

CUIDAR E DECIDIR EM CONJUNTO

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 examina a dimensão coletiva da decisão ética em saúde. O objetivo é demonstrar que a qualidade moral do cuidado depende da interação entre profissionais, pacientes, familiares, gestores e instituições, não podendo ser atribuída exclusivamente a uma única categoria. Discute-se a diferença entre multiprofissionalidade e interprofissionalidade, ressaltando que a presença de diversas profissões somente se converte em cuidado integrado quando existem comunicação, escuta, corresponsabilização e reconhecimento mútuo. A tomada de decisão compartilhada é apresentada como processo que articula evidências clínicas, preferências do paciente, participação familiar e deliberação da equipe. Também são analisadas assimetrias hierárquicas, silenciamento profissional, clima ético institucional e sofrimento moral, entendidos como fatores que podem facilitar ou impedir a aplicação dos princípios bioéticos. O capítulo relaciona segurança do paciente e humanização, e examina rounds interdisciplinares, safety huddles, comitês de bioética, consultoria ética e canais institucionais de manifestação como dispositivos de apoio. O Estatuto dos Direitos do Paciente reforça informação acessível, participação, acompanhante, segunda opinião e respeito às escolhas. Orientações práticas são oferecidas a profissionais, pacientes e familiares, incluindo confirmação da compreensão, registro das decisões, comunicação de valores e uso adequado dos canais de apoio. Conclui-se que decisões eticamente justificáveis exigem espaços seguros de diálogo e responsabilidade institucional.

PALAVRAS-CHAVE: Equipe multiprofissional. Decisão compartilhada. Clima ético.

CARING AND DECIDING TOGETHER

ABSTRACT: This chapter examines the collective dimension of ethical decision-making in health care. Its objective is to demonstrate that the moral quality of care depends on interactions among professionals, patients, families, managers, and institutions and cannot be attributed to a single professional category. The distinction between multiprofessional and interprofessional work is discussed, emphasizing that the presence of different professions becomes integrated care only when communication, listening, shared responsibility, and mutual recognition are present. Shared decision-making is presented as a process that combines clinical evidence, patient preferences, family participation, and team deliberation. The chapter also analyzes hierarchical asymmetries, professional silencing, the institutional ethical climate, and moral distress as factors that may facilitate or hinder the application of bioethical principles. Patient safety and humanization are connected, and interdisciplinary rounds, safety huddles, bioethics committees, ethics consultation, and institutional channels are examined as support mechanisms. The Brazilian Statute of Patients' Rights reinforces accessible information, participation, companionship, second opinions, and respect for choices. Practical guidance is offered to professionals, patients, and families, including confirmation of understanding, documentation of decisions, communication of values, and appropriate use of support channels. The discussion also highlights that collaborative devices require inclusive conduct and cannot replace deeper deliberation. Ethically justified decisions require safe spaces for dialogue and institutional responsibility.

KEYWORDS: Multiprofessional team. Shared decision-making. Ethical climate.

INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde raramente depende de uma única pessoa. Mesmo quando existe um profissional de referência, decisões e ações são distribuídas entre diferentes categorias, setores, níveis de atenção, pacientes, familiares e gestores. A qualidade ética do cuidado resulta da forma como essas relações são organizadas.

Uma equipe pode reunir profissionais tecnicamente competentes e ainda apresentar falhas importantes quando a comunicação é fragmentada, as opiniões são silenciadas, as responsabilidades não estão claras ou o paciente não participa. Da mesma forma, protocolos bem elaborados podem produzir pouco efeito se a cultura institucional pune perguntas, desencoraja a notificação de riscos ou trata conflitos como problemas individuais.

Cuidar e decidir em conjunto não significa que todos possuem a mesma função ou responsabilidade legal. Significa reconhecer que informações e perspectivas diferentes são necessárias para compreender a pessoa integralmente e construir condutas justificáveis (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

Dessa forma, o objetivo deste capítulo é discutir como comunicação, trabalho interprofissional e dispositivos institucionais podem qualificar decisões compartilhadas.

REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Equipe multiprofissional e interprofissionalidade

A multiprofissionalidade corresponde à presença de diferentes profissões no cuidado. A interprofissionalidade exige algo adicional: integração, comunicação, conhecimento sobre os papéis, objetivos compartilhados e corresponsabilização.

Em uma UTI, por exemplo, o médico pode avaliar diagnóstico e prognóstico; a enfermagem observa respostas contínuas e necessidades de conforto; a fisioterapia acompanha função respiratória e mobilidade; psicologia e serviço social reconhecem sofrimento emocional, vínculos e condições sociais; nutrição e farmácia analisam dimensões específicas do tratamento. Esses saberes não são concorrentes. Quando articulados, ampliam a compreensão do caso.

A reunião de várias profissões não garante colaboração. Uma equipe pode permanecer apenas justaposta, com cada área registrando informações sem troca efetiva. A interprofissionalidade depende de espaços, linguagem comum e reconhecimento mútuo.

<i>Na prática profissional</i>
Em vez de perguntar apenas “qual é a conduta médica?”, a equipe pode perguntar: “qual é o objetivo compartilhado do cuidado e o que cada profissão precisa contribuir para alcançá-lo?”.

4.2 Comunicação e escuta qualificada

Comunicação segura possui pelo menos quatro componentes:

- Informação correta;
- Destinatário adequado;
- Momento e canal apropriados;
- Confirmação de compreensão.

Falhas podem ocorrer na passagem de plantão, na transferência entre setores, na comunicação de resultados críticos, na alta e nas conversas com familiares. A ausência de informação produz risco; o excesso desorganizado também.

A escuta qualificada ultrapassa ouvir palavras. Exige atenção ao significado, às emoções, às hesitações e às condições que dificultam expressão. Perguntas abertas permitem identificar aquilo que a pessoa considera prioritário. O silêncio pode significar compreensão, medo, respeito à autoridade, barreira de linguagem ou desistência de participar.

4.2.1 Linguagem acessível

O Estatuto dos Direitos do Paciente assegura informação acessível, atualizada e suficiente, além de intérprete e meios de acessibilidade. Isso implica substituir jargão por termos compreensíveis,

utilizar recursos visuais quando úteis e adaptar a comunicação a necessidades sensoriais, cognitivas e culturais (BRASIL, 2026).

Acessibilidade comunicacional não é simplificação infantilizada. É a capacidade de transmitir conteúdo complexo sem retirar precisão e sem diminuir a pessoa.

4.2.2 Comunicação entre profissionais

A comunicação interprofissional deve distinguir fatos, interpretações, preocupações e recomendações. Frases como “não gostei do paciente” ou “a família é difícil” não oferecem informação útil. Uma formulação mais adequada descreve comportamento, contexto e risco: “a família recebeu versões diferentes do prognóstico e solicita nova reunião; existe possibilidade de perda de confiança”.

Ferramentas estruturadas podem reduzir omissões, mas não substituem diálogo. Checklists organizam informações; dilemas exigem tempo para explorar valores.

4.3 Tomada de decisão compartilhada

Tomada de decisão compartilhada é o processo pelo qual profissionais e pacientes - ou representantes - trocam informações, discutem alternativas e constroem um plano compatível com evidências e valores. Na terapia intensiva, a participação pode ocorrer por meio de familiares ou representante, já que muitos pacientes não possuem capacidade decisória no momento (KON et al., 2016).

O processo inclui:

- Explicar diagnóstico, prognóstico e incertezas;
- Conhecer preferências e objetivos;
- Apresentar opções razoáveis;
- Comparar benefícios e riscos;
- Deliberar sobre a melhor alternativa;
- Registrar e revisar o plano.

Decisão compartilhada não significa transferir toda a responsabilidade ao paciente com a pergunta “o que você quer que façamos?”. Profissionais devem oferecer recomendação fundamentada. Também não significa impor uma decisão e solicitar concordância ao final.

