

QUATRO PRINCÍPIOS, DECISÕES CONCRETAS

William Candido Cerqueira¹;

Programa de Pós-Graduação em Vigilância em Saúde,
Universidade Iguaçu (UNIG), Nova Iguaçu, Rio de Janeiro.

<http://lattes.cnpq.br/0167414351797856> | <https://orcid.org/0009-0006-1614-019X>

Edith Maria Marques Magalhães²;

Programa de Pós-Graduação em Vigilância em Saúde,
Universidade Iguaçu (UNIG), Nova Iguaçu, Rio de Janeiro.

<http://lattes.cnpq.br/4696044972949706> | <https://orcid.org/0000-0002-3224-171X>

Paula Fernanda Chaves Soares³.

Programa de Pós-Graduação em Vigilância em Saúde,
Universidade Iguaçu (UNIG), Nova Iguaçu, Rio de Janeiro.

<http://lattes.cnpq.br/4424879429031247> | <https://orcid.org/0000-0001-9504-4118>

RESUMO: Este capítulo analisa os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça como referências para decisões concretas em saúde. Seu objetivo é traduzir o princípalismo para linguagem acessível, sem reduzir os princípios a fórmulas automáticas ou hierarquias fixas. A autonomia é discutida por meio do direito à informação, da participação nas decisões, do consentimento informado, da recusa de procedimentos, da capacidade decisória, da escolha de representante, das diretivas antecipadas de vontade e da segunda opinião. A beneficência é examinada como dever de promover benefício segundo as necessidades e os valores da pessoa, incluindo cuidado integral, alívio do sofrimento e proporcionalidade das intervenções. A não maleficência é relacionada à prevenção de danos físicos, emocionais, informacionais e institucionais, à segurança do paciente e à proteção da privacidade. A justiça é abordada a partir da equidade, da não discriminação, da transparência na distribuição de recursos e da atenção às vulnerabilidades. Situações educativas demonstram que os princípios podem entrar em tensão e precisam ser ponderados à luz de fatos clínicos, direitos, preferências, riscos e condições institucionais. O Estatuto dos Direitos do Paciente é integrado à discussão como referência normativa para informação, consentimento, confidencialidade, acesso ao prontuário, diretivas antecipadas e participação. Conclui-se que decisões bioeticamente responsáveis dependem de diálogo, análise contextual e justificativa compartilhada.

PALAVRAS-CHAVE: Princípalismo. Autonomia. Justiça.

FOUR PRINCIPLES, CONCRETE DECISIONS

ABSTRACT: This chapter examines autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice as guiding principles for concrete health care decisions. Its objective is to translate principlism into accessible language without reducing the principles to automatic formulas or fixed hierarchies. Autonomy is discussed through the right to information, participation in decisions, informed consent, refusal of procedures, decision-making capacity, appointment of a representative, advance directives, and second opinions. Beneficence is examined as the duty to promote benefit according to the person's needs and values, including comprehensive care, relief of suffering, and proportionality of interventions. Non-maleficence is related to the prevention of physical, emotional, informational, and institutional harm, patient safety, and privacy protection. Justice is addressed through equity, non-discrimination, transparency in resource allocation, and attention to vulnerabilities. Educational situations show that principles may conflict and must be balanced in light of clinical facts, rights, preferences, risks, and institutional conditions. The Brazilian Statute of Patients' Rights is integrated as a legal reference for information, consent, confidentiality, access to medical records, advance directives, and participation. Practical questions and suggested attitudes help connect theoretical reasoning with professional and social contexts, educational processes, institutional responsibilities, collective learning, and public understanding. Bioethically responsible decisions therefore depend on dialogue, contextual analysis, and shared justification.

KEYWORDS: Principlism. Autonomy. Justice.

INTRODUÇÃO

Autonomia, beneficência, não maleficência e justiça formam o núcleo do principlismo proposto por Beauchamp e Childress. Esses princípios oferecem uma linguagem comum para reconhecer valores presentes nas decisões em saúde. Eles não funcionam, contudo, como uma sequência mecânica capaz de indicar a resposta correta para qualquer situação.

