

DILEMAS DO CUIDADO: DA ROTINA À ALTA COMPLEXIDADE

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 discute dilemas bioéticos presentes no cuidado cotidiano e em contextos de alta complexidade. O objetivo é demonstrar que conflitos éticos não se restringem às Unidades de Terapia Intensiva, podendo surgir em consultas, internações, atendimentos domiciliares, unidades básicas, ambulatorios e relações familiares. São examinados sigilo, confidencialidade, exposição indevida de informações, prontuário, proteção de dados, comunicação de diagnósticos, consentimento, recusa de tratamento, presença de estudantes, capacidade decisória e representação. A análise inclui conflitos entre a vontade do paciente e as expectativas familiares, respeito a crenças culturais e religiosas, terminalidade, limitação de suporte terapêutico, obstinação terapêutica, cuidados paliativos, alocação de recursos, preconceito, discriminação e vulnerabilidade social. Casos educativos fictícios são utilizados para evidenciar valores em conflito, direitos envolvidos, possíveis danos e alternativas de encaminhamento, sem reproduzir situações identificáveis da pesquisa empírica. O Estatuto dos Direitos do Paciente orienta a abordagem de privacidade, confidencialidade, consentimento, não discriminação, diretivas antecipadas e participação nos cuidados. A discussão destaca que reconhecer um dilema exige separar fatos, valores, normas e interesses, além de identificar quem precisa ser ouvido e quais instâncias podem apoiar a decisão. Essa organização permite aproximar conceitos acadêmicos das escolhas concretas enfrentadas por profissionais, pacientes e familiares. Conclui-se que a deliberação bioética deve combinar prudência, proporcionalidade, comunicação qualificada, proteção de vulnerabilidades e respeito à dignidade.

PALAVRAS-CHAVE: Dilemas éticos. Cuidados paliativos. Confidencialidade.

DILEMMAS OF CARE: FROM ROUTINE TO HIGH COMPLEXITY

ABSTRACT: This chapter discusses bioethical dilemmas arising in routine care and high-complexity settings. Its objective is to demonstrate that ethical conflicts are not limited to Intensive Care Units and may occur in consultations, hospitalizations, home care, primary care, outpatient services, and family relationships. The chapter examines professional secrecy, confidentiality, inappropriate disclosure of information, medical records, data protection, communication of diagnoses, consent, refusal of treatment, the presence of students, decision-making capacity, and representation. It also addresses conflicts between the patient's wishes and family expectations, respect for cultural and religious beliefs, end-of-life care, limitation of life-sustaining treatment, therapeutic obstinacy, palliative care, resource allocation, prejudice, discrimination, and social vulnerability. Fictional educational cases are used to identify conflicting values, relevant rights, potential harms, and possible courses of action without reproducing identifiable situations from the empirical study. The Brazilian Statute of Patients' Rights informs the analysis of privacy, confidentiality, consent, non-discrimination, advance directives, and participation in care. Recognizing a dilemma requires distinguishing facts, values, norms, and interests, identifying who should be heard, and determining which institutional resources may support the decision. This framework connects academic concepts with the concrete choices faced by professionals, patients, and families. Bioethical deliberation should combine prudence, proportionality, qualified communication, protection of vulnerabilities, and respect for dignity.

KEYWORDS: Ethical dilemmas. Palliative care. Confidentiality.

INTRODUÇÃO

Dilemas bioéticos são frequentemente associados à terminalidade, ao transplante, à reprodução assistida ou a decisões de alta complexidade. Esses temas são relevantes, mas a ética do cuidado também se manifesta em situações comuns: uma informação compartilhada sem necessidade, uma explicação incompreensível, a presença de estudantes sem autorização, um julgamento baseado em estigma ou uma decisão tomada sem escutar quem receberá o tratamento.

Um dilema ético ocorre quando valores, direitos, deveres ou interesses moralmente relevantes entram em tensão e nenhuma alternativa parece preservar plenamente todos eles. Nem todo problema é um dilema. Erros técnicos, descumprimentos claros de normas e falhas de processo podem exigir correção direta. Porém, mesmo nesses casos, a resposta institucional envolve ética: como comunicar, reparar, aprender e proteger as pessoas afetadas.