Cuidado com o equívoco

Compartilhar decisão não é dividir culpa. É combinar conhecimento técnico e conhecimento sobre a vida da pessoa, preservando responsabilidades profissionais e direitos do paciente.

4.4 Participação do paciente, da família e do representante

O Estatuto assegura envolvimento ativo do paciente nos cuidados e no plano terapêutico, direito a acompanhante em consultas e internações - com exceções relacionadas à saúde, intimidade ou segurança - e possibilidade de indicar representante.

A participação precisa ser organizada. Em situações complexas, perguntas centrais incluem:

- Quem o paciente deseja que receba informações?
- Quem está autorizado a representá-lo?
- Existem diretivas antecipadas?
- A família conhece seus valores ou apenas expressa preferências próprias?
- Há divergências entre familiares?
- Qual profissional será referência para comunicação?

A família também necessita de apoio. Doença grave pode produzir medo, culpa, exaustão e dificuldade de compreender. Repetir informações, oferecer material escrito e marcar reuniões pode ser necessário (HWANG et al., 2025).

Para pacientes e familiares

Indiquem quem deve receber informações;
Informem valores, crenças e preferências;
Perguntem sobre objetivos do tratamento;
Solicitem que termos técnicos sejam explicados;
Registrem dúvidas para reuniões;
Comuniquem mudanças de entendimento ou decisão.

4.5 Hierarquia, poder e silenciamento

Serviços de saúde possuem hierarquias formais necessárias à organização. O problema surge quando autoridade se transforma em impedimento à comunicação. Profissionais podem deixar de sinalizar riscos por medo de constrangimento, punição ou desvalorização.

O silenciamento é especialmente grave quando categorias com contato contínuo com o paciente percebem sofrimento, mudança clínica ou conflito familiar, mas não encontram espaço para apresentar a preocupação. A qualidade ética depende de segurança psicológica: possibilidade de perguntar e discordar respeitosamente sem receio de retaliação.

Estratégias institucionais incluem:

- Liderança que solicita opiniões de forma ativa;
- Rodadas de fala em reuniões;
- Canais de escalonamento de preocupações;
- Proteção contra represálias;
- Registro de divergências relevantes;
- Capacitação em comunicação assertiva.

Respeitar diferentes categorias não elimina a necessidade de delimitar competências. A colaboração deve ocorrer dentro de atribuições profissionais e com clareza sobre quem assume cada decisão.

4.6 Clima ético institucional

Clima ético é a percepção compartilhada sobre como valores e problemas morais são tratados em uma organização. Um clima positivo apresenta abertura ao diálogo, apoio da liderança, coerência entre discurso e prática, respeito e acesso a recursos de orientação. Um clima negativo pode incluir punição por questionamentos, decisões opacas, conflitos não mediados e normalização de práticas inadequadas (LANES et al., 2020; SILVERMAN et al., 2022).

O clima ético não é medido apenas por existência de código ou comitê. Ele aparece em perguntas cotidianas:

- Profissionais conseguem relatar erro sem humilhação?
- O paciente recebe informação coerente?
- Decisões difíceis são discutidas ou adiadas?
- A instituição protege privacidade?
- Critérios de prioridade são conhecidos?
- Trabalhadores recebem apoio após situações moralmente difíceis?

4.7 Sofrimento moral

Sofrimento moral ocorre quando o profissional reconhece a conduta eticamente adequada, mas encontra barreiras que impedem sua realização. Entre as fontes estão manutenção de tratamentos percebidos como fúteis, falta de recursos, comunicação insuficiente, hierarquias rígidas e sobrecarga.

Não se trata apenas de desconforto pessoal. O sofrimento moral persistente pode contribuir para exaustão, afastamento, intenção de deixar o trabalho e deterioração do cuidado (DONKERS et al., 2021; GIANNETTA et al., 2022).

A resposta institucional não deve limitar-se a recomendar resiliência individual. É necessário identificar as condições que produzem o conflito. Grupos de reflexão, apoio psicológico, consultoria ética, revisão de processos e participação dos trabalhadores podem reduzir o problema (SCHAEFER et al., 2024).

