

Bioética na atenção primária à saúde: experiência moral, território, cuidado

Alvaro Andrés Hevia Castillo¹

1. Observatorio de Bioética de Chile. Valparaíso, Chile.

Resumo

Nas últimas décadas foram realizadas diversas reflexões e pesquisas sobre bioética na atenção primária à saúde, mas ainda não foi estabelecida uma proposta. De modo geral, essas propostas defendem que a bioética na atenção primária à saúde deve considerar particularidades, problemas e contextos da atenção primária à saúde, que são diferentes da atenção à saúde nas instituições hospitalares. No entanto, não há progresso nessa questão e ainda são realizadas tentativas de aplicar uma bioética clínica com uma lógica “hospitalar”. Este artigo tem como objetivo refletir sobre algumas possíveis razões para o baixo impacto da bioética na atenção primária à saúde e apresentar uma proposta geral para a bioética na atenção primária à saúde baseada na experiência moral, no território e no cuidado. Esse é o primeiro passo para o desenvolvimento de uma proposta mais completa de bioética na atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Bioética. Atenção primária à saúde. Território sociocultural.

Resumen

Bioética en atención primaria de salud: experiencia moral, territorio, cuidado

En las últimas décadas se han presentado diversas reflexiones e investigaciones sobre bioética en atención primaria de salud, sin embargo, ninguna propuesta ha logrado establecerse aún. Generalmente estas propuestas señalan que la bioética en atención primaria de salud debería considerar las particularidades, problemas y contextos propios de la atención primaria de salud, que son diferentes de la atención de salud en instituciones hospitalarias. No obstante, no se ha logrado avanzar en esa dirección y se sigue intentando aplicar una bioética clínica de lógica “hospitalaria”. Este artículo pretende reflexionar sobre algunas posibles razones del bajo impacto que ha tenido la bioética en atención primaria de salud, y presentar una propuesta general de bioética en atención primaria de salud basada en la experiencia moral, el territorio y el cuidado. Esto representa el primer paso hacia el desarrollo de una propuesta más acabada de bioética en atención primaria de salud.

Palabras clave: Bioética. Atención primaria de salud. Territorio sociocultural.

Abstract

Bioethics in primary health care: moral experience, territory, care

In recent decades, several reflections and research on bioethics in primary health care have been carried out, but a proposal has not yet been established. In general, these proposals argue that bioethics in primary health care should consider particularities, problems and contexts of primary health care, which are different from health care in hospital institutions. However, there is no progress on this issue and attempts are still being made to apply clinical bioethics with a “hospital” logic. This article aims to reflect on some possible reasons for the low impact of bioethics in primary health care and to present a general proposal for bioethics in primary health care based on moral experience, territory and care. This is the first step towards the development of a more complete proposal for bioethics in primary health care.

Keywords: Bioethics. Primary health care. Sociocultural territory.

Declara não haver conflito de interesse.

A bioética na atenção primária à saúde (APS) vem ocupando seu lugar nas últimas décadas^{1,2}. No Chile inclusive existem publicações dedicadas ao tema³. De modo geral, os textos destacam que, dadas as diferentes características da atenção primária com relação à assistência hospitalar, uma bioética na APS também deve ser diversa e corresponder a particularidades, problemas e contextos da APS. No entanto, essa análise diversa não foi elaborada com a intensidade, amplitude e rigor da bioética clínica hospitalar. Para González-de Paz, *a singularidade da estrutura de cuidados com a AP já foi referida em várias ocasiões, no entanto, a análise diferenciada da bioética clínica não foi amplamente explorada*⁴.

Nesse sentido, a maioria dos programas de formação em bioética no ensino superior se concentra nas questões éticas mais gerais e socialmente debatidas ou nos temas tecnológicos mais “espetaculares” e de vanguarda, fornecendo ferramentas para lidar com essas questões, por exemplo, para a tomada de decisões em casos de pacientes críticos no início ou no final da vida, mas não leva em consideração os problemas éticos da APS⁵⁻⁸. Sem hesitar, podemos afirmar que a bioética clínica tem sido principalmente hospitalar⁹.