Este capítulo percorre situações que podem ocorrer na atenção básica, em ambulatórios, internações, atendimentos domiciliares e unidades intensivas. Os casos são fictícios e foram elaborados para mostrar que a análise bioética precisa integrar fatos, valores, direitos, contexto e comunicação (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009; UNESCO, 2005).

Assim, o objetivo deste capítulo é analisar dilemas éticos presentes na rotina e na alta complexidade, oferecendo referências para sua identificação e deliberação.

REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Sigilo, confidencialidade e exposição de informações

3.1.1 Por que a informação em saúde exige proteção especial

Informações sobre diagnóstico, tratamento, uso de medicamentos, saúde mental, sexualidade, genética, condição social e histórico familiar podem produzir estigma ou prejuízo quando reveladas indevidamente. Confidencialidade é o dever de proteger essas informações e restringir seu uso às finalidades legítimas do cuidado, da gestão autorizada e das hipóteses previstas em lei.

O Estatuto dos Direitos do Paciente assegura confidencialidade das informações sobre estado de saúde, tratamento e dados pessoais, inclusive após a morte. Também reconhece que o paciente pode consentir ou não com a revelação a terceiros não autorizados, incluindo familiares, salvo determinação legal (BRASIL, 2026).

A proteção não depende apenas de evitar divulgação pública. Conversas em elevadores, prontuários abertos em telas visíveis, chamadas pelo diagnóstico, listas expostas, fotografias em celulares pessoais e mensagens em grupos não institucionais podem violar a privacidade.

Cuidado com o equívoco

“A família já sabe” não é autorização automática para compartilhar qualquer informação. Sempre que possível, deve-se verificar com o paciente quem pode receber informações e qual extensão de conteúdo pode ser comunicada.

3.1.2 Quando o compartilhamento pode ser necessário

O sigilo não é absoluto. Informações podem ser compartilhadas dentro da equipe quando são necessárias para continuidade e segurança do cuidado. Também existem exceções legais relacionadas a notificações obrigatórias, proteção de terceiros e determinações judiciais. Mesmo nessas hipóteses, deve-se utilizar o mínimo de informação necessário, canais seguros e documentação adequada.

A pergunta ética não é apenas “posso compartilhar?”, mas também “com quem, para qual finalidade, por qual meio e em qual extensão?”.

3.2 Prontuário, imagens e proteção de dados

O prontuário registra a história clínica, as decisões, os procedimentos e a evolução do cuidado. O Estatuto assegura ao paciente acesso, cópia sem ônus, possibilidade de solicitar retificação e manutenção segura do documento. O acesso não elimina o dever de preservar dados de terceiros eventualmente presentes no registro (BRASIL, 2018, 2026).

Em ensino e pesquisa, imagens e relatos exigem proteção adicional. Retirar o nome pode não ser suficiente quando rosto, tatuagem, voz, local, data ou circunstância permitem identificação. O uso educativo deve seguir normas éticas, autorização adequada e redução de elementos identificadores.

Caso educativo 1 - A fotografia “para pedir opinião”

Uma profissional fotografa uma lesão rara com o celular pessoal e envia a colegas em um grupo de mensagens. O rosto não aparece, mas a fotografia contém uma pulseira com número de registro e foi enviada fora do sistema institucional.

Valores e direitos envolvidos: benefício diagnóstico, confidencialidade, privacidade, segurança de dados e responsabilidade profissional.

Análise: a intenção de obter ajuda não elimina o risco de identificação e circulação descontrolada. A equipe deve utilizar canal institucional, remover dados desnecessários, verificar autorização aplicável e registrar a consulta quando fizer parte do cuidado.

Atitude bioética: antes de captar ou compartilhar imagem, definir finalidade, base autorizativa, canal seguro e possibilidade de identificação indireta.

3.3 Comunicação, verdade e pedido de ocultação

3.3.1 O direito à informação

O Estatuto assegura informação sobre condição de saúde, tratamento, alternativas, riscos, benefícios e efeitos adversos. A informação deve ser acessível, atualizada e suficiente para tomada de decisão. Isso significa adequar linguagem, ritmo e profundidade às necessidades da pessoa.

