <https://dspace.almg.gov.br/handle/11037/62008>. Acesso em: 02 jun. 2025.

LUCCHESI, J. **Entre sombras e feixes de luz: um estudo observacional psicanalítico no contexto da ultrassonografia pré-natal**. 2023. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2023. Disponível em: [https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UCAP\\_ca1ed40309a2d2977e0ed4b80c-774dae](https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UCAP_ca1ed40309a2d2977e0ed4b80c-774dae). Acesso em: 10 jun. 2025.

LUNA, N. Religiosidade no contexto das terapias com células-tronco: uma investigação comparativa entre pesquisadores “iniciantes e iniciados” e seus pacientes. **Religião & Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 2, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rs/a/hxrQVTRkqnZmLMGBB6pjXP/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2025.

MACIEL, E. M. A. **Investigação do efeito do canabidiol sobre a reatividade em astrócitos humanos derivados de células-tronco de pluripotência induzida (iPSCs)**. 2022. Dissertação (Mestrado em Bioquímica e Imunologia) – Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/51856>. Acesso em: 1 ago. 2025.

MIGUEL, W. M. *et al.* Análise da Distribuição e Tempo de Acesso ao Transplante em Pacientes com Leucemia Linfoblástica Aguda e Leucemia Mieloide Aguda no Brasil (2016-2022). **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 70, n. 4, 2024. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n4.4749>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Brasil bate recorde de transplantes e anuncia medidas para modernizar sistema e aumentar doações**. Portal da Saúde, Brasília, 4 jun. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/junho/brasil-bate-recorde-de-transplantes-e-anuncia-medidas-para-modernizar-sistema-e-aumentar-doacoes>. Acesso em: 18 jun. 2025.

ROGERS, C. R. **Tornar-se pessoa**: um terapeuta descobre seu modo de ser. São Paulo: Martins Fontes, 2009. p.36.

SILVA-BARBOSA, A. Implicações bioéticas na pesquisa com células-tronco embrionárias. **Acta bioeth.**, Santiago, v. 19, n. 1, p. 87-95, jun. 2022. Disponível em [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2013000100009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2013000100009&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 11 ago. 2025.

TABAR, V. *et al.* Phase I trial of hES cell-derived dopaminergic neurons for Parkinson’s disease. **Nature**, v. 641, p. 978–983, 2025. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41586-025-08845-y>. Acesso em: 11 ago. 2025.

TELESSAÚDE UERJ. **Bioimpressão 3D na engenharia de tecidos e órgãos para medicina regenerativa**. In: —. Saúde 3D: inovação digital e educação em telessaúde. Rio de Janeiro: Telessaúde UERJ, 2025. p. 103. Disponível em: [https://www.telessaude.uerj.br/saude3d/wp-content/uploads/sites/7/2025/02/ebook\\_saude\\_.pdf](https://www.telessaude.uerj.br/saude3d/wp-content/uploads/sites/7/2025/02/ebook_saude_.pdf). Acesso em: 11 ago. 2025.

ZHU, Y. *et al.* RNA-based therapeutics: an overview and prospectus. **Cell Death & Disease**, v. 13, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41419-022-05075-2>.

# CAPÍTULO 7

## PRIVACIDADE E ÉTICA NO USO DE BIG DATA NA SAÚDE

*Allan Vaz Fortes de Araújo, Joaquim Gabriel Vieira Rodrigues, Luciano Cavaco Machado Júnior, Murillo Ferreira da Rosa e Pedro Henrique da Silva Portolann*

*Big Data* representa uma transformação significativa e sem precedentes na área da saúde, oferecendo oportunidades para o aprimoramento de diagnósticos, tratamentos e da gestão de sistemas médicos. Seu potencial ultrapassa a simples análise de grandes volumes de dados, configurando-se como uma ferramenta capaz de contribuir para a preservação de vidas, a otimização de recursos e a personalização das práticas médicas (LANEY, 2001).

Para a saúde, o *Big Data* traz o poder dos 5 V's: Volume, Velocidade, Variedade, Veracidade e Valor. O volume é a capacidade de armazenar e processar *terabytes* de dados, permitindo que hospitais e pesquisadores tenham acesso a informações completas sobre pacientes, desde imagens médicas de alta resolução até sequenciamentos genéticos. Isso possibilita diagnósticos precisos e tratamentos individualizados. A velocidade permite o processamento em tempo real. Médicos podem monitorar pacientes críticos sem atrasos, recebendo alertas imediatos sobre alterações perigosas. Durante pandemias, como a COVID-19, essa agilidade foi importante para rastrear surtos e tomar decisões em tempo hábil. A variedade é a integração de dados estruturados, como exames laboratoriais, e não estruturados, como laudos médicos e imagens, o que enriquece a análise clínica. Sistemas de Inteligência Artificial já conseguem cruzar informações de *wearables*, genômica e histórico do paciente para sugerir tratamentos personalizados. A veracidade refere-se à confiabilidade e qualidade dos dados, já que informações imprecisas ou incompletas podem comprometer diagnósticos e condutas médicas. Por fim, o valor está no verdadeiro impacto do *Big Data*, que se expressa na capacidade de transformar dados brutos em conhecimento aplicável. Desde a detecção precoce de câncer até a previsão de epidemias, essa tecnologia redefine o futuro da medicina (LANEY, 2001).

Mais do que um recurso tecnológico, o *Big Data* configura-se como um agente de mudança. No contexto da saúde, permite avanços como a medicina personalizada, possibilitando a adaptação de tratamentos com base no perfil genético e histórico clínico de cada paciente. Além disso, contribui para a redução de custos por meio da identificação de padrões que evitam internações desnecessárias e promovem o uso mais eficiente dos recursos disponíveis. Destaca-se ainda sua utilidade para o desenvolvimento científico, acelerando pesquisas ao cruzar grandes volumes de dados em curtos períodos de tempo (MOHAMMED, 2024).

Embora ainda existam desafios técnicos e éticos, especialmente no que se refere à privacidade e à qualidade das informações, os avanços já alcançados demonstram que o *Big Data* constitui uma das inovações relevantes da saúde contemporânea. Com investimentos contínuos em segurança e regulamentação, tende a ampliar seu impacto positivo na eficácia dos sistemas de saúde e na promoção do cuidado individualizado.

Neste capítulo, são analisados os benefícios da incorporação do *Big Data* aos sistemas de saúde, os desafios éticos envolvidos e os impactos relacionados à privacidade das informações coletadas. A argumentação se pauta na defesa da utilização dessa tecnologia na medicina, a partir da análise de seu funcionamento, da identificação de lacunas existentes em sua estrutura e da proposição de estratégias voltadas à preservação da confidencialidade dos dados.

