

BIOÉTICA NA PRÁTICA:

PRINCÍPIOS, ESCOLHAS E CUIDADO NO COTIDIANO

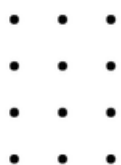
Guia de conscientização para profissionais de
saúde, pacientes, familiares e sociedade

VOLUME 1

ORGANIZADORES

William Candido Cerqueira
Edith Maria Marques Magalhães
Paula Fernanda Chaves Soares





BIOÉTICA NA PRÁTICA: PRINCÍPIOS, ESCOLHAS E CUIDADO NO COTIDIANO

Guia de conscientização para profissionais de
saúde, pacientes, familiares e sociedade

VOLUME 1

ORGANIZADORES

William Candido Cerqueira

Edith Maria Marques Magalhães

Paula Fernanda Chaves Soares



Editora Omnis Scientia

BIOÉTICA NA PRÁTICA:
PRINCÍPIOS, ESCOLHAS E CUIDADO NO COTIDIANO
Guia de conscientização para profissionais de saúde, pacientes, familiares e sociedade

Volume 1

1ª Edição

RECIFE - PE

2026

BIOÉTICA NA PRÁTICA:
PRINCÍPIOS, ESCOLHAS E CUIDADO NO COTIDIANO
Guia de conscientização para profissionais de saúde, pacientes, familiares e sociedade

Organizadores:

William Candido Cerqueira

Edith Maria Marques Magalhães

Paula Fernanda Chaves Soares

Produto técnico-educacional derivado da dissertação de William Candido Cerqueira, desenvolvida sob orientação da Prof.^a Dra. Paula Fernanda Chaves Soares e coorientação da Prof.^a Dra. Edith Maria Marques Magalhães.

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

Rio de Janeiro

2026

Editor-Chefe

Dr. Daniel Luís Viana Cruz

Organizadores

William Candido Cerqueira

Edith Maria Marques Magalhães

Paula Fernanda Chaves Soares

Conselho Editorial

Dr. Amâncio António de Sousa Carvalho – ESS-UTAD – Portugal

Dr. Cássio Brancalone – UFFS – Brasil

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva – UEPa – Brasil

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão – UPE – Brasil

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior – UFRPE – Brasil

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior – UFRPE – Brasil

Dr. Wendel José Teles Pontes – UFPE – Brasil

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dr. Amâncio António de Sousa Carvalho

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Canva e Magnific

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição - Não Comercial - Sem Derivações 4.0 Internacional.

O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial

B615

Bioética na prática : princípios, escolhas e cuidado no cotidiano [recurso eletrônico] / organizadores William Candido Cerqueira, Edith Maria Marques Magalhães e Paula Fernanda Chaves Soares. — 1. ed. — Recife : Omnis Scientia, 2026.

Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-284-0565-7

DOI: 10.47094/978-65-284-0565-7

1. Bioética. 2. Ética médica. 3. Relação médico e paciente. 4. Pacientes – Cuidado e tratamento – Aspectos morais e éticos. I. Cerqueira, William Candido.

II. Magalhães, Edith Maria Marques. III. Soares, Paula Fernanda Chaves.

CDD23: 174.2

I-1708262/2

Bibliotecária: Priscila Pena Machado – CRB-7/6971

Editora Omnis Scientia

Av. República do Líbano, nº 251, Sala 2205, Torre A,
Bairro Pina, CEP 51.110-160, Recife-PE.

Telefone: +55 87 99920-5762

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



APRESENTAÇÃO

A bioética costuma ser lembrada quando surgem decisões difíceis: aceitar ou recusar um procedimento, comunicar um diagnóstico grave, limitar tratamentos que já não oferecem benefício, proteger informações pessoais ou distribuir recursos insuficientes. Entretanto, ela também está presente em situações aparentemente simples, como explicar um medicamento, respeitar o nome pelo qual uma pessoa deseja ser chamada, garantir privacidade durante um exame, ouvir uma dúvida sem constrangimento ou reconhecer que diferentes pessoas podem atribuir sentidos distintos ao adoecimento e ao cuidado.

Este e-book foi elaborado para aproximar a bioética da vida cotidiana. Seu propósito é traduzir conceitos científicos, princípios e normas em linguagem acessível, sem reduzir a complexidade dos problemas. O texto foi pensado para profissionais e estudantes da saúde, mas também para pacientes, familiares, cuidadores e demais pessoas interessadas em compreender como direitos, responsabilidades, valores e escolhas se relacionam no cuidado.

A obra percorre fundamentos, princípios, dilemas, equipes e direitos previstos no Estatuto dos Direitos do Paciente. Ao final, aproxima bioética e Vigilância em Saúde ao tratar como interdependentes a proteção dos profissionais e a segurança dos usuários.

Mais do que oferecer respostas prontas, o material propõe perguntas melhores. A bioética raramente transforma decisões complexas em escolhas fáceis; sua contribuição consiste em tornar os motivos mais claros, as pessoas mais ouvidas, os riscos mais visíveis e as decisões mais justificáveis. Essa é a base de uma cultura ética capaz de qualificar o cuidado e fortalecer a participação social.

Nota ao leitor

Este e-book possui finalidade educativa e de conscientização. O conteúdo não substitui avaliação individualizada por profissional habilitado, protocolos institucionais, normas dos conselhos profissionais, decisões clínicas fundamentadas ou orientação jurídica específica. As situações educativas são fictícias ou integralmente descaracterizadas.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....10

BIOÉTICA: POR QUE ELA DIZ RESPEITO A TODOS?

William Candido Cerqueira

Edith Maria Marques Magalhães

Paula Fernanda Chaves Soares

DOI: 10.47094/978-65-284-0565-7/10-20

CAPÍTULO 2.....21

QUATRO PRINCÍPIOS, DECISÕES CONCRETAS

William Candido Cerqueira

Edith Maria Marques Magalhães

Paula Fernanda Chaves Soares

DOI: 10.47094/978-65-284-0565-7/21-36

CAPÍTULO 3.....37

DILEMAS DO CUIDADO: DA ROTINA À ALTA COMPLEXIDADE

William Candido Cerqueira

Edith Maria Marques Magalhães

Paula Fernanda Chaves Soares

DOI: 10.47094/978-65-284-0565-7/37-48

CAPÍTULO 4.....49

CUIDAR E DECIDIR EM CONJUNTO

William Candido Cerqueira

Edith Maria Marques Magalhães

Paula Fernanda Chaves Soares

DOI: 10.47094/978-65-284-0565-7/49-62

CAPÍTULO 5.....63

DA REFLEXÃO À AÇÃO: DIREITOS E CAMINHOS PARA UMA CULTURA ÉTICA

William Candido Cerqueira

Edith Maria Marques Magalhães

Paula Fernanda Chaves Soares

DOI: 10.47094/978-65-284-0565-7/63-79

CAPÍTULO 6.....80

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

William Candido Cerqueira

Edith Maria Marques Magalhães

Paula Fernanda Chaves Soares

DOI: 10.47094/978-65-284-0565-7/80-95

BIOÉTICA: POR QUE ELA DIZ RESPEITO A TODOS?

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 apresenta a bioética como campo interdisciplinar relacionado às escolhas, aos direitos e às responsabilidades presentes no cuidado em saúde. O objetivo é explicar por que questões bioéticas dizem respeito não apenas aos profissionais, mas também aos pacientes, familiares, gestores e à sociedade. A análise parte da distinção entre ética, moral, deontologia e bioética, percorre o desenvolvimento histórico do campo e discute sua função como ponte entre conhecimento científico e valores humanos. Em seguida, examina dignidade, direitos humanos, respeito à pessoa e participação nas decisões, articulando o princípalismo às particularidades do contexto brasileiro. O Sistema Único de Saúde é abordado a partir de seus compromissos com universalidade, integralidade e equidade, enquanto a Bioética de Intervenção e a Bioética de Proteção ampliam a reflexão para desigualdades, vulnerabilidades e responsabilidades institucionais. O capítulo também relaciona bioética, educação em saúde e Vigilância em Saúde, compreendendo a formação ética como processo contínuo e vinculado às situações reais de cuidado. Por fim, introduz o Estatuto dos Direitos do Paciente como marco normativo capaz de aproximar valores bioéticos de garantias concretas. Conclui-se que a bioética não oferece respostas automáticas, mas qualifica a análise dos problemas, favorece a escuta das pessoas envolvidas e exige justificativas transparentes para decisões que afetam a vida, a saúde e a dignidade.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética. Direitos do paciente. Vigilância em Saúde.