Com isso em mente, considerando que já se passou muito tempo desde a Declaração de Alma-Ata e que a bioética vem sendo discutida formalmente na APS, elaboramos esta questão: Por que os conteúdos dessa disciplina ainda não foram implementados? Por que seu impacto não foi significativo?¹⁰ Ainda não temos respostas para essas questões, mas tecemos algumas reflexões que podem lançar luz sobre elas.

Críticas à bioética na atenção primária à saúde

Em primeiro lugar, embora os textos sobre a bioética na APS busquem apontar a necessidade de uma bioética específica¹¹, ao se aprofundarem nessa questão não conseguem sair da perspectiva generalista dos quatro princípios da bioética que, como sabemos, são o marco primordial da bioética clínica hospitalar. E, embora usem princípios diferentes dos quatro clássicos, a lógica

dos princípios não foi alterada. Basicamente, a necessidade de desenvolver uma bioética específica não foi cumprida.

Em segundo lugar, muitos artigos de bioética têm pouco rigor teórico nas análises, misturando teorias, pontos de vista, abordagens, “paradigmas” etc.; e, em muitas ocasiões, os termos “valores”, “princípios”, “normas”, “deveres”, “virtudes” são tratados como sinônimos. Um exemplo claro é a abordagem sobre a bioética em um dos manuais mais importantes do Ministério da Saúde do Chile para as equipes de APS, as chamadas *Diretrizes para a implementação do modelo de atenção integral em saúde da família e da comunidade*¹².

Esse manual define o sistema de saúde chileno como um sistema baseado na atenção primária em que, a partir do modelo de atenção integral à saúde, são estabelecidos os princípios que norteiam o trabalho das equipes de saúde na rede de atenção desde a prevenção de danos até o tratamento, de forma cada vez mais inclusiva de outras necessidades de saúde no âmbito da família e da comunidade. O manual busca atualizar os fundamentos e o escopo do modelo de atenção integral à saúde, enfatizando como colocar seus princípios em prática.

O ponto 4 do capítulo I desse manual apresenta os aspectos éticos no trabalho das equipes de saúde de acordo com a APS atualizada. Nessa seção são expostos valores, princípios e elementos essenciais em um sistema de saúde baseado na APS e, em seguida, vincula-se cada um desses elementos essenciais a diferentes princípios e marcos éticos, supostamente de acordo com cada elemento. Esses princípios e marcos éticos são basicamente o que as equipes de saúde devem saber para fazer um trabalho adequado no desenvolvimento dos elementos. E aí está uma verdadeira colagem.

Em poucos parágrafos e de forma muito superficial, são apontadas, quase que apenas nomeando-as, várias teorias da tradição ética ocidental (ética kantiana, ética utilitarista, ética para a civilização tecnológica, ética do cuidado) junto com os princípios da bioética, algumas regras etc., tentando vinculá-las a cada um dos elementos, como pode ser visto no Quadro 1 tal como é apresentado no texto do Ministério da Saúde.

Quadro 1. Elementos da APS atualizada em relação ao princípio ou marco ético associado que se propõe integrar¹²

Elemento APS atualizado	Princípio/Marco Ético
Acesso e cobertura universal	Justiça, equidade no acesso aos serviços de saúde
Atenção integral e integrada	Ética do cuidado
Ênfase na promoção e prevenção da saúde	Beneficência Não maleficência
Atenção adequada	Beneficência
Orientação familiar e comunitária	Ética do cuidado
Mecanismos de participação ativa	Ética kantiana
Políticas e programas que fomentam a equidade	Teorias da justiça Regra da oportunidade justa
Primeiro contato	Respeito à autonomia Proteção das pessoas com deficiência
Estrutura jurídica e institucional	Bioética comunitária
Organização e gestão ideais	Princípios materiais da justiça distributiva
Recursos humanos	Declaração de princípios locais Comitê de Ética Assistencial (CEA) e Comitê de Ética em Pesquisa (CEI)
Recursos adequados e sustentáveis	Ética para a civilização tecnológica
Ações intersetoriais	Princípio da responsabilidade
Emergências e desastres	Ética prática Ética utilitarista

APS: Atenção primária à saúde

Como podemos ver, os “princípios ou marcos éticos” relacionados a cada elemento correspondem a diferentes tradições ou correntes, por exemplo, a “ética kantiana” e a “ética do cuidado”. Sem uma ordem e contexto, as seis páginas sobre os aspectos éticos no trabalho das equipes de saúde apresentam noções de ética que as equipes devem saber aplicar em seu trabalho, mas acaba sendo uma espécie de *checklist*.

