

BIOÉTICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE: PROTEGER QUEM CUIDA E QUEM É CUIDADO

William Candido Cerqueira¹;

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

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

RESUMO: Este capítulo analisa a importância da bioética no campo da Vigilância em Saúde, com ênfase na interdependência entre a segurança dos profissionais e a segurança dos usuários. Parte-se da Política Nacional de Vigilância em Saúde, que define a vigilância como função essencial e transversal do Sistema Único de Saúde, e de referenciais bioéticos que articulam autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, proteção e responsabilidade institucional. A discussão propõe o conceito de segurança em dupla via: condições de trabalho inseguras, sobrecarga, violência, riscos ocupacionais, falhas de comunicação e clima ético desfavorável afetam o trabalhador e ampliam a possibilidade de danos assistenciais; de modo recíproco, processos clínicos frágeis, ausência de aprendizagem com incidentes e desrespeito aos direitos dos pacientes também produzem sofrimento moral e exposição profissional. São abordados segurança do paciente, saúde do trabalhador, cultura justa, notificação, segurança psicológica, proteção de dados, equidade, comunicação de riscos e governança institucional. O capítulo integra o Estatuto dos Direitos do Paciente, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a NR-32, o Programa Nacional de Segurança do Paciente e orientações internacionais. Casos educativos, quadros e checklists demonstram como identificar riscos, analisar incidentes, proteger informações, apoiar profissionais e envolver usuários. Conclui-se que a Vigilância em Saúde se fortalece quando observa simultaneamente quem recebe e quem presta o cuidado, transforma dados em aprendizagem e organiza respostas preventivas, equitativas e eticamente justificáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética. Segurança do Paciente. Vigilância em Saúde do Trabalhador.

BIOETHICS AND HEALTH SURVEILLANCE: PROTECTING CAREGIVERS AND CARE RECIPIENTS

ABSTRACT: This chapter analyzes the importance of bioethics in Health Surveillance, emphasizing the interdependence between health worker safety and user safety. The discussion is grounded in Brazil's National Health Surveillance Policy, which defines surveillance as an essential and cross-cutting function of the Unified Health System, and in bioethical frameworks that connect autonomy, beneficence, non-maleficence, justice, protection, and institutional responsibility. The chapter proposes the concept of two-way safety: unsafe working conditions, excessive workload, violence, occupational hazards, communication failures, and an unfavorable ethical climate affect workers and increase the likelihood of harm in care; conversely, fragile clinical processes, lack of learning from incidents, and violations of patients' rights also generate moral distress and professional exposure. Patient safety, occupational health, just culture, reporting, psychological safety, data protection, equity, risk communication, and institutional governance are examined. The Brazilian Statute of Patients' Rights, the National Policy on Workers' Health, Regulatory Standard 32, the National Patient Safety Program, and international recommendations are integrated into the analysis. Educational cases, frameworks, and checklists illustrate how to identify risks, analyze incidents, protect information, support workers, and engage users. Health Surveillance is strengthened when it simultaneously observes those receiving and delivering care, transforms data into learning, and organizes preventive, equitable, and ethically justified responses.

KEY-WORDS: Bioethics. Patient Safety. Surveillance of the Workers Health.

INTRODUÇÃO

Vigilância em Saúde costuma ser associada ao acompanhamento de doenças, agravos, riscos ambientais, produtos, serviços e condições de trabalho. Essa associação é correta, mas incompleta quando a vigilância é tratada apenas como produção de notificações e indicadores. Vigiar, no sentido sanitário, envolve reconhecer situações que ameaçam a vida e a saúde, compreender por que ocorrem, organizar intervenções e acompanhar se as medidas adotadas realmente reduzem danos.

Nos serviços de saúde, esse processo alcança dois grupos inseparáveis. De um lado estão pacientes, familiares e demais usuários, que precisam receber cuidado seguro, oportuno, digno e sem discriminação. De outro estão os profissionais e trabalhadores que prestam esse cuidado, expostos a agentes biológicos, substâncias químicas, radiação, sobrecarga física, jornadas prolongadas, violência, assédio, sofrimento moral e adoecimento psíquico. Quando uma dessas dimensões é ignorada, a outra também se fragiliza.