BIOETHICS: WHY IT CONCERNS EVERYONE

ABSTRACT: This chapter presents bioethics as an interdisciplinary field concerned with choices, rights, and responsibilities in health care. Its objective is to explain why bioethical issues concern not only professionals, but also patients, families, managers, and society. The analysis begins by distinguishing ethics, morality, professional deontology, and bioethics, then reviews the historical development of the field and its role as a bridge between scientific knowledge and human values. It subsequently discusses dignity, human rights, respect for persons, and participation in decision-making, connecting principlism with the specific features of the Brazilian context. The Unified Health System is examined through its commitments to universality, comprehensiveness, and equity, while Intervention Bioethics and Protection Bioethics broaden the discussion toward inequalities, vulnerabilities, and institutional responsibilities. The chapter also links bioethics, health education, and Health Surveillance, understanding ethical education as a continuous process grounded in real care situations. Finally, it introduces the Brazilian Statute of Patients' Rights as a legal framework that brings bioethical values closer to concrete guarantees. This approach connects academic reflection with daily health practices and supports dialogue among different audiences. Bioethics does not provide automatic answers; rather, it improves problem analysis, promotes the participation of those affected, and requires transparent justification for decisions concerning life, health, and dignity.

KEYWORDS: Bioethics. Patients' rights. Health Surveillance.

INTRODUÇÃO

Uma pessoa procura um serviço de saúde e não compreende a linguagem utilizada durante a consulta. Um profissional percebe que a família deseja decidir sem ouvir o paciente. Uma equipe possui tecnologia capaz de prolongar funções orgânicas, mas não sabe se a intervenção ainda produz benefício real. Dois usuários necessitam do mesmo recurso, que está disponível para apenas um deles. Em outro cenário, uma informação clínica é comentada em um corredor ou compartilhada em um grupo de mensagens sem autorização.

Essas situações apresentam níveis diferentes de gravidade, mas possuem algo em comum: não podem ser solucionadas exclusivamente por conhecimento técnico. Saber diagnosticar, prescrever, monitorar ou executar um procedimento é indispensável, porém não responde, sozinho, a perguntas como: o que deve ser feito, por qual motivo, em benefício de quem, com quais riscos e com respeito a quais valores?

A bioética ocupa justamente esse espaço de reflexão. Ela não substitui a ciência, a legislação, os protocolos nem os códigos profissionais. Sua função é ajudar a reconhecer os valores envolvidos, identificar direitos e responsabilidades, analisar possíveis danos e benefícios, considerar vulnerabilidades e construir decisões justificáveis. Por isso, a bioética não pertence apenas a pesquisadores, médicos, enfermeiros, juristas ou integrantes de comitês. Ela diz respeito a qualquer pessoa que cuida, recebe cuidado, participa de decisões ou vive as consequências de escolhas relacionadas à saúde e à vida.

Entenda o conceito

Bioética é o campo interdisciplinar que analisa criticamente problemas morais relacionados à vida, à saúde, à ciência, à tecnologia e ao cuidado. Ela busca aproximar conhecimento científico, valores humanos, direitos e responsabilidades.

Diante desse percurso, o objetivo deste capítulo é apresentar os fundamentos da bioética e demonstrar sua relevância para profissionais de saúde, pacientes, familiares e sociedade.

REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Ética, moral, deontologia e bioética

Os termos ética e moral são frequentemente utilizados como sinônimos. Embora estejam relacionados, é útil distingui-los. A moral corresponde ao conjunto de valores, costumes, normas e expectativas que orientam comportamentos em determinado grupo ou sociedade. A ética, por sua vez, constitui a reflexão crítica sobre esses valores e normas: pergunta se são justificáveis, quais consequências produzem e como devem ser aplicados diante de conflitos.

Essa diferença pode ser percebida em situações cotidianas. Uma instituição pode possuir o costume de comunicar informações prioritariamente à família. A reflexão ética questionará se esse costume respeita a vontade do paciente, se existe autorização para compartilhar dados e se a prática fortalece ou enfraquece sua participação. Assim, algo socialmente habitual não se torna automaticamente eticamente adequado.

A deontologia profissional reúne deveres específicos de determinada profissão, normalmente expressos em códigos de ética e normas regulatórias. Esses documentos são fundamentais porque definem responsabilidades, limites de atuação, deveres de sigilo e padrões de conduta. Contudo, nenhum código consegue antecipar todas as situações concretas. Os dilemas surgem justamente quando diferentes deveres parecem entrar em tensão ou quando a regra geral precisa ser interpretada no contexto de uma pessoa real.

A bioética integra essas dimensões e amplia o campo de análise. Ela examina não apenas a conduta individual, mas também as relações entre profissionais, pacientes, famílias, instituições, políticas públicas, desigualdades sociais e desenvolvimento tecnológico. Em um serviço de saúde, uma decisão pode ser tecnicamente possível, juridicamente permitida e ainda assim exigir reflexão sobre proporcionalidade, justiça, comunicação, dignidade e proteção de pessoas vulnerabilizadas.

Cuidado com o equívoco

Bioética não é uma lista de respostas prontas nem um sinônimo de “ser uma pessoa boa”. Trata-se de um processo de análise argumentada, que exige informação, escuta, reconhecimento de conflitos e justificativa das decisões.

1.2 Como surgiu a bioética

O desenvolvimento da bioética está relacionado às profundas transformações científicas e sociais do século XX. A expansão das tecnologias médicas aumentou a capacidade de diagnosticar doenças, substituir funções orgânicas, realizar transplantes, manter suporte de vida e intervir sobre reprodução e genética. Ao mesmo tempo, violações cometidas em pesquisas com seres humanos demonstraram que o avanço científico, quando dissociado de limites éticos, pode produzir sofrimento, exploração e desrespeito à dignidade.

Na década de 1970, o oncologista Van Rensselaer Potter utilizou o termo bioética para propor uma ponte entre o conhecimento biológico e os valores humanos. Sua preocupação ultrapassava a clínica: envolvia a sobrevivência da humanidade, o meio ambiente e a responsabilidade sobre os impactos da ciência. Em paralelo, no âmbito da ética biomédica, o Kennedy Institute of Ethics consolidou debates sobre decisões clínicas e pesquisa em saúde. Essas duas trajetórias - uma mais ampla, ligada à vida e ao futuro coletivo, e outra centrada em problemas biomédicos - contribuíram para a formação do campo contemporâneo (GOLDIM, 2006; PESSINI, 2016).

Em 1979, Tom Beauchamp e James Childress publicaram *Principles of Biomedical Ethics*, obra que sistematizou quatro princípios amplamente utilizados na análise de decisões em saúde: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Os autores os apresentam como princípios *prima facie*: possuem força moral, mas não constituem regras absolutas. Quando entram em conflito, é necessário ponderá-los à luz do caso concreto, explicar as razões da escolha e buscar a alternativa mais justificável (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

No plano internacional, o Relatório Belmont, também publicado em 1979, estabeleceu referências para proteção de participantes de pesquisas. Em 2005, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO ampliou o horizonte do campo ao incorporar dignidade, autonomia, consentimento, vulnerabilidade, privacidade, igualdade, justiça, solidariedade, responsabilidade social e proteção das gerações futuras (UNESCO, 2005).