Se o manual que tem como objetivo orientar o trabalho prático das equipes de saúde apresenta a bioética de forma tão informal, sem profundidade ou contexto, e, mais importante, com tão pouco rigor teórico e com um conteúdo tão inadequado, não podemos esperar que esse texto se torne algo significativo ou, pelo menos, que seja minimamente um tipo de guia, tendo algum impacto na atenção primária e no cuidado das pessoas. Com esse tipo de análise não será possível avançar, sendo necessário um verdadeiro programa de bioética na APS, que seja significativo e capaz de

orientar os profissionais de saúde, o que o manual claramente não faz.

Em terceiro lugar, a bioética há muito tempo vem se transformando em uma disciplina acadêmica¹³ que não consegue sair dos muros das universidades, dos centros de pesquisa, das instituições de saúde, de uma questão de bioéticos, de alguns profissionais de saúde e pesquisa interessados nela, uma questão de especialistas. Como Miguel Kottow vem apontando há mais de uma década: *a bioética delibera em um vácuo por falta de ancoragem nas estruturas sociais, onde sua reflexão poderia ser transformada em ação; ela corre o risco de se tornar uma paixão inútil*¹⁴.

Pouco resta do impulso original que levou Pellegrino¹⁵ a considerá-la um movimento e não uma disciplina. Nesse sentido, a bioética tem principalmente um caráter unidirecional, tendo as comunidades, a sociedade civil e suas organizações como receptores passivos, exceto no caso de grupos ativistas. Embora geralmente não o apontem expressamente, esses grupos realizam

um trabalho eminentemente bioético desafiando a institucionalidade ou as sanções sociais, indo mais fundo e avançando rapidamente, na velocidade imposta pelos problemas contingentes, mas não se perdem em contingências ou em infinitas discussões metafísicas.

Resumindo, fazem um trabalho bioético-social-político. Estamos nos referindo aos grupos que lutam por direitos, por exemplo, o movimento feminista latino-americano, que luta pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, como o aborto. Com exceção dos casos de ativismo bioético e político oriundos da sociedade civil e para o cuidado da própria sociedade civil, a bioética como disciplina permaneceu mais interessada em sua própria prática, fechada em si mesma, com pouco vínculo com a sociedade.

Após várias décadas de existência, é totalmente necessário que a bioética seja o que deve ser, que cumpra sua função social e que, como diz Gracia, contribua *para a educação com autonomia, responsabilidade e deliberação de todos os sujeitos, fazendo-os passar de heterônomos a autônomos, de súditos a cidadãos, de pessoas submissas e obedientes a sujeitos críticos e maduros*¹⁶, sujeitos capazes de uma gestão razoável e prudente de seu corpo, sua sexualidade, sua vida e morte.

Uma bioética a partir da experiência moral

Em um texto do início dos anos 1990, Gracia¹⁷, como um bom conhecedor da história da bioética, em parte graças aos seus estudos nos Estados Unidos, aponta de forma clara que a bioética é uma criação tipicamente americana. Esse “tipicamente” não é à toa, está relacionado com o fato de ter sido presidida por três fatores: casuismo, proceduralismo e decisionismo.