Para lidar com o vasto acervo de dados captados pelo *Big Data*, tornou-se necessário o desenvolvimento de métodos capazes de buscar, filtrar e organizar informações específicas, conforme as demandas de diferentes organizações, sejam elas empresariais, estatais ou sindicais. O objetivo é antecipar situações e projetar eventos futuros, utilizando algoritmos computacionais como instrumento analítico. Nesse contexto, a mineração e a análise preditiva de dados passaram a ser amplamente empregadas como estratégias que otimizam o processo de seleção e uso de dados. Esse processo compreende três etapas essenciais: a coleta de dados, a atribuição de carga semântica (isto é, a atribuição de significado) e, por fim, a sua utilização para subsidiar a tomada de decisões

informadas, momento em que os dados deixam de ser apenas informação e passam a ser considerados conhecimento (COLOMBO; NETO, 2017).

A mineração de dados configura a etapa inicial desse processo, na qual as informações são extraídas do *Big Data* e classificadas de acordo com seu grau de estruturação. De um lado, encontram-se os dados estruturados, caracterizados por uma organização coesa e por já estarem prontos para análise, como, por exemplo, os dados disponíveis no Portal da Transparência, dispostos em tabelas com linhas e colunas que facilitam sua interpretação. De outro lado, os dados não estruturados correspondem a textos, vídeos, imagens e áudios, cuja análise demanda tempo, investimento financeiro e conhecimentos técnicos especializados, devido à complexidade de sua codificação e interpretação.

Considerando esses aspectos, evidencia-se a relevância da prática da mineração de dados, pois ela atua como etapa fundamental no processo de transformação de dados brutos em informações organizadas e significativas. A identificação de padrões recorrentes e relevantes nesses dados é essencial para a construção de bases sólidas que sustentem a produção de conhecimento, contribuindo, assim, para a formulação de decisões estratégicas e eficazes (FERNANDES; FILHO, 2019).

Após a extração das informações, a etapa de análise preditiva torna-se essencial para a projeção de eventos e a antecipação de situações futuras. Nesse contexto, a consideração de informações históricas revela-se indispensável, uma vez que permite a identificação de padrões recorrentes associados a determinados acontecimentos. Esses padrões, por sua vez, podem ser utilizados, por exemplo, na formulação de diagnósticos ágeis e precisos (COLOMBO; NETO, 2017).

A partir da aplicação de técnicas desenvolvidas por meio de algoritmos computacionais, dados provenientes da realidade (*inputs*) são analisados com base em sua similaridade com dados históricos de diferentes eventos já registrados. Essa análise tem como objetivo a construção de padrões objetivos a respeito do fenômeno investigado. Em seguida, essas informações são organizadas e devolvidas sob a forma de conhecimento útil (*outputs*), podendo ser utilizadas por instituições públicas e privadas para a previsão de situações futuras e a tomada de decisões antecipadas (COLOMBO; NETO, 2017).

Esses métodos de análise, utilizados com as *Big Datas*, demonstraram-se eficazes no âmbito da saúde, destacando-se na parte analítica de padrões de aquisição de doenças e problemas de saúde associados à ocupação de diversos trabalhadores, o que propiciou a previsão do acometimento de determinadas enfermidades em indivíduos com o mesmo emprego, e até mesmo com trabalhos similares, devido características ambientais e sociais partilhadas (FAGUNDES et al., 2024). Uma metodologia semelhante a essa, se aplicada ao campo da Psicologia, relacionando padrões comportamentais de diversos indivíduos, que vivem em condições sócio-ambientais semelhantes, permitiria que os profissionais da área conseguissem monitorar a situação de pacientes que vivem determinada situação, a fim de auxiliar previamente em seu tratamento. Por exemplo, entendendo um padrão sintomático de pacientes que vivem em determinadas localidades e frequentam certos ciclos sociais, o psicólogo, a partir disso, pode trabalhar em estratégias prévias que auxiliem pacientes que convivam com uma realidade parecida com a observada e analisada por essa metodologia. Porém, nenhum estudo demonstrou de forma clara e eficaz a utilização da análise preditiva de dados utilizada da maneira citada anteriormente.

A associação entre *Big Data* e inteligência artificial no campo da saúde, embora promissora, também suscita questionamentos de ordem ética. Entre os principais desafios destacam-se a imprevisibilidade dos resultados gerados (*outputs*), a delimitação de responsabilidades institucionais frente a possíveis falhas ou vieses, e a necessidade de garantir a explicabilidade dos processos aos pacientes envolvidos. Considerando esses aspectos, observa-se que ainda há uma escassez de marcos regulatórios capazes de assegurar a aplicação segura e transparente dessas tecnologias em contextos práticos, especialmente em um campo cuja complexidade cresce de forma exponencial (ELIAS et al., 2023).

A imprevisibilidade dos *outputs* configura-se como um conceito central para essa discussão. A inteligência artificial opera a partir de *inputs* — dados ou solicitações humanas — e gera *outputs* após ser treinada com grandes volumes de dados fornecidos pelo *Big Data*. No entanto, mesmo diante de *inputs* controlados, os resultados produzidos podem ser inesperados, sobretudo em

sistemas complexos. Essa imprevisibilidade decorre de diversos fatores, entre os quais se destaca a sensibilidade a pequenas perturbações nos dados, fenômeno particularmente preocupante em áreas de alta relevância para a saúde, como o reconhecimento de imagens médicas ou o processamento de linguagem natural. Nesses casos, alterações mínimas ou vieses implícitos nos dados de entrada podem resultar em outputs significativamente distintos ou equivocados (ELIAS et al., 2023).

Além disso, a arquitetura predominante nos modelos de inteligência artificial é não linear, o que significa que os outputs não mantêm necessariamente uma correspondência direta com os *inputs*. Esses modelos envolvem múltiplas camadas de processamento, o que aumenta ainda mais a complexidade e, por consequência, a dificuldade de prever com precisão os resultados finais. Diante disso, a imprevisibilidade torna-se também uma questão ética, uma vez que compromete a confiabilidade dos sistemas e coloca em risco a segurança do paciente, já que não se pode afirmar com certeza se o dado gerado será adequado e aplicável ao caso clínico em análise (ELIAS et al., 2023).