Dizer a verdade não significa despejar conteúdo técnico sem cuidado. Comunicação de notícias difíceis exige ambiente adequado, tempo, escuta e suporte. O profissional deve verificar quanto o paciente deseja saber e como prefere receber informações, sem presumir que todos desejam o mesmo nível de detalhe no mesmo momento.

3.3.2 Quando a família pede que o diagnóstico seja ocultado

Famílias podem pedir que informações graves não sejam comunicadas, geralmente por desejo de proteção. A preocupação merece acolhimento, mas não autoriza apagar a autonomia do paciente capaz. Uma resposta possível é explorar o medo da família, conhecer as preferências prévias do paciente e planejar comunicação gradual e apoiada (HWANG et al., 2025).

Caso educativo 2 - “Não conte que é câncer”

A filha de um paciente orientado solicita que a equipe não revele o diagnóstico, afirmando que ele “não suportará”. O paciente, por sua vez, pergunta repetidamente sobre o resultado dos exames.

Valores e direitos envolvidos: autonomia, informação, beneficência, prevenção de dano emocional e vínculo familiar.

Análise: ocultar informação solicitada pelo paciente viola sua participação e pode aumentar ansiedade. A equipe deve conversar com a filha, avaliar as preferências do paciente, comunicar de

forma sensível e oferecer apoio. Beneficência não se confunde com ocultação paternalista.

Pergunta para reflexão: proteger alguém do sofrimento permite impedir que organize suas escolhas e relações?

3.4 Consentimento, recusa e presença de estudantes

O consentimento precisa acompanhar o cuidado ao longo do tempo. Mudanças no plano terapêutico, novos riscos e procedimentos diferentes podem exigir nova conversa. O paciente pode retirar consentimento sem represália, conforme o Estatuto.

A presença de estudantes também exige respeito à privacidade. A lei reconhece o direito de consentir ou não com a presença de estudantes e profissionais estranhos aos cuidados. O ambiente de ensino é importante para formação, mas não transforma o corpo do paciente em recurso didático disponível sem autorização.

Caso educativo 3 - Aprender sem perguntar

Durante exame íntimo, quatro estudantes entram na sala. O profissional apresenta o caso, mas ninguém pergunta à paciente se ela aceita a presença do grupo. Ela permanece em silêncio e demonstra constrangimento.

Valores e direitos envolvidos: dignidade, privacidade, consentimento, educação profissional e assimetria de poder.

Análise: silêncio não equivale a consentimento, especialmente quando a pessoa pode temer prejuízo no atendimento. O convite deve ser feito antes, em linguagem clara, com possibilidade real de recusa e sem pressão.

Atitude bioética: perguntar em ambiente que permita liberdade e limitar o número de pessoas ao necessário.

3.5 Capacidade decisória e representação

Pacientes podem perder temporária ou permanentemente a capacidade de decidir. Nesses casos, deve-se buscar diretivas antecipadas, representante indicado e informações sobre valores prévios. A decisão substitutiva deve procurar representar aquilo que o paciente escolheria, e não simplesmente a preferência do familiar.

Capacidade não é tudo ou nada. Uma pessoa com demência inicial pode decidir sobre atividades simples e necessitar de apoio em decisões complexas. O Estatuto determina que pessoas impedidas de consentir por condição biológica, psíquica, cultural ou social recebam instrumentos para expressar opções ou resistência. Essa previsão evita que incapacidade de formular consentimento completo seja tratada como ausência total de vontade.

Para profissionais

- Avaliar capacidade para a decisão específica;
- Corrigir causas reversíveis, como dor, delirium ou sedação;
- Utilizar comunicação acessível;
- Registrar diretivas e representante;
- Observar manifestações de concordância ou resistência;
- Evitar decisões baseadas apenas na conveniência institucional.

3.6 Família, valores culturais e crenças religiosas

Famílias desempenham papel central no cuidado, mas não são grupos homogêneos. Podem existir divergências entre filhos, companheiros, representantes e outros vínculos. A equipe precisa identificar quem possui legitimidade para participar e, sobretudo, qual decisão melhor corresponde à vontade e ao interesse do paciente.