Isso nos permite levantar, entre outras questões, que a ética substantiva não esteve muito presente nessa história, o que é relevante para nosso estudo, porque deu principalmente à bioética um significado operacional e funcional, podendo levar a que ela seja pensada simplesmente como uma aplicação da ética no campo da saúde e dos estudos biomédicos. Esse entendimento da bioética vem impondo uma espécie de modelo de engenharia do raciocínio moral e se tornou uma verdadeira tecnologia

de gestão de problemas¹⁸. A aplicação de princípios tem sido central e tem contribuído para que a bioética assuma uma racionalidade técnica, deixando sua natureza primordialmente ética¹⁹. É preciso passar da lógica de aplicação de princípios a uma bioética com base na realidade, na experiência moral.

Conceitualmente, “princípio” é entendido como uma afirmação fundamental e irrefutável, que serve de base para um raciocínio, tem validade incontestada e não está subordinado a outro²⁰. Na ética tradicional houve tentativas de estabelecer princípios, sendo o mais clássico o imperativo categórico de Kant, que foi imediatamente criticado por seu distanciamento do mundo da vida, suas circunstâncias e situações concretas.

Na bioética, os princípios operam, na verdade, como generalizações normativas destinadas a orientar as ações. Beauchamp e Childress apontam que *os princípios não funcionam como regras precisas de comportamento que estabelecem como agir em cada circunstância (...) são diretrizes gerais que deixam um espaço considerável para um julgamento em casos específicos*²¹. É por isso que, em sua aplicação, os princípios da bioética se tornaram simplesmente um esquema, uma grade *a priori* cujo objetivo é abranger as complexidades da realidade, que cumprem uma função taxonômica sem qualquer profundidade real na compreensão da experiência moral.

Os princípios são derivados de um fenômeno anterior, os valores. Isso raramente é mencionado, mas os princípios são gerados a partir das projeções que fazemos; o fenômeno principal é a avaliação. Por exemplo, se existe o princípio da não maleficência, é porque anteriormente valorizávamos a vida e a integridade das pessoas e, portanto, considerávamos que não deveríamos prejudicá-las. Os valores, como fenômenos primários, estão diretamente vinculados à realidade, razão pela qual pensamos que a bioética deve se concentrar em torno de valores, e não de princípios, e em torno da construção de valores, pois é daí que derivam os deveres (princípios) que consideramos eticamente corretos.

O interessante disso é que, como os valores são projeções da realidade, eles são um fenômeno situado, com um contexto e uma construção coletiva. Uma bioética baseada em valores, e não em princípios, faz justiça às experiências das pessoas e nos permite tentar compreender melhor as decisões de cada indivíduo²².

É hora de ir além da bioética como esquema de aplicação se realmente quisermos uma bioética com fundamentos éticos e não jurídicos^{23,24}. Isso significa que a bioética na APS precisa estar mais próxima da realidade, da experiência moral dos sujeitos e grupos, de seus contextos e circunstâncias, de suas projeções, reflexões e decisões, entendendo que o que está em jogo é o cuidado e a vida deles, e não a autoafirmação da disciplina bioética.

Uma bioética a partir do território

A transição da bioética sob a lógica da aplicação de um esquema de princípios para uma bioética que surgiu no espaço onde a vida, as condições e as circunstâncias das pessoas são desenvolvidas e reproduzidas nos leva a considerar outra questão nessa proposta: o território.

O conceito de território, emergido no pensamento geográfico, vem sendo utilizado por diversas disciplinas, especialmente nas ciências sociais como sociologia, antropologia, economia etc. Tornou-se um conceito interdisciplinar, por fazer parte dos referenciais teóricos de diversas disciplinas que têm como objeto de estudo os múltiplos tipos de relações apresentadas pelos seres humanos²⁵. Nas ciências da saúde isso também ocorre e ajuda a compreender o processo saúde-doença-cuidado a partir de uma nova dimensão²⁶, que no nosso caso é fundamental, uma vez que aí ocorrem as questões e problemas bioéticos da APS.

As primeiras abordagens desde os movimentos de higiene pública do século XVIII consideravam o território como um espaço externo, uma entidade independente e separável da atividade social. Como aponta Molina, o território é concebido como um espaço que contém riscos naturais e uma área politicamente delimitada sob a administração do Estado; é uma variável de delimitação geográfico-ambiental, que se supõe independente de processos sociais de ordem política e econômica mais ampla²⁷.