A Organização Mundial da Saúde reconhece a segurança do trabalhador como prioridade para a segurança do paciente. Essa relação não deve ser interpretada de forma utilitarista, como se o profissional precisasse ser protegido apenas para produzir cuidado. Trabalhadores possuem dignidade, direitos e necessidades próprias. Ao mesmo tempo, proteger condições de trabalho, saúde mental, comunicação e possibilidade de sinalizar riscos cria barreiras adicionais contra danos assistenciais e fortalece a continuidade dos serviços (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2022).

A bioética oferece fundamentos para analisar essa interdependência. Autonomia exige informação, participação e respeito às escolhas. Beneficência orienta a promoção do bem-estar. Não maleficência exige prevenção de danos evitáveis. Justiça demanda distribuição equitativa de riscos, benefícios e recursos. A Bioética de Intervenção e a Bioética de Proteção ampliam o olhar para condições estruturais, vulnerabilidades e responsabilidades institucionais (GARRAFA, 2005; SCHRAMM, 2008).

Diante desse contexto, o objetivo deste capítulo é discutir como a bioética pode qualificar a Vigilância em Saúde e oferecer referências para a proteção simultânea de profissionais e usuários, articulando políticas públicas, cultura de segurança, saúde do trabalhador, direitos do paciente, uso ético de informações e aprendizagem institucional.

REFERENCIAL TEÓRICO

6.1 Vigilância em Saúde como função essencial e transversal do SUS

A Política Nacional de Vigilância em Saúde define a Vigilância em Saúde como política pública de Estado, função essencial do SUS, universal, transversal e orientadora do modelo de atenção nos territórios. Ela compreende processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, com a finalidade de planejar e implementar medidas de promoção, proteção, prevenção e controle (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018).

Essa definição afasta uma compreensão limitada da vigilância como setor isolado ou atividade exclusivamente epidemiológica. Vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador precisam dialogar com a atenção e a gestão. Hospitais, unidades básicas, laboratórios, serviços de diagnóstico e instituições de longa permanência também constituem territórios nos quais riscos são produzidos, identificados e enfrentados.

No interior dos serviços, a vigilância pode observar infecções, eventos adversos, acidentes ocupacionais, exposições químicas, problemas de medicamentos, falhas de equipamentos, violência, adoecimento mental, barreiras de acesso, discriminação e violações de confidencialidade. O desafio não é acumular dados, mas convertê-los em decisões e ações capazes de modificar condições inseguras.

Entenda o conceito

Vigilância em Saúde é um ciclo: identificar riscos e agravos, produzir informação confiável, interpretar causas e desigualdades, intervir, comunicar, monitorar resultados e revisar as medidas. Quando uma dessas etapas falta, a vigilância perde capacidade protetiva.

6.2 Bioética como fundamento transversal da Vigilância em Saúde

Toda ação de vigilância envolve escolhas moralmente relevantes: quais eventos serão priorizados, que dados serão coletados, quem terá acesso às informações, como recursos serão distribuídos, que restrições serão adotadas e quais grupos receberão proteção adicional. Essas escolhas não são neutras. Elas expressam valores e podem reduzir ou ampliar desigualdades (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019; UNESCO, 2005).

Na saúde pública, Schramm e Kottow propõem o princípio de proteção como referência para ações dirigidas a necessidades coletivas, especialmente quando pessoas ou grupos não dispõem de meios suficientes para enfrentar riscos. A proteção deve ser vinculada a objetivos legítimos, atender necessidades reconhecidas e evitar intervenções arbitrárias (SCHRAMM; KOTTOW, 2001).

A bioética também impede que a vigilância seja confundida com fiscalização punitiva de indivíduos. Investigar um acidente, uma infecção ou uma falha de medicação não deve ter como primeiro objetivo encontrar alguém para culpar. O propósito principal é compreender fatores humanos, técnicos, organizacionais e sociais, proteger pessoas afetadas, corrigir condições e prevenir repetição.

Nesse sentido, pode-se falar em vigilância ética da segurança como expressão analítica: observar não apenas quantos eventos ocorreram, mas quem foi mais exposto, quais direitos foram afetados, se os trabalhadores puderam relatar preocupações, se o usuário recebeu informação, se a instituição respondeu e se as medidas foram distribuídas de modo justo.

6.3 Segurança em dupla via: proteger o profissional e o usuário

A segurança em dupla via parte de uma constatação simples: profissional e usuário compartilham o mesmo sistema de cuidado. Uma agulha descartada de forma inadequada pode ferir um trabalhador e revelar falha no processo assistencial. Uma equipe exausta pode sofrer adoecimento e ter maior dificuldade para detectar erros. Uma comunicação hostil pode silenciar profissionais e impedir que o paciente compreenda seu tratamento. Uma cultura punitiva pode reduzir notificações e esconder riscos para todos.