Os princípios são considerados *prima facie*: cada um possui importância moral e deve ser respeitado, mas pode entrar em tensão com os demais. Uma intervenção capaz de produzir benefício pode impor riscos significativos. A vontade do paciente pode divergir da recomendação da equipe. A destinação de um recurso a uma pessoa pode reduzir a possibilidade de atendimento de outra. Nesses casos, a decisão exige ponderação, justificativa e consideração do contexto (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

Essa ponderação não significa escolher o princípio mais conveniente. Exige ao menos cinco movimentos:

- Esclarecer os fatos e as incertezas;
- Identificar os valores e os direitos envolvidos;
- Ouvir as pessoas afetadas pela decisão;

- Avaliar alternativas, benefícios, danos e consequências distributivas;
- Registrar e comunicar as razões da conduta escolhida.

Os quatro princípios serão apresentados separadamente para facilitar a compreensão. Na prática, porém, eles se relacionam. Respeitar autonomia requer informação adequada, o que também previne danos. Buscar benefício exige considerar o que a própria pessoa reconhece como valioso. Promover justiça depende de critérios clínicos, sociais e institucionais transparentes.

Diante desse contexto, o objetivo deste capítulo é explicar os quatro princípios bioéticos por meio de decisões concretas e de sua articulação com os direitos do paciente.

REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Autonomia: participar das decisões sobre a própria vida

Entenda o conceito

Autonomia é a capacidade de uma pessoa orientar escolhas conforme seus valores, preferências e projetos de vida, sem coerção ou influência indevida. No cuidado em saúde, ela se expressa por meio da informação, do consentimento, da recusa, da participação no plano terapêutico, da escolha de representante e das diretivas antecipadas de vontade.

O respeito à autonomia não exige que o profissional concorde com todas as escolhas. Exige reconhecer que pessoas capazes podem avaliar benefícios e riscos de maneira diferente da equipe. O dever profissional consiste em oferecer informação suficiente, verificar compreensão, corrigir equívocos relevantes, apresentar alternativas e evitar manipulação.

O Estatuto dos Direitos do Paciente define autodeterminação, consentimento informado, diretivas antecipadas de vontade e representante do paciente. A lei assegura participação ativa nos cuidados, informação acessível, retirada do consentimento, segunda opinião, acesso ao prontuário e respeito às diretivas antecipadas (BRASIL, 2026).

2.1.1 Informação como condição da autonomia

Não existe decisão informada quando a pessoa recebe apenas termos técnicos, frases vagas ou uma assinatura para preencher. A informação deve incluir, conforme o caso:

- Condição de saúde e grau de certeza do diagnóstico;
- Objetivos do tratamento;
- Benefícios esperados;
- Riscos frequentes e riscos graves relevantes;
- Alternativas disponíveis;

- Consequências previsíveis da recusa;
- Efeitos adversos e cuidados após alta;
- Tempo razoável para perguntas e decisão, quando não houver emergência.

O Estatuto determina que a informação seja acessível, atualizada e suficiente. Também reconhece o direito a intérprete e a meios de acessibilidade para pessoas com deficiência. A qualidade ética da informação não depende apenas de falar; depende de tornar possível a compreensão.

Na prática profissional

Uma pergunta útil é: “Poderia me contar, com suas palavras, o que compreendeu e quais dúvidas ainda permanecem?” Essa técnica evita que silêncio ou concordância aparente sejam confundidos com entendimento.

2.1.2 Consentimento não é apenas uma assinatura

Consentimento informado é um processo de comunicação e decisão. A assinatura pode documentá-lo, mas não o substitui. Para que seja eticamente válido, é necessário que a pessoa possua capacidade decisória para aquela escolha, receba informações relevantes, compreenda o essencial, decida voluntariamente e manifeste sua vontade.

A capacidade decisória não deve ser confundida com idade, escolaridade, diagnóstico psiquiátrico ou concordância com a equipe. Ela é específica para a decisão e para o momento. Uma pessoa pode compreender uma escolha simples e não conseguir avaliar outra muito complexa. Dor intensa, sedação, delirium, alterações neurológicas e crises emocionais podem reduzir temporariamente a capacidade.