<i>Pare e reflita</i>
Quando um profissional relata sofrimento moral, a instituição pergunta “como ele pode suportar melhor?” ou “o que no sistema precisa mudar?”

4.8 Segurança do paciente e humanização

Segurança e humanização não são agendas separadas. Uma comunicação respeitosa reduz erros, melhora compreensão e facilita identificação de riscos. Preservar dignidade, controlar dor, orientar alta e incluir família são medidas humanas e seguras.

A Política Nacional de Humanização reforça autonomia, protagonismo, corresponsabilidade e valorização dos trabalhadores. Na UTI, humanizar não significa reduzir tecnologia, mas utilizá-la sem apagar a pessoa. Monitorização contínua, por exemplo, pode coexistir com privacidade possível, explicação e contato familiar (BRASIL, 2010).

O Estatuto acrescenta direitos a ambiente seguro, instalações adequadas, profissionais capacitados, informação sobre medicamentos e participação em procedimentos de segurança. Essa articulação também se aproxima das diretrizes nacionais de segurança do paciente, que atribuem às instituições o dever de organizar processos de prevenção, notificação e melhoria (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

4.9 Rounds interdisciplinares

Rounds interdisciplinares são reuniões estruturadas para discussão dos casos por diferentes profissionais. Quando bem conduzidos, favorecem comunicação, definição de objetivos, prevenção de eventos adversos e tomada de decisão compartilhada (MARAN et al., 2022).

Seu potencial ético depende de alguns requisitos:

- Participação real das categorias;
- Pauta que inclua objetivos do paciente;
- Espaço para preocupações morais;
- Linguagem respeitosa;
- Decisão e responsabilidade registradas;
- Revisão de proporcionalidade;

- Planejamento de comunicação com família.

Um round pode ser eficiente e ainda pouco ético se apenas transmite ordens. Para funcionar como espaço de deliberação, precisa permitir que diferentes perspectivas alterem o plano quando justificadas.

Perguntas bioéticas para o round

O paciente pode participar ou existem diretivas?

Qual é o objetivo do cuidado hoje?

As intervenções atuais ainda oferecem benefício proporcional?

Há sofrimento não controlado?

A família recebeu informação coerente?

Existe conflito ou preocupação de algum profissional?

Há barreira de acesso, discriminação ou questão cultural?

O plano precisa de apoio paliativo ou consultoria ética?

4.10 Safety huddles

Safety huddles são reuniões breves, geralmente realizadas no início do turno, para identificar riscos imediatos, prioridades e necessidades de coordenação. Seu formato favorece frequência e rapidez. Podem sinalizar conflitos éticos emergentes, como divergência familiar, dificuldade de consentimento, privacidade ameaçada ou tratamento potencialmente desproporcional.

Por serem breves, não devem substituir discussões aprofundadas. Sua função ética principal é detectar e encaminhar. Um huddle pode registrar: “há conflito sobre o plano; agendar reunião multiprofissional e familiar hoje”.

Estrutura ética para um huddle

Risco de segurança imediato;

Paciente com comunicação ou capacidade comprometida;

Necessidade de representante ou intérprete;

Conflito familiar ou interprofissional;

Preocupação com privacidade;

Sofrimento moral da equipe;

Encaminhamento e responsável.

4.11 Comitês de bioética e consultoria ética

Comitês de bioética assistencial e serviços de consultoria ética oferecem apoio estruturado para casos complexos, formação e elaboração de políticas. Diferem do Comitê de Ética em Pesquisa, cuja função principal é proteger participantes de pesquisas.

A consultoria não retira a responsabilidade da equipe nem atua como tribunal. Pode ajudar a esclarecer fatos, identificar valores, facilitar comunicação e formular recomendações. Revisões apontam benefícios em UTIs, como redução de intervenções não benéficas e maior satisfação, embora a efetividade dependa do modelo institucional (AU et al., 2018).