Paralelamente à questão da imprevisibilidade, o problema da responsabilização institucional emerge como um entrave adicional no uso de inteligência artificial em contextos de cuidado em saúde. As instituições hospitalares ou unidades de saúde que adotam essas tecnologias podem alegar que não são diretamente responsáveis por eventuais erros nos diagnósticos ou tratamentos automatizados, pois a tomada de decisão foi intermediada por um sistema inteligente. Tal cenário gera uma lacuna legal significativa, dificultando a atribuição de responsabilidades e a prestação de contas diante de falhas que resultem em danos aos pacientes. A ausência de normativas específicas e claras sobre o papel de cada agente envolvido no desenvolvimento, implementação e supervisão desses sistemas acentua ainda mais esse desafio (XAFIS et al., 2019).

Sob essa ótica, é importante que as pessoas possuam autonomia para decidir a forma como serão tratadas. No entanto, em razão da complexidade da ferramenta e da imprevisibilidade do funcionamento da inteligência artificial, a explicabilidade aos pacientes pode se tornar um obstáculo de difícil superação.

Nesse sentido, a exclusão digital agrava ainda mais o problema, uma vez que é inviável decidir de maneira plena sobre algo que não se comprehende. Além disso, a interpretação das decisões tomadas por sistemas baseados em inteligência artificial exige, em muitos casos, um nível técnico que ultrapassa o entendimento da maior parte dos pacientes (XAFIS et al., 2019).

Essa falta de clareza e transparência compromete o princípio da autonomia do paciente, já que decisões clínicas que afetam diretamente sua saúde são tomadas com base em processos que não podem ser facilmente explicados ou compreendidos. A ausência de explicabilidade não apenas fragiliza a relação entre médico e paciente, como também dificulta a construção de confiança nos sistemas de saúde que empregam tais tecnologias (XAFIS et al., 2019).

Diante desse cenário, torna-se urgente o desenvolvimento de políticas públicas, marcos regulatórios e práticas educacionais que promovam tanto a alfabetização digital da população quanto a responsabilização ética e legal dos envolvidos. Tais medidas são fundamentais para assegurar um uso seguro, equitativo e transparente da inteligência artificial no setor da saúde.

Classificados como dados sensíveis pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), esses registros revelam aspectos íntimos da existência humana, como condições clínicas crônicas (por exemplo, diabetes e câncer), transtornos mentais (como depressão e ansiedade), predisposições genéticas e históricos de tratamentos invasivos (BRASIL, 2018). No Brasil, a LGPD os equipara a informações sobre convicções religiosas, orientação sexual e filiação política, exigindo proteção reforçada e consentimento explícito para seu tratamento (BRASIL, 2018). Em razão dessa sensibilidade, a migração de registros em papel para os Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP) trouxe ganhos em eficiência, mas também expôs vulnerabilidades que ultrapassam problemas técnicos e envolvem implicações éticas. A interoperabilidade, necessária para o compartilhamento de dados entre hospitais públicos e privados, enfrenta assimetrias de segurança: instituições com protocolos frágeis tornam-se potenciais pontos de violação, por exemplo, para vazamentos de dados.

Essas brechas alimentam um ecossistema de riscos ampliado pela digitalização: ataques cibernéticos sequestram dados e interrompem tratamentos;

fallas em dispositivos médicos conectados à internet das coisas (*IoT*) possibilitem até a manipulação remota de marcapassos; e a comercialização ilegal na *dark web* transforma prontuários psiquiátricos em commodities cotadas em cerca de US\$ 500,00. *Startups* de saúde, sob o pretexto de “parcerias inovadoras”, frequentemente repassam dados de *wearables* — como padrões de sono e batimentos cardíacos — a seguradoras, terceirizando riscos e violando o princípio da finalidade previsto na LGPD (BRASIL, 2018).

Nesse contexto, o consentimento explícito previsto na lei mostra-se frágil: em emergências médicas, a urgência anula a autonomia do paciente; termos de uso de aplicativos de saúde ocultam o compartilhamento com terceiros; e a suposta anonimização falha ao cruzar metadados, como a geolocalização registrada por *smartwatches*, permitindo a reidentificação dos indivíduos. A proteção desses dados sensíveis requer, portanto, mais do que a mera conformidade legal.

Em suma, a utilização do *Big Data* na saúde é relevante, pois, por meio de seus princípios estruturais básicos — os 5 V’s —, os dados coletados e armazenados possibilitam a predição de processos, facilitam diagnósticos e respostas em situações de emergência, além de fornecerem uma ampla gama de informações imediatas. Contudo, para que o *Big Data* seja plenamente aproveitado, é necessária a regulamentação do seu uso e a conscientização dos profissionais que lidam com essa ferramenta, a fim de evitar usos inadequados e vazamentos de dados, como exemplificado neste capítulo. O *Big Data* representa o preenchimento das lacunas existentes, configurando-se como um novo órgão vital para os sistemas de saúde.

## Referências

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. **Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).** Diário Oficial da União: Brasília, 15 ago. 2018. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm). Acesso em: 27 jun. 2025.

COLOMBO, C.; NETO, E. F. Mineração de Dados e Análise Preditiva: Reflexões Sobre Possíveis Violações ao Direito de Privacidade na Sociedade da Informação e Critérios para sua Adequada Implementação à Luz do Ordenamento Brasileiro. **Revista de Direito, Governança e Novas Tecnologias**, v. 3, n. 2, p. 59-80, 2017. DOI: <https://doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2526-0049/2017.v3i2.2345>.

ELIAS, M. A. *et al.* Inteligencia artificial en salud y sus implicaciones bioéticas: una revisión sistemática. **Revista Bioética**, v. 31, p. e3542PT, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-803420233542EN>.

FAGUNDES, T. P. *et al.* Big data em Saúde do Trabalhador: o quanto distantes estamos? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 49, p. 1-15, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/40522pt2024v49edcinq11>.

FERNANDES, F. T.; FILHO, A. D. P. C. Perspectivas do uso de mineração de dados e aprendizado de máquina em saúde e segurança no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 44, p. e13, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000019418>.

LANEY, D. **3D Data Management**: Controlling Data Volume, Velocity, and Variety. META Group, 2001.

MOHAMMED, H. Big Data, Big Decisions: Choosing the Right Database. **Ciência da computação**, v. 1, 2024. DOI: <https://doi.org/10.48550/arXiv.2405.02506>.

XAFIS, V. *et al.* An Ethics Framework for Big Data in Health and Research. **Asian Bioethics Review**, v. 11, n. 3, p. 227-254, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s41649-019-00099-x>.