Essa perspectiva não iguala responsabilidades. Empregadores, gestores, profissionais, usuários e poder público possuem deveres diferentes. A instituição tem responsabilidade central por dimensionamento, equipamentos, organização, capacitação, proteção ocupacional, sistemas de informação e resposta a incidentes. O trabalhador deve seguir práticas seguras e participar das medidas de proteção; o usuário pode colaborar com informações e perguntas, mas não pode ser responsabilizado por falhas organizacionais.

A segurança em dupla via também evita uma falsa oposição entre defender trabalhadores e defender pacientes. Condições dignas de trabalho são parte da qualidade assistencial; respeito aos direitos do paciente contribui para relações mais transparentes, reduz conflitos e protege a integridade profissional. A proteção de um grupo não deve ser alcançada pela exposição injusta do outro.

Quadro 1 - Segurança em dupla via no campo da Vigilância em Saúde.

Eixo de vigilância	Proteção do profissional	Proteção do usuário/paciente
Riscos biológicos	Prevenção de exposição, vacinação, equipamentos de proteção, protocolos pós-exposição e acompanhamento de agravos ocupacionais.	Prevenção de infecções relacionadas à assistência, higiene das mãos, precauções e ambientes assistenciais seguros.
Medicamentos e procedimentos	Organização do trabalho, dupla checagem viável, dimensionamento, redução de interrupções e proteção contra responsabilização injusta.	Identificação correta, medicamento, dose, via, procedimento e monitoramento adequados, além de aprendizagem com incidentes.
Comunicação	Passagens de plantão estruturadas, possibilidade de sinalizar riscos e segurança psicológica para perguntar ou discordar.	Informação acessível, consentimento, participação no plano terapêutico e comunicação coerente com pacientes e familiares.
Carga de trabalho e fatores psicossociais	Prevenção de exaustão, violência, assédio, sofrimento moral e adoecimento mental; pausas e apoio institucional.	Redução de falhas relacionadas à fadiga, continuidade do cuidado e presença de profissionais em condições adequadas de atuação.
Dados e informações	Confidencialidade também para informações ocupacionais e proteção contra uso discriminatório de dados de saúde do trabalhador.	Proteção de prontuários, imagens e informações sensíveis; uso de dados de vigilância com finalidade legítima, segurança e transparência.
Equidade e vulnerabilidades	Proteção proporcional de trabalhadores terceirizados, gestantes, pessoas com deficiência e grupos expostos a discriminação.	Acesso sem discriminação, comunicação acessível e priorização por critérios clínicos, epidemiológicos e sociais transparentes.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

6.4 Segurança do usuário e do paciente como objeto de vigilância

A segurança do paciente busca reduzir ao mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado. No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente e a RDC nº 36/2013 estruturaram ações para qualificação dos serviços, implantação de Núcleos de Segurança do Paciente, elaboração de planos e notificação de eventos adversos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Em 2026, esse arranjo foi atualizado. O Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2026-2030, aprovado pela Portaria MS/Anvisa nº 80/2026, organiza, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, a notificação, o monitoramento e a investigação de incidentes, a avaliação de práticas seguras e o fortalecimento da cultura de segurança nos serviços de saúde. Para a discussão deste capítulo, o ponto relevante é que a segurança do paciente passa a ser tratada explicitamente como objeto de vigilância sanitária, e não apenas como programa

interno de cada instituição (BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2026).

Sob perspectiva bioética, segurança não é somente indicador de qualidade. É expressão da não maleficência e da beneficência, pois exige prevenção de danos e oferta de cuidado efetivo. Também envolve justiça, já que grupos com barreiras de comunicação, menor renda, deficiência, racismo ou estigma podem ser expostos de forma desigual. Envolve autonomia quando o paciente recebe informação e participa das medidas de segurança.

O Estatuto dos Direitos do Paciente assegura cuidado oportuno, instalações adequadas, profissionais capacitados, ambiente, procedimentos e insumos seguros. A lei reconhece que o paciente e o acompanhante podem perguntar sobre higienização, identificação, medicamentos, dosagem, efeitos adversos, local do procedimento e profissional responsável (BRASIL, 2026).