Quando houver dúvida, a avaliação deve considerar se o paciente consegue:

- compreender as informações relevantes;
- reconhecer como elas se aplicam à sua situação;
- comparar opções e consequências;
- comunicar uma escolha relativamente consistente.

2.1.3 Recusa de tratamento

Uma pessoa capaz pode recusar uma intervenção mesmo quando a equipe a considera benéfica. O profissional deve investigar se a recusa decorre de falta de informação, medo, barreira de comunicação, pressão externa ou compreensão equivocada. Depois de esclarecidas essas questões, a vontade autônoma deve ser respeitada dentro dos limites legais e clínicos aplicáveis.

Respeitar a recusa não significa abandonar o paciente. A equipe deve manter acolhimento, controle de sintomas, alternativas possíveis e abertura para revisão da decisão. Também precisa registrar a informação fornecida, a avaliação de capacidade, as razões expressas e a conduta pactuada.

<i>Situação do cotidiano profissional</i>
Uma paciente orientada recusa transfusão sanguínea por convicção religiosa. A resposta ética não é ridicularizar a crença nem aceitar a recusa sem diálogo. A equipe deve avaliar capacidade, explicar riscos, investigar alternativas terapêuticas, registrar a decisão e organizar um plano de cuidado proporcional.
<i>Para pacientes e familiares</i>
Recusar um procedimento não elimina o direito a cuidado. Informe os motivos da recusa, peça explicações sobre alternativas e registre preferências importantes.

2.1.4 Representante, família e autonomia relacional

Quando o paciente não consegue decidir, a equipe pode precisar dialogar com representante indicado, responsável legal ou familiares. O objetivo não é perguntar o que a família prefere para si, mas buscar a decisão que melhor represente os valores, as vontades previamente manifestadas e os interesses do paciente.

O Estatuto permite que a pessoa indique livremente um representante por registro no prontuário. Essa indicação pode evitar conflitos futuros e tornar as decisões mais coerentes com seus valores. Quando não existe manifestação prévia, a equipe deve reconstruir, com cautela, aquilo que o paciente provavelmente escolheria e avaliar seu melhor interesse.

A ideia de autonomia relacional reconhece que escolhas são construídas em redes de afeto, dependência, cultura e responsabilidade. Ouvir familiares pode fortalecer a decisão, mas a família não deve automaticamente substituir a voz de um paciente capaz. A autonomia relacional não autoriza paternalismo coletivo (HWANG et al., 2025).

2.1.5 Diretivas antecipadas de vontade

Diretivas antecipadas são declarações escritas sobre cuidados, procedimentos e tratamentos que a pessoa aceita ou recusa para situações em que não possa expressar sua vontade. Podem incluir preferências sobre reanimação, ventilação mecânica, alimentação artificial, cuidados paliativos, local de cuidado e designação de representante.

O Estatuto determina que as diretivas sejam respeitadas por familiares e profissionais. Para aumentar sua utilidade, recomenda-se que sejam discutidas com profissional de saúde, escritas de forma clara, revisadas periodicamente e disponibilizadas à pessoa indicada e à instituição responsável pelo cuidado.

2.1.6 Segunda opinião e acesso ao prontuário

Buscar segunda opinião não constitui deslealdade à equipe. Pode ajudar a esclarecer diagnóstico, prognóstico e opções. O Estatuto assegura esse direito em qualquer fase do tratamento, além de tempo suficiente para decidir quando a situação não é emergencial.

O acesso ao prontuário também fortalece a autonomia. O paciente pode obter cópia, solicitar retificação e exigir segurança do documento. A interpretação das informações pode exigir orientação profissional, mas o prontuário não deve ser tratado como propriedade inacessível ao sujeito do cuidado.

Cuidado com o equívoco

Autonomia não significa “o paciente manda em tudo”. Serviços e profissionais não são obrigados a oferecer intervenções sem indicação, inseguras ou incompatíveis com normas éticas e legais. O dever é explicar limites, apresentar alternativas e evitar abandono.