# CAPÍTULO 8

## A CLÍNICA AUTOMATIZADA: BIOÉTICA E INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL CONTEMPORÂNEA

*Alana Rodrigues de Oliveira, Ana Julia de Carvalho Barcelos, Clara Machado Mortari,  
Francieli Fagundes Bitencourt e Mirella Carolina Sydol*

A interseção entre bioética e inteligência artificial (IA) no âmbito da saúde desenha um domínio de estudo que cresce velozmente, com reflexos imediatos nas práticas médicas, na administração dos sistemas de saúde e nos direitos dos pacientes. A utilização da IA no setor de saúde tem propiciado mudanças notáveis, que abrangem desde diagnósticos exatos e precoces até a automatização de procedimentos burocráticos e o suporte à tomada de decisão médica. Por meio da análise de extensos conjuntos de informações e da identificação de padrões que escapam à cognição humana, os sistemas de IA sinalizam maior desempenho, individualização no tratamento e otimização de recursos (AMADO, 2024).

Todavia, essa inovação tecnológica também traz questionamentos éticos que não podem ser negligenciados. A utilização progressiva de algoritmos para auxiliar – ou até mesmo determinar – em contextos clínicos gera incertezas sobre o papel dos profissionais de saúde e dos próprios pacientes nessa dinâmica. Será que médicos, enfermeiros e psicólogos entre outros ainda terão autonomia para decidir, ou seguirão unicamente as orientações da máquina? De que forma assegurar que o paciente entenda o que está permitindo ao consentir com a utilização de seus dados por uma IA? Isso nos leva a refletir: como garantir que a tecnologia de fato auxilie sem suprimir a independência das pessoas e sem converter o tratamento em algo impessoal?

A antropologia cultural, ciência que reflete acerca da necessidade de ponderar valores, normas e práticas culturais dos seres humanos (NASCIMENTO; SASSERON, 2019), faz-se importante na análise da relação entre a bioética e a IA no âmbito da saúde. Propõe uma análise crítica acerca do desenvolvimento da IA nos diversos contextos sociais e culturais, que vise o respeito e a preservação das particularidades de cada parcela da sociedade (SCHRAMM; ESCOSTEGUY, 2000).

Diante dessas questões, este capítulo tem como objetivo discutir e analisar o panorama da IA na medicina, revisando a literatura acadêmica para compreender sua aplicação na prática médica, identificar suas principais funcionalidades e técnicas, avaliar benefícios e limitações e examinar recomendações para seu uso ético e eficaz, considerando também os efeitos psicológicos envolvidos. Argumenta-se que a IA deve funcionar como instrumento de apoio aos médicos e demais profissionais de saúde. Considerando a realidade contemporânea, em que a tecnologia está cada vez mais integrada ao cotidiano, sua presença na área da saúde é inevitável. Entretanto, é necessário que sua utilização seja orientada por princípios de consciência, ética e responsabilidade.

Nesse contexto, a tecnologia revolucionou a capacidade humana de processar informações e se comunicar. A IA, como extensão da ciência da computação, utiliza algoritmos para executar funções avançadas, analisar dados e tomar decisões de forma autônoma, facilitando o trabalho de profissionais da saúde e ampliando as possibilidades de atuação. Essa integração permite pensar novas formas de cuidado, otimizando processos e oferecendo suporte relevante, mas sem substituir a importância da dimensão humana no atendimento. Como exemplo, destaca-se o artigo intitulado *A Deep Learning Model to Predict a Diagnosis of Alzheimer Disease by Using <sup>18</sup>F-FDG PET of the Brain*, que menciona a utilização de IA por pesquisadores da área de neurologia da Universidade da Califórnia para identificar sinais precoces de demência, aproximadamente seis anos antes do diagnóstico clínico definitivo (DING et al., 2019).

Esse caso ilustra como a IA tem o potencial de transformar as práticas de cuidado em saúde de diversas maneiras, como no diagnóstico e no tratamento, visto que os algoritmos são capazes de analisar grandes volumes de dados de forma rápida, identificando padrões que podem não ser evidentes para os profissionais de saúde. Isso melhora a precisão dos diagnósticos e permite a personalização dos tratamentos. Outro exemplo é na eficiência operacional, ou seja, a automação de processos administrativos e clínicos libera tempo para que os profissionais se concentrem no cuidado ao paciente, aumentando a eficiência do sistema de saúde. A telemedicina e o monitoramento remoto, também são questões positivas que auxiliam no trabalho do profissional da saúde, isso porque a IA facilita o monitoramento contínuo de pacientes, permitindo interven-

ções precoces e melhorando a gestão da saúde (TORRES; WERMELINGER; FERREIRA, 2025).

Diante desse contexto, de fato, a convergência entre as soluções tecnológicas de IA e o conhecimento médico está abrindo novas possibilidades para grandes avanços e melhorias na assistência aos pacientes, haja vista que as aplicações da IA na saúde são vastas e altamente relevantes. Lobo (2017, p.3) afirma que

“O uso de sistemas que cruzam remédios prescritos e dados do paciente, que evitem interações ou doses inapropriadas, está disponível e se reflete em uma prescrição medicamentosa mais segura. Com isso, médicos e farmacêuticos se beneficiam desses sistemas que confrontam dados e prescrições, evitando casos de medicações inadequadas a mulheres grávidas, pessoas com insuficiência renal ou indivíduos alérgicos à droga prescrita e interações entre medicações feitas por mais de um profissional” Lobo (2017, p.3).

Portanto, fica evidente que a área de diagnóstico e detecção de doenças tem se beneficiado da IA. Esse avanço viabiliza a identificação precoce de doenças, como câncer, problemas cardíacos e distúrbios neurológicos, aumentando as perspectivas de tratamento eficaz e melhores resultados para os pacientes (JUNIOR; SILVA; BRITO, 2024).

Outra área da saúde que vem se beneficiando e transformando continuamente a prática médica é a cirurgia robótica. Trata-se de uma técnica minimamente invasiva em que todas as manobras são conduzidas pelo cirurgião e executadas por meio do robô. Essa tecnologia se destaca pela disponibilidade de equipamentos e instrumentos de alta precisão, como a câmera 3D, que proporciona uma visão profunda e detalhada. O console e os braços robóticos também auxiliam o profissional, oferecendo controle exato dos movimentos e estabilidade às mãos do cirurgião, o que evita possíveis tremores e possibilita incisões cada vez menores. Ademais, é válido pontuar os impactos positivos para o paciente, isso porque a cirurgia robótica faz pequenas incisões precisas, o que causa menos dor e menor risco de sangramentos, diminuindo as taxas de infecções. Outra questão vantajosa é a redução do tempo de internação e do tempo de recuperação no hospital, a depender da complexidade do procedimento, pode receber alta no mesmo dia e retornar às atividades diárias rapidamente (MELO, 2023).