Essa evolução mostra que a bioética não surgiu apenas para resolver conflitos entre profissionais e pacientes. Ela também responde à necessidade de limitar abusos, democratizar decisões, proteger pessoas vulneráveis e discutir como benefícios e riscos da ciência são distribuídos na sociedade.

1.3 Bioética como ponte entre ciência e valores humanos

A ciência descreve fenômenos, estima probabilidades e oferece opções de intervenção. A bioética pergunta como essas opções devem ser utilizadas e quais valores precisam ser considerados. Isso não significa colocar opinião pessoal acima das evidências. Pelo contrário: uma decisão eticamente responsável depende de informações técnicas confiáveis. Sem diagnóstico adequado, avaliação de riscos, prognóstico e alternativas, o debate moral perde sua base factual.

Entretanto, os fatos não determinam automaticamente o que deve ser feito. Imagine duas intervenções igualmente disponíveis: uma oferece pequena chance de prolongar a vida, mas impõe sofrimento significativo; outra prioriza conforto e permanência junto à família. A escolha não

depende apenas de porcentagens. Exige compreender os objetivos do cuidado, os valores da pessoa, sua capacidade de decidir, a proporcionalidade dos tratamentos e o contexto familiar e institucional.

Essa relação pode ser sintetizada em quatro perguntas:

O que sabemos? - diagnóstico, prognóstico, alternativas e incertezas;

O que está em jogo? - vida, sofrimento, autonomia, segurança, recursos, relações e direitos;

Quem precisa ser ouvido? - paciente, representante, família, equipe e, quando necessário, instâncias institucionais;

Como justificar a decisão? - princípios, evidências, normas, proporcionalidade e transparência.

A bioética, portanto, não concorre com a ciência. Ela ajuda a orientar o uso responsável do conhecimento científico.

Na prática profissional

Informar apenas “qual é a conduta” pode ser insuficiente. A comunicação ética também explica por que a conduta está sendo proposta, quais alternativas existem, quais benefícios são esperados, quais riscos permanecem e como as preferências do paciente serão consideradas.

1.4 Dignidade, direitos humanos e respeito à pessoa

A dignidade humana expressa a ideia de que cada pessoa possui valor próprio e não deve ser reduzida a diagnóstico, leito, procedimento, custo ou função social. No cuidado em saúde, respeitar a dignidade significa reconhecer a história, os vínculos, as preferências, a cultura, as crenças, a intimidade e a capacidade de participação de quem recebe assistência.

Esse reconhecimento modifica práticas aparentemente pequenas. Chamar o paciente pelo nome de sua preferência, explicar antes de tocar seu corpo, preservar a privacidade, controlar a dor, evitar comentários depreciativos e permitir que expresse dúvidas são atitudes relacionadas à dignidade. Em cenários de incapacidade decisória ou consciência reduzida, o dever de respeito não diminui. A pessoa continua sendo sujeito de direitos, mesmo quando depende de representantes ou da proteção intensiva da equipe.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos associa a dignidade à proteção dos interesses e do bem-estar da pessoa, à autonomia, ao consentimento, à confidencialidade, à igualdade e à não discriminação (UNESCO, 2005). Essa perspectiva impede que a bioética seja tratada como assunto exclusivamente privado. Condições sociais, econômicas e institucionais podem ampliar ou restringir a possibilidade real de uma pessoa exercer escolhas.

1.5 Bioética no Brasil e no Sistema Único de Saúde

No Brasil, a reflexão bioética se desenvolveu em diálogo com a criação e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição Federal de 1988 reconheceu a saúde como direito de

todos e dever do Estado, e a Lei nº 8.080/1990 organizou princípios e diretrizes como universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social (BRASIL, 1988, 1990).

Esses princípios possuem dimensão ética evidente. A universalidade afirma que todas as pessoas devem ter acesso às ações e aos serviços de saúde. A integralidade exige olhar para necessidades que ultrapassam a doença isolada. A equidade reconhece que pessoas e grupos enfrentam condições diferentes e podem necessitar de respostas diferenciadas para alcançar proteção justa. A participação social reafirma que usuários não devem ser tratados como destinatários passivos das políticas públicas.

Entretanto, o cotidiano do SUS é atravessado por desigualdades regionais, escassez de recursos, sobrecarga profissional, barreiras de acesso e dificuldades de comunicação. A bioética contribui para analisar esses problemas sem reduzir a responsabilidade à conduta individual. Quando faltam profissionais, leitos, medicamentos ou condições adequadas de trabalho, surgem questões de justiça, responsabilidade institucional e proteção coletiva (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009; VALADÃO; LINS; CARVALHO, 2017).

A prática ética, nesse contexto, exige duas perspectivas complementares. A primeira observa a decisão concreta: como respeitar a vontade desta pessoa, reduzir danos e oferecer benefício. A segunda examina as condições estruturais: quem tem acesso, quem permanece excluído, quais grupos sofrem maior vulnerabilidade e como as instituições distribuem oportunidades de cuidado.

1.6 Bioética de Intervenção e Bioética de Proteção

O principialismo oferece linguagem útil para analisar decisões clínicas, mas sua aplicação isolada pode ser insuficiente em sociedades marcadas por desigualdade. Por esse motivo, autores latino-americanos desenvolveram referenciais que valorizam justiça social, responsabilidade coletiva e proteção de pessoas e grupos vulnerabilizados.

A Bioética de Intervenção propõe compromisso ativo com a transformação das estruturas que produzem iniquidades. Ela questiona a aplicação abstrata da autonomia quando as pessoas não possuem acesso a informação, renda, educação, transporte, serviços ou condições materiais para escolher. Nessa perspectiva, decisões eticamente adequadas devem considerar quem suporta os riscos, quem recebe os benefícios e quais relações de poder condicionam as escolhas (GARRAFA, 2005).

A Bioética de Proteção parte do reconhecimento de que determinadas pessoas e coletividades se encontram mais expostas a danos e possuem menor capacidade de defender seus próprios interesses. Proteger não significa retirar a voz ou substituir automaticamente a decisão do outro. Significa criar condições para que direitos possam ser exercidos, reduzir ameaças evitáveis e oferecer suporte proporcional às necessidades (SCHRAMM, 2008).

Essas abordagens ampliam a compreensão da vulnerabilidade. Toda pessoa pode se tornar vulnerável diante da doença, da dor ou da dependência. Contudo, algumas enfrentam vulnerabilidades adicionais relacionadas à pobreza, deficiência, idade, racismo, gênero, território, baixa escolaridade, estigma ou barreiras culturais. A prática bioética precisa reconhecer essas diferenças sem transformar vulnerabilidade em incapacidade presumida.

Para pacientes e familiares

Receber apoio para compreender informações não significa perder autonomia. Intérprete, comunicação acessível, presença de representante escolhido e tempo adequado para decidir podem fortalecer - e não substituir - a participação do paciente.

1.7 Bioética, educação em saúde e Vigilância em Saúde

Educação em saúde não se limita à transmissão de recomendações. Quando orientada pela bioética, ela busca ampliar a capacidade das pessoas de compreender informações, formular perguntas, reconhecer direitos, avaliar riscos e participar de escolhas. Isso exige linguagem acessível, respeito aos saberes cotidianos e abertura para diálogo.

Da mesma forma, a educação permanente dos profissionais não deve ocorrer apenas em cursos pontuais. Dilemas reais do trabalho podem ser utilizados como oportunidades de aprendizagem: dificuldades de comunicação, conflitos entre equipe e família, decisões sobre proporcionalidade, exposição de dados e situações de discriminação. A reflexão coletiva permite transformar experiências em melhoria do cuidado.