Pare e reflita

Quando uma pessoa escolhe algo diferente da recomendação técnica, a equipe procura compreender seus valores ou apenas tenta convencê-la?

Atitude recomendada

Substitua “o paciente não aceitou” por uma documentação mais completa: quais informações recebeu, o que compreendeu, quais valores expressou, se havia alternativas e como o cuidado continuará.

2.2 Beneficência: promover benefício segundo as necessidades da pessoa

Entenda o conceito

Beneficência é o dever de agir em favor do bem-estar, prevenir agravos, aliviar sofrimento e oferecer intervenções com expectativa razoável de benefício. Ela exige ação positiva: não basta evitar dano; é necessário buscar cuidado efetivo e adequado.

A beneficência pode parecer intuitiva, mas a pergunta “o que é melhor?” raramente possui resposta puramente técnica. Benefício pode significar cura, aumento de sobrevida, recuperação funcional, alívio de dor, permanência em casa, capacidade de comunicação ou possibilidade de despedida. A equipe precisa conhecer os objetivos do paciente para avaliar o que realmente conta como benefício.

2.2.1 Benefício clínico e benefício vivido

Um resultado estatisticamente favorável pode não representar benefício relevante para determinada pessoa. Um tratamento capaz de prolongar a vida por curto período pode ser valioso para alguém que deseja participar de um evento familiar; para outra pessoa, os efeitos adversos podem ser incompatíveis com seus objetivos.

A beneficência exige integrar evidências e preferências. O profissional não deve projetar automaticamente seus próprios valores sobre o paciente. Perguntas úteis incluem:

- O que a pessoa espera alcançar?
- Quais funções ou experiências considera essenciais?
- Que nível de dependência aceita?
- Quais sofrimentos considera intoleráveis?
- O benefício provável justifica os ônus?

2.2.2 Cuidado integral

Promover benefício não se limita ao tratamento da doença. A integralidade envolve dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais. Controle da dor, apoio psicológico, orientação social, comunicação com a família, reabilitação e cuidados paliativos podem ser tão relevantes quanto medicamentos e procedimentos.

No SUS, a integralidade também exige continuidade entre níveis de atenção. Uma alta hospitalar sem orientação, acesso a medicação ou articulação com a rede pode transformar uma conduta tecnicamente correta em cuidado incompleto.

2.2.3 Alívio do sofrimento e cuidados paliativos

Cuidados paliativos buscam prevenir e aliviar sofrimento de natureza física, psíquica, social e espiritual em doenças ameaçadoras da vida. Não são sinônimo de desistência nem se restringem às últimas horas. Podem ser oferecidos simultaneamente a tratamentos modificadores da doença (ASLAKSON et al., 2014; KESECIOGLU et al., 2024; MOLINA FILHO et al., 2023).

O Estatuto reconhece o direito a cuidados paliativos, livre de dor, e prevê apoio aos familiares. Esse direito reforça que beneficência não significa usar todos os recursos tecnológicos até o limite biológico. Em determinadas situações, o maior benefício é controlar sintomas, preservar dignidade e reduzir intervenções desproporcionais.

Situação do cotidiano profissional

Um paciente com doença avançada apresenta dor intensa e repetidas internações. A equipe concentra a conversa em novos exames, mas não investiga objetivos, sofrimento ou preferências. A beneficência exige ampliar o foco: controlar sintomas, discutir prognóstico, integrar cuidados paliativos e planejar continuidade.

2.2.4 “Fazer tudo” e “fazer o que beneficia”

A expressão “fazer tudo” costuma aparecer em decisões difíceis. Ela pode transmitir compromisso, mas também ocultar uma pergunta essencial: tudo o quê, para alcançar qual objetivo e com quais consequências?

Uma equipe pode realizar todas as medidas tecnicamente disponíveis e, ainda assim, falhar em oferecer aquilo que o paciente mais necessita. Beneficência responsável distingue intensidade de cuidado de intensidade de intervenção. Limitar um tratamento desproporcional não significa limitar atenção, conforto, presença ou apoio.