No entanto, devemos considerar os limites éticos relacionados à IA. É importante garantir que a IA seja uma ferramenta de apoio, e não uma substituta do olhar crítico, da sensibilidade e da autonomia dos profissionais de saúde. Também é essencial proteger a privacidade dos dados dos pacientes, já que a IA depende do uso de informações sensíveis. Portanto, a IA tem muito a contribuir, mas seu uso na saúde só faz sentido se for guiado por princípios éticos como autonomia, transparência, responsabilidade e cuidado com a privacidade, sempre colocando o ser humano no centro do processo. Ainda sob essa perspectiva, um desafio importante é a possibilidade de a IA atuar de forma autônoma, substituindo a intervenção humana. Esse cenário gera questionamentos éticos e legais sobre a responsabilidade profissional e pode comprometer a relação humana, que é elemento central no cuidado em saúde (MIRANDA, 2024).

O uso da IA nas decisões clínicas pode impactar a autonomia de profissionais e de pacientes de diversas maneiras, como na influência nas decisões do profissionais baseadas em dados, isto é, os especialistas podem se sentir pressionados a seguir recomendações algorítmicas, mesmo que suas intuições ou experiências sugiram o contrário, limitando sua autonomia profissional. Os dados dos pacientes podem ser coletados tanto dos prontuários eletrônicos quanto de consultas, exames, evolução da doença e uso de medicamentos. Com essas informações, os algoritmos, que podem ser atualizados, analisam os dados e sugerem possíveis diagnósticos, indicando as chances de cada um acontecer e propondo possíveis análises. Isso pode gerar um problema em relação ao paciente, o qual, ao invés de consultar um médico, pode se autodiagnosticar. Nesse caso, é válido lembrar que a automedicação guiada por IA apresenta um sério risco, pois, sem a avaliação de um profissional de saúde, pode levar a diagnósticos incorretos, uso inadequado de medicamentos e agravamento do quadro clínico (LEMOS, 2023).

No que se refere à IA e às práticas psicológicas, a *Royal Academy Spanish* (RAE) define a psicologia como a “ciência ou estudo da mente e do comportamento humano e animal”. Já a IA é um campo da ciência da computação dedicado ao desenvolvimento de sistemas que buscam imitar a capacidade cognitiva humana, com o objetivo de analisar informações e formular hipóteses para a resolução de problemas e a tomada de decisões. A capacidade de uma IA conseguir compreender a pessoa é o primeiro ponto a ser discutido. A interação humana

envolve aspectos emocionais e contextuais únicos, que escapam às capacidades de um sistema que opera a partir de algoritmos (ALVES, 2017).

Na Ucrânia, foi realizado um ensaio clínico randomizado com 104 mulheres diagnosticadas com transtornos de ansiedade em regiões afetadas por conflitos armados. As participantes foram alocadas em dois grupos: um utilizou o *chatbot Friend* como apoio diário e o outro recebeu sessões de psicoterapia presenciais de 60 minutos. A ansiedade foi avaliada pela Escala de Ansiedade de Hamilton e pelo Inventário de Ansiedade de Beck. Ambos os grupos apresentaram redução da ansiedade, porém em magnitudes diferentes: o grupo controle obteve reduções de 45% (Hamilton) e 50% (Beck), enquanto o grupo experimental apresentou reduções de 30% e 35%, respectivamente. O *chatbot* se mostrou uma alternativa viável e econômica para suporte psicológico em situações de vulnerabilidade. Um modelo híbrido que integre IA e intervenção presencial pode otimizar o cuidado em saúde mental, especialmente em áreas carentes ou em situações de emergência (SPYTSKA, 2025).

Apesar dessas potencialidades, é importante ressaltar que, como destacou Carl Gustav Jung, “Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana” (JUNG, 1991, p. 5). A empatia e a construção de um vínculo terapêutico genuíno constituem aspectos importantes do trabalho do psicólogo, inclusive do psicoterapeuta cognitivo, os quais dificilmente podem ser reproduzidos por sistemas computacionais. Máquinas não abrangem as subjetividades humanas, independentemente do avanço tecnológico (ARBELÁEZ, 2022).

Além disso, surgiram novos aplicativos capazes de fornecer material de referência abordando explicações detalhadas sobre diferentes transtornos psicológicos; aplicativos destinados a fornecer informações sobre serviços de atendimento psicológico e psiquiátrico disponíveis tanto no setor público quanto no privado e aplicativos que oferecem diariamente frases motivacionais (THEOPHILLO; MARTINS, 2022). No entanto, ao instalar um programa ou um aplicativo, o usuário, muitas vezes, concorda com termos que não leu. Redes sociais também coletam informações para fins comerciais. No campo da psicologia, o profissional atua conforme um código de ética e segue normativas impostas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2005), algo que a IA não pode reproduzir. Assim,

a exposição de dados sensíveis e o desconhecimento das normas éticas que deveriam reger esses serviços tornam-se um problema significativo (SOARES, 2024).

Ainda sobre os desafios éticos da IA na saúde: segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), a IA deve seguir seis princípios para atuar no interesse público. Dentre eles, proteção da autonomia humana; promoção do bem-estar e da segurança; garantia de transparência, aplicabilidade e inteligibilidade; promoção da responsabilidade e prestação de contas; garantia de inclusão e equidade; e desenvolvimento de uma IA responsável e sustentável.

Entre esses princípios, a proteção da autonomia e a promoção da responsabilidade estão diretamente relacionadas a um dos desafios delicados no uso da IA na saúde: a privacidade dos dados dos pacientes. A falta de regulamentações também se estende à privacidade dos dados dos pacientes, outra questão crítica. A IA depende de grandes volumes de dados médicos para “aprender” e gerar previsões ou diagnósticos. No entanto, a coleta e o uso desses dados podem expor informações sensíveis dos pacientes, comprometendo sua privacidade (NUNES; GUIMARÃES; DADALTO, 2022).

Elias *et al.* (2023) destacam que, nesse contexto, é fundamental que os sistemas de IA sejam transparentes e que os pacientes tenham controle sobre como seus dados são utilizados, garantindo que os princípios éticos de privacidade e confidencialidade sejam respeitados. Estas novas ferramentas servem de instrumentos valiosos para que o médico insira as informações de seus pacientes e obtenha auxílio no cuidado a ser oferecido. No entanto, as empresas de tecnologia não necessariamente irão garantir uma proteção adequada destes dados, até porque faz parte do negócio que se abre a monetização. Por isso, o paciente deve ser informado pelo médico de que a tecnologia será utilizada nos cuidados a serem oferecidos. Esta informação deve ser feita de maneira prévia ao uso da IA no atendimento, para que o paciente tenha a opção de se opor ao seu uso.

