

**O ACESSO DIFERENCIADO À CIDADANIA NA BIOÉTICA FEMINISTA: UMA
REVISÃO DAS CRÍTICAS EM TORNO DOS IDEAIS DE IMPARCIALIDADE E
AUTONOMIA ABSOLUTA NA BIOÉTICA PREDOMINANTE**

***EL ACCESO DIFERENCIADO A LA CIUDADANÍA EN LA BIOÉTICA FEMINISTA:
UNA REVISIÓN DE LAS CRÍTICAS EN TORNO A LOS IDEALES DE
IMPARCIALIDAD Y AUTONOMÍA ABSOLUTA EN LA BIOÉTICA PREDOMINANTE***

***DIFFERENTIATED ACCESS TO CITIZENSHIP IN FEMINIST BIOETHICS: A
REVIEW OF CRITICISMS REGARDING THE IDEALS OF IMPARTIALITY AND
ABSOLUTE AUTONOMY IN THE PREDOMINANT BIOETHICS***



Jessica Marcela KAUFMAN¹
e-mail: kaufjm@gmail.com

Como referenciar este artigo:

KAUFMAN, J. M. O acesso diferenciado à cidadania na bioética feminista: uma revisão das críticas em torno dos ideais de imparcialidade e autonomia absoluta na bioética predominante. **Rev. Cadernos de Campo**, Araraquara v. 24, n. esp. 2, e024016, 2024. e-ISSN: 2359-2419. DOI: <https://doi.org/10.47284/cdc.v24iesp.2.18991>



| Submetido em: 31/01/2024
| Revisões requeridas em: 09/05/2024
| Aprovado em: 10/07/2024
| Publicado em: 27/11/2024

Editores: Profa. Dra. Maria Teresa Miceli Kerbauy
Prof. Me. Thaís Cristina Caetano de Souza
Prof. Me. Paulo Carvalho Moura
Prof. Thiago Pacheco Gebara

¹ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte – MG – Brasil. Doutora em Ciência Política (UFMG), Mestra em Bioética (FLACSO-Argentina) e Licenciada em Filosofia (UNT-Argentina).

RESUMO: A partir do final da década de 1960, as reivindicações feministas – e de outros movimentos sociais – por um acesso diferenciado à cidadania têm colocado em segundo plano as demandas tradicionais pela extensão de uma cidadania universal sem distinções. Este artigo tem como objetivo explorar, especificamente, as abordagens da bioética feminista em relação ao acesso diferenciado à cidadania nos campos da saúde e da ética médica. Através de uma revisão bibliográfica dessa literatura, este trabalho reconstrói essas reivindicações a partir das críticas formuladas pela bioética feminista contra dois ideais assumidos pela bioética predominante: o da imparcialidade e o da autonomia absoluta. A análise dessas abordagens revela a importância de promover, nos campos da saúde e da ética médica, uma política igualitária da diferença baseada na paridade participativa de agentes entendidos como concretos e inter-relacionados.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética. Feminismo. Cidadania. Diferença.

RESUMEN: Desde finales de la década del sesenta, las reivindicaciones feministas –y de otros movimientos sociales– por un acceso diferenciado a la ciudadanía han ido desplazando a las tradicionales demandas por la extensión de una ciudadanía universal sin distinciones. Este artículo se propone explorar, específicamente, los abordajes de la bioética feminista respecto al acceso diferenciado a la ciudadanía en los campos de la salud y de la ética médica. Mediante una revisión bibliográfica de ese marco teórico, este trabajo reconstruye esas reivindicaciones a partir de las críticas formuladas por la bioética feminista contra dos ideales asumidos por el marco bioético predominante: el de imparcialidad y el de autonomía absoluta. El análisis de sus abordajes revela la importancia de promover, en los ámbitos de la salud y de la ética médica, una política igualitaria de la diferencia basada en la paridad participativa de agentes entendidos como concretos e interrelacionados.

PALABRAS CLAVE: Bioética. Feminismo. Ciudadanía. Diferencia.

ABSTRACT: Since the late sixties, feminist claims, alongside those of other social movements, advocating for differentiated access to citizenship have gradually displaced traditional demands for the extension of a universal citizenship without distinctions. This paper aims to explore specifically the approaches of feminist bioethics regarding differentiated access to citizenship in the fields of health and medical ethics. Through a bibliographic review within this theoretical framework, this paper reconstructs these claims from criticisms formulated by feminist bioethics against two ideals assumed by the predominant bioethical framework: impartiality and absolute autonomy. The analysis of their approaches reveals the importance of promoting, in the fields of health and medical ethics, egalitarian politics of difference based on the participatory parity of agents seen as concrete and interrelated individuals.

KEYWORDS: Bioethics. Feminism. Citizenship. Difference.

Introdução

O surgimento da bioética como campo de estudo ocorreu durante a década de setenta, na América do Norte, no contexto de profundas transformações sociais, científicas e tecnológicas (Post, 2004). Nesse contexto, Rensselaer Van Potter (1971) utilizou o termo bioética com o propósito de construir um diálogo entre as tecnociências e as humanidades que desse conta do impacto das novas tecnologias na sobrevivência do ecossistema, mas logo o escopo do conceito começaria a se restringir à ética no âmbito da prática médica (Garrafa; Osorio, 2009). Assim, durante a década de 1980, a bioética seria identificada, principalmente, com os quatro princípios *prima facie* da ética biomédica propostos, em 1979, pelos filósofos Beauchamp e Childress (2001): *respeito à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Principlismo* —batizado desta forma por dois de seus críticos (Clouser; Gert, 1990) — inauguraria uma nova etapa no desenvolvimento da bioética: *sua expansão e consolidação como campo* (Garrafa, 2005; Lua; Salles, 2008). No entanto, no final dos anos oitenta, um período de segunda reflexão começaria (Luna; Salles, 2008), o que levaria ao surgimento de várias abordagens da bioética, incluindo as chamadas teorias críticas (Diniz; Guilhem, 2009), a partir de estudos sobre gênero, raça e classe, entre outros. Particularmente, a partir do subcampo da bioética que se consolidou como a bioética feminista —cujo referencial teórico é objeto de análise deste trabalho —, tem sido criticado que o Principlismo assume como imparcial o ponto de vista dos setores privilegiados da sociedade, a partir do qual sustenta e invisibiliza as assimetrias de poder baseadas, entre outros aspectos, em gênero, raça e classe (Sherwin, 1992; Lobo, 1996; Lindemann, 2000; Walker, 2009), ignora as visões igualmente tendenciosas das mulheres e de outros grupos subalternos (Mahowald, 1996; Lobo, 1996; Donchin, 2001) e ignora sutilezas contextuais e vínculos relacionais eticamente relevantes (Tronto, 1993; Sevenhuijsen, 1998; Held, 2006; Mahowald, 2006).

Embora o chamado feminismo de segunda onda tenha surgido durante a década de 1960 e se consolidado na década seguinte, ele não manteve nenhum tipo de diálogo com a bioética até o final da década de 1980. Nesse período, o movimento feminista já havia formulado demandas que disputavam os direitos das mulheres no campo da saúde, enquanto as feministas acadêmicas abordavam as questões associadas a essas disputas, como a subordinação das mulheres no sistema de saúde (Ehrenreich; English, 1973) e feminização da loucura (Chesler, 1972; Rosenberg, 1972). Naquela época, as teorizações sobre a reprodução ocupavam um lugar de destaque nas abordagens feministas da saúde: além da defesa do direito ao aborto (Thomson, 2016/1971), proliferaram as discussões sobre a barriga de aluguel (Raymond, 1989; Shalev,

1989) e discussões sobre tecnologias de reprodução assistida (Coréia, 1985; Stolcke, 1988; Firestone, 2003/1970), entre outros temas. Outra discussão - crucial para a incursão do feminismo na bioética - girou em torno da exclusão das mulheres dos ensaios clínicos e a consequente ausência de dados e tratamentos para suas necessidades de saúde (Kinney et al., 1981). No final da década de 1980, as demandas e abordagens teóricas acima mencionadas foram transferidas por acadêmicas feministas para o campo da bioética, a fim de enfrentar o androcentrismo do quadro bioético predominante. Em 1989, a revista *Hypatia* marcou o surgimento da bioética feminista ao publicar duas edições especiais dedicadas ao feminismo e à ética médica, posteriormente compiladas como uma coleção (Holmes; Purdy, 1992).