Para pacientes e familiares

Pergunte qual é o objetivo de cada intervenção. Ela busca curar, estabilizar, aliviar sintomas, ganhar tempo ou oferecer conforto? Compreender o objetivo facilita a avaliação do benefício.

Cuidado com o equívoco

Beneficência não autoriza decidir pelo paciente “para o próprio bem” sem ouvi-lo. Boa intenção não elimina o dever de informação e participação.

Pare e reflita

A equipe avalia benefício apenas por resultados clínicos ou considera aquilo que a pessoa entende como qualidade de vida?

Atitude recomendada

Antes de propor uma intervenção, formule uma frase completa: “Recomendamos esta conduta porque esperamos alcançar [objetivo terapêutico], com probabilidade estimada de [informar quando aplicável], reconhecendo os riscos de [descrever os principais riscos]”.

2.3 Não maleficência: prevenir danos evitáveis e desproporcionais

Entenda o conceito

Não maleficência é o dever de não causar dano injustificado. No cuidado em saúde, muitas intervenções possuem riscos; portanto, o princípio não exige ausência absoluta de dano. Exige que os riscos sejam reconhecidos, reduzidos e proporcionais aos benefícios esperados.

Danos podem ser físicos, emocionais, sociais, informacionais e institucionais. Uma infecção evitável, uma queda, uma dose incorreta, uma exposição indevida, uma comunicação humilhante ou um procedimento realizado sem privacidade são expressões distintas de dano.

2.3.1 Segurança do paciente

A segurança do paciente traduz a não maleficência em processos concretos: identificação correta, higienização das mãos, comunicação segura, uso adequado de medicamentos, prevenção de quedas, cirurgia em local correto, vigilância de dispositivos e aprendizado com incidentes. Esses compromissos são coerentes com o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com a RDC nº 36/2013 e com o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

O Estatuto assegura ambiente, procedimentos e insumos seguros. Também reconhece que o paciente pode perguntar sobre higienização, local do procedimento, profissional responsável, dosagem e efeitos adversos de medicamentos. A participação do paciente na segurança não substitui a responsabilidade do serviço; funciona como camada adicional de proteção.

Para pacientes e familiares

Perguntar “qual medicamento é este?” ou “houve higienização das mãos?” é um direito. A pergunta deve ser acolhida sem constrangimento.

2.3.2 Procedimentos desnecessários e desproporcionais

Cada exame e intervenção deve possuir indicação, objetivo e relação favorável entre benefício e risco. Repetir procedimentos sem necessidade, manter dispositivos invasivos além do tempo indicado ou prolongar tratamentos sem benefício razoável pode produzir dano.

A proporcionalidade terapêutica avalia se os meios utilizados são adequados aos objetivos do cuidado. Não se trata de atribuir valor menor à vida de pessoas com doença grave. Trata-se de evitar que a tecnologia prolongue sofrimento sem oferecer benefício compatível.

2.3.3 Comunicação como possível fonte de dano

Palavras podem causar dano. Informações graves transmitidas de forma abrupta, comentários sobre prognóstico diante do paciente sem preparo, uso de termos estigmatizantes e exposição de dúvidas profissionais em local inadequado podem aumentar sofrimento e destruir confiança.

Comunicação ética não significa ocultar informações. Significa preparar o ambiente, avaliar o que a pessoa deseja saber, utilizar linguagem clara, oferecer tempo, reconhecer emoções e organizar continuidade do suporte.

2.3.4 Privacidade e confidencialidade

A proteção de informações pessoais integra a não maleficência porque a exposição pode produzir estigma, discriminação, conflitos familiares e prejuízos profissionais. O Estatuto assegura confidencialidade mesmo após a morte, direito de consentir ou não com revelação a terceiros - inclusive familiares - e respeito à vida privada durante o cuidado.