A participação do usuário, entretanto, funciona como barreira adicional e nunca como substituição da responsabilidade profissional. Uma pessoa sedada, com dor, baixa escolaridade ou medo de represália pode não conseguir perguntar. O sistema deve permanecer seguro mesmo quando o paciente não atua como fiscal do próprio cuidado.

<i>Para pacientes e familiares</i>
Perguntar qual medicamento será administrado, confirmar nome e alergias, solicitar explicação sobre o procedimento e comunicar mudanças clínicas são formas legítimas de participação. A equipe deve acolher essas perguntas sem constrangimento.

6.5 Segurança e saúde do profissional no campo da vigilância

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora inclui a análise dos processos e ambientes de trabalho, a identificação de riscos, a vigilância de agravos e a intervenção sobre determinantes relacionados ao trabalho. Nos serviços de saúde, a NR-32 estabelece medidas básicas para proteção de trabalhadores expostos a riscos biológicos, químicos, físicos, radiológicos, ergonômicos e de acidentes (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2023).

Entre os riscos ocupacionais encontram-se perfurações por material biológico, aerossóis, agentes infecciosos, medicamentos perigosos, gases anestésicos, radiação, movimentação de pacientes, ruído, jornadas extensas, trabalho noturno, violência e assédio. A prevenção exige avaliação local, equipamentos adequados, vacinação, treinamento, fluxos pós-exposição, descarte seguro, ergonomia, dimensionamento e acesso a serviços de saúde ocupacional.

Riscos psicossociais precisam receber a mesma seriedade que riscos físicos. Sobrecarga persistente, conflitos éticos, humilhação, medo de punição, violência e ausência de apoio podem produzir ansiedade, depressão, exaustão, afastamento e intenção de deixar o trabalho. A Organização Mundial da Saúde e a Organização Internacional do Trabalho recomendam programas institucionais

permanentes, com governança, participação dos trabalhadores, avaliação de riscos, registro de incidentes, imunização, assistência e monitoramento (WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2022).

A bioética reforça que o trabalhador não é apenas recurso humano. É pessoa titular de dignidade e direitos. Estratégias que exigem heroísmo contínuo, normalizam falta de equipamentos ou tratam sofrimento como fragilidade individual violam princípios de justiça e não maleficência.

Cuidado com o equívoco

Resiliência individual pode ajudar a enfrentar situações difíceis, mas não corrige escala insuficiente, assédio, exposição ocupacional, falta de insumos ou decisões institucionais incoerentes. Segurança do trabalhador exige intervenção sobre o sistema.

6.6 Cultura justa, notificação e aprendizagem institucional

Sistemas complexos produzem riscos por interação entre pessoas, tecnologias, regras, ambiente e organização. O modelo sistêmico de Reason demonstra que acidentes raramente decorrem de uma única falha; geralmente atravessam várias barreiras fragilizadas. Por isso, analisar apenas o último profissional envolvido tende a produzir explicação incompleta (REASON, 2000).

Cultura justa busca equilibrar aprendizagem e responsabilização. Erros humanos não intencionais pedem suporte, correção do sistema e treinamento. Comportamentos de risco exigem compreender por que atalhos foram normalizados e redesenhar incentivos e barreiras. Condutas deliberadamente imprudentes podem demandar responsabilização. Tratar todas as situações do mesmo modo gera injustiça: impunidade indiscriminada e punição automática são igualmente inadequadas.

A notificação deve produzir retorno. Quando profissionais relatam incidentes e não recebem informação sobre análise ou melhoria, o sistema perde confiança. A devolutiva precisa demonstrar o que foi identificado, quais medidas foram adotadas, quem é responsável e quando haverá reavaliação. Dados agregados podem ser compartilhados para aprendizagem sem expor pessoas desnecessariamente.

O ciclo ético da notificação pode ser organizado em sete movimentos: acolher; proteger pessoas em risco; registrar fatos; analisar fatores contribuintes; definir ações; devolver informação; monitorar resultados. A investigação deve preservar contraditório, confidencialidade e proporcionalidade das respostas.

Caso educativo - o acidente que quase não foi notificado

Após perfuração com agulha, uma trabalhadora hesita em comunicar o acidente porque colegas afirmam que ela será considerada desatenta. A resposta bioética exige atendimento imediato, avaliação pós-exposição, registro sem humilhação e análise do descarte, do recipiente, da carga de trabalho, da iluminação e do treinamento. Proteger a profissional e aprender com o processo também reduz risco para pacientes e outros trabalhadores.