Dado que, a partir da segunda metade do século XX, vários movimentos sociais passaram a exigir acesso diferenciado à cidadania — isto é, acesso baseado na expressão positiva e no orgulho da especificidade do grupo, em contraposição ao ideal tradicional de cidadania universal indiferenciada — (Young, 1989; 2000), não é de se estranhar que a incursão do feminismo na bioética tenha continuado, em grande medida, o mesmo caminho. Isso fica mais evidente quando se analisa a incursão de um movimento mais específico da coalizão feminista na bioética: o movimento de saúde da mulher que, desde o final dos anos 1960, tem sido reivindicado, nos Estados Unidos, contra a medicalização da feminilidade, os impedimentos para decidir sobre a própria reprodução, misoginia no sistema de saúde e assimetrias na relação médico-paciente, entre outras diretrizes (The Boston Women's Health Book Collective, 1973). Ao longo deste artigo, serão exploradas as abordagens da bioética feminista para o acesso diferenciado à cidadania nos campos da saúde e da ética médica. Por meio de uma revisão bibliográfica desse referencial teórico, este artigo reconstrói essas abordagens a partir das críticas formuladas pela bioética feminista contra dois ideais assumidos pelo referencial bioético predominante: o da imparcialidade e o da autonomia absoluta. Enquanto a primeira seção apresentará os aspectos gerais da demanda feminista — e de outros movimentos sociais — por acesso diferenciado à cidadania, a segunda abordará os aspectos específicos dessa demanda nos campos da saúde e da ética médica e, com isso, as críticas já mencionadas à bioética feminista contra os ideais de imparcialidade e autonomia absoluta.

A demanda por acesso diferenciado à cidadania

O conhecido slogan feminista da década de 1970 "o pessoal é político" — que denunciava a dominação das mulheres em esferas tradicionalmente consideradas pessoais e privadas, como a família e a sexualidade (Millett, 1970) — se tornaria, a partir da década de 1980, o estopim para uma ampla discussão em torno da dicotomia liberal público/privado (Benhabib, 1990; Fraser, 1990; Pateman, 1996; Young, 2000) por meio das quais se visibilizariam duas maneiras diferentes pelas quais o movimento feminista reivindicou, ao longo do tempo, o acesso das mulheres à cidadania: uma baseada na igualdade (tradicionalmente ligada ao público) e outra na diferença (tradicionalmente ligada ao privado). De acordo com Pateman (1989), as demandas do movimento feminista seguiram dois caminhos não apenas diferentes, mas também mutuamente exclusivos, o que gerou uma situação dilemática que a autora chamou de dilema de Wollstonecraft — com base no fato de que esse dilema foi delineado pela primeira vez pela autora inglesa em sua obra *Vindication of the Rights of Women* (2018/1792) —. De fato, por um lado, as feministas reivindicaram que o ideal de cidadania universal deveria ser estendido às mulheres, com uma agenda "neutra" em termos de gênero e, por outro, sustentaram que a expressão de sua cidadania deveria ser distinguida da dos homens: ou seja, reivindicaram sua incorporação à cidadania como mulheres, avaliação de suas necessidades, preocupações e atributos específicos. De acordo com Pateman (1989), o dilema reside no fato de que ambas as demandas constituem alternativas incompatíveis que, além disso, são problemáticas em si mesmas, uma vez que, no primeiro caso, reivindicar a extensão da cidadania implica aceitar a concepção patriarcal de cidadão, que pressupõe que as mulheres devem se tornar (como) homens. Por sua vez, no segundo caso, insistir em que as especificidades distintivas das mulheres sejam expressas e valorizadas como forjadoras da cidadania implica pedir o impossível, uma vez que tal diferença é precisamente o que a cidadania patriarcal exclui.

Certamente, o dilema de Wollstonecraft —ou, em outras palavras, a discussão em torno das dicotomias igualdade/diferença, público/privado ou justiça/cuidado— continuou a percorrer a teoria política feminista. Nesse contexto, a resposta de Young (1989) ao dilema consiste no acesso diferenciado à cidadania que, segundo o autor, tem sido reivindicado pelos chamados novos movimentos sociais: ou seja, aqueles movimentos que, surgidos a partir da segunda metade do século XX, têm se caracterizado pela promoção de reivindicações identitárias de especificidade de grupo. em uma luta contínua contra visões essencialistas em torno dessas especificidades. A partir da análise de Young (1989), a cidadania diferenciada envolve duas

críticas às alternativas colocadas no dilema. A primeira é dirigida contra o ideal de imparcialidade pressuposto na concepção tradicional de cidadania, uma vez que esse ideal supõe a universalização do ponto de vista dos setores privilegiados. Por sua vez, a segunda é dirigida contra a visão essencialista da diferença pressuposta na expressão da cidadania específica das mulheres, uma vez que, segundo a autora, o que é problemático em relação à diferença não está na diferença em si, mas em uma visão essencialista a respeito dela: ou seja, O problema está na consideração da diferença como um desvio da norma ou como uma deficiência. Nesse sentido, segundo o filósofo, os novos movimentos sociais encontraram na auto-organização e na expressão positiva da especificidade do grupo — não essencialista — uma melhor estratégia para alcançar poder e participação nas instituições dominantes. É claro que, segundo o autor (1989; 2000), a demanda por acesso diferenciado à cidadania não leva a negar a importância que o ideal de cidadania universal teve para os movimentos anteriores. Pelo contrário, esse ideal tradicional — baseado na eliminação da diferença e na igualdade de tratamento — tem sido crucial na luta contra a exclusão e a diferenciação por categorias, na medida em que permitiu que vários movimentos sociais reivindicassem o igual valor moral de todas as pessoas e, com isso, a inclusão dos grupos que representavam em status de cidadania plena sob a igual proteção da lei. Esse ideal de assimilação foi apoiado, por exemplo, pelas lutas bem-sucedidas do movimento sufragista e do movimento pelos direitos civis, que buscavam estender os direitos de cidadania dos homens brancos às mulheres e pessoas negras. Na época, muitos desses ativistas pensavam que o status de cidadania plena - isto é, direitos políticos e civis iguais - os levaria à liberdade e à igualdade. No entanto, como alerta o autor, após os direitos de cidadania pelos quais lutaram terem sido formalmente estendidos nas sociedades capitalistas liberais, novos movimentos sociais surgiram com a questão de porque os setores que representavam continuavam a ser tratados como cidadãos de segunda classe. Dessa forma, o ideal de assimilação começou a dar lugar ao ideal de positividade e orgulho na especificidade do grupo.

Bioética Feminista e Cidadania Diferenciada

Como mencionado, a incursão do feminismo na bioética seguiu, em grande medida, o caminho dos novos movimentos sociais ao reivindicar uma incorporação diferenciada à cidadania, o que é evidenciado em uma série de críticas formuladas por bioeticistas feministas contra dois ideais que sustentam o quadro bioético predominante: o da imparcialidade e, intimamente relacionado a isso, o da autonomia. Em geral, no que diz respeito ao primeiro, várias bioeticistas feministas (Little, 1996; Mahowald, 1996; Lobo, 1996; Sherwin, 2001; Walker, 2009; Scully, 2021) questionaram a existência de um ponto de vista neutro a partir do qual seria possível considerar o acesso integral à saúde para todas as pessoas, uma vez que as necessidades, entre outros fatores, são específicas de cada grupo social. Nesse sentido, desde seus primórdios, a bioética feminista alertou para a existência de preconceitos —gênero, raça e sexualidade, entre outros— no quadro bioético predominante, pois universalizou o ponto de vista de setores privilegiados como neutros e eles mesmos como representantes genéricos da humanidade, o que contribuiu para invisibilizar os modos pelos quais as relações de poder estruturaram as práticas de cuidado e pesquisa em saúde Biomédica. Em contraste, os bioeticistas mencionados promoveram — embora nem sempre explicitamente — uma política igualitária da diferença baseada na paridade participativa e na inclusão da especificidade nas abordagens bioéticas como um projeto emancipatório.