Em ambientes digitais, a proteção exige atenção redobrada. Fotografias, telas de prontuário, mensagens, áudios e discussões clínicas não devem circular fora dos canais autorizados. O fato de um grupo ser composto por profissionais não torna qualquer compartilhamento adequado. O tratamento de dados pessoais e dados de saúde também deve observar finalidade, necessidade, segurança e responsabilização, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (BRASIL, 2018).

<i>Situação do cotidiano profissional</i>
Uma fotografia de lesão é enviada em aplicativo pessoal para “pedir opinião”, sem autorização e sem proteção da identidade. Mesmo que a intenção seja clínica, a conduta expõe dados e pode violar privacidade. Devem ser utilizados fluxos institucionais seguros e consentimento quando aplicável.

Cuidado com o equívoco

Não maleficência não significa evitar toda intervenção arriscada. Em saúde, alguns riscos são justificáveis quando existe benefício relevante, informação adequada, consentimento e medidas de prevenção.

Pare e reflita

Quais danos não físicos são pouco reconhecidos em seu serviço?

Atitude recomendada

Antes de compartilhar informação clínica, pergunte: a pessoa precisa saber? Existe autorização? O canal é seguro? É possível reduzir dados identificadores?

2.4 Justiça: tratar com equidade e distribuir recursos de forma justificável

Entenda o conceito

Justiça refere-se à distribuição equitativa de benefícios, riscos, oportunidades e encargos. No cuidado em saúde, envolve acesso, priorização, não discriminação, transparência e atenção às necessidades de grupos vulnerabilizados.

Tratar todos exatamente da mesma forma nem sempre é justo. Pessoas com barreiras diferentes podem precisar de apoios distintos. Oferecer intérprete, acessibilidade, transporte sanitário ou atenção prioritária em razão de risco não constitui privilégio; pode ser condição para equidade.

2.4.1 Igualdade e equidade

Igualdade significa reconhecer igual dignidade e direitos. Equidade considera diferenças relevantes para reduzir desvantagens injustas. Em uma fila clínica, por exemplo, ordem de chegada pode ser adequada em alguns contextos, mas gravidade e risco podem justificar prioridade.

Critérios justos precisam ser:

- Clinicamente pertinentes;
- Conhecidos e aplicáveis de forma consistente;
- Revisáveis;
- Livres de discriminação;
- Capazes de considerar vulnerabilidades sem estigmatizar.

2.4.2 Alocação de recursos escassos

Leitos, equipes, medicamentos e tecnologias podem ser insuficientes. Decisões de alocação não devem ser baseadas em influência, renda, prestígio social ou julgamento sobre o “valor” de uma vida. Exigem critérios transparentes, avaliação clínica, proporcionalidade e mecanismos de revisão.

A justiça também se manifesta na gestão cotidiana. Desperdício, exames sem indicação e permanência desnecessária em leitos consomem recursos que poderiam beneficiar outras pessoas. Assim, uso racional e qualidade assistencial são dimensões éticas.

2.4.3 Não discriminação

O Estatuto proíbe distinção, exclusão, restrição ou preferência que limite direitos com base em sexo, raça, cor, religião, enfermidade, deficiência, origem, renda ou outras formas de discriminação. Também assegura respeito ao nome de preferência e às particularidades culturais e religiosas, sobretudo em grupos vulneráveis.

Discriminação nem sempre é explícita. Pode ocorrer quando sintomas são desvalorizados por estigma, quando pessoas com deficiência têm sua qualidade de vida presumida por terceiros, quando barreiras linguísticas são tratadas como desinteresse ou quando usuários pobres recebem menos informações por suposição de baixa compreensão.

<i>Situação do cotidiano profissional</i>
Dois pacientes necessitam de vaga intensiva. Um possui maior influência social, mas o outro apresenta critérios clínicos mais urgentes e maior possibilidade de benefício. Justiça exige que a decisão siga critérios clínicos e transparentes, protegidos de pressões indevidas.

2.4.4 Justiça e vulnerabilidade

A Bioética de Intervenção e a Bioética de Proteção lembram que escolhas individuais são condicionadas por estruturas sociais. Uma orientação de saúde pode ser impossível de cumprir sem renda, moradia adequada ou acesso a transporte. Julgar “falta de adesão” sem examinar essas condições pode reproduzir injustiça.