Desde a medicina social do século XVIII e ao longo do século XX, os fatores econômicos, políticos e culturais de configuração dos territórios são somados aos fatores ambientais para tentar explicar o surgimento das doenças.

O território é entendido nesse caso como uma espacialização do poder do Estado, como entidade político-administrativa e cenário físico, onde estão localizados os determinantes sociais da doença²⁷. As unidades territoriais são organizadas e administradas “de cima” pelo poder estatal, e nesse sentido o território ainda é entendido como um modo de organização externo aos indivíduos, que são territorializados pelo fato de estarem localizados em um determinado espaço.

Vinculada a essa forma de compreensão do território, a proposta dos determinantes sociais da saúde ainda é insuficiente para abranger o processo saúde-doença-cuidado e, além disso, invisibiliza os determinantes gerais e intermediários da saúde (globalização, desigualdades de classe, determinações de gênero, entre outros). Nesse sentido, é preciso pensar a relação entre saúde e sociedade para além dos “determinantes sociais” propostos pela Organização Mundial da Saúde, haja vista tanto a acriticidade, a não especificidade e a difusividade que o “ambiente social” adquire nessa perspectiva quanto o traço biomédico individualizante que regula sua incorporação²⁸.

A partir da tradição da medicina social contemporânea e da saúde coletiva, o território é concebido como um produto social, oriundo da dinâmica dos modos de produção e reprodução social. Nesse cenário, a análise da saúde não se limita à distribuição espacial das características físicas do ambiente que afetam o perfil epidemiológico de uma determinada população; tanto o território quanto a saúde são ao mesmo tempo processos e produtos de relações sociais e modos de produção, que propõem formas específicas de relação com a natureza, de viver e de adoecer²⁷.

O território não é mais compreendido com critérios político-administrativos; ao contrário, é o espaço de inter-relações humanas e troca do cotidiano social, no qual operam diversas relações de poder, um espaço com caráter histórico, político e econômico, simbólico e identitário, onde os coletivos deixam seus rastros. Como apontam Junges e Barbiani, o território é um espaço social, real e objetivo, atravessado por valores e significados culturais da subjetividade, sem limites definidos, uma vez que se caracteriza por sua dimensão simbólica, não identificada com critérios administrativos territoriais²⁹.

No território ocorre o processo saúde-doença-cuidado, bem como o modo de compreender e valorizar esse processo, e as redes de apoio, suporte e recursos para lidar com os problemas sociais e sanitários. Nesse sentido, como aponta Samaja³⁰, o objeto das disciplinas que normalmente consideramos na “área da saúde” são os problemas, as representações e as estratégias de atuação que se desdobram no curso da reprodução da vida social.

A bioética na APS deve se aprofundar no processo de territorialização para tentar abranger o território, o processo saúde-doença-cuidado e a construção de valores que aí ocorrem. Talvez dessa forma possamos atender as necessidades bioéticas específicas do grupo, e não aplicar princípios externos.

Entrar nesse processo de territorialização é absolutamente necessário para promover modos coletivos de viver bem e enfrentar os desconfortos que o neoliberalismo incentiva a gerar individualmente, a colaborar com a prática de modos próprios de exercício de direitos; ao mesmo tempo, isso permite revelar as determinações e condições da possibilidade de autonomia, e não a considera como garantida como faz a bioética “tradicional”.

Bioética do cuidado

Há uma vasta publicação sobre a ética do cuidado em bioética³¹⁻³³, mas pouco se avançou no aprofundamento dessa relação. Em geral, aponta-se que a ética do cuidado tem origem nos estudos de Carol Gilligan³⁴ sobre o desenvolvimento do julgamento moral, no qual seria estabelecida outra voz sobre como fundamentá-lo.

Com frequência, essas apresentações se diluem na discussão entre ética da justiça e ética do cuidado e, como ocorre com muitas questões em bioética, se tornam um discurso repetido, sem nenhuma reflexão original, questionamentos ou críticas por parte daqueles que o fazem. No entanto, não vamos entrar nessa discussão neste artigo, vamos diretamente ao que nos interessa.