A Vigilância em Saúde também pode incorporar uma dimensão ética. Tradicionalmente associada ao monitoramento de riscos, doenças e agravos, ela pode observar as condições que favorecem ou dificultam práticas justas, seguras e humanizadas. Isso inclui analisar eventos adversos, barreiras de acesso, comunicação, clima ético, sofrimento moral, respeito aos direitos e qualidade dos espaços de decisão. A expressão vigilância ética do cuidado sintetiza essa ampliação: não basta monitorar desfechos clínicos; é necessário avaliar como as pessoas são tratadas e como as decisões são construídas (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018; SCHRAMM; KOTTOW, 2001).

1.8 O Estatuto dos Direitos do Paciente

A Lei nº 15.378, de 6 de abril de 2026, instituiu o Estatuto dos Direitos do Paciente. A norma se aplica aos cuidados prestados por serviços de saúde de qualquer natureza e por profissionais de saúde, sem afastar outros direitos já previstos na legislação. O Estatuto reúne conceitos e garantias que dialogam diretamente com a bioética, como autodeterminação, consentimento informado, diretivas antecipadas de vontade, indicação de representante, informação acessível, confidencialidade, privacidade, segunda opinião, acesso ao prontuário, não discriminação, segurança e cuidados paliativos (BRASIL, 2026).

A lei também apresenta responsabilidades do paciente, como compartilhar informações relevantes, realizar perguntas diante de dúvidas, informar desistência do tratamento, respeitar os direitos de outras pessoas e cumprir regras dos serviços. Essas responsabilidades não autorizam culpabilizar quem adoece nem transferir ao paciente deveres que pertencem aos profissionais ou às instituições. Elas devem ser compreendidas dentro de uma relação de corresponsabilidade, na qual o

serviço garante condições para participação informada e segura.

Um aspecto especialmente relevante é a obrigação do poder público de promover divulgação ampla e periódica dos direitos e deveres, estimular estudos acadêmicos e acolher reclamações sobre descumprimento. Dessa forma, um material educativo sobre bioética e direitos do paciente não constitui apenas divulgação científica: também contribui para a efetivação de uma política de informação e cidadania em saúde.

<i>Atitude bioética</i>
Antes de concluir que alguém “não colaborou”, verifique se recebeu informação clara, se teve oportunidade de perguntar, se existiam barreiras de linguagem ou acessibilidade e se suas preferências foram realmente ouvidas.

1.9 Duas perspectivas complementares

Para profissionais, a bioética recorda que excelência técnica e qualidade moral do cuidado são inseparáveis. Uma intervenção corretamente executada pode ser eticamente inadequada se for realizada sem informação, sem consentimento quando ele é possível, com exposição desnecessária ou sem considerar proporcionalidade. Da mesma forma, uma intenção benevolente não substitui competência, segurança e respeito às normas.

Para pacientes e familiares, a bioética oferece linguagem para participar do cuidado. Fazer perguntas, comunicar valores, solicitar informações, indicar representante e buscar segunda opinião não significam desconfiar automaticamente da equipe. São formas legítimas de construir decisões mais transparentes. Ao mesmo tempo, participar exige respeitar outros usuários e profissionais, compartilhar informações relevantes e reconhecer que algumas escolhas são limitadas por evidências, urgência, segurança e disponibilidade de recursos.

A relação ética não depende da ausência de conflitos. Ela depende da capacidade de reconhecê-los, discuti-los e buscar decisões justificáveis.

Perguntas para reflexão

Em seu cotidiano, quais decisões de saúde parecem técnicas, mas também envolvem valores?

A informação oferecida nos serviços que você conhece é realmente acessível a diferentes públicos?

Quais condições sociais podem limitar a autonomia de uma pessoa?

Como profissionais, pacientes e instituições podem compartilhar responsabilidades sem transferir culpa?

Produções vinculadas ao projeto aprofundam a relação entre educação em saúde, Vigilância em Saúde, intervenção e proteção das vulnerabilidades (CERQUEIRA; MAGALHÃES; SOARES,

2025, 2026).

METODOLOGIA

Trata-se de estudo teórico-reflexivo, de abordagem qualitativa e natureza aplicada, desenvolvido por meio de pesquisa bibliográfica e documental. O capítulo foi construído a partir da revisão narrativa de literatura que fundamenta a dissertação de mestrado da qual este e-book deriva. Foram consultados livros, capítulos, artigos científicos e documentos normativos relacionados à história da bioética, princípalismo, dignidade humana, direitos humanos, Sistema Único de Saúde, Bioética de Intervenção, Bioética de Proteção, educação em saúde e Vigilância em Saúde. A busca bibliográfica utilizou fontes como SciELO, PubMed, BVS/LILACS e Google Acadêmico, além de obras clássicas e documentos oficiais, em português, inglês e espanhol. Não foi adotado protocolo de revisão sistemática, uma vez que o objetivo consistiu em integrar referenciais conceituais relevantes e traduzi-los para uma finalidade educativa. O material foi organizado por análise temática narrativa, considerando convergências, complementaridades e tensões entre os diferentes referenciais. A Lei nº 15.378/2026 foi examinada como fonte documental para introdução dos direitos dos pacientes. Por não envolver coleta direta de dados com seres humanos, a elaboração deste capítulo não demandou procedimento ético específico.

CONCLUSÃO

A bioética surgiu em resposta aos desafios produzidos pelo avanço científico, pelas violações de direitos e pela necessidade de aproximar ciência e valores humanos. Seu campo inclui decisões clínicas, pesquisa, políticas públicas, desigualdades, tecnologias e relações de cuidado.

Ética, moral, deontologia e bioética são conceitos relacionados, mas não idênticos. A bioética não se reduz a códigos profissionais nem a opiniões individuais; utiliza análise crítica, princípios, direitos, evidências e diálogo.

No contexto brasileiro, o SUS, a Bioética de Intervenção e a Bioética de Proteção ampliam o olhar para equidade, vulnerabilidade e responsabilidade institucional. O Estatuto dos Direitos do Paciente transforma vários desses valores em garantias e responsabilidades concretas.

A principal mensagem deste capítulo é simples: a bioética diz respeito a todos porque todos podem cuidar, necessitar de cuidado, participar de decisões e ser afetados pelas escolhas realizadas em saúde.

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. 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. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.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. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 6 ago. 2026.

CERQUEIRA, W. C.; MAGALHÃES, E. M. M.; SOARES, P. F. C. Bioética de proteção e educação em saúde: fundamentos, desafios e práticas interdisciplinares. In: CRUZ, D. L. V. (org.). **Avanços na saúde: pesquisas e práticas transformadoras**. v. 2. Recife: Editora Omnis Scientia, 2026. p. 155-160. DOI: <https://doi.org/10.47094/978-65-284-0281-6/155-160>.

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>.

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

GOLDIM, J. R. Bioética: origens e complexidade. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 86-92, 2006.

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>.

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>.

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.

VALADÃO, P. A. S.; LINS, L.; CARVALHO, F. M. Problemas bioéticos no cotidiano do trabalho de profissionais de equipes de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 725-744, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00080>.

QUATRO PRINCÍPIOS, DECISÕES CONCRETAS

William Candido Cerqueira¹;

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

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

Edith Maria Marques Magalhães²;

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

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

Paula Fernanda Chaves Soares³.

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

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

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

PALAVRAS-CHAVE: Princípalismo. Autonomia. Justiça.

FOUR PRINCIPLES, CONCRETE DECISIONS

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

KEYWORDS: Principlism. Autonomy. Justice.