Por sua vez, a crítica ao ideal de autonomia absoluta implicou um questionamento da maneira como a bioética tradicional concebeu o agente moral. Certamente, essas não são duas críticas separadas, uma vez que ambos os ideais estão intimamente relacionados. Paradigmaticamente, no modelo rawlsiano de justiça (Rawls, 1995), o que garante a imparcialidade do ponto de vista consensual consiste no fato de que os agentes que fazem o acordo são absolutamente livres, racionais e independentes para tomar decisões. Em contraste, algumas bioeticistas feministas (Little, 1996; Mackenzie; Stoljar, 2000; Kittay, 2011; Scully, 2021) destacaram que os agentes são, além de racionais, seres corpóreos e emocionais, e que se inter-relacionam por meio de dependências e responsabilidades que, em repetidas ocasiões, não são recíprocas. As subseções seguintes explorarão, respectivamente, as críticas aos ideais de imparcialidade e autonomia absoluta.

Desafiando o ideal de imparcialidade e a visão essencialista da diferença na bioética predominante

Nos primórdios da bioética feminista, a exclusão das mulheres como sujeitos de pesquisa em ensaios clínicos foi uma das primeiras situações em que muitos bioeticistas (Sherwin, 1994; Little, 1996; Corrigan, 2002) observou a presença —e consequências— da suposição de neutralidade no campo da ética em pesquisa. As razões para a exclusão foram baseadas em dois aspectos. O primeiro residia no fato de que o corpo masculino era percebido como um padrão fisiológico, o que significava que o corpo feminino era considerado anormal e, portanto, indesejável no âmbito de pesquisas que buscavam produzir resultados objetivos. A segunda baseou-se na discussão em torno da possibilidade de engravidar durante o estudo e dos possíveis riscos para o feto caso isso acontecesse, o que implicava, no mínimo, na exclusão rotineira de mulheres em idade fértil. Ambos os motivos transformaram o homem adulto (cisgênero) no "representante" genérico da humanidade em ensaios clínicos, o que gerou, como consequência, uma notável ausência de dados e tratamentos relacionados às necessidades de saúde das mulheres. Ao mesmo tempo, como Little (1996) apontou, as necessidades de saúde das mulheres têm repetidamente não sido levadas em consideração no seguro de saúde porque são consideradas muito "específicas", em oposição às necessidades de saúde dos homens - como aquelas relacionadas a prostatectomias, vasectomias e circuncisões - que, apesar de igualmente específicas, foram consideradas "padrão".

De acordo com Scully (2021), a categorização do corpo feminino como "anômalo" tem sido particularmente óbvia ao longo da história da medicina, por isso não é surpreendente que tenha sido um dos eixos centrais da bioética feminista. Como vários bioeticistas alertaram (Sherwin, 1992; Pouco, 1996; Morgan, 1998; Harbin, 2014; Mackay, 2017), a padronização do corpo masculino —além de ser branco, heterossexual, cisgênero, adulto, entre outros aspectos— no campo da saúde e da pesquisa biomédica não só implicou na exclusão das mulheres dos ensaios clínicos e na consequente escassez de dados e tratamentos para suas necessidades de saúde, como também na falta de cobertura médica para suas demandas específicas de saúde, mas também envolveu processos de medicalização da diferença. Em outras palavras, implicou a transformação das diferenças humanas em questões de preocupação e intervenção médica, a partir das quais as bioeticistas feministas acima mencionadas apontaram que as decisões relacionadas à reprodução, menopausa, gordura, experiências emocionais das mulheres e a recusa em cumprir mandatos sociais, entre outros aspectos, muitas vezes se tornaram "doenças" em vários contextos e, ocasionalmente, diferentes tipos de tratamento foram indicados para

"normalizar" a condição de saúde. Assim, por exemplo, a terapia hormonal tem sido frequentemente indicada para tratar os "sintomas" da menopausa, enquanto o repouso e certos psicotrópicos têm sido prescritos para "redefinir" as reações emocionais "normais" quando as emoções negativas causadas pela insatisfação de viver em condições opressivas vêm à tona. Além disso, como MacKay (2017) apontou, as campanhas de saúde pública também desempenharam um papel crucial na formação de corpos e subjetividades de acordo com parâmetros médicos. Da mesma forma, em algumas ocasiões, diante da percepção de impossibilidade ou improbabilidade de "restauração", a medicalização da diferença levou ao isolamento e confinamento em instituições psiquiátricas. Em todos esses casos, segundo Sherwin (1992), os profissionais de saúde tendem a justificar suas ações injustas em termos de "beneficência", por meio do princípio da ética biomédica segundo o qual há uma obrigação moral de agir para maximizar os benefícios dos pacientes. Esse recurso tem sido amplamente utilizado quando se trata de conferir legitimidade ética a processos de medicalização que contribuem para reforçar concepções essencialistas de diferença, por meio da caracterização de grupos subalternos como anômalos, doentes, específicos, incapazes, perigosos, entre outras denominações, em oposição aos grupos dominantes.

É claro que as caracterizações acima mencionadas não foram a única consequência dos processos de medicalização da diferença: esses processos também contribuíram para reforçar a caracterização de corpos não padronizados como informantes não confiáveis. Por exemplo, como Thachuk (2011) observou —com base nos estudos de Fricker (2009) sobre injustiça epistêmica testemunhal—, o testemunho de mulheres que receberam um diagnóstico psiquiátrico muitas vezes gera desconfiança sobre sua veracidade e é frequentemente descartado. De fato, de acordo com o bioeticista, para as mulheres, cujo status epistêmico ainda mantém certas associações entre o feminino, a irracionalidade e o excessivamente sentimental, o diagnóstico psiquiátrico ameaça ainda mais sua consideração como informantes confiáveis e valiosas. Assim, como aponta a autora, nos casos em que mulheres com diagnóstico psiquiátrico denunciam, por exemplo, uma situação de abuso sexual, seus depoimentos são muitas vezes descartados desde o início. Essa distribuição desigual de autoridade e credibilidade epistêmica gerou, como consequência, que as queixas, preocupações, necessidades e conhecimentos daqueles que foram caracterizados como "desviantes do padrão" são, em repetidas ocasiões, ignorados, tanto dentro quanto fora do campo da saúde e da pesquisa biomédica.

Com base no exposto, a universalização do ponto de vista dos setores dominantes nos campos da saúde e da pesquisa biomédica, bem como nos marcos bioéticos hegemônicos,