6.7 Clima ético, sofrimento moral e segurança psicológica

Clima ético corresponde à percepção dos profissionais sobre como valores, conflitos e decisões são tratados na instituição. Revisões identificam relações entre clima ético, colaboração, satisfação e sofrimento moral. Ambientes nos quais opiniões são respeitadas e existem recursos para discussão tendem a favorecer respostas mais consistentes (LANES et al., 2020; SCHAEFER et al., 2024).

Sofrimento moral ocorre quando o profissional reconhece o que considera eticamente adequado, mas encontra barreiras para agir. Na UTI, pode decorrer de manutenção de intervenções sem benefício percebido, comunicação fragmentada, falta de recursos ou hierarquia rígida. Estudos associam sofrimento moral a clima ético desfavorável, exaustão e intenção de deixar o trabalho (DONKERS et al., 2021; GIANNETTA et al., 2022; SILVERMAN et al., 2022).

Segurança psicológica é a possibilidade de perguntar, admitir dúvida, comunicar erro e discordar respeitosamente sem medo de humilhação ou retaliação. Ela não significa ausência de cobrança. Significa que a cobrança ocorre com respeito, critérios claros e foco na proteção. Uma equipe que não pode falar também não consegue vigiar riscos de forma adequada.

A vigilância pode incorporar instrumentos de clima ético, sofrimento moral, violência, absenteísmo e rotatividade, mas os resultados devem gerar ações. Aplicar questionários sem oferecer retorno ou sem modificar condições pode aumentar descrença e exposição.

6.8 Uso ético de dados, confidencialidade e proteção da informação

Vigilância depende de dados. Notificações, prontuários, exames, registros ocupacionais e informações territoriais permitem reconhecer padrões e planejar respostas. Contudo, dados de saúde são sensíveis e podem gerar estigma, discriminação ou prejuízo quando utilizados de forma inadequada.

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais exige finalidade legítima, necessidade, segurança, transparência, prevenção e responsabilização no tratamento de dados. O Estatuto dos Direitos do Paciente reforça confidencialidade, segurança de registros e controle sobre revelação a terceiros, ressalvadas hipóteses legais (BRASIL, 2018; BRASIL, 2026).

No campo ocupacional, informações sobre diagnóstico, gravidez, saúde mental, vacinação ou exposição também precisam de proteção. Gestores devem receber os dados necessários para adotar medidas, mas não podem utilizá-los para discriminar trabalhadores. Relatórios de vigilância devem privilegiar agregação e anonimização quando a identificação individual não for necessária.

A transparência não significa exposição. Uma instituição pode divulgar que ocorreram incidentes, apresentar causas sistêmicas e planos de ação sem revelar nomes. Quando a identificação é necessária para cuidado, investigação ou obrigação legal, o acesso deve ser restrito e rastreável.

Perguntas antes de usar dados de vigilância

Qual é a finalidade? Quais dados são realmente necessários? Quem precisa ter acesso? Há possibilidade de reidentificação? Como será protegida a pessoa? Por quanto tempo o dado será mantido? Como serão comunicados resultados sem produzir estigma?

6.9 Equidade, vulnerabilidades e distribuição de riscos

Riscos não são distribuídos igualmente. Trabalhadores terceirizados podem receber menos treinamento; profissionais em vínculos precários podem temer notificar; pessoas com deficiência podem enfrentar barreiras de comunicação; usuários negros, pobres, indígenas, migrantes ou LGBTQIA+ podem sofrer discriminação e menor acesso. Uma vigilância orientada apenas por médias pode ocultar essas diferenças.

A Bioética de Intervenção pergunta quem suporta os danos e quem recebe os benefícios. A Bioética de Proteção prioriza respostas proporcionais para pessoas e grupos vulnerados. Essas perspectivas ajudam a interpretar indicadores por categoria profissional, vínculo, território, raça/cor, gênero, deficiência e outras dimensões, respeitando limites éticos e proteção de dados (GARRAFA, 2005; SCHRAMM, 2008).

Equidade não significa presumir incapacidade. Significa remover barreiras e oferecer apoio. Para o profissional, isso pode envolver equipamento adaptado, restrição temporária de exposição, intérprete, proteção contra violência e acesso equitativo a treinamento. Para o usuário, pode envolver comunicação acessível, acompanhante, transporte, prioridade por risco e respeito cultural.