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Autonomia: participar das decisões sobre a própria vida

Entenda o conceito

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

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

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

2.1.1 Informação como condição da autonomia

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

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

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

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

Na prática profissional

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

2.1.2 Consentimento não é apenas uma assinatura

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

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

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

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

2.1.3 Recusa de tratamento

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

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

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

2.1.4 Representante, família e autonomia relacional

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

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

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

2.1.5 Diretivas antecipadas de vontade

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

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

2.1.6 Segunda opinião e acesso ao prontuário

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

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

Cuidado com o equívoco

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

Pare e reflita

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

Atitude recomendada

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

2.2 Beneficência: promover benefício segundo as necessidades da pessoa

Entenda o conceito

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

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

2.2.1 Benefício clínico e benefício vivido

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

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

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

2.2.2 Cuidado integral

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

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

2.2.3 Alívio do sofrimento e cuidados paliativos

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

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

Situação do cotidiano profissional

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

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

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

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

Para pacientes e familiares

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

Cuidado com o equívoco

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

Pare e reflita

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

Atitude recomendada

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

2.3 Não maleficência: prevenir danos evitáveis e desproporcionais

Entenda o conceito

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

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

2.3.1 Segurança do paciente

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

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

Para pacientes e familiares

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

2.3.2 Procedimentos desnecessários e desproporcionais

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

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

2.3.3 Comunicação como possível fonte de dano

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

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

2.3.4 Privacidade e confidencialidade

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

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

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

Cuidado com o equívoco

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

Pare e reflita

Quais danos não físicos são pouco reconhecidos em seu serviço?

Atitude recomendada

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

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

Entenda o conceito

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

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

2.4.1 Igualdade e equidade

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

Critérios justos precisam ser:

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

2.4.2 Alocação de recursos escassos

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

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

2.4.3 Não discriminação

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

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

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

2.4.4 Justiça e vulnerabilidade

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

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

Cuidado com o equívoco

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

Pare e reflita

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

Atitude recomendada

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

2.5 Quando os princípios entram em tensão

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

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

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

Matriz simplificada de ponderação

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

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

2.6 Um roteiro de decisão em oito passos

Defina o problema: qual decisão precisa ser tomada agora?

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

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

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

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

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

Justifique e registre: quais razões sustentam a decisão?

Reavalie: a situação mudou? A decisão continua proporcional?

Pare e reflita

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

Perguntas para reflexão

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

Como a equipe identifica aquilo que o paciente considera benefício?

Quais danos informacionais ou emocionais são mais frequentes?

Os critérios de prioridade são transparentes e revisáveis?

Quando princípios entram em tensão, quem participa da decisão?

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

METODOLOGIA

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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>.

DA REFLEXÃO À AÇÃO: DIREITOS E CAMINHOS PARA UMA CULTURA ÉTICA

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 transforma fundamentos bioéticos e direitos dos pacientes em recomendações aplicáveis ao cotidiano. O objetivo é apresentar caminhos para consolidar uma cultura ética em serviços de saúde e na sociedade, articulando direitos, responsabilidades e instrumentos de educação em saúde. A Lei nº 15.378/2026, que instituiu o Estatuto dos Direitos do Paciente, constitui o eixo documental da análise. São abordados cuidado digno e seguro, informação clara, participação nas decisões, consentimento, recusa, diretivas antecipadas, confidencialidade, privacidade, não discriminação, segunda opinião, acesso ao prontuário, cuidados paliativos e acompanhante. O capítulo também discute responsabilidades do paciente, da família, dos profissionais, das instituições e do poder público, evitando que a noção de corresponsabilidade seja utilizada para transferir obrigações institucionais ou culpabilizar pessoas em situação de vulnerabilidade. Recomendações são dirigidas a profissionais e gestores, com ênfase em educação permanente, comunicação acessível, espaços de deliberação, proteção de dados, monitoramento do clima ético e prevenção do sofrimento moral. Para pacientes e familiares, propõem-se estratégias de preparação de perguntas, expressão de valores, indicação de representante e utilização de canais institucionais. Checklists, roteiros de discussão e fluxos simplificados apoiam a aplicação prática. A pesquisa empírica da dissertação é mencionada apenas como origem acadêmica do produto. Conclui-se que uma cultura ética depende de direitos conhecidos, instituições responsivas e participação informada.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos do paciente. Educação em saúde. Cultura ética.

ABSTRACT: This chapter translates bioethical foundations and patients' rights into recommendations for everyday practice. Its objective is to present pathways for consolidating an ethical culture in health services and society by connecting rights, responsibilities, and health education tools. Brazilian Law No. 15,378/2026, which established the Statute of Patients' Rights, is the central documentary reference. The chapter addresses dignified and safe care, clear information, participation in decisions, consent, refusal, advance directives, confidentiality, privacy, non-discrimination, second opinions, access to medical records, palliative care, and companionship. It also discusses the responsibilities of patients, families, professionals, institutions, and public authorities, avoiding the use of shared responsibility to transfer institutional duties or blame people in vulnerable situations. Recommendations for professionals and managers emphasize continuing education, accessible communication, deliberation spaces, data protection, monitoring of the ethical climate, and prevention of moral distress. For patients and families, strategies include preparing questions, expressing values, appointing a representative, and using institutional channels. Checklists, discussion guides, and simplified flows support practical application. The empirical study of the dissertation is mentioned only as the academic origin of the product. The proposed tools are educational and do not replace clinical assessment, professional regulations, institutional protocols, or legal advice. An ethical culture depends on known rights, responsive institutions, and informed participation.

KEY-WORDS: Patients' rights. Health education. Ethical culture.

INTRODUÇÃO

Compreender bioética é importante, mas insuficiente. Direitos podem existir em leis e ainda permanecer desconhecidos; protocolos podem existir e não orientar a rotina; profissionais podem reconhecer princípios e encontrar barreiras para aplicá-los. Uma cultura ética se constrói quando valores são convertidos em comunicação, fluxos, registros, formação, liderança e participação social (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019; REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

O Estatuto dos Direitos do Paciente representa marco relevante porque reúne, em uma única norma, direitos e responsabilidades relacionados ao cuidado prestado por serviços e profissionais de saúde. A lei não substitui outras normas e deve ser aplicada em conjunto com a Constituição, a legislação do SUS, os códigos profissionais, as regras de proteção de dados e demais dispositivos específicos (BRASIL, 1988, 1990, 2010, 2026).

Este capítulo organiza os principais direitos em linguagem acessível, discute responsabilidades compartilhadas e apresenta ferramentas que podem ser utilizadas por profissionais, instituições, pacientes e familiares.

Nesse sentido, o objetivo deste capítulo é transformar direitos e fundamentos bioéticos em recomendações e ferramentas para o fortalecimento de uma cultura ética.

REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Direitos do paciente no cotidiano do cuidado

5.1.1 Direito a cuidado digno, seguro e de qualidade

O paciente tem direito a cuidado oportuno, em instalações adequadas e com profissionais capacitados. Segurança inclui ambiente, procedimentos e insumos. Esse direito não garante ausência absoluta de riscos, mas exige que riscos evitáveis sejam prevenidos, monitorados e comunicados.

Na prática, envolve:

- Identificação correta;
- Higienização e prevenção de infecções;
- Medicamentos e doses conferidos;
- Comunicação de alergias;
- Equipamentos adequados;
- Transferência segura;
- Continuidade das informações entre serviços;
- Profissionais habilitados e supervisionados.

O Estatuto permite que o paciente e o acompanhante façam perguntas sobre medidas de segurança. A instituição deve acolher essas perguntas como participação legítima, e não como afronta.

5.1.2 Direito à informação clara e acessível

A informação deve abranger condição de saúde, tratamento, alternativas, riscos, benefícios, efeitos adversos e cuidados após alta. Precisa ser suficiente para decisão, mas também adaptada às necessidades de compreensão.

Acessibilidade pode exigir:

- Intérprete;
- Comunicação em libras;
- Recursos visuais;
- Fonte ampliada;
- Linguagem simples;
- Tradução culturalmente adequada;
- Presença de pessoa de apoio escolhida pelo paciente.

Informar não é apenas entregar documento. É criar possibilidade real de compreensão e pergunta.

5.1.3 Direito de participar das decisões

O paciente tem direito de envolver-se ativamente e participar do plano terapêutico. Essa participação varia conforme capacidade, urgência e complexidade. Em emergência com inconsciência, profissionais podem precisar agir para preservar a vida, respeitando diretivas antecipadas conhecidas e reavaliando a participação assim que possível.