A obrigação de transparência nas tecnologias baseadas em IA enfrenta um obstáculo significativo relacionado às chamadas “caixas-pretas” — expressão que se refere à opacidade dos processos internos de certos sistemas automatizados, especialmente os que utilizam redes neurais profundas. Nessas tecnologias, os caminhos de decisão são tão complexos e numerosos que se tornam indecifráveis, mesmo para os próprios desenvolvedores. Isso significa que, em muitos ca-

sos, não é possível explicar de forma clara e rastreável como a máquina chegou a determinado resultado. Essa limitação compromete a responsabilização e dificulta o controle ético sobre o uso da IA. A proposta de garantir supervisão humana, embora pertinente, enfrenta barreiras práticas quando os próprios usuários não compreendem o funcionamento dos sistemas, seus riscos, suas possibilidades e, principalmente, o grau de confiabilidade que se pode ou não atribuir aos seus resultados (VINICIUS, 2024).

Diante disso, apresenta-se a teoria do risco, amplamente discutida no direito civil, segundo a qual quem se beneficia de uma atividade também deve assumir os riscos decorrentes dela. Na França, o artigo L.4001-3 da Lei nº 2021-1017, de 2 de agosto de 2021 (FRANÇA, 2021), permite o uso de inteligência artificial em atos médicos — como prevenção, diagnóstico ou tratamento — desde que o paciente seja previamente informado sobre a utilização da tecnologia e tenha a possibilidade de se opor ao seu uso. Após a aplicação da IA, o médico deve explicar como a tecnologia operou e de que forma interpretou os resultados (AITH, 2024).

No Brasil, a responsabilidade civil médica é, em regra, subjetiva, ou seja, exige comprovação de culpa, negligência ou imprudência. Isso leva em consideração o dever de cuidado, a experiência e as condições em que o ato foi realizado. Contudo, quando envolve falhas de IA, a questão se torna complexa: até que ponto o erro é do médico ou da tecnologia? É necessário avaliar se o profissional foi criterioso na escolha e uso da IA e se teve controle suficiente sobre ela (FERNANDES, 2022).

A jurisprudência brasileira ainda está se formando nesse tema, e a tendência é que cada caso seja analisado individualmente. Há discussões sobre a possibilidade de aplicar a responsabilidade objetiva, mas isso precisa ser equilibrado, visto que a IA é apenas uma ferramenta e o médico continua responsável por supervisionar seu uso. Além disso, o ordenamento jurídico permite a responsabilidade solidária, envolvendo também fabricantes e desenvolvedores, desde que fique comprovado defeito na tecnologia (OLIVEIRA, 2024).

Conclui-se que a incorporação da IA na saúde inaugura uma nova era de possibilidades, mas impõe o desafio de equilibrar inovação tecnológica com valores humanos. A reflexão ética não pode ser vista como um entrave, mas como um

guia para que o avanço seja acompanhado pela responsabilidade e pelo respeito à autonomia e dignidade de todos os envolvidos. A bioética se apresenta como um espaço de mediação indispensável, orientando práticas que promovam justiça e proteção dos direitos, sobretudo em um contexto em que decisões automatizadas ganham cada vez mais espaço.

Ao reconhecer a IA como uma ferramenta de suporte ao cuidado, reafirmamos que o protagonismo do profissional e o olhar atento ao paciente permanecem insubstituíveis. Assim, o futuro da saúde depende da construção constante de um diálogo entre tecnologia, ética e humanidade, assegurando que o progresso se traduza em benefícios reais e acessíveis para toda a sociedade.

## Referências

AITH, F. IA em saúde e os desafios para proteção de direitos dos pacientes. **JOTA**, 21 jun. 2024. Disponível em: <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/colunas/coluna-fernando-aith/ia-em-saude-e-os-desafios-para-protectao-de-direitos-dos-pacientes>. Acesso em: 13 jun. 2025.

ALVES, D. L. O vínculo terapêutico nas terapias cognitivas. **Revista Brasileira de Psicoterapia (Online)**, v.19, n.1, p. 55-71, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-868350>. Acesso em: 13 jun. 2025.

AMADO, T. C. Bioética e Inovações Tecnológicas na saúde: Desafios Éticos e legais na Era da Inteligência Artificial, Bioimpressão e Telemedicina. **Revista Contemporânea**, [S. l.], v. 4, n. 10, p. e6358, 2024. DOI: <https://doi.org/10.56083/RCV4N10-204>.

ARBELÁEZ, M. A. C. **Inteligência artificial e psicologia: qual é o seu vínculo?**. A Mente é Maravilhosa, 2022. Disponível em: <https://amenteemaravilhosa.com.br/inteligencia-artificial-e-psicologia/>. Acesso em: 05 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Código de Ética Profissional do Psicólogo. **Resolução CFP n.º 010/2005**. Brasília, 2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2025.

DING, Y. *et al.* A Deep Learning Model to Predict a Diagnosis of Alzheimer Disease by Using <sup>18</sup>F-FDG PET of the Brain. **Radiologia**, v. 290, n. 2, p. 456-464, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1148/radiol.2018180958>.

ELIAS, M. A. *et al.* Inteligencia artificial en salud y sus implicaciones bioéticas: una revisión sistemática. **Revista Bioética**, v. 31, p. e3542PT, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-803420233542ES>.

FERNANDES, B. Inteligência Artificial na Medicina e responsabilidade civil. **Bernardo Fernandes Advocacia**, 2022. Disponível em: <https://bernardofernandes.adv.br/inteligencia-artificial-na-medicina-e-a-responsabilidade-civi>. Acesso em: 28 maio 2025.

FRANÇA. **Lei nº 2021-1017, de 2 ago. 2021**. Relativa à bioética. Hospital sos cárddio. Cirurgia robótica: como é feita, vantagens e indicações. Disponível em: <https://soscardio.com.br/cirurgia-robotica-como-e-feita-vantagens-e-indicacoes/>. Acesso em: 13 jun. 2025.

JUNIOR, A.; DA SILVA, A.; BRITO, L. Utilização da Inteligência Artificial na Medicina. **Revista Ft LU**, v. 28, e134, 2024. DOI: 10.5281/zenodo.11235389.