Crenças religiosas e culturais devem ser respeitadas, conforme o Estatuto, especialmente em grupos vulneráveis. O respeito não obriga profissionais a realizar condutas inseguras ou sem indicação. Exige diálogo, busca de alternativas, apoio espiritual quando desejado e ausência de discriminação.

A competência cultural não consiste em memorizar características atribuídas a grupos. Consiste em perguntar à pessoa o que é importante para ela, reconhecer possíveis diferenças e evitar estereótipos.

3.7 Terminalidade, limitação de suporte e cuidados paliativos

3.7.1 Quando a tecnologia deixa de beneficiar

A UTI concentra tecnologias capazes de sustentar respiração, circulação e função renal. Esses recursos salvam vidas, mas podem prolongar o processo de morrer quando não existe possibilidade razoável de recuperação ou benefício alinhado aos objetivos do paciente (PESSINI, 2016).

A limitação ou retirada de suporte não equivale a abandono. Pode representar reconhecimento de que determinada intervenção se tornou desproporcional. A decisão deve ser baseada em avaliação clínica, valores do paciente, comunicação com familiares, deliberação da equipe e documentação clara (TRUOG et al., 2008; KESECIOGLU et al., 2024).

3.7.2 Obstinação terapêutica

Obstinação terapêutica ocorre quando intervenções são mantidas sem benefício proporcional, impondo sofrimento ou prolongando artificialmente o morrer. O problema não está no uso de tecnologia em si, mas na ausência de objetivos realistas e reavaliação.

Perguntas úteis incluem:

- Qual é o objetivo atual do tratamento?
- Existe possibilidade razoável de alcançá-lo?
- Quais ônus estão sendo impostos?
- A intervenção respeita as preferências conhecidas?
- O plano inclui conforto e apoio à família?

3.7.3 Cuidados paliativos como cuidado ativo

Cuidados paliativos oferecem assistência integral para alívio de sofrimento físico, psíquico, social e espiritual. O Estatuto os reconhece como direito e prevê apoio aos familiares. A integração precoce pode melhorar comunicação, controle de sintomas e adequação do plano terapêutico (ASLAKSON et al., 2014; MOLINA FILHO et al., 2023).

Caso educativo 4 - Intervenção sem benefício razoável

Um paciente com doença irreversível permanece submetido a procedimentos invasivos repetidos. A equipe reconhece que não há possibilidade real de recuperação, mas a discussão sobre objetivos do cuidado é adiada por medo de conflito com a família.

Valores e direitos envolvidos: beneficência, não maleficência, dignidade, comunicação, cuidados paliativos e apoio familiar.

Análise: adiar a conversa também é uma decisão e pode prolongar sofrimento. A equipe deve alinhar prognóstico internamente, planejar comunicação, conhecer valores do paciente e propor cuidado proporcional. O conflito não é reduzido pelo silêncio.

Atitude bioética: estabelecer reunião estruturada com objetivos claros, linguagem compreensível e plano de conforto.

3.8 Alocação de recursos e prioridades

A escassez pode ocorrer em crises, mas também no cotidiano: falta de leitos, profissionais, medicamentos, equipamentos e tempo. Justiça exige critérios transparentes, consistentes e clinicamente pertinentes. Decisões não devem depender de influência social, capacidade de pagamento, preconceito ou pressão de grupos.

A alocação justa precisa ser institucional. Deixar cada profissional decidir isoladamente aumenta variabilidade e sofrimento moral. Protocolos devem prever revisão e comunicação das razões, sem transformar critérios em automatismos incapazes de considerar particularidades.

Caso educativo 5 - Um recurso para duas pessoas

Dois pacientes necessitam de um único leito intensivo. Um chegou primeiro, mas o outro apresenta maior urgência e maior probabilidade de benefício imediato. Um deles possui relação pessoal com gestor da instituição.

Valores envolvidos: justiça, transparência, benefício, não discriminação e integridade institucional.