Quando não existe comitê formal, instituições podem definir referências, fluxos de escalonamento, reuniões de caso e apoio jurídico ou paliativo.

4.12 Canais institucionais de orientação e manifestação

O Estatuto prevê acolhimento de reclamações e acompanhamento de seu processamento. Serviços devem informar canais como ouvidoria, coordenação, núcleo de segurança do paciente e instâncias de controle social.

Uma manifestação não deve ser tratada automaticamente como confronto. Pode revelar falhas de comunicação, risco, discriminação ou oportunidade de melhoria. A resposta precisa ser acessível, respeitosa e rastreável.

Para pacientes e familiares

Antes de registrar reclamação, quando a situação permitir:

Identifique o problema com fatos;

Procure o profissional de referência;

Solicite esclarecimento e prazo;

Registre documentos relevantes;

Acione ouvidoria ou canal institucional se não houver solução;

Em risco imediato, solicite avaliação da liderança assistencial.

4.13 Orientações práticas para profissionais

Comunicar riscos e decisões

Utilize linguagem simples, explique alternativas e diferencie certeza de probabilidade. Evite mensagens divergentes entre profissionais; alinhe a equipe antes de reuniões difíceis.

Confirmar compreensão

Peça ao paciente ou familiar para resumir o que entendeu. Corrija equívocos sem constrangimento.

Registrar adequadamente

Documente preferências, representante, consentimento, recusa, objetivos do cuidado, participantes da decisão e reavaliação prevista.

Sinalizar preocupações

Não espere que o conflito se agrave. Utilize huddle, round, coordenação ou consultoria.

Escutar outras categorias

Pergunte diretamente se há preocupação de enfermagem, fisioterapia, psicologia, serviço social, nutrição, farmácia e demais áreas.

Evitar silenciamento hierárquico

Discordância técnica e ética deve ser analisada, não punida.

Reconhecer limites

Encaminhe questões que excedam competência e evite prometer resultados ou recursos sem confirmação.

4.14 Orientações práticas para pacientes e familiares

Faça perguntas

Qual é o diagnóstico e o que ainda é incerto?

Qual é o objetivo deste tratamento?

Quais benefícios e riscos são esperados?

Existem alternativas?

Quem é o profissional de referência?

Como registrar preferências?

Comunique valores

Explique o que é importante para a pessoa: independência, conforto, tempo com família, prática religiosa, capacidade de comunicação ou permanência em determinado local.

Indique representante

Quando possível, registre quem deve decidir se o paciente não puder expressar vontade.

Solicite segunda opinião

Use esse direito quando houver dúvida relevante ou decisão de grande impacto, sem interromper cuidados urgentes.

Conheça os canais

Pergunte sobre ouvidoria, serviço social, núcleo de segurança e apoio paliativo.

4.15 Um modelo de reunião para decisão difícil

Preparação: alinhar informações e definir participantes;

Apresentação: confirmar nomes, vínculos e objetivo da reunião;

Compreensão: perguntar o que paciente e família entendem;

Informação: explicar situação e incertezas;

Valores: conhecer preferências e prioridades;

Recomendação: propor plano fundamentado;

Deliberação: acolher dúvidas e divergências;

Síntese: registrar decisões, pendências e prazo de revisão;

Suporte: indicar profissional de referência e recursos disponíveis.

Perguntas para reflexão

Em reuniões, todas as categorias conseguem contribuir?

Como o serviço confirma que pacientes compreenderam informações?

Quais barreiras geram sofrimento moral?

Rounds discutem objetivos e valores ou apenas tarefas?

Os canais institucionais são conhecidos e acessíveis?

Formação crítica, comunicação entre saberes e espaços coletivos favorecem a transformação de princípios em práticas de cuidado (CERQUEIRA; MAGALHÃES; SOARES, 2025, 2026).