JUNG, C. G. **Estudos Sobre a Psicologia Analítica**. Petrópolis: Vozes, 1991. Disponível em: [https://www.ijusc.com.br/wp-content/uploads/2021/06/72\\_jung\\_o\\_eu\\_e\\_o\\_inconsciente.pdf](https://www.ijusc.com.br/wp-content/uploads/2021/06/72_jung_o_eu_e_o_inconsciente.pdf). Acesso em: 04 ago. 2025.

LEMOS, A. **Inteligência artificial na saúde: benefícios e desafios**. Exame, 2022. Disponível em: <https://exame.com/inteligencia-artificial/inteligencia-artificial-na-saude-beneficios-e-desafios/>. Acesso em: 05 jun. 2025.

LOBO, L. C. Inteligência artificial e medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n.2, p. 185-193, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2esp>.

MELO, E. Conheça a Cirurgia Robótica e seus benefícios. **Super Passos**, 2023. Disponível em: <https://superpassos.com.br/conheca-a-cirurgia-robotica-e-seus-beneficios/>. Acesso em: 13 jun. 2025.

MIRANDA, G. OMS publica orientações para inteligência artificial na saúde. **MedScape**, 2024. Disponível em: <https://portugues.medscape.com/verartigo/6510601?form=fpf>. Acesso em: 12 maio 2025.

NASCIMENTO, L. A.; SASSERON, L. H. A constituição de normas e práticas culturais nas aulas de ciências: proposição e aplicação de uma ferramenta de análise. **Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências (Belo Horizonte)**, v. 21, p. e10548, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-21172019210104>.

NUNES, C da H.; GUIMARÃES, R. M. C.; DADALTO, L. Desafios bioéticos do uso da inteligência artificial em hospitais. **Revista Bioética**, v. 30, n. 1, p. 82-93, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301509PT>.

OLIVEIRA, G. de M. **Jovem morre após cirurgia realizada por falso médico com tutorial do youtube.** Aventuras na História, 2024. Disponível em: <https://aventurasnahistoria.com.br/noticias/historia-hoje/jovem-morre-apos-cirurgia-realizada-por-falso-medico-com-tutorial-do-youtube.phtml>. Acesso em: 12 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Ética e governança da inteligência artificial para a saúde. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/28-6-2021-oms-publica-primeiro-relatorio-global-sobre-inteligencia-artificial-na-saude-e>. Acesso em: 03 ago. 2025.

SCHRAMM, F. R.; ESCOSTEGUY, C. C. Bioética e avaliação tecnológica em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 951-961, 2000. Disponível em: <https://share.google/qJb5j7kRYbhNVucdx>. Acesso em: 13 jun. 2025.

SOARES, S. C. **A Inteligência Artificial (IA) na Psicologia: transformando a prática clínica.** (En)cena, 2024. Disponível em: <https://encenasaudamental.com/comportamento/tecnologia/a-inteligencia-artificial-ia-na-psicologia-transformando-a-pratica-clinica/>. Acesso em: 05 jun. 2025.

SPYTSKA, L. O uso da inteligência artificial na psicoterapia: desenvolvimento de sistemas terapêuticos inteligentes. **BMC Psychol**, v.13, n. 175, p. 1-12, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02491-9>.

THEOPHILO, R. L; MARTINS, A. C. S. Aplicativos móveis como aliados no acompanhamento e comunicação da dor. **Dor On Line**, 2022. Disponível em: <http://www.dol.inf.br/Html/EditoriaisAnteriores/Editorial273.pdf>. Acesso em 03 ago. 2025.

TORRES, D. R.; WERMELINGER, E. D.; FERREIRA, A. P. Aplicação da Inteligência Artificial na Atenção Primária à Saúde: revisão de escopo e avaliação crítica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 139, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-2898202514510070P>.

VINICIUS, V. Monitoramento remoto de pacientes: conheça essa tendência. **Portal Telemedicina**, 2024. Disponível em: <https://portaltelemedicina.com.br/monitoramento-remoto-de-pacientes-conheca-essa-tendencia>. Acesso em: 13 jun. 2025.

## POSFÁCIO

*Gracielle de Almeida Aguiar*

Este livro é resultado de discussões intensas e enriquecedoras realizadas em sala de aula. Ao longo desse percurso formativo, refletimos criticamente sobre os dilemas bioéticos que atravessam a saúde na contemporaneidade, considerando as nuances humanas e as transformações tecnológicas.

A base dessas reflexões encontra respaldo na disciplina de Antropologia cultural, especialmente nos aportes debatidos nas aulas. Esse campo do saber, dedicado ao estudo do ser humano em sua diversidade cultural, nos oferece ferramentas para compreender como valores, crenças e práticas simbólicas moldam as formas de viver, cuidar, sofrer e morrer. Conforme nos lembra Geertz (2008), a Antropologia busca interpretar as culturas por meio dos significados atribuídos pelos próprios sujeitos, permitindo-nos reconhecer que os fenômenos sociais e éticos não são universais ou neutros, mas historicamente situados e culturalmente construídos. Assim, a perspectiva antropológica nos convida a considerar a pluralidade de modos de existência, valorizando a escuta atenta, o respeito às diferenças e o entendimento de que os dilemas éticos são atravessados por contextos sociais, políticos e simbólicos.

A produção coletiva deste material nasce do desejo de ampliar debates, provocar reflexões e contribuir para uma formação ética, plural e engajada com as complexidades do nosso tempo. Nos capítulos apresentados, transitamos por temas delicados e essenciais: a reprodução assistida e os dilemas do desejo ou não-desejo de parentalidade; as escolhas no fim da vida; a escassez e os significados da doação de órgãos; as disputas legais e morais em torno do aborto; os cuidados éticos na psicoterapia; e os novos desafios da privacidade e da inteligência artificial na saúde. Cada uma dessas temáticas foi analisada com base em textos referenciais e no diálogo interdisciplinar, resultando em reflexões que não pretendem oferecer respostas fechadas, mas abrir caminhos de pensamento, posicionamento e ação.

A Psicologia tem um papel central nesse cenário, ao se comprometer com uma escuta ética e atenta à diversidade das experiências humanas. A atuação

psicológica, quando orientada por princípios bioéticos, contribui para práticas justas, acolhedoras e respeitosas, especialmente em contextos de vulnerabilidade, sofrimento e tomada de decisão. É nesse entrelaçamento entre Psicologia e Bioética que surgem novas possibilidades de cuidado e de compromisso com a dignidade de cada sujeito.