Participar inclui:

- Conhecer objetivos do cuidado;
- Expressar preferências;
- Aceitar ou recusar opções;
- Solicitar tempo para decidir quando possível;
- Indicar representante;
- Retirar consentimento;
- Pedir segunda opinião.

5.1.4 Direito ao consentimento informado

Consentimento informado deve ser livre de coerção e influência indevida. O paciente pode retirar o consentimento sem represálias. A decisão precisa ser registrada e acompanhada de alternativas e continuidade do cuidado quando aplicáveis.

Uma assinatura obtida sob pressão, sem explicação ou em linguagem incompreensível não cumpre a finalidade ética do consentimento.

5.1.5 Direito à recusa

A recusa de tratamento deve ser analisada com respeito, avaliação de capacidade e esclarecimento de consequências. O direito não obriga a equipe a oferecer intervenção sem indicação, mas impede coerção indevida e abandono.

5.1.6 Direito de indicar representante e elaborar diretivas antecipadas

A pessoa pode registrar no prontuário quem deverá representá-la quando não conseguir expressar vontade. Diretivas antecipadas permitem declarar previamente cuidados aceitos ou recusados e devem ser respeitadas por familiares e profissionais.

A elaboração deve ser voluntária, informada e preferencialmente acompanhada de conversa com profissionais e pessoas de confiança.

5.1.7 Direito à confidencialidade e à privacidade

Informações de saúde devem permanecer protegidas, inclusive após a morte. O paciente pode consentir ou não com revelação a familiares e terceiros, salvo hipóteses legais.

Privacidade inclui:

- Exame em local reservado, quando possível;
- Cobertura adequada do corpo;
- Direito de recusar visitas;
- Consentimento para presença de estudantes;
- Proteção de prontuários, imagens e mensagens.

Em emergências e cuidados intensivos, limitações podem existir, mas a intimidade deve ser preservada na maior medida possível.

5.1.8 Direito à não discriminação

Nenhuma pessoa deve ter direitos restringidos por sexo, raça, cor, religião, enfermidade, deficiência, origem, renda ou outro marcador discriminatório. O Estatuto assegura nome de preferência e respeito a particularidades culturais e religiosas.

Esse direito exige ações institucionais contra vieses, linguagem estigmatizante, barreiras arquitetônicas, racismo, capacitismo, LGBTfobia e outras formas de exclusão.

5.1.9 Direito à segunda opinião

O paciente pode buscar parecer de outro profissional ou serviço e ter tempo suficiente para decidir, salvo urgências. A segunda opinião pode confirmar a conduta ou apresentar alternativas. Deve ocorrer sem interrupção indevida de cuidados essenciais.

5.1.10 Direito de acessar o prontuário

O acesso ao prontuário não exige justificativa. O paciente pode obter cópia sem ônus, solicitar retificação e exigir segurança. A retificação não significa apagar registros originais de forma irregular; deve seguir procedimento que preserve integridade documental.

5.1.11 Direito a cuidados paliativos e apoio familiar

O Estatuto assegura cuidados paliativos, alívio da dor e possibilidade de escolher o local da morte nos termos dos regramentos do SUS ou dos planos de saúde. Familiares têm direito a apoio para lidar com a doença.

A efetivação depende de disponibilidade da rede, avaliação clínica e planejamento. O direito fortalece a obrigação de não reduzir o cuidado ao prolongamento biológico.

5.1.12 Direito a acompanhante

O acompanhante é permitido em consultas e internações, salvo quando sua presença possa prejudicar saúde, intimidade ou segurança. A restrição deve ser justificada, não utilizada de forma automática. O acompanhante pode fazer perguntas e verificar medidas de segurança.

5.2 Responsabilidades compartilhadas

O Estatuto também apresenta responsabilidades do paciente ou representante. A expressão responsabilidade compartilhada precisa ser usada com cuidado. Profissionais e instituições detêm maior conhecimento técnico, poder e dever de organização; por isso, não se pode atribuir ao paciente culpa por falhas do sistema.

5.2.1 Compartilhar informações relevantes

Histórico de doenças, medicamentos, alergias, internações e mudanças de condição ajudam a equipe a cuidar com segurança. Quando a pessoa não se recorda ou não possui documentos, deve receber apoio, e não julgamento.

5.2.2 Fazer perguntas diante de dúvidas

Perguntar é responsabilidade e direito. Serviços devem criar ambiente onde dúvidas possam ser expressas. Uma pessoa que teme represália não participa livremente.

5.2.3 Informar desistência ou mudança de decisão

O paciente deve comunicar quando pretende interromper tratamento ou quando sua condição muda. A equipe precisa acolher a informação, avaliar riscos e reorganizar o plano.

5.2.4 Manter diretivas disponíveis e indicar representante

Quando existirem diretivas, é recomendável entregar cópia à instituição e ao representante. A equipe deve registrar e consultar o documento.

5.2.5 Respeitar regras e direitos de outras pessoas

Serviços possuem regras para segurança, convivência e organização. Elas precisam ser acessíveis e proporcionais. Pacientes e acompanhantes devem respeitar profissionais e outros usuários, assim como têm direito de ser respeitados.

Cuidado com o equívoco

Corresponsabilidade não significa que o paciente é culpado por adoecer, por não compreender ou por enfrentar barreiras sociais. A instituição deve adaptar comunicação e oferecer condições reais para participação.

5.3 Da norma à realidade institucional

Direitos tornam-se reais quando instituições os incorporam a processos. Um cartaz isolado não basta. É necessário revisar documentos, formulários, treinamento, ouvidoria, prontuários, fluxos de consentimento e indicadores (GARRAFA, 2005; SCHAEFER et al., 2024).

5.3.1 O que uma instituição pode fazer

Divulgar direitos e responsabilidades em linguagem acessível;

Incluir representantes de usuários em ações educativas;

Revisar formulários de consentimento;

Criar campos para representante e diretivas;

Treinar equipes em comunicação e decisão compartilhada;

Proteger dados e regular uso de imagens;

Definir canais para conflitos éticos;

Monitorar discriminação, segurança e satisfação;

Apoiar profissionais em sofrimento moral;

Produzir relatórios e planos de melhoria.

A própria lei nº 15.378/2026 determina divulgação periódica, pesquisas sobre qualidade e observância de direitos, estímulo a estudos e acolhimento de reclamações.

5.4 Recomendações para profissionais

5.4.1 Transforme informação em compreensão

Evite jargão, use exemplos, confirme entendimento e registre perguntas relevantes. A pressa não deve transformar comunicação em formalidade vazia.

5.4.2 Diferencie preferência, indicação e possibilidade

Explique o que é clinicamente indicado, quais alternativas são possíveis e quais preferências podem ser incorporadas. Nem toda solicitação possui indicação; nem toda recomendação precisa ser imposta.

5.4.3 Faça do consentimento um processo

Inicie a conversa antes do procedimento, permita perguntas e atualize informações quando o plano mudar.

5.4.4 Proteja privacidade em espaços físicos e digitais

Reduza conversas em áreas públicas, bloqueie telas, evite dispositivos pessoais e utilize canais institucionais.

5.4.5 Discuta dilemas de forma estruturada

Use rounds, reuniões, consultoria ou comitê. Não deixe conflitos graves dependerem apenas de conversas informais.

5.4.6 Valorize a escuta multiprofissional

Solicite contribuições de todas as categorias, especialmente de quem acompanha continuamente o paciente.

5.4.7 Reconheça sofrimento moral

Sinalize situações recorrentes, busque apoio e participe de melhorias sistêmicas. Não normalize sofrimento como parte inevitável da profissão.

5.4.8 Registre decisões e reavaliações

Decisões éticas precisam ser rastreáveis. Documente quem participou, quais informações foram apresentadas, quais valores foram expressos e quando o plano será revisado.