Com base em Tronto e Fisher, entendemos o cuidado como uma *atividade da espécie que inclui tudo o que fazemos para manter, continuar e reparar nosso “mundo” para que possamos viver nele com o melhor de nossa capacidade. Esse mundo*

*inclui nosso corpo, eu e ambiente, tudo o que tentamos tecer em uma teia complexa e que sustenta a vida*³⁵.

Essa bela definição é fundamental para a nossa proposta de bioética da APS. Acreditamos que esse tipo de bioética, além de tentar compreender a experiência moral das pessoas e o território onde está situado, deve ser estabelecido como um nó nessa rede de sustentação da vida. Mas não de vida sem mais, mas da melhor vida possível (sendo o que a bioética aponta, ao contrário da biopolítica).

Faz parte da nossa proposta uma bioética na APS baseada no cuidado: fortalecer essa rede de apoio que permita modos coletivos de viver bem e de enfrentar o desconforto, uma rede de vínculos interdependentes que apoie o exercício de direitos entendidos como mínimos, e a partir daí permita projetar modos de viver criativos e autônomos.

Como aponta Brugère: *insistir na ampla interdependência das vidas implica promover outra concepção de convivência, por meio da primazia de um vínculo democrático preocupado em não excluir aqueles que são confrontados com situações de vulnerabilidade, que precisam da atenção dos outros, de políticas públicas solidárias para considerar um retorno à capacidade de ação*³⁶.

Quando falamos em autonomia ao longo do texto, nos referimos à autonomia moral que surgiu nessa matriz. Das autoras que cultivam a ética do cuidado e do feminismo surge a proposta de uma autonomia moral relacional, contrária à autonomia moral que a bioética normalmente exerce, entendida como independência individualista.

As principais críticas a essa forma de entender e tratar a autonomia estão relacionadas, por um lado, com pensar nela como ponto de partida nos processos de tomada de decisão, e não como ponto de chegada e objetivo do processo. Ou seja, o respeito ao paciente não está na não interferência no processo de tomada de decisão, mas na promoção do exercício de sua autonomia, proporcionando todos os recursos necessários para isso, sem abandoná-lo, mas sem ser paternalista³⁷. A outra crítica é mais fundamental e está relacionada com a falta de referência ao componente social da autonomia, aos vínculos que estão constituindo e condicionando a autonomia de

um indivíduo em seu território e às repercussões sociais das decisões.

Nesse sentido, Donchin propõe compreender a autonomia em um sentido fortemente relacional *que reconhece um componente social integrado ao próprio significado de autonomia. Ou seja, atividades de reflexão, planejamento, escolha e decisão centradas no sujeito, que entram na auto-determinação, são atividades sociais em dois sentidos: subjetivamente, o material para reflexão é construído com base em expectativas passadas e futuras socialmente compartilhadas envolvendo a participação de outros; objetivamente, as opções disponíveis para a tomada de decisão são moldadas e limitadas por normas, práticas, estruturas sociais e instituições*³⁸.

Entendida dessa forma, a autonomia moral é constituída e condicionada no território, e,

em seguida, em seu exercício as decisões tomadas impactam naquele território, ou seja, é relacional em sua origem e em suas consequências.

Considerações finais

Acreditamos que uma bioética na APS, para responder adequadamente às demandas de seu contexto, deve estar alicerçada nestes três pilares: ser uma bioética que surge na experiência moral, não na aplicação de princípios; que investiga e tenta abranger o processo de territorialização; e que se integra na busca por promover práticas de cuidado que fortaleçam a rede de apoio ao bem viver coletivo e ao exercício dos direitos e da autonomia relacional.

Evidentemente, ainda temos a tarefa de aprofundar essa proposta e torná-la mais prática para

ser adequadamente integrada pelos profissionais da APS e mais clara no exercício participativo e deliberativo dos grupos no seu processo saúde-doença-cuidado.