METODOLOGIA

Este capítulo foi desenvolvido como estudo teórico-reflexivo, qualitativo e de natureza aplicada, mediante pesquisa bibliográfica e documental. A revisão narrativa da dissertação forneceu o conjunto inicial de referências sobre equipe multiprofissional, interprofissionalidade, comunicação, tomada de decisão compartilhada, clima ético, sofrimento moral, segurança do paciente, humanização, rounds interdisciplinares, safety huddles e consultoria ética. Foram consultados artigos científicos, revisões, diretrizes, livros e documentos normativos em SciELO, PubMed, BVS/LILACS, Google Acadêmico e fontes institucionais. A seleção priorizou trabalhos clássicos e contemporâneos com aderência ao contexto hospitalar e à terapia intensiva, sem utilizar protocolo de revisão sistemática. A análise temática narrativa agrupou os conteúdos em três eixos: relações entre profissionais; participação de pacientes e familiares; e dispositivos institucionais de apoio à deliberação. A Lei nº 15.378/2026 foi analisada documentalmente para integrar participação, informação acessível, acompanhante, representante e segunda opinião. As orientações práticas foram construídas por síntese dos referenciais, não constituindo protocolo clínico ou jurídico. Como não ocorreu coleta direta de dados com seres humanos nesta etapa, não houve necessidade de apreciação ética específica para o capítulo.

CONCLUSÃO

A qualidade ética do cuidado depende de relações, processos e cultura institucional. Multiprofissionalidade torna-se interprofissionalidade quando existe integração real. Comunicação e escuta são instrumentos clínicos e éticos.

Tomada de decisão compartilhada combina evidências e valores sem transferir responsabilidades. Hierarquias precisam organizar o trabalho sem silenciar preocupações. Clima ético e sofrimento moral revelam que a conduta individual é influenciada pelo ambiente.

Rounds e safety huddles podem fortalecer deliberação e segurança, desde que possuam participação, encaminhamento e capacidade de revisão. Comitês, consultorias e canais de manifestação oferecem apoio adicional.

A mensagem central é: decisões éticas não são apenas escolhas de indivíduos; são resultados de relações e instituições que podem favorecer ou impedir participação, segurança e 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

- AU, S. S. et al. Outcomes of ethics consultations in adult ICUs: a systematic review and meta-analysis. **Critical Care Medicine**, v. 46, n. 5, p. 799-808, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002999>.
- 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 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.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed., 4. reimp. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1444-0.
- 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>.
- CERQUEIRA, W. C.; MAGALHÃES, E. M. M.; SOARES, P. F. C. Educação em saúde sob a perspectiva bioética: entre o principalismo e a intervenção no contexto da Vigilância em Saúde. **Revista de Gestão e Secretariado**, [S. l.], v. 16, n. 10, e5334, 2025. DOI: <https://doi.org/10.7769/gesec.v16i10.5334>.
- DONKERS, M.A. et al. Moral distress and ethical climate in intensive care medicine during COVID-19: a nationwide study. **BMC Medical Ethics**, v. 22, art. 73, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00641-3>.
- GIANNETTA, N. et al. Moral distress scores of nurses working in intensive care units for adults using Corley's scale: a systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 17, art. 10640, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph191710640>.
- 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.0000000000006549>.

KON, A. A. et al. Shared decision-making in intensive care units: executive summary of the American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society policy statement. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 193, n. 12, p. 1334-1336, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1164/rccm.201602-0269ED>.

LANES, T. C. et al. Avaliação do clima ético nos serviços de saúde: revisão sistemática. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 28, n. 4, p. 718-729, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284436>.

MARAN, E. et al. Efeitos de rounds multidisciplinares e checklist em Unidade de Terapia Intensiva: estudo de método misto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 3, e20210934, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0934pt>.

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>.

SCHAEFER, R. et al. Intervenções para promover o clima ético: revisão de escopo. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 32, e3544PT, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-803420243544PT>.

SILVERMAN, H. et al. Ethical decision-making climate, moral distress, and intention to leave among ICU professionals in a tertiary academic hospital center. **BMC Medical Ethics**, v. 23, art. 45, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00775-y>.