resultou na implementação de vários mecanismos de exclusão, silenciamento, subvalorização, invalidação e promoção de concepções essencialistas da diferença. Como Starr (1982) aponta, desde o final dos anos 1960, o movimento de saúde da mulher acima mencionado - o antecedente da bioética feminista - objetou que muito do que era considerado conhecimento científico era, na verdade, viés sexista, e que os médicos do sexo masculino haviam deliberadamente excluído as mulheres do campo da medicina. Diante dessa situação, segundo a autora, a resposta mais direta das feministas consistiu em um aumento considerável no número de mulheres ingressantes na carreira médica, mas uma resposta menos direta envolveu a promoção de uma contracultura no campo da saúde. Nesse sentido, enquanto as primeiras gerações de mulheres na medicina se sentiam obrigadas a demonstrar sua competência de acordo com os termos estabelecidos pelos médicos homens, as jovens médicas dos anos setenta começaram a exigir a revisão e transformação desses termos. Especificamente, eles exigiram mudanças nas atitudes e comportamentos de seus colegas homens, bem como nas práticas institucionais para que pudessem ser adaptados às necessidades das mulheres. Segundo Starr (1982), os setores mais "radicais" do movimento chegaram a sustentar que as mulheres deveriam "tomar o remédio com as próprias mãos". Nesse contexto de transformação, algumas organizações feministas passaram a oferecer serviços ginecológicos de forma clandestina, tanto para a realização de abortos —antes que a Suprema Corte dos Estados Unidos decidisse legalizá-los em 1973—, quanto para a assistência em partos domiciliares — tendo em vista que algumas feministas argumentavam que o parto não era uma doença e que, portanto, não exigiu hospitalização ou supervisão de um obstetra. Embora, como observado, o movimento de saúde da mulher defendesse a transformação da cultura médica em duas direções diferentes - com alguns setores exigindo mudanças institucionais para atender às necessidades das mulheres e outros promovendo uma contracultura terapêutica destinada a desinstitucionalizar a medicina e desmedicalizar a vida das mulheres - Ambas as abordagens buscaram descartar o ideal de imparcialidade na medicina, seja na esfera institucional ou extra-institucional, denunciando que a suposta neutralidade da ciência era, em grande medida, reflexo de preconceitos sexistas. Nesse sentido, os diferentes setores do movimento promoveram, cada um a seu modo, a participação das mulheres na definição de suas próprias necessidades, na construção de alternativas terapêuticas e na reconfiguração dos vínculos entre profissionais de saúde e pacientes, e entre colegas homens e mulheres. Essa promoção do acesso diferenciado à cidadania em saúde foi retomada, como mencionado, pela bioética feminista e, por isso, o movimento pela saúde da mulher constitui um importante precedente para sua consolidação.

Um último tipo de questionamento sobre o ideal de imparcialidade e a visão essencialista da diferença no campo da saúde e na ética médica que será referido nesta subseção está ligado às abordagens feministas do cuidado, tanto em relação ao silenciamento das experiências morais de cuidado quanto à desvalorização do trabalho de cuidado. De fato, a questão de por que a maioria dos cuidadores em saúde deve ser cuidadora tem sido um dos gatilhos para a análise e intervenção da bioética feminista (López de la Vieja, 2014) por dois motivos. Por um lado, confrontar uma visão essencialista da diferença segundo a qual o trabalho de cuidado no campo da saúde — como em outras áreas — corresponde, por essência, às mulheres. Por outro lado, reivindicar o valor bioético do cuidado e dos vínculos relacionais, tradicionalmente ignorados pelos quadros bioéticos predominantes — que se concentraram, em vez disso, nos ideais mais abstratos de imparcialidade e pura autonomia —. Embora ambas as abordagens do cuidado possam ser interpretadas como duas faces da mesma moeda, vale ressaltar que, em suas formulações iniciais, geraram discussões dentro da bioética feminista e, por vezes, foram concebidas como mutuamente exclusivas, no estilo do dilema de Wollstonecraft.

Enquanto a primeira abordagem se concentrou nas assimetrias de poder que impactaram nas cargas desiguais de cuidado de acordo com o gênero e buscou reverter essa desigualdade em termos de justiça universal sem diferenciação, a outra perspectiva buscou a revalorização de certas intuições morais que considerava culturalmente femininas — como cuidado, afeto e empatia —. Em termos gerais, a primeira abordagem (Tong, 1995; Kuhse, 1997) confrontou o estereótipo de que as responsabilidades de cuidar da saúde eram inerentemente femininas, rejeitando qualquer associação entre cuidado e feminilidade como fortalecendo esse estereótipo, enquanto a segunda abordagem — focada na ética do cuidado de Gilligan (1982) — pesou as intuições morais acima mencionadas que, segundo essa perspectiva, as mulheres haviam desenvolvido em função de seu confinamento na esfera privada e que constituíam elementos eticamente relevante para capturar os detalhes contextuais que as abordagens tradicionais da bioética - orientadas para princípios abstratos - desconsideraram. Nesse sentido, os defensores da primeira abordagem argumentaram que a ética do cuidado poderia contribuir para naturalizar o mandato social da maternidade em profissões exercidas majoritariamente por mulheres, como a enfermagem. Nos termos de Kuhse (1997), a ética do cuidado fortaleceu a fórmula "mulher-bom mãe-bom enfermeira" e, com isso, reforçou a divisão moral do trabalho baseada nas desigualdades de gênero ao realocar as enfermeiras como agentes passivos das decisões técnicas e éticas dos médicos. Com base nessa crítica, a primeira abordagem recusou-

se a reconhecer a ética do cuidado como uma perspectiva feminista da bioética: Tong (1995), por exemplo, distinguiu entre uma bioética feminista (centrada no poder ou na justiça) e uma bioética feminina (centrada no cuidado). Somente em seus trabalhos posteriores a autora começou a se referir a ambas as abordagens como duas perspectivas da bioética feminista (Tong, 1996), enquanto outras bioeticistas (Mahowald, 1996; 2006; Martin, 2001) se propôs a conciliar as duas abordagens.

Uma das bioeticistas feministas que mais enfatizou a ideia de que o dilema entre justiça —entendida como igualdade— e cuidado —entendido como diferença— constitui, na verdade, um falso dilema, foi Mahowald (1996; 2006). De fato, segundo o autor, considerar as duas abordagens separadamente pode levar, em cada caso, a conclusões problemáticas. De fato, quando o cuidado é considerado uma categoria ética fundamental, mas ao mesmo tempo as assimetrias e visões essencialistas em torno dos papéis de gênero são desconsideradas, as relações de cuidado podem ser identificadas com o auto sacrifício por parte das mulheres — em nome de "um ato de amor", "intuição feminina" ou "instinto maternal". Ao mesmo tempo, quando se consideram as assimetrias de poder e se reivindicam os direitos correspondentes a partir de uma abordagem abstrata da justiça e, portanto, se desconsidera o contexto — como emoções, necessidades, interesses, saberes e relações concretas —, corre-se o risco de identificar, a partir dessa abordagem abstrata, as reivindicações da "humanidade" com as dos grupos dominantes. Com base nessa reformulação do dilema de Wollstonecraft, adaptada ao campo da bioética feminista, Mahowald —em analogia à análise de Young (1989; 2000) — argumentou que uma abordagem baseada na diferença —cuidado, neste caso— só se torna problemática quando é considerada a partir de uma perspectiva essencialista.

Especificamente, para não ter que escolher entre a identificação do cuidado com o auto sacrifício das mulheres — a partir de uma perspectiva essencialista da diferença — e a identificação das reivindicações da humanidade com as dos grupos dominantes — a partir do ideal tradicional de cidadania —, Mahowald (2006) propôs dar mais atenção à teoria feminista do ponto de vista de que, de sua perspectiva, baseia-se em dois eixos centrais. O primeiro consiste no reconhecimento de que as experiências das quais o conhecimento depende são incompletas e parciais, enquanto o segundo consiste no desejo de reduzir essa limitação por meio da pesquisa colaborativa. Segundo o autor, a desigualdade no campo da saúde é atravessada pela miopia em relação aos pontos de vista dos grupos subalternos, segundo os quais os quadros bioéticos tradicionais assumem o ponto de vista dos grupos dominantes da sociedade como universal. Para enfrentar essa assimetria, segundo a autora, é necessária a

participação colaborativa de todos os setores sociais nas decisões de suas próprias necessidades de saúde e cuidado, para que cada um possa receber – e prestar – de forma equitativa, cuidados diferenciados de acordo com suas diferentes necessidades de saúde. Nesse sentido, os pontos de vista dos grupos tradicionalmente excluídos tornam-se cruciais para identificar essas diferenças e reduzir a miopia dos grupos dominantes. Ao mesmo tempo, essa perspectiva contrasta com aquela que associa o cuidado ao auto sacrifício das mulheres: retomando as contribuições de Held (2006), a autora defende que o cuidado deve ser cultivado e exercido por todas as pessoas, independentemente de gênero, raça, classe ou outro status social. Na mesma linha, alguns autores (Tronto, 1993; Sevenhuijsen, 1998) têm buscado reverter a concepção unidirecional das relações de cuidado, promovendo a caracterização dessas relações como recíprocas e interdependentes. Na próxima subseção, aspectos relacionados ao cuidado e à dependência serão retomados analisando as críticas da bioética feminista ao ideal de autonomia absoluta no quadro bioético predominante.