Referências

1. Zulueta P. Welcome to the ethics section of the London Journal of Primary Care. London J Prim Care [internet]. 2008 [acesso 24 jan 2025];1(1):5-7. DOI: 10.1080/17571472.2008.11493183
2. Martin R. Rethinking primary health care ethics: Ethics in contemporary primary health care in the United Kingdom. Prim Health Care Res Dev [internet]. 2004 [acesso 24 jan 2025];5(4):317-28. DOI: 10.1191/1463423604pc222oa
3. Agost CN. Bioética aplicada en atención primaria. O'Higgins: Universidad de O'Higgins; 2021.
4. González-de Paz L. Uma clínica bioética para a atenção primária à saúde. Semergen – Medicina de Família [Internet]. 2013 [acesso em 24 jan 2025];39(8):445-9. Tradução livre. DOI: 10.1016/j.semerg.2013.02.002
5. León FJ, Araya J, Niveló M. Propuesta de Comités de Bioética en la atención primaria de salud en Chile. Medicina y Humanidades [Internet]. 2010 [acesso 24 jan 2025];2(1):29-40. Disponível: <http://tinyurl.com/yt6arz6p>
6. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: Um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2004 [acesso 24 jan 2025];20(6):1690-9. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000600028
7. Simas KBF, Simões PP, Gomes AP, Costa AAZ, Pereira CG, Siqueira-Batista R. (Bio)ética e Atenção Primária à Saúde: Estudo preliminar nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc & Saúde Coletiva. [Internet]. 2016 [acesso 24 jan 2025];21(5):1481-90. DOI: 10.1590/1413-81232015215.00332015
8. Contreras Aravena L. Problemas ético clínicos en la Atención Primaria del Centro de Salud Familiar De Paine. Acta Bioeth [Internet]. 2017 [acesso 24 jan 2025];23(1):25-34. DOI: 10.4067/S1726-569X2017000100025
9. Papanikitas A, Toon P. Primary care ethics: a body of literature and a community of scholars? JRSM [Internet]. 2011 [acesso 24 jan 2025];104(3):94-6. DOI: 10.1258/jrsm.2010.100353