5.5 Recomendações para instituições

Educação permanente em bioética

Desenvolver ações regulares baseadas em casos reais descaracterizados, direitos do paciente, comunicação e segurança. Avaliar aprendizagem e mudanças de processo.

Espaços de deliberação

Garantir que rounds e reuniões incluam objetivos do cuidado, participação, proporcionalidade e conflitos. Definir encaminhamento para casos complexos.

Clima ético e liderança

Treinar lideranças para acolher discordância, prevenir retaliação e responder a preocupações. Avaliar clima ético periodicamente.

Proteção de dados

Estabelecer regras claras sobre fotografias, mensagens, telemedicina e acesso a prontuário. Auditar incidentes. As regras devem ser compatíveis com a proteção de dados pessoais e sensíveis prevista na legislação brasileira (BRASIL, 2018).

Acessibilidade

Disponibilizar intérpretes, recursos para deficiência, materiais em linguagem simples e canais inclusivos.

Prevenção da discriminação

Monitorar desigualdades de acesso e tratamento, qualificar registros e oferecer formação contra vieses.

Apoio diante de terminalidade

Integrar cuidados paliativos, comunicação com famílias e planejamento antecipado.

5.6 Recomendações para pacientes e familiares

Prepare perguntas

Anote dúvidas antes de consultas e reuniões. Perguntas simples podem melhorar segurança e decisão.

Peça explicações em linguagem compreensível

Solicitar nova explicação é legítimo. Você pode pedir desenho, resumo escrito ou presença de pessoa de apoio.

Expresse valores e preferências

Informe o que considera importante, inclusive crenças, limites e objetivos. Profissionais não podem presumir.

Conheça o plano

Pergunte qual é o objetivo atual, quem é o profissional de referência e quando haverá reavaliação.

Verifique informações essenciais

Confirme nome, medicamento, dose, alergias e procedimento. A participação não substitui a equipe, mas amplia segurança.

Registre representante e diretivas

Converse com pessoas de confiança e mantenha documentos disponíveis.

Utilize canais institucionais

Em caso de conflito, procure coordenação, serviço social, ouvidoria, núcleo de segurança ou instância de apoio. Registre fatos com clareza.

5.7 Ferramenta 1 - Checklist de análise bioética

Antes de decidir, pergunte:

Qual é o problema que exige decisão?

Quais fatos e incertezas são relevantes?

O paciente possui capacidade para esta decisão?

Recebeu informação acessível e suficiente?

Quais são seus valores e preferências?

Quais benefícios são esperados?

Quais danos podem ocorrer ou ser evitados?

Existem questões de justiça, escassez ou discriminação?

Quem precisa participar da deliberação?

A decisão será registrada, comunicada e reavaliada?

Se uma resposta estiver ausente, a decisão pode estar incompleta.

5.8 Ferramenta 2 - Perguntas para profissionais

Antes de propor uma conduta

- Qual é o objetivo?
- A indicação é baseada em evidências?
- O benefício provável é relevante para esta pessoa?
- Existem alternativas menos onerosas ou invasivas?

Antes de solicitar consentimento

- A informação está clara?
- Há barreira de linguagem ou acessibilidade?
- A pessoa possui tempo e liberdade?
- Compreendeu riscos e alternativas?

Diante de recusa

- A capacidade foi avaliada?
- Há medo, coerção ou desinformação?
- Quais alternativas podem ser oferecidas?
- Como evitar abandono?

Diante de conflito

- O problema é factual, comunicacional, moral ou institucional?
- Quem ainda não foi ouvido?
- É necessário apoio externo?

5.9 Ferramenta 3 - Perguntas para pacientes e familiares

- Qual é minha condição e o que ainda não se sabe?
- Qual é o objetivo do tratamento?
- Quais são os benefícios e riscos?
- Existem alternativas?
- O que acontece se eu não aceitar?
- Tenho tempo para decidir?

Posso buscar segunda opinião?

Quem terá acesso às minhas informações?

Como registrar meu representante ou diretivas?

Qual canal devo procurar se tiver dúvida ou reclamação?

5.10 Ferramenta 4 - Fluxo simplificado diante de conflito

1. Identifique o conflito - O que está em desacordo: fatos, valores, comunicação, recursos ou responsabilidades?
2. Verifique urgência e segurança - Existe risco imediato? Medidas temporárias são necessárias?
3. Avalie participação - O paciente pode decidir? Existe representante ou diretiva?
4. Organize informação - Diagnóstico, prognóstico, opções, benefícios e danos estão claros?
5. Reúna os envolvidos - Paciente, família, equipe e profissionais de apoio.
6. Delibere e registre - Escolha a alternativa mais justificável, explique razões e defina revisão.
7. Escalone quando necessário - Coordenação, cuidados paliativos, comitê de bioética, consultoria, ouvidoria ou apoio jurídico.

5.11 Ferramenta 5 - Qual direito está envolvido?

- Informação incompreensível - direito à informação acessível e princípio da autonomia.
- Procedimento sem consentimento - consentimento, autonomia e não maleficência.
- Dados compartilhados com familiares sem autorização - confidencialidade e privacidade.
- Presença de estudantes sem consulta - privacidade e consentimento.
- Tratamento discriminatório - justiça e não discriminação.
- Dificuldade de obter prontuário - acesso ao prontuário.
- Desejo de outra avaliação - segunda opinião.
- Vontade previamente manifestada ignorada - diretivas antecipadas de vontade.
- Dor e sofrimento não avaliados - beneficência e cuidados paliativos.
- Critério de alocação de recurso não explicado - justiça e transparência.

5.12 Ferramenta 6 - Roteiro para discussão de casos

Resuma o caso sem dados identificadores.

Declare a decisão necessária.

Liste fatos e incertezas.

Identifique capacidade, vontade e representante.

Aponte direitos e princípios envolvidos.

Liste alternativas.

Compare benefícios, danos e efeitos distributivos.

Registre divergências da equipe.

Formule recomendação e justificativa.

Defina comunicação, responsáveis e revisão.

5.13 A pesquisa que inspirou este e-book

Este produto surgiu de uma dissertação desenvolvida no Mestrado em Vigilância em Saúde da Universidade Iguazu. O estudo investigou a compreensão e a aplicabilidade dos princípios bioéticos por profissionais de uma equipe multiprofissional com atuação direta em Unidade de Terapia Intensiva.

A pesquisa adotou abordagem mista, combinando revisão narrativa de literatura e aplicação de questionário estruturado. O percurso empírico observou normas éticas, consentimento, anonimato, confidencialidade e não identificação institucional.

O e-book não foi estruturado como relatório dos resultados. Sua base principal é o conhecimento sistematizado na revisão de literatura, traduzido para conscientização de profissionais e da população. A etapa empírica permanece como contexto de origem e como estímulo à devolutiva institucional e social.

5.14 Implementação como devolutiva institucional

O e-book pode ser utilizado em:

- Educação permanente;
- Acolhimento de novos profissionais;
- Cursos técnicos e de graduação;
- Rounds e reuniões de equipe;
- Oficinas com pacientes e familiares;
- Campanhas sobre direitos;
- Atividades do núcleo de segurança;
- Seminários institucionais.

Para evitar que o material seja apenas distribuído, recomenda-se associá-lo a atividades:

- Leitura de caso;
- Discussão em pequenos grupos;
- Aplicação do checklist;
- Definição de ação local;
- Reavaliação após período determinado.

5.15 Implementação como devolutiva social

A disponibilização gratuita pode ocorrer em repositório institucional, site da editora, QR Code, redes acadêmicas e ações de educação em saúde. Recursos complementares podem incluir versões em áudio, materiais com fonte ampliada e linguagem ainda mais simplificada.

A divulgação deve apresentar o produto como instrumento educativo e informar onde consultar a legislação oficial e canais locais de orientação.