As tecnologias, cada vez mais presentes nas práticas de saúde, trazem avanços inegáveis, mas também impõem desafios éticos complexos. O uso da *big data* e da inteligência artificial, por exemplo, exige que pensemos sobre privacidade, equidade, consentimento e autonomia. Nesses contextos, a bioética nos convida a manter a humanização como horizonte, assegurando que a técnica não se sobreponha ao valor da vida. A formação em Psicologia, ao integrar essas discussões, prepara profissionais mais conscientes de seu papel ético em um mundo em constante transformação.

Desejamos que este livro seja mais do que um produto final de uma disciplina: que ele inspire continuidades. Que seja uma semente lançada em terrenos diversos — na clínica, na pesquisa, na educação, na gestão em saúde — e que floresça em novas perguntas, caminhos e posicionamentos. Como nos lembra o poeta espanhol Antonio Machado, no poema publicado originalmente em 1912, “*Caminhante, não há caminho, o caminho se faz ao caminhar.*” Que cada leitor(a) possa, a partir das reflexões, construir seus próprios caminhos éticos, sustentados pela escuta, pela responsabilidade e pela valorização da vida em todas as suas formas.

## Referências

- ARENDT, H. **A condição humana.** 13. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2018.
- BAUMAN, Z. **Modernity líquida.** Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- EKATERINA, S. Unveiling the cultural significance of illness and healing: perspectives from psychological and medical anthropology. **Social Science Chronicle**, v. 3, e. 1, p. 1-15, 2023. DOI: <https://doi.org/10.56106/ssc.2023.002>.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** 14. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

HÄYRY, M. Bioética e o Valor da Vida Humana. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, v. 34, e. 2, p. 220-230, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0963180124000331>.

LUDWIG, M. W. B. *et al.* Psicoterapia e bioética: aproximando conceitos, aperfeiçoando práticas. **Psicologia em Estudo**, v. 12, p. 603-608, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722007000300017>.

MACHADO, A. **Campos de Castilla**. Madrid: Renacimiento, 1912/1999.

SGRECCIA, E. Bioética e a Psicosfera. **Medicina e Morale**, v. 38, n. 5, 2024. DOI: <https://doi.org/10.4081/mem.1988.1328>.

## SOBRE OS AUTORES

**Adriana Facin Silveira** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Alexia Branquier Mikoleiczaki** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Alana Rodrigues de Oliveira** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). É integrante do projeto Livros que Livram: Remição pela Leitura (Direito & Literatura).

**Allan Vaz Fortes De Araújo** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Ana Carolina Pazinato De Lucca** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Ana Claudia Pinto da Silva** é professora substituta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), doutoranda em Psicologia pela mesma instituição, bolsista da CAPES e integrante do Núcleo de Estudos sobre os Contextos de Desenvolvimento Humano: Família e Escola (NEDEFE/UFSM). É graduada em Psicologia pela Universidade Franciscana (UFN), especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental e licenciada pelo Programa de Formação de Professores (PEG/UFSM). É mestre em Psicologia pela UFSM.

**Ana Julia de Carvalho Barcelos** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Anna Julia Caxambu** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Anna Livia Kraulich Macedo** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Brenda Elisete Severo Alves** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), bolsista PROGEP-UFSM no Núcleo de Educação e Desenvolvimento (NED).

**Clara Machado Mortari** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Eduarda Motta Carvalho** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Felipe Miranda Keller** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Franciele Del Vecchio dos Santos** é graduada em Licenciatura em Ciências Sociais pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Licenciada em Pedagogia e Geografia pelo Centro Universitário Cidade Verde. É mestre e doutora em Educação Escolar pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Possui especialização em Ética, valores e cidadania pela Universidade de São Paulo e em Processos didáticos pedagógicos para cursos na modalidade a distância pela Universidade Virtual do Estado de São Paulo. Atuou como socióloga no Instituto Racional de Organização do Trabalho (IDORT) na área de mapeamento social de regiões de vulnerabilidade. Foi tutora/facilitadora na Universidade Virtual do Estado de São Paulo junto aos cursos de licenciatura. Atualmente é docente de Ciências Humanas nos Anos Finais do Ensino Fundamental e Ensino Médio. Faz parte do Grupo de Pesquisa “Trabalho Docente, suas relações com o universo escolar e a sociedade” da UNESP.

**Francieli Fagundes Bitencourt** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Giovanna da Rocha Dotto** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), bolsista PRAE-UFSM no Setor de Apoio Pädagogico do Centro de Ciências Sociais e Humanas (CCSH).

**Gustavo Fogaça Da Luz** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Gracielle Almeida de Aguiar** é mestrandna em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), bolsista da CAPES e integrante da Rede de Estudos sobre Desenvolvimento na Infância, Adolescência e Juventude (REDIJUV/UFSM). É graduanda em Direito na Faculdade integrada de Santa Maria-RS, especialista em saúde coletiva e em psicologia jurídica. Graduada em Psicologia pela Faculdade Integrada de Santa Maria - RS. Licenciada pelo Programa de Formação de Professores (PEG/UFSM).

**Joaquim Gabriel Vieira Rodrigues** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Karoline Ciprandi Bohrz** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Leidy Yohana Ramirez Quintero** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Luana Gularte Dias** é estudante de graduação em Psicologia na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrante dos grupos de pesquisa em Neurociências e Psicologia Experimental (Neurovale) e Pesquisa e Avaliação de Alterações da Cognição Social (PAACS), com bolsas PIC/EBSERH e FIPE. Membro colaboradora da Liga Acadêmica de Neurociências (Neuroliga) da UFSM.

**Lucas Jose Brun** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Luciano Cavaco Machado Júnior** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Luiza Abbadi Ebliing** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Luiza Temp** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Luseidis Alejandra Bermudez Coa** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Marcos Vinicius Soldatelli Padilha** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Maria Julia Couto De Oliveira** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Matheus Bedin Espindola** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Mirella Carolina Sydol** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Murillo Ferreira Da Rosa** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Paola Luiza Fernandes Batista** é estudante de psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Pedro Henrique da Silva Portolann** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Rafaely Monique dos Santos** é estudante de graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Robson Uilian Aguiar da Rosa** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Valentina de Oliveira Schittler** é estudante de graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Vitória Bittencourt da Silva** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Vitoria Salete Barbieri** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Vitoria Stefano Dal Molin** é estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).



# **Ensaios sobre bioética contemporânea**

---

Ana Claudia Pinto da Silva  
Gracielle Almeida de Aguiar  
Luana Gularce Dias