Análise: ordem de chegada pode ser um critério secundário, mas não deve substituir gravidade e possibilidade de benefício quando essas dimensões são relevantes. A influência pessoal deve ser afastada. A decisão precisa seguir protocolo, ser registrada e reavaliada.

Para pacientes e familiares: solicitar explicação sobre critérios é legítimo, mesmo quando o resultado não pode ser alterado.

3.9 Preconceito, discriminação e vulnerabilidade social

O Estatuto proíbe restrição de direitos baseada em sexo, raça, cor, religião, enfermidade, deficiência, origem, renda ou outra forma de discriminação. A lei também assegura respeito ao nome de preferência e às particularidades culturais.

Na prática, discriminação pode aparecer em linguagem depreciativa, menor oferta de informação, demora no atendimento, descrédito de sintomas, pressupostos sobre adesão ou julgamentos morais. Pessoas que usam álcool e outras drogas, vivem com obesidade, transtornos mentais, HIV, deficiência ou condições socialmente estigmatizadas podem ter suas queixas reduzidas ao rótulo.

Caso educativo 6 - O sintoma desvalorizado

Uma mulher negra procura atendimento com dor intensa. A equipe registra que ela está “exagerando” antes de realizar avaliação completa. Horas depois, é identificada condição grave.

Valores e direitos envolvidos: justiça, não maleficência, segurança, não discriminação e qualidade do cuidado.

Análise: vieses podem influenciar percepção de dor e prioridade. A resposta ética inclui reconhecer o incidente, corrigir o cuidado, analisar o processo e desenvolver estratégias institucionais contra discriminação.

Cuidado com o equívoco: tratar todos “sem ver diferenças” pode ocultar desigualdades reais e vieses históricos.

3.10 Conflitos entre profissionais

Divergências clínicas e éticas são esperadas em equipes complexas. O problema surge quando hierarquias impedem manifestação de preocupações ou quando conflitos pessoais substituem

argumentação. Profissionais de diferentes áreas observam dimensões distintas do cuidado; silenciar essa diversidade pode aumentar riscos.

Uma decisão ética deve permitir discordância respeitosa, esclarecer responsabilidades e buscar consenso possível. Quando o conflito persiste, podem ser acionados coordenação, comitê de bioética, consultoria ética ou outros canais institucionais.

Caso educativo 7 - A preocupação que não encontra espaço

Uma técnica de enfermagem observa sofrimento importante durante procedimento repetido e questiona sua continuidade. A preocupação é descartada porque “a decisão é médica”.

Análise: responsabilidades profissionais são diferentes, mas percepção de dano deve ser ouvida. A equipe precisa avaliar a indicação e o conforto, sem transformar hierarquia em silenciamento.

Atitude bioética: criar canais para sinalização segura e resposta documentada às preocupações da equipe.

3.11 Dilemas próprios da Unidade de Terapia Intensiva

Na UTI, vulnerabilidade, urgência e incerteza se intensificam. Pacientes frequentemente não podem decidir diretamente; familiares recebem grande volume de informação sob estresse; profissionais trabalham com alta densidade tecnológica e pressão temporal.

Dilemas recorrentes incluem:

- Ordens de não reanimação;
- Limitação ou retirada de suporte;
- Prognóstico incerto;
- Comunicação com representantes;
- Doação de órgãos;
- Sedação e controle de sintomas;
- Permanência de familiares;
- Distribuição de leitos;
- Sofrimento moral da equipe;
- Equilíbrio entre privacidade e monitoramento constante.

A exceção de privacidade prevista para situações de emergência ou cuidados intensivos não elimina o dever de preservar intimidade na medida do possível. Cortinas, explicações, cobertura corporal e limitação de pessoas continuam relevantes.

3.12 Roteiro para analisar um dilema

- Fatos - O que aconteceu? O que é conhecido e o que permanece incerto?
- Pessoa - Quem é o paciente? Quais valores, preferências e vulnerabilidades apresenta?
- Capacidade - Pode decidir? Existe diretiva antecipada ou representante indicado?
- Benefícios e danos - O que cada alternativa pode produzir?
- Justiça - Existem recursos limitados, vieses ou critérios de prioridade?
- Direitos - Informação, privacidade, consentimento ou não discriminação estão envolvidos?
- Equipe - Quem precisa participar? Existe divergência ou silenciamento?
- Instituição - Há protocolo, canal de apoio ou necessidade de consulta ética?
- Decisão - Qual alternativa é mais justificável e como será comunicada?
- Revisão - Quando a decisão deverá ser reavaliada?