A decisão sobre prioridades deve ser transparente e revisável. Critérios epidemiológicos e clínicos precisam ser explicados, e seus efeitos distributivos devem ser monitorados. Medidas aparentemente neutras podem produzir impacto desigual.

6.10 Comunicação de riscos e participação social

Comunicar risco é atividade técnica e ética. Informações incompletas podem impedir proteção; mensagens alarmistas podem gerar medo, estigma e procura desnecessária por serviços. A comunicação precisa apresentar o que se sabe, o que permanece incerto, quais medidas são recomendadas, quais grupos estão mais expostos e onde buscar ajuda.

No ambiente institucional, profissionais devem receber informação antes ou simultaneamente à divulgação pública quando forem responsáveis pela resposta. Usuários e familiares precisam de linguagem compreensível. Mudanças de protocolo devem indicar motivo, duração, responsáveis e critérios de revisão.

Participação social aumenta legitimidade e qualidade. Trabalhadores conhecem riscos do processo real; usuários reconhecem barreiras invisíveis aos gestores. Ouvidorias, comissões, conselhos, grupos educativos e pesquisas de experiência podem alimentar a vigilância, desde que exista retorno e proteção contra represálias.

O Estatuto dos Direitos do Paciente prevê divulgação ampla de direitos e acolhimento de reclamações. Isso aproxima Vigilância em Saúde, cidadania e controle social: manifestações individuais podem revelar padrões institucionais que exigem intervenção coletiva (BRASIL, 2026).

6.11 Governança integrada da segurança

Instituições frequentemente distribuem responsabilidades entre Núcleo de Segurança do Paciente, controle de infecções, saúde ocupacional, qualidade, gestão de riscos, vigilância, ouvidoria, proteção de dados e comitês de ética. A especialização é necessária, mas pode produzir fragmentação. Um mesmo evento pode envolver várias instâncias e perder-se entre encaminhamentos.

Governança integrada define fluxo comum, papéis, prazos e compartilhamento mínimo de informações. O objetivo não é criar um único setor para tudo, mas assegurar coordenação. Uma infecção ocupacional, por exemplo, pode exigir assistência ao trabalhador, investigação epidemiológica, controle ambiental, avaliação de processo assistencial, comunicação e proteção de dados.

Rounds interdisciplinares e safety huddles podem funcionar como pontos de detecção. Os rounds permitem aprofundar valores, proporcionalidade e plano terapêutico; os huddles identificam riscos imediatos e responsáveis. Nenhum substitui investigação formal quando ocorre incidente grave, mas ambos aproximam vigilância do ponto de cuidado.

A governança precisa contar com liderança responsável, recursos, participação multiprofissional, mecanismos de escalonamento e comunicação com usuários. Indicadores devem chegar aos espaços decisórios e orientar prioridades orçamentárias.

A exigência de coordenação também passou a ter respaldo normativo nacional. A Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente, instituída pela Portaria GM/MS nº 11.527/2026, organiza a governança da qualidade e da segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde, com definição de competências, instâncias de coordenação interfederativa e articulação entre as ações de atenção à saúde e de vigilância em saúde para identificação e enfrentamento de riscos relacionados ao cuidado. A norma não revoga o Programa Nacional de Segurança do Paciente: determina que ele seja progressivamente alinhado às diretrizes da nova política. Para a perspectiva bioética adotada aqui, o efeito prático é reforçar que a segurança constitui responsabilidade sistêmica, distribuída entre serviços, gestores e entes federativos, e não encargo isolado de um setor ou de um profissional (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2026).

6.12 Educação permanente e capacidade de resposta

Educação permanente utiliza problemas do trabalho como fonte de aprendizagem. Em vez de treinamentos genéricos desconectados da realidade, pode partir de incidentes, quase falhas, reclamações, exposições ocupacionais e dilemas éticos. O caso é analisado sem identificação desnecessária, relacionando conhecimentos técnicos, direitos, comunicação e organização.

A aprendizagem deve alcançar diferentes vínculos e turnos. Não basta treinar apenas profissionais fixos ou equipes diurnas. Trabalhadores terceirizados, residentes, estudantes, equipes de apoio e lideranças precisam compreender fluxos de segurança, notificação, proteção de dados e resposta a emergências.

Simulação, discussão de casos, auditoria educativa, devolutiva de indicadores e exercícios de comunicação podem ser combinados. A avaliação deve verificar não apenas presença, mas compreensão e mudança de processo. Formação que não chega ao ambiente de trabalho corre o risco de produzir conhecimento sem capacidade de ação.