Desafiando o ideal de autonomia na bioética predominante

Como mencionado, existe uma estreita ligação entre os ideais de imparcialidade e autonomia absoluta que sustenta o quadro bioético vigente. Isso pode ser claramente visualizado no modelo rawlsiano de justiça, que constitui o ponto de partida para as discussões sobre justiça sanitária no campo da bioética (por exemplo, Daniels, 1988). De acordo com Rawls (1995), o consenso sobre quais princípios de liberdade e igualdade devem regular a estrutura básica de uma sociedade democrática para que ela seja considerada justa só pode ser alcançado por meio da presença de duas condições que o autor propõe a partir de um exercício mental inspirado nas abordagens contratualistas clássicas. A primeira condição implica a desconsideração prévia de todas as diferenças entre as pessoas que participam do acordo, enquanto a segunda pressupõe que todas as partes do acordo sejam igualmente racionais e livres para tomar decisões. Assim, o que torna possível o consenso e, ao mesmo tempo, o que garante a imparcialidade dos princípios acordados, é o fato de as partes do acordo serem completamente livres, autossuficientes, racionais e desprovidas de fatores sociais, culturais, emocionais e relacionais que possam interferir em suas decisões.

O pressuposto de liberdade e racionalidade dos pactuantes assumido pelo modelo rawlsiano de justiça é, como Okin (1989) apontou, uma consequência da herança kantiana em Rawls no que diz respeito à ideia de autonomia absoluta, uma vez que o pacto só pode ser alcançado se as pessoas que dele participam forem plenamente capazes de se autogovernar com

total liberdade. De acordo com Young (2000), a ontologia social que subjaz a essa concepção de autonomia é individualista na medida em que, ao assumir a independência absoluta do agente — de qualquer fator que possa interferir em suas decisões —, pressupõe que o indivíduo é anterior à sociedade e, dessa forma, o eu autêntico é entendido como um ser unificado. autoconstruídos, a-históricos, não afiliados e absolutamente independentes para escolher seu próprio plano de vida para si mesmos. Essa visão individualista da autonomia foi desenvolvida principalmente por duas tradições: a já mencionada tradição kantiana (Kant, 1999) e a tradição liberal utilitarista de Mill (2001). Enquanto o primeiro entende o respeito pela autonomia como o reconhecimento do valor incondicional da pessoa e de sua capacidade de autodeterminação, o segundo lhe dá um significado diferente: respeitar a autonomia de um indivíduo equivale a não interferir em suas escolhas pessoais. Embora, ao contrário da tradição kantiana, Mill formule o respeito pela liberdade de um indivíduo de forma negativa - isto é, como a ausência de interferência externa em suas ações e pensamentos, desde que não prejudiquem os outros - ambas as tradições compartilham os pressupostos de absoluta independência e autodeterminação, que também foram adotados pela estrutura bioética tradicional. Com efeito, segundo Beauchamp e Childress (2001), o respeito à autonomia implica, no mínimo, reconhecer o direito dos agentes autônomos de tomar decisões com base em suas próprias crenças e valores, livres de qualquer tipo de interferência, o que pressupõe o ideal do indivíduo abstrato e isolado. Nessa perspectiva individualista, particularidades contextuais, assimetrias de poder e relações familiares não são fatores relevantes que devem ser levados em consideração e podem até ser considerados obstáculos (interferências) contra a plena autodeterminação.

Nos referenciais predominantes da bioética e da ética em pesquisa, o princípio do respeito à autonomia tem sido associado à necessidade de obter o consentimento informado de, respectivamente, pacientes e sujeitos de pesquisa. Desde o início, a ética biomédica enfatizou a importância do consentimento: as atrocidades cometidas por cientistas nazistas destacaram, durante os Julgamentos de Nuremberg, a necessidade de estabelecer diretrizes éticas no que diz respeito à experimentação em seres humanos e, com base nisso, a indispensabilidade do consentimento voluntário foi estabelecida, pela primeira vez, no documento resultante —o Código de Nuremberg de 1947—. O fundamento da indispensabilidade do consentimento tem sido baseado, desde aquela primeira formulação, na liberdade de decisão — neste caso, participar ou não de um experimento científico — sem qualquer tipo de interferência. Da mesma forma, a necessidade do consentimento informado no campo clínico também se baseou no respeito à autonomia de suas formulações iniciais, no âmbito dos levantes dos novos

movimentos sociais mencionados. De fato, durante as mobilizações das décadas de 1960 e 1970 nos Estados Unidos, surgiu especificamente um movimento pelos direitos dos pacientes que questionava o paternalismo médico e, em resposta a isso, exigia uma série de direitos: consentimento informado, recusa informada, acesso aos próprios prontuários, participação nas decisões terapêuticas e devido processo legal em qualquer procedimento de internação involuntária em uma instituição mental (Starr, 1982). Em linhas gerais, o movimento pelos direitos dos pacientes promoveu um novo quadro de atenção à saúde baseado no reconhecimento de sua autonomia para tomar decisões terapêuticas informadas, o que permitiu a passagem de um modelo paternalista — que concedeu aos médicos liberdade absoluta para agir, presumivelmente, em benefício dos pacientes— a um modelo contratualista — que impunha limites à autoridade médica por meio da necessidade de consentimento dos pacientes—.

Nesse contexto de mobilizações, a crítica ao modelo paternalista e à autoridade médica absoluta na atenção à saúde também foi promovida pelo referido movimento de saúde da mulher. De fato, as feministas alegaram que em seus diferentes papéis dentro da assistência médica - principalmente como pacientes e enfermeiras - os médicos paternalistas negavam-lhes o direito de participar das decisões terapêuticas, não compartilhando informações com elas ou não levando a sério sua capacidade de tomada de decisão (Starr, 1982). Nesse ponto, é importante mencionar que a perspectiva tradicional de autonomia também foi promovida pelo movimento feminista ao reivindicar o direito das mulheres de decidir, o que tem sido paradigmático em sua luta pela legalização do aborto. Com efeito, o movimento pró-escolha americano enquadrrou sua demanda pelo aborto legal em termos de liberdade de decisão sobre o próprio corpo sem interferência externa, em linha com as formulações teóricas de uma série de acadêmicas feministas e liberais que defenderam o direito de interromper a gravidez com base no direito à autonomia corporal (Thomson, 2016/1971; Geral, 1987).

Embora a transição do modelo paternalista para o modelo contratualista de atenção à saúde tenha possibilitado ampliar o escopo da autonomia em termos liberais para reconhecer o direito de decisão de pacientes e mulheres, entre outros grupos sociais, parte do movimento feminista também começou a suspeitar de uma série de vieses envolvidos nesse modelo. Um ponto de partida —embora não específico para o campo da saúde— consistiu na advertência de Pateman (1988) sobre a exclusão das mulheres do contrato social no âmbito da tradição contratualista — na qual, como mencionado, se inspira a proposta de Rawls (1995) —. De fato, segundo a autora, a história do contrato original constitui, ao mesmo tempo, a história das liberdades civis dos homens e a história — menos contada— da subordinação das mulheres na

esfera privada. Nesse sentido, segundo o autor, a liberdade civil não era universal, mas apenas um atributo masculino, na medida em que os homens foram, no âmbito do pacto social, as únicas pessoas propriamente consideradas como indivíduos: livres, independentes, donos de sua própria pessoa. A partir desse alerta, muitas feministas passaram a desconfiar da identificação entre relações livres e contratuais e, com isso, do modelo contratualista no campo da saúde. Como enfatizou a bioeticista feminista Kittay (2011), a autossuficiência dos homens pressuposta na tradição contratualista tem sido uma ficção, uma vez que só foi possível propor tal independência dos homens na medida em que sua dependência do trabalho de cuidado realizado pelas mulheres foi invisibilizada, tanto na esfera doméstica quanto na esfera da saúde. Especificamente, com relação a esta segunda área, Kittay e Feder (2003) destacaram que as relações de cuidado são diárias, mas que muitas vezes recebem muito pouca atenção da bioética em comparação com inovações biomédicas sofisticadas que podem ser muito menos significativas no dia a dia. Na mesma linha, Held (2006) argumentou que, embora o cuidado e as relações de interdependência façam parte da condição humana e da vida cotidiana, tendem a predominar teorias que ignoram essa realidade, construídas sobre a falsa imagem do indivíduo absolutamente independente.