10. Pérez Ayala MA. ¿Por qué hablar de bioética en la atención primaria en salud? *Rev latinoam bioet* [Internet]. 2016 [acesso 24 jan 2025];16(2):102-17. DOI: 10.18359/r/bi.1484
11. Altisent R. La bioética más allá de los dilemas. *Aten Primaria* [Internet]. 2010 [acesso 24 jan 2025];42(8):412-4. DOI: 10.1016/j.aprim.2010.06.001
12. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitaria. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2013 [acesso 24 jan 2025]. Disponível: <http://tinyurl.com/ynnjhv6z> <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
13. Kottow M. Bioética: una disciplina en riesgo. *Revista RedBioética/UNESCO* [Internet]. 2010 [acesso 24 jan 2025];1(1):159-73. Disponível: <http://tinyurl.com/4fukbh4y>
14. Kottow M. Bioética y acción social. *Folios de bioética*. 2008;(1):10. Universidad Diego Portales. p. 10.
15. Pellegrino ED. The origins and evolution of bioethics: some personal reflections. *Kennedy Inst Ethics J* [Internet]. 1999 [acesso 24 jan 2025];9(1):73-88. DOI: 10.1353/ken.1999.0006
16. Gracia D. Los retos de la bioética en el nuevo milenio. In: Mercadé A, Núñez M, editores. *La bioética y el arte de elegir. Actas del XI Congreso Nacional de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica* [Internet]. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2014 [acesso 24 jan 2025]. p. 27-58. p. 27. Tradução livre. Disponível: <http://tinyurl.com/3aty475b>
17. Gracia D. *Introducción a la bioética*. Bogotá: El Búho; 1991.
18. Ten Have H. Bioética: el arte de la interpretación y la deliberación. In: Feito L, Sánchez M, Gracia D, editores. *Bioética: el estado de la cuestión*. Madrid: Triacastela; 2011. p. 155-74.
19. Varela CAP. La ética de nuestro tiempo: la bioética. In: Feito L, Sánchez M, Gracia D, editores. *Bioética: el estado de la cuestión*. Madrid: Triacastela; 2011. p. 293-304.
20. Kottow M. Justificación por principios. In: Tealdi JC, editor. *Diccionario Latinoamericano de Bioética* [Internet]. Bogotá: UNESCO; 2008 [acesso 24 jan 2025]. p. 141-4. Disponível: <http://tinyurl.com/yc64xty9>
21. Beauchamp TL, Childress, JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson; 1999. p. 34.
22. Gracia D. *Bioética mínima*. Madrid: Triacastela; 2019.
23. Gracia D. Competencia, capacidad, autonomía. *Eidon* [Internet]. 2014 [acesso 24 jan 2025];41:1-2. DOI: 10.13184/eidon.41.2014.1-2
24. Gracia D. Bioética. In: Casabona CMR, editor. *Enciclopedia de bioderecho y bioética*. Granada: Comares; 2011. p. 217.
25. Llanos-Hernández L. El concepto del territorio y la investigación en las ciencias sociales. *Agric Soci Desarro* [Internet]. 2010 [acesso 24 jan 2025];7(3):207-220. p. 213. Tradução livre. Disponível: bit.ly/3Dphpiw
26. Liborio MM. Por qué hablar de salud colectiva? *Rev Med Rosario* [Internet]. 2013 [acesso 24 jan 2025];79(3):136-41. Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-707385>
27. Molina Jaramillo AN. Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 [acesso 24 jan 2025];34(1):e00075117. p. 4. Tradução livre. DOI: 10.1590/0102-311X00075117
28. Fuster Sánchez N, Sir Retamales H. Determinantes sociales y salud neoliberal: hacia una gestión individual del malestar social. *Benessere – Revista De Enfermería* [Internet]. 2018 [acesso 24 jan 2025];2(1):4-7. p. 5. Tradução livre. DOI: 10.22370/bre.21.2017.1326
29. Junges JR, Barbiani R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2013 [acesso 24 jan 2025];21(2):207-17. p. 209. Disponível: <https://bit.ly/4hlX38>
30. Samaja J. *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
31. Feito L. La ética del cuidado: modas, paradojas, talantes. In: de los Reyes M, Rivas FJ, Buisán R, García J, editores. *La Bioética, un puente inacabado. Actas del V Congreso Nacional de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica* [Internet]. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y clínica; 2005 [acesso 24 jan 2025]. p. 79-87. <https://pt.scribd.com/document/660734632/Feito-L-La-Etica-Del-Cuidado>

32. Sánchez González MA. Bioética en ciencias de la salud. Barcelona: Elsevier; 2013.
33. Arriagada Ramírez A. Ética del cuidado en Bioética. Ethika+ [Internet]. 2023 [acesso 24 jan 2025];(7):39-56. DOI: 10.5354/2452-6037.2023.69769
34. Gilligan C. In a different voice. Psychological theory and women's development. Cambridge: Harvard University Press; 1982.
35. Fisher B, Tronto JC. Toward a feminist theory of care. In: Abel E, Nelson M, editores. Circles of care: work and identity in women's lives. Albany, New York: State University of New York Press; 1991. p. 40.
36. Brugère F. La ética del cuidado. Santiago: Ediciones Metales Pesados; 2022. p. 87.
37. Pelluchon C. La autonomía quebrada: Bioética y filosofía. Bogotá: Universidad El Bosque; 2011.
38. Donchin A. Autonomy, interdependence, and assisted suicide: respecting boundaries/crossing lines. Bioethics [Internet]. 2000 [acesso 24 jan 2025];14(3):187-204. Tradução livre. DOI: 10.1111/1467-8519.00190

Alvaro Hevia Castillo – Doutor – alvarohevia@gmail.com

 0009-0007-8776-8002

Correspondência

Alvaro Hevia Castillo – Urriola 583, Código postal 2370762, Valparaíso, Chile.

Editora responsável – Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recebido: 10.7.2024

Revisado: 24.1.2025

Aprovado: 27.1.2025