Perguntas para reflexão

Quais informações são compartilhadas por hábito, mas não por necessidade?

Como seu serviço responde quando a família pede ocultação de diagnóstico?

A presença de estudantes é tratada como escolha real do paciente?

Quem decide quando um tratamento deixa de oferecer benefício proporcional?

Quais vieses podem influenciar prioridade, avaliação de dor ou comunicação?

A prevenção de danos também depende de fatores organizacionais, comunicacionais e sistêmicos, além das condutas individuais (CERQUEIRA; MAGALHÃES; SOARES, 2026).

METODOLOGIA

Trata-se de estudo teórico-reflexivo, de abordagem qualitativa e natureza aplicada, elaborado por pesquisa bibliográfica e documental. O percurso partiu da revisão narrativa da dissertação e concentrou-se em dilemas descritos na literatura sobre cuidado hospitalar, atenção primária, assistência ambulatorial, terapia intensiva, terminalidade, cuidados paliativos, comunicação, privacidade, alocação de recursos e vulnerabilidade. Foram consultados artigos científicos, livros, diretrizes clínicas, documentos de bioética e legislação, com buscas em SciELO, PubMed, BVS/LILACS, Google Acadêmico e fontes oficiais. Os materiais foram selecionados pela pertinência conceitual, atualidade e contribuição para a análise de conflitos entre direitos, deveres, benefícios, riscos e condições institucionais. A síntese foi organizada por análise temática narrativa, sem pretensão de exaustividade ou adoção de protocolo sistemático. A Lei nº 15.378/2026 foi utilizada como referência documental para confidencialidade, privacidade, consentimento, não discriminação, diretivas antecipadas e cuidados paliativos. Os casos apresentados foram criados exclusivamente

para fins educativos, combinando situações recorrentes da literatura, sem reproduzir falas, dados ou acontecimentos identificáveis da etapa empírica da dissertação. Não houve coleta direta de dados com seres humanos para a elaboração do capítulo.

CONCLUSÃO

Dilemas bioéticos atravessam todas as formas de cuidado. Sigilo, comunicação, consentimento, cultura, terminalidade, recursos e discriminação exigem análise que combine princípios, direitos e contexto.

O Estatuto dos Direitos do Paciente fortalece garantias de informação, confidencialidade, privacidade, consentimento, não discriminação, acesso ao prontuário, segunda opinião, diretivas antecipadas e cuidados paliativos. Esses direitos precisam ser convertidos em práticas, fluxos e comportamentos institucionais.

Na alta complexidade, tecnologia e urgência não diminuem a importância da bioética. Ao contrário, aumentam a necessidade de comunicação, proporcionalidade, deliberação coletiva e apoio às pessoas envolvidas.

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>.

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.

CERQUEIRA, W. C.; MAGALHÃES, E. M. M.; SOARES, P. F. C. Uso de medicamentos de alta vigilância sob a perspectiva bioética: riscos assistenciais, segurança do paciente e educação em saúde. In: CRUZ, D. L. V.; ARRUDA, E. F.; SANTOS, D. E. A.; MONTEIRO, T. A. (org.). **Desbravando os percursos da saúde física, mental e social: uma abordagem interdisciplinar**. v. 3. Recife: Editora Omnis Scientia, 2026. p. 40-45. DOI: <https://doi.org/10.47094/978-65-284-0375-2/40-45>.

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>.

PESSINI, L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 24, n. 1, p. 54-63, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241106>.

REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 160p. (Temas em Saúde). DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413906>.

TRUOG, R. D. et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement. **Critical Care Medicine**, v. 36, n. 3, p. 953-963, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1097/CCM.0B013E3181659096>.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris: UNESCO, 2005. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por. Acesso em: 6 ago. 2026.