<i>Para pacientes e familiares</i>
Quando uma necessidade não é atendida, solicite explicação sobre critérios, alternativas e canais de revisão. Transparência é parte da justiça.

Cuidado com o equívoco

Justiça não é distribuir tudo igualmente nem garantir qualquer recurso solicitado. É utilizar critérios pertinentes, transparentes e não discriminatórios, considerando necessidades e disponibilidade.

Pare e reflita

As regras de prioridade de seu serviço são claras para profissionais e usuários?

Atitude recomendada

Quando um recurso é negado ou adiado, explique o critério utilizado, registre a decisão e apresente alternativas ou possibilidade de reavaliação.

2.5 Quando os princípios entram em tensão

Considere um paciente consciente com doença grave que recusa uma intervenção potencialmente benéfica. Autonomia sustenta a recusa; beneficência favorece o tratamento. A resposta não consiste em declarar que um princípio “vence” automaticamente. É necessário verificar capacidade, qualidade da informação, voluntariedade, alternativas e consequências. Depois disso, a autonomia pode justificar a não realização da intervenção.

Em outra situação, uma família solicita tratamento invasivo sem benefício razoável. Beneficência e não maleficência podem sustentar a limitação, enquanto a escuta da família permanece necessária. Respeitar familiares não significa oferecer qualquer intervenção solicitada; significa comunicar, compreender valores, construir consenso possível e não abandonar.

Na alocação de recursos, o benefício esperado para um indivíduo pode entrar em tensão com justiça distributiva. A decisão precisa considerar critérios institucionais e não pode recair apenas sobre a relação privada entre profissional e paciente.

Matriz simplificada de ponderação

- A pessoa compreendeu e participou? A autonomia é o foco central; beneficência, não maleficência e justiça continuam relevantes para avaliar informação, apoio e consequências.
- Qual benefício é esperado? A beneficência ocupa posição central, mas o benefício deve ser interpretado segundo os valores da pessoa, comparado aos riscos e considerado diante de outros usos possíveis dos recursos.
- Quais danos podem ocorrer? A não maleficência orienta a identificação e a redução de danos; os riscos devem ser informados, minimizados e não podem ser distribuídos de forma injusta.
- Há critérios transparentes? A justiça é central; critérios claros também protegem a decisão livre, qualificam a indicação clínica e reduzem danos evitáveis.
- Existem vulnerabilidades? As vulnerabilidades exigem apoio à decisão, cuidado proporcional, proteção contra danos e respostas equitativas.

A matriz não substitui deliberação. Serve para impedir que dimensões importantes sejam esquecidas.

2.6 Um roteiro de decisão em oito passos

Defina o problema: qual decisão precisa ser tomada agora?

Organize os fatos: diagnóstico, prognóstico, urgência, alternativas e incertezas.

Avalie capacidade e vontade: o paciente pode decidir? Existem diretivas ou representante?

Identifique benefícios e danos: para cada alternativa, quais resultados são prováveis?

Examine justiça: há recursos limitados, critérios de prioridade ou risco de discriminação?

Ouçã os envolvidos: paciente, família, equipe e profissionais de apoio.

Justifique e registre: quais razões sustentam a decisão?

Reavalie: a situação mudou? A decisão continua proporcional?

Pare e reflita

Uma decisão pode estar tecnicamente correta e ainda falhar por comunicação, desigualdade ou ausência de participação. Qual dessas dimensões recebe menos atenção em seu contexto?

Perguntas para reflexão

Consentimento em seu contexto é tratado como conversa ou como formulário?

Como a equipe identifica aquilo que o paciente considera benefício?

Quais danos informacionais ou emocionais são mais frequentes?

Os critérios de prioridade são transparentes e revisáveis?

Quando princípios entram em tensão, quem participa da decisão?

A aplicação multiprofissional dos quatro princípios exige leitura integrada de fatos, valores, vulnerabilidades e condições institucionais (CERQUEIRA; MAGALHÃES; SOARES, 2026).