De acordo com o exposto, a bioética tradicional e a ética em pesquisa tendem a assumir um ideal de autonomia segundo o qual os indivíduos que atendem a certas condições mínimas para consentir de maneira informada (competência e voluntariedade) —ou, ao contrário, para informar rejeitar um tratamento ou um convite para participar de pesquisas científicas— têm independência absoluta para tomar suas próprias decisões sem interferência. Como resultado, as estruturas predominantes da bioética e da ética em pesquisa tendem a tornar invisíveis as relações interdependentes cotidianas. No entanto, é importante mencionar que essa invisibilização tem sido acompanhada por outra forma de desvalorizar a dependência: uma visão essencialista desse conceito. Com efeito, segundo Scully (2021), por meio de processos de patologização da dependência, a condição de exigir determinados tipos de cuidados tem sido concebida, em sentido essencialista, como inevitavelmente anômala e patológica. Em outras palavras, a dependência tem sido pejorativamente entendida como a falta do que a tradição bioética tem considerado ser o padrão, o normal, o saudável ou o que se espera do ser humano: a autonomia.

Juntamente com a patologização da dependência, as abordagens relacionais baseadas no cuidado também têm sido subestimadas nas estruturas bioéticas predominantes, pois são consideradas apropriadas para abordar, mal, a relação entre enfermeiros e pacientes (Edwards,

2009). Pelo contrário, de acordo com Little (1996), a relação médico-paciente tem sido concebida como um contrato entre partes iguais, independentes e autossuficientes: ao considerar em que consiste o respeito à autonomia do paciente, tem havido uma tendência a adotar um modelo consumidor-provedor em que a alternativa de simplesmente informar e depois realizar os desejos do paciente deve ser considerada como uma atitude paternalista. Segundo o autor, embora tal modelo possa ser apropriado para relações comerciais entre iguais, parece inadequado como modelo para relações marcadas pelas assimetrias de poder típicas da relação entre médicos e pacientes. Scully (2021) considera, inclusive, que essa abordagem de autonomia se torna mais problemática quando se trata de relações envolvendo grupos subalternos, para os quais as estruturas materiais, sociais e políticas podem limitar severamente o exercício de sua autodeterminação. Da mesma forma, McLeod e Sherwin (2000) argumentam que estruturas sociais opressivas afetam o desenvolvimento da autoestima e da autoconfiança em pessoas que fazem parte de grupos subalternos, de modo que, no âmbito da relação médico-paciente, a falta de autoconfiança pode reduzir a competência do agente para tomar decisões autônomas quanto ao cuidado de sua própria saúde. De acordo com esses autores, as abordagens tradicionais da autonomia na bioética predominante investigaram certos fatores que interferem na autodeterminação dos indivíduos – coerção, compulsão interna e ignorância – ignorando assim o fato de que a opressão afeta a autodeterminação de grupos sociais inteiros, em vez de simplesmente interferir nas decisões autônomas de indivíduos isolados.

Depois de ter descrito uma série de críticas a partir de perspectivas feministas contra o ideal de autonomia assumido pelo arcabouço bioético predominante, é interessante mencionar que, segundo Mackenzie e Stoljar (2000), nenhuma objeção justifica descartar completamente o conceito de autonomia. Pelo contrário, segundo as autoras, o desafio para as teóricas feministas é aproveitar essas questões para reconceituar a autonomia a partir de uma perspectiva feminista. Esses esforços resultaram na criação do conceito de autonomia relacional, cujos pressupostos básicos, segundo Mackenzie e Stoljar (2000), são que as pessoas estão inseridas socialmente e que as identidades dos agentes são formadas no âmbito das relações sociais e são moldadas por uma série de fatores como gênero, gênero e gênero raça e classe, de modo que a autonomia individual não pode ser entendida separadamente das dimensões social e intersubjetiva. Com base nisso, segundo os autores, a autonomia individual deve ser diferenciada das concepções individualistas de autonomia individual: ou seja, deve ser diferenciada daquelas abordagens predominantes que visualizam o indivíduo de forma isolada e abstrata. Nesse sentido, a problemática das abordagens hegemônicas da autonomia não reside

na consideração da agência individual, mas na maneira descontextualizada como ela concebe o agente: isto é, separado de qualquer vínculo social, histórico, emocional e corporal. Pelo contrário, as abordagens relacionais da autonomia se distinguem das individualistas por reconhecerem que os agentes não são atômicos ou absolutamente autossuficientes, mas estão imersos em contextos sociais e históricos complexos —que, quando opressivos, podem até minar sua autonomia —; e que também não são puramente racionais, mas também emocionais, corpóreas, desejosas, criativas e sensíveis (Mackenzie; Stoljar, 2000).

Como mencionado, uma das características centrais das abordagens relacionais da autonomia consiste no reconhecimento do agente como, para colocá-lo nos termos de Baier (1985), uma "segunda pessoa". Esse conceito enfatiza a dimensão sócio-histórica da subjetividade ao significar que as pessoas são, fundamentalmente, herdeiras de outras pessoas que as precederam e, ao mesmo tempo, destaca as relações de dependência como condição necessária para o desenvolvimento humano, significando que as pessoas são herdeiras do trabalho daquelas outras pessoas das quais dependeram para seu cuidado e treinamento. Por sua vez, como mencionado, outra das características centrais das abordagens relacionais consiste na consideração do agente como, para colocá-lo nos termos de Benhabib (1990), um "outro concreto", contextualizado, situado, corporificado. Segundo o autor, a consideração de um outro concreto leva a desvelar o mito do ideal de autonomia que a ética tradicional sustenta no pressuposto de um "outro generalizado" —isto é, de um agente abstrato, puramente racional e independente—. Em suma, conceber o agente como uma segunda pessoa e como um outro concreto implica considerar que o exercício de sua autonomia não pode ser entendido separadamente de seus vínculos de interdependência com outros agentes, das relações de poder que afetam sua vida e suas oportunidades, de sua história, de suas circunstâncias atuais e de suas emoções. entre outros fatores que as abordagens predominantes da autonomia desconsideram.

Palavras finais

Ao longo deste artigo, foram reconstruídas as diferentes abordagens da bioética feminista que promovem o acesso diferenciado à cidadania nos campos da saúde e da ética médica, por meio da análise de uma série de críticas formuladas por bioeticistas feministas contra dois ideais sustentados pelo referencial bioético predominante: a da imparcialidade e a da autonomia absoluta. Com relação à primeira, que tem sido analisada em conjunto com as objeções às visões essencialistas da diferença, a bioética feminista tem criticado o fato de que o quadro bioético predominante tem assumido o ponto de vista dos setores privilegiados como neutros e eles próprios como representantes genéricos da humanidade, que, longe de constituir, Um pressuposto teórico tem contribuído ativamente para a exclusão, silenciamento e fortalecimento de estereótipos sobre mulheres e outros grupos subalternos. De fato, em primeiro lugar, as bioeticistas feministas denunciaram que a presunção do representante genérico da humanidade levou à exclusão das mulheres como sujeitos de pesquisa em ensaios clínicos e, conseqüentemente, à ausência de dados e tratamentos relacionados às suas necessidades de saúde. Em segundo lugar, criticaram que a mesma presunção resultou na falta de cobertura médica para as necessidades de saúde das mulheres para as quais existem tratamentos, pois foram classificados como "específicos", em contraste com as necessidades masculinas, concebidas como universais. Em terceiro lugar, eles se manifestaram contra os processos de medicalização destinados a reforçar as visões essencialistas da diferença, bem como contra a justificativa das intervenções médicas associadas a esses processos por meio do princípio da beneficência. Em quarto lugar, denunciaram que o fortalecimento dessas visões essencialistas da diferença contribuiu para reforçar a caracterização dos grupos subalternos como informantes não confiáveis no campo da saúde. Por fim, criticaram que a presunção do ideal de imparcialidade e a promoção de concepções essencialistas da diferença tenham promovido o silenciamento e a desvalorização das experiências morais das mulheres, de seus saberes e de seus papéis no campo da saúde, ao mesmo tempo em que contribuem para a invisibilização das relações de poder que atravessam essa área.