Produções vinculadas a este projeto reforçam a articulação entre educação em saúde, bioética, segurança do paciente e Vigilância em Saúde, indicando que prevenção de danos exige integração entre dimensões técnicas, organizacionais, éticas e informacionais (CERQUEIRA; MAGALHÃES; SOARES, 2025, 2026).

6.13 Ferramenta prática: checklist de segurança em dupla via

Antes de encerrar uma análise de risco ou incidente, a equipe pode verificar:

- O usuário recebeu cuidado imediato e informação adequada sobre o que ocorreu ou poderia ocorrer?
- O profissional exposto recebeu atendimento, acolhimento e proteção contra represálias?
- Foram preservados confidencialidade, prontuário e dados ocupacionais?
- A análise considerou fatores de carga de trabalho, ambiente, equipamento, treinamento e comunicação?
- Existem grupos que foram expostos de forma desigual ou que necessitam de apoio adicional?
- As medidas propostas são factíveis, possuem responsável, prazo e recursos?
- A informação será devolvida às equipes e aos usuários de forma acessível?
- O resultado será monitorado e a ação revista se não reduzir o risco?

Sinal de alerta

Se a investigação termina apenas com a frase “o profissional deve ter mais atenção”, provavelmente os fatores do sistema não foram suficientemente examinados.

6.14 Fluxo simplificado de vigilância ética da segurança

1. Detectar - Reconhecer incidente, quase falha, agravo ocupacional, reclamação, tendência ou risco emergente.

- 2. Proteger** - Adotar medidas imediatas para usuário, profissional e outras pessoas potencialmente expostas.
- 3. Notificar e registrar** - Utilizar canais adequados, preservar dados e evitar juízos prematuros.
- 4. Analisar** - Reconstruir fatos e fatores humanos, técnicos, organizacionais, sociais e éticos.
- 5. Deliberar** - Definir medidas proporcionais, equitativas e compatíveis com direitos e evidências.
- 6. Intervir** - Implementar barreiras, apoio, comunicação, treinamento ou mudança de processo.
- 7. Devolver** - Informar equipes e pessoas afetadas sobre encaminhamentos possíveis, respeitando confidencialidade.
- 8. Monitorar** - Verificar se a medida reduziu risco e se gerou efeitos indesejados.

6.15 Perguntas orientadoras para diferentes públicos

Para gestores e lideranças

- Os indicadores de segurança do paciente e de saúde do trabalhador são analisados conjuntamente quando pertinente?
- A equipe pode notificar e discordar sem medo de humilhação ou retaliação?
- Há recursos e prazos definidos para implementar planos de ação?
- Trabalhadores de todos os vínculos recebem treinamento, proteção e acesso a cuidado ocupacional?
- Usuários e representantes participam da análise de experiências e da construção de melhorias?

Para profissionais e trabalhadores

- Quais riscos são normalizados no cotidiano e precisam ser comunicados?
- O fluxo de notificação e atendimento pós-exposição é conhecido?
- Há informação suficiente para realizar a tarefa com segurança?
- O paciente compreendeu o plano, os riscos e as medidas de proteção?
- A situação exige apoio do Núcleo de Segurança, saúde ocupacional, vigilância, comitê de bioética ou liderança?

Para usuários, pacientes e familiares

- Quem é o profissional de referência e como comunicar uma preocupação de segurança?
- As informações recebidas estão claras e acessíveis?

- É possível confirmar nome, alergias, medicamentos e procedimento?
- Como registrar reclamação ou incidente sem interromper o cuidado urgente?
- Que informações pessoais podem ser compartilhadas e com quem?

Quadro 2 - Indicadores para uma vigilância ética da segurança.