METODOLOGIA

O capítulo constitui estudo teórico-reflexivo, qualitativo e de natureza aplicada, baseado em pesquisa bibliográfica e documental. A seleção dos conteúdos partiu da revisão narrativa da dissertação, com ênfase no principialismo de Beauchamp e Childress, em documentos internacionais de bioética e direitos humanos e na produção brasileira relacionada ao SUS, à autonomia, à proporcionalidade terapêutica, à segurança do paciente e à justiça distributiva. Foram consultados livros, artigos científicos, diretrizes e documentos normativos localizados em SciELO, PubMed, BVS/LILACS, Google Acadêmico e fontes oficiais. A análise não seguiu protocolo de revisão sistemática ou metanálise; adotou-se síntese narrativa orientada por quatro categorias previamente definidas: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Em cada categoria foram identificados conceito central, aplicações práticas, equívocos frequentes, tensões com outros princípios e correspondência com direitos previstos na legislação brasileira. A Lei nº 15.378/2026 foi examinada documentalmente para relacionar os princípios a garantias como informação, consentimento, confidencialidade, diretivas antecipadas, segunda opinião e acesso ao prontuário. Situações educativas foram elaboradas pelos autores, de forma fictícia e sem identificação de pessoas ou instituições. Por se tratar de revisão

e produção educativa, não houve participação direta de seres humanos nesta etapa.

CONCLUSÃO

Os quatro princípios não são fórmulas isoladas. Autonomia protege participação e autodeterminação; beneficência orienta a promoção do bem; não maleficência exige prevenção de danos; justiça organiza equidade e distribuição de recursos.

O Estatuto dos Direitos do Paciente transforma várias dessas exigências em direitos concretos: informação acessível, consentimento, retirada do consentimento, representante, diretivas antecipadas, confidencialidade, privacidade, segunda opinião, acesso ao prontuário, segurança, não discriminação e cuidados paliativos.

A aplicação responsável dos princípios exige reconhecer tensões, examinar o contexto e justificar decisões. Em vez de perguntar apenas “qual princípio se aplica?”, é melhor perguntar: como os quatro princípios iluminam esta situação e qual combinação de ações protege melhor a pessoa, reduz danos e preserva justiça?

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, política, acadêmica ou pessoal relacionados à elaboração e à publicação deste capítulo.

REFERÊNCIAS

ASLAKSON, R. A. et al. Evidence-based palliative care in the intensive care unit: a systematic review of interventions. **Journal of Palliative Medicine**, v. 17, n. 2, p. 219-235, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0409>.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. 8. ed. New York: Oxford University Press, 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 jul. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 6 ago. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 15 ago. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709compilado.htm. Acesso em: 6 ago. 2026.

BRASIL. **Lei nº 15.378, de 6 de abril de 2026**. Institui o Estatuto dos Direitos do Paciente. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 abr. 2026. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2026/lei/115378.htm. Acesso em: 6 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2 abr. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 6 ago. 2026.

CERQUEIRA, W. C.; MAGALHÃES, E. M. M.; SOARES, P. F. C. Bioética e seus princípios básicos: compreensão e aplicabilidade pela equipe multiprofissional de saúde. In: CRUZ, D. L. V. (org.). **Avanços na saúde: pesquisas e práticas transformadoras**. v. 2. Recife: Editora Omnis Scientia, 2026. p. 134-143. DOI: <https://doi.org/10.47094/978-65-284-0281-6/134-143>.

HWANG, D. Y. et al. Society of Critical Care Medicine guidelines on family-centered care for adult ICUs: 2024. **Critical Care Medicine**, v. 53, n. 2, p. e465-e482, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000006549>.

KESECIOGLU, J. et al. European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit. **Intensive Care Medicine**, v. 50, n. 11, p. 1740-1766, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07579-1>.

MOLINA FILHO, E. T. et al. Cuidados paliativos em terapia intensiva: revisão integrativa. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 31, e3418PT, p. 1-12, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-803420233418PT>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global patient safety action plan 2021-2030**: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>. Acesso em: 6 ago. 2026.