No que diz respeito ao ideal de autonomia absoluta, a bioética feminista tem criticado o fato de que o quadro bioético predominante tem assumido uma imagem fictícia do agente moral: tem assumido ele como um indivíduo abstrato, isolado de seu ambiente, autossuficiente, racional e completamente independente de fatores culturais, emocionais ou de vínculo que possam interferir em suas decisões. Embora, às vezes, o feminismo tenha usado essa abordagem individualista da autonomia para enquadrar reivindicações relacionadas ao direito das mulheres

de decidir, várias autoras e ativistas feministas também começaram a suspeitar de uma série de preconceitos envolvidos nessa perspectiva. Nesse contexto, as bioeticistas feministas apontaram, em primeiro lugar, que a independência dos homens só pôde ser considerada na medida em que sua dependência do trabalho de cuidado realizado pelas mulheres, tanto no âmbito doméstico quanto na saúde, foi invisibilizada. Em segundo lugar, destacaram que, apesar de seu cotidiano, as relações de cuidado no campo da saúde têm recebido pouca atenção do referencial bioético predominante. Em terceiro lugar, destacaram que a invisibilização do cuidado tem sido acompanhada por processos de patologização da dependência. Por fim, criticaram o fato de a relação médico-paciente ter sido concebida pelo arcabouço bioético predominante como um contrato entre partes iguais, independentes e autossuficientes, desconsiderando as assimetrias de poder inerentes ao vínculo entre ambos os atores, especialmente quando a relação envolve grupos subalternos, para os quais as estruturas materiais, sociais e políticas podem limitar severamente o exercício de sua autodeterminação.

Herdeira do movimento de saúde da mulher, a bioética feminista reivindicou o acesso diferenciado à cidadania nos campos da saúde e da ética médica: ou seja, o acesso a esses campos a partir da expressão antiessencialista da especificidade, em oposição ao ideal tradicional de cidadania universal indiferenciada e visões essencialistas da diferença. Nesse sentido, a bioética feminista tem argumentado que, para reverter a miopia que o quadro bioético predominante apresenta em relação aos pontos de vista dos grupos subalternos —e, portanto, para contrapor sua presunção de um ponto de vista neutro—, torna-se imprescindível promover, nos campos da saúde e da ética médica, uma política igualitária da diferença baseada na paridade participativa. Essa política exige, portanto, a participação ativa dos setores sociais tradicionalmente silenciados nos processos democráticos de deliberação e tomada de decisão relacionados, entre outros aspectos, à definição de suas próprias necessidades de saúde, à construção de opções terapêuticas e à reconfiguração dos vínculos entre profissionais de saúde e pacientes, bem como entre colegas de diferentes setores sociais.

Da mesma forma, a incorporação diferenciada à cidadania reivindicada pela bioética feminista não se relaciona apenas à expressão não essencialista da especificidade nos campos da saúde e da ética médica, mas também à perspectiva não essencialista dos agentes que acessam diferencialmente a cidadania nessas áreas. Nesse sentido, as bioeticistas feministas têm levantado a necessidade de abandonar a concepção fictícia do agente abstrato e isolado, para o qual é imprescindível atentar para os aspectos sociais, políticos, familiares, contextuais, históricos e emocionais que influenciam o exercício da autonomia. Afinal, a especificidade não

pode ser expressa de maneira não essencialista por um agente geral, mas apenas por um agente concreto. Nesse sentido, a bioética feminista tem apontado que a autodeterminação de um agente não pode ser entendida isoladamente dos vínculos de interdependência que ele mantém com outros agentes, das relações de poder que o atravessam, de sua história, de suas circunstâncias atuais e de suas emoções, entre outros fatores que as abordagens predominantes da autonomia ignoram.

AGRADECIMENTOS: Agradeço ao PICT-2021-GRF-TI-00786, "Ética e direito humano à saúde em uma perspectiva interseccional", pelos diálogos que contribuíram para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

BAIER, A. Cartesian Persons. *In: Postures of the Mind: Essays on Mind and Morals.* Minneapolis: University of Minnesota Press, 1985, p. 74-92.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. **Principles of Biomedical Ethics.** 5. ed. Oxford: Oxford University Press, 2001.

BENHABIB, S. El otro generalizado y el otro concreto: la controversia Kohlberg-Gilligan y la teoría feminista. *In: BENHABIB, S.; CORNELL, D. (ed.). Teoría feminista y teoría crítica: Ensayos sobre la política de género en las sociedades de capitalismo tardío.* Valencia: Alfons el Magnànim, 1990. p. 119-149.

CHESLER, P. **Women and Madness: When is a Woman Mad and Who is it Who Decides?** New York: Doubleday, 1972.

CLOUSER, K. D.; GERT, B. A critique of principlism. **The journal of medicine and philosophy**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 219-236, 1990.

COREA, G. The Mother Machine: reproductive technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs. **The American Journal of Maternal/Child Nursing**, [S. l.], v. 32, n. 1, p. 357-363, 1985.

CORRIGAN, O. P. 'First in man': The politics and ethics of women in clinical drug trials. **Feminist Review**, [S. l.], v. 72, n. 1, p. 40-52, 2002.

DANIELS, N. **Just Health Care.** Cambridge: Cambridge University Press, 1988.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. Bioética feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 7, n. 2, 2009.

DONCHIN, A. Understanding Autonomy Relationally: Toward a Reconfiguration of Bioethical Principles. **The Journal of Medicine and Philosophy**, [S. l.], v. 26, n. 4, p. 365-386, 2001.

EDWARDS, S. D. Three versions of an ethics of care. **Nursing Philosophy**, [S. l.], v. 10, n. 4, p. 231-240, 2009.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **Witches, Midwives and Nurses: A History of Women**. New York: The Feminist Press, 1973.

FIRESTONE, S. **The dialectic of sex: The case for feminist revolution**. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2003/1970.

FRASER, N. Rethinking the Public Sphere: A Contribution to the Critique of Actually Existing Democracy. **Social Text**, [S. l.], v. 25, n. 26, p. 56-80, 1990.

FRICKER, M. **Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing**. Oxford: Oxford University Press, 2009.

GARRAFA, V. Introdução à bioética. **Revista do hospital universitário UFMA**, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 9-13, 2005.

GARRAFA, V.; OSÓRIO, E. O. D. Epistemología de la bioética. Enfoque latinoamericano. **Revista colombiana de Bioética**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 73-92, 2009.

GILLIGAN, C. **In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development**. Cambridge: Harvard University Press, 1982.

HARBIN, A. Disorientation and the medicalization of struggle. **International Journal of Feminist Approaches to Bioethics**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 99-121, 2014.

HELD, V. **The Ethics of Care: Personal, Political, Global**. Oxford: Oxford University Press, 2006.

HOLMES, H. B.; PURDY, L. M. (ed.). **Feminist perspectives in medical ethics**. Bloomington: Indiana University Press, 1992.

KANT, I. **Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres**. Barcelona: Ariel, 1999.

KINNEY, E. L. *et al.* Underrepresentation of women in new drug trials. **Annals of Internal Medicine**, [S. l.], v. 95, p. 495-499, 1981.