Domínio	Exemplos de indicadores	Sentido ético
Segurança do usuário	Incidentes e eventos adversos; quedas; lesões por pressão; falhas de identificação; erros de medicação; infecções relacionadas à assistência.	Medir danos, identificar padrões e orientar barreiras preventivas sem ocultar gravidade ou culpabilizar isoladamente.
Segurança do profissional	Acidentes com material biológico; afastamentos; adesão vacinal; exposições químicas; violência; assédio; adoecimento mental e rotatividade.	Reconhecer que condições de trabalho são determinantes da qualidade e da continuidade do cuidado.
Cultura e comunicação	Notificações voluntárias; tempo de retorno; participação multiprofissional; percepção de clima ético e segurança psicológica.	Avaliar se a instituição aprende com sinais precoces e se trabalhadores podem falar sem medo de retaliação.
Direitos e equidade	Reclamações sobre informação, privacidade e discriminação; acesso a intérprete; registro de representante e diretivas antecipadas.	Monitorar se direitos são efetivados e se grupos vulnerabilizados enfrentam barreiras desproporcionais.
Capacidade de resposta	Tempo entre notificação, análise, intervenção e devolutiva; cumprimento de planos de ação; reavaliação de medidas.	Evitar a produção de indicadores sem transformação concreta das práticas.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

METODOLOGIA

Este capítulo corresponde a estudo teórico-reflexivo, de abordagem qualitativa, natureza aplicada e procedimentos bibliográfico e documental. A revisão narrativa da dissertação foi utilizada como base para integrar referenciais de bioética, Vigilância em Saúde, segurança do paciente, saúde do trabalhador, clima ético, sofrimento moral, proteção de dados, direitos do paciente e educação permanente. Foram consultados livros, artigos científicos, políticas públicas, normas regulamentadoras, legislação e documentos de organismos internacionais, com prioridade para fontes oficiais e publicações indexadas. A análise temática foi organizada em cinco eixos: fundamentos éticos da vigilância; segurança do usuário; segurança do profissional; cultura e aprendizagem institucional; e governança da informação e das intervenções. A Política Nacional de Vigilância em Saúde, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a NR-32, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, a RDC nº 36/2013, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e o Estatuto dos Direitos do Paciente foram examinados como fontes documentais. Os quadros, casos e checklists foram elaborados pelos autores para finalidade educativa, sem utilizar dados identificáveis ou resultados empíricos da dissertação. Como não houve nova coleta direta de dados com seres humanos, não se demandou apreciação ética específica para este capítulo.

CONCLUSÃO

A bioética amplia a Vigilância em Saúde ao tornar visíveis valores, direitos, vulnerabilidades e responsabilidades presentes na produção e no enfrentamento dos riscos. Vigiar não é apenas contar eventos: é analisar quem foi exposto, por que as barreiras falharam, como proteger as pessoas e se as intervenções reduzem danos de forma justa.

A segurança do profissional e a segurança do usuário são dimensões interdependentes. Proteger trabalhadores é dever ético em si mesmo e condição para serviços mais resilientes. Proteger pacientes exige processos seguros, participação, informação, confidencialidade e respeito. Nenhuma dessas tarefas pode ser transferida exclusivamente ao indivíduo.

Cultura justa, segurança psicológica, notificação com devolutiva, proteção de dados, educação permanente e governança integrada convertem informação em aprendizagem. A Vigilância em Saúde cumpre melhor sua função quando articula atenção, gestão, saúde do trabalhador, segurança do paciente, direitos e participação social.

A mensagem final é direta: instituições seguras cuidam de quem recebe assistência e de quem torna a assistência possível. Bioética e Vigilância em Saúde encontram-se nesse compromisso compartilhado de reconhecer riscos, proteger dignidades e transformar práticas.

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

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

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria MS/Anvisa nº 80, de 28 de janeiro de 2026**. Aprova o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2026-2030. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2 fev. 2026. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-80-de-28-de-janeiro-de-2026-684496265>. Acesso em: 10 ago. 2026.

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. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018**. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 155, p. 87, 13 ago. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2018/resolucao-no-588.pdf>. 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 GM/MS nº 11.527, de 9 de junho de 2026**. Institui a Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 106, p. 164, 10 jun. 2026. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-11.527-de-9-de-junho-de-2026-711400715>. Acesso em: 10 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. 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 do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32)**: segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/nr-32-atualizada-2023-1.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2026.

CERQUEIRA, W. C.; MAGALHÃES, E. M. M.; SOARES, P. F. C. Educação em saúde sob a perspectiva bioética: entre o princípalismo 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>.

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>.

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>.

GARRAFA, V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 13, n. 1, p. 125-134, 2005.

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>.

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>.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>.

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>.

SCHRAMM, F. R. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2008.

SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 949-956, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400029>.

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>.

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.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Charter: health worker safety: a priority for patient safety**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240011595>. Acesso em: 6 ago. 2026.

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.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Caring for those who care: guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers**. Geneva: WHO; ILO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040779>. Acesso em: 6 ago. 2026.