KITTAY, E. F. From the ethics of care to global justice. **Jendâ Kenkyû/Journal of Gender Studies**, [S. l.], v. 14, p. 113-120, 2001.

KITTAY, E. F.; FEDER, E. K. (ed.). **The subject of care: feminist perspectives on dependency**. New Jersey: Rowman; Littlefield Publishers, 2003.

KUHSE, H. **Caring: nurses, women and ethics**. Oxford: Blackwell, 1997.

LINDEMANN, H. N. Feminist Bioethics: Where We've Been, Where We's Going. **Metaphilosophy**, [S. l.], v. 31, n. 5, p. 492-508, 2000.

LITTLE, M. O. Why a Feminist Approach to Bioethics? **Kennedy Institute of Ethics Journal**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 1-18, 1996.

LÓPEZ DE LA VIEJA, M. T. Bioética Feminista. **Dilemata**, [S. l.], v. 6, n. 15, p. 143-152, 2014.

LUNA, F.; SALLES, A.L.F. **Bioética: Nuevas reflexiones sobre debates clásicos**. México: FCE, 2008.

MACKAY, K. A Feminist Analysis of Anti-Obesity Campaigns: Manipulation, Oppression, and Autonomy. **International Journal of Feminist Approaches to Bioethics**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 61-78, 2017.

MACKENZIE, C; STOLJAR, N. Introduction: Autonomy Refigured. In: MACKENZIE, C.; STOLJAR, N. (ed.), **Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self**. New York/Oxford: Oxford University Press, 2000. p. 3-34.

MAHOWALD, M. B. On treatment of myopia: Feminist standpoint theory and bioethics. In: WOLF, S. M. (ed.), **Feminism & Bioethics: Beyond Reproduction**. New York, Oxford: Oxford University Press, 1996. p. 95-115.

MAHOWALD, M. B. **Bioethics and women: across the life span**. Oxford: Oxford University Press, 2006.

MARTIN, N. Feminist bioethics and psychiatry. **The Journal of medicine and philosophy**, [S. l.], v. 26, n. 4, p. 431-441, 2001.

MCLEOD, C; SHERWIN, S. Relational Autonomy, Self-Trust, and Health Care for Patients Who Are Oppressed. In: MACKENZIE, C.; STOLJAR, N. (ed.), **Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self**. New York/Oxford: Oxford University Press, 2000. p. 259-279.

Mill, J. S. **Sobre la libertad**. Madrid: Alianza, 2001.

MILLETT, K. **Sexual Politics**. New York: Doubleday, 1970.

MORGAN, K. P. Contested Bodies, Contested Knowledges: Women, Health, and the Politics of Medicalization. In: SHERWIN, S. (coord.), **The Politics of Women's Health: Exploring Agency and Autonomy**. Philadelphia: Temple University Press, 1998. p. 83-121.

OKIN, S. M. **Justice, gender, and the family**. New York: Basic books, 1989.

OVERALL, C. **Ethics and Human Reproduction**. Boston: Allen and Unwin, 1987.

PATEMAN, C. **The Sexual Contract**. Cambridge: Polity Press, 1988.

PATEMAN, C. **The disorder of women**: Democracy, feminism, and political theory. Stanford: Stanford University Press, 1989.

PATEMAN, C. Críticas feministas a la dicotomía público/privado. In: CASTELLS, C. (Coord.), **Perspectivas feministas en teoría política**. Barcelona: Paidós, 1996. p. 31-52.

POST, S. G. **Encyclopedia of Bioethics**. 3. ed. New York: Gale, 2004. v. 1.

POTTER, V. R. **Bioethics**: bridge to the future. New Jersey: Prentice-Hall, 1971.

RAWLS, J. A. **Teoría de la justicia**. México: FCE, 1995.

RAYMOND, J. The international traffic in women: women used in system of surrogacy and reproduction. **Reproductive and Genetic Engineering**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 51-57, 1989.

ROSENBERG, C. S. The Hysterical Woman: Sex Roles and Role Conflict in 19th-Century America, **Social Research**, [S. l.], v. 39, p. 652-678, 1972.

SCULLY, J. L. Feminist bioethics. In: HALL, K. Q.; ÁSTA (ed.). **The Oxford Handbook of Feminist Philosophy**. New York: Oxford University Press, 2021. p. 272-286.

SEVENHUIJSEN, S. **Citizenship and the Ethics of Care**: Feminist Considerations on Justice, Morality and Politics. London/New York: Routledge, 1998.

SHALEV, C. **Birth Power**: The Case for Surrogacy. London: New Haven, 1989.

SHERWIN, S. **No longer patient**: Feminist ethics and health care. Philadelphia: Temple University Press, 1992.

SHERWIN, S. Women in Clinical Studies: A Feminist View. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, [S. l.], v. 3, n. 4, p. 533-538, 1994.

SHERWIN, S. Feminist Reflections on the Role of Theories in Global Bioethics. In: TONG, R; ANDERSON, G.; SANTOS, A. (ed.). **Globalizing Feminist Bioethics**: Crosscultural Perspectives. Boulder: Westview Press, 2001. p. 12-26.

STARR, P. **The Social Transformation of American Medicine**. New York: Basic Books, 1982.

STOLCKE, V. New reproductive technologies: The old quest for fatherhood. **Reproductive and Genetic Engineering: Journal of International Feminist Analysis**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 5-19, 1988.

THACHUK, A. K. Stigma and the Politics of Biomedical Models of Mental Illness. **International Journal of Feminist Approaches to Bioethics**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 140-163, 2011.

THE BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE. **Our Bodies, Ourselves: A Book By and For Women**. New York: Simon and Schuster, 1973.

THOMSON, J. A defense of Abortion. *In*: KUHSE, H; SCHÜKLENK, U.; SINGER, P. (ed.). **Bioethics: An Anthology**. Oxford: John Wiley; Sons, Inc, 2016/1971. p. 38-48.

TONG, R. Feminine and feminist ethics. **Social Philosophy Today**, [S. l.], v. 10, p. 183-205, 1995.

TONG, R. Feminist Approaches to Bioethics. *In*: WOLF, S. M. (ed). **Feminism & Bioethics: Beyond Reproduction**. New York, Oxford: Oxford University Press, 1996. p. 67-94.

TRONTO, J. **Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care**. New York/London: Routledge, 1993.

WALKER, M. U. Introduction. *In*: LINDEMANN, H.; VERKERK, M.; WALKER, M. U. (ed.). **Naturalized bioethics: toward responsible knowing and practice**. Cambridge, New York: Cambridge University Press, 2009. p. 1-22.

WOLF, S. M. Introduction: Gender and feminism in bioethics. *In*: WOLF, S. M. (ed.). **Feminism & Bioethics: Beyond Reproduction**. New York, Oxford: Oxford University Press, 1996. p. 3-43.

WOLLSTONECRAFT, M. **Vindicación de los derechos de la mujer**. Madrid: Cátedra, 2018/1792.

YOUNG, I. M. Polity and group difference: A critique of the ideal of universal citizenship. **Ethics**, [S. l.], v. 99, n. 2, p. 250-274, 1989.

YOUNG, I. M. **La justicia y la política de la diferencia**. Madrid: Ediciones Cátedra, 2000.

CRediT Author Statement

- ☐ **Reconocimientos:** No aplicable.
 - ☐ **Financiación:** Esta investigación no recibió financiamiento.
 - ☐ **Conflictos de intereses:** No fueron identificados conflictos de interés.
 - ☐ **Aprobación ética:** Por tratarse de una investigación de revisión bibliográfica, este trabajo no fue sometido a la evaluación de un comité de ética.
 - ☐ **Disponibilidad de datos y materiales:** El material utilizado para este trabajo es el que se indica en las referencias bibliográficas.
 - ☐ **Contribuciones de los autores:** La investigación fue realizada de manera integral por la autora.
-

Processamento e editoração: Editora Ibero-Americana de Educação.
Revisão, formatação, normalização e tradução.