5.16 Indicadores para acompanhar uma cultura ética

Instituições podem acompanhar:

- Percentual de pacientes que compreendem o plano;
- Registro de representante e diretivas;
- Reclamações sobre informação e privacidade;
- Participação de categorias nos rounds;
- Tempo para resposta a conflitos;
- Incidentes de confidencialidade;
- Acesso a cuidados paliativos;
- Percepção de clima ético;
- Sofrimento moral e intenção de afastamento;
- Ações de educação e participação dos usuários.

Indicadores não substituem experiência, mas ajudam a identificar padrões e avaliar melhoria.

Direitos tornam-se mais efetivos quando acompanhados por comunicação acessível, educação permanente, proteção das vulnerabilidades e participação institucional (CERQUEIRA; MAGALHÃES; SOARES, 2025, 2026).

METODOLOGIA

O capítulo corresponde a estudo teórico-reflexivo de abordagem qualitativa, natureza aplicada e procedimentos bibliográfico e documental. A revisão narrativa da dissertação foi utilizada para reunir fundamentos sobre direitos humanos, princípalismo, Bioética de Intervenção, Bioética de Proteção, educação em saúde, cultura ética, segurança do paciente e Vigilância em Saúde. O Estatuto dos Direitos do Paciente, instituído pela Lei nº 15.378/2026, constituiu a principal fonte documental, sendo examinado quanto aos direitos, responsabilidades e mecanismos de cumprimento previstos em seu texto. Também foram consultados documentos oficiais, livros e artigos científicos em bases como SciELO, PubMed, BVS/LILACS e Google Acadêmico. Os conteúdos foram submetidos a síntese temática narrativa e reorganizados em recomendações para profissionais, instituições, pacientes, familiares e sociedade. Checklists, perguntas orientadoras e fluxos simplificados foram elaborados como recursos educativos, sem pretensão de substituir avaliação clínica, aconselhamento jurídico, códigos profissionais ou protocolos institucionais. A etapa empírica da dissertação foi considerada apenas para contextualizar a origem acadêmica do produto, sem utilização de resultados quantitativos, falas ou categorias analíticas. Assim, a elaboração do capítulo não envolveu nova coleta de dados com seres humanos.

CONCLUSÃO

O Estatuto dos Direitos do Paciente aproxima a bioética da cidadania em saúde. Seus direitos abrangem qualidade, segurança, informação, participação, consentimento, representante, diretivas, confidencialidade, privacidade, segunda opinião, prontuário, não discriminação, acompanhante e cuidados paliativos.

Responsabilidades do paciente precisam ser compreendidas em relação de corresponsabilidade, sem culpabilização. Profissionais e instituições mantêm deveres técnicos, éticos e organizacionais próprios.

A cultura ética depende de ações repetidas: comunicação clara, registro, espaços de deliberação, proteção de dados, liderança, educação permanente e participação social. Checklists e fluxos ajudam, mas não substituem sensibilidade e julgamento.

A transformação começa quando direitos deixam de ser apenas texto normativo e passam a orientar encontros concretos entre pessoas.

Compromissos possíveis

Profissional: escolher uma prática de comunicação ou registro para aprimorar nesta semana.

Instituição: selecionar um fluxo relacionado a direitos do paciente para revisar.

Paciente ou familiar: preparar perguntas e registrar preferências antes do próximo atendimento.

Sociedade: divulgar informações confiáveis e fortalecer espaços de participação no SUS.

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. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. 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/l13709compilado.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/l15378.htm. Acesso em: 6 ago. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. 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 de proteção e educação em saúde: fundamentos, desafios e práticas interdisciplinares. In: CRUZ, D. L. V. (org.). **Avanços na saúde**: pesquisas e práticas transformadoras. v. 2. Recife: Editora Omnis Scientia, 2026. p. 155-160. DOI: <https://doi.org/10.47094/978-65-284-0281-6/155-160>.

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

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

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>.

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

William Candido Cerqueira¹;

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

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

Edith Maria Marques Magalhães²;

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

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

Paula Fernanda Chaves Soares³.

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

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

RESUMO: Este capítulo analisa 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.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acompanhante · 57, 61, 69, 73, 76, 79, 89, 100, 104

Adoecimento · 3, 95, 96, 97, 98, 109

Ambulatórios · 41, 43

Assimetrias hierárquicas · 57

Atendimentos domiciliares · 41, 43

Autonomia · 11, 12, 13, 14, 15, 17, 21, 23, 24, 26, 27, 36, 38, 46, 64, 86, 93, 100

B

Beneficência · 11, 21, 23, 28, 29, 36, 38, 46, 49, 86, 93, 99

Bioética · 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 38, 42, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 54, 55, 57, 66, 71, 75, 82, 84, 86, 89, 91, 93, 95, 97, 99, 101, 102, 106, 107, 108, 110, 113

C

Capacidade decisória · 21, 25, 41, 61

Clima ético desfavorável · 93, 103

Clima ético institucional · 57

Comunicação de diagnósticos · 41

Comunicação qualificada · 42

Conceitos acadêmicos · 42

Conceitos científicos · 3

Confidencialidade · 13, 16, 22, 32, 38, 39, 41, 43, 44, 45, 53, 54, 73, 78, 86, 87, 88, 89, 96, 102, 103, 107, 108, 111

Conflitos éticos · 41, 65, 81, 101

Conhecimento científico · 6, 9, 12

Consentimento · 11, 13, 16, 17, 21, 24, 33, 38, 39, 41, 46, 47, 52, 53, 54, 65, 67, 73, 77, 80, 81, 84, 86, 87, 89, 98

Constrangimento · 3, 31, 46, 62, 67, 100

Consultas · 41, 61, 79, 83

Consultoria ética · 51, 57

Corresponsabilização · 57, 59

Crenças · 12, 41, 47, 62, 83

Cuidado · 3, 4, 5, 6, 8, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 37, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 53, 56, 58, 59, 63, 65, 67, 69, 70, 73, 75, 77, 79, 82, 93, 95, 97, 98, 99, 100, 104, 106, 107, 108, 109

Cuidado integral · 21

Cuidadores · 3

Cuidados paliativos · 16, 27, 29, 30, 39, 41, 48, 49, 53, 54, 73, 79, 83, 86, 88, 89

Cultura ética · 4, 5, 73, 75, 88, 89

D

Danos assistenciais · 93, 95

Deliberação da equipe · 48, 57

Deontologia · 6, 9, 18

Desigualdades · 7, 10, 13, 18, 51, 83, 96, 97

Dignidade · 6, 10, 11, 12, 13, 18, 29, 34, 42, 47, 49, 64, 95, 101

Dilemas bioéticos · 41

Direito à informação · 21, 45, 86

Direitos · 3, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 22, 23, 34, 38, 39, 41, 43, 45, 46, 47, 49, 50, 53, 54, 61, 64, 73, 75, 78, 80, 81, 82, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 95, 96, 97, 98, 101, 105, 106, 108, 109, 110, 111

Direitos humanos · 6, 12, 18, 38, 89

Discriminação · 13, 15, 16, 22, 32, 33, 34, 37, 39, 41, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 65, 66, 73, 78, 81, 83, 84, 86, 89, 95, 96, 99, 103, 104, 109

Dispositivos de apoio · 57

E

Educação em saúde · 7, 15, 17, 18, 20, 55, 73, 88, 89, 91, 107, 113

Equidade · 7, 13, 18, 22, 33, 34, 38, 93, 109

Escolha de representante · 21, 24

Escuta · 7, 10, 36, 45, 57, 59, 60, 70, 81

Estatuto dos Direitos do Paciente · 3, 7, 16, 18, 19, 22, 24, 39, 40, 42, 44, 54, 57, 60, 71, 73, 75, 89, 91, 93, 100, 103, 105, 110, 112

Estudantes · 3, 41, 43, 46, 53, 78, 86, 106

Ética · 6, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 20, 25, 26, 32, 43, 44, 51, 52, 55, 56, 58, 62, 63, 65, 66, 67, 69, 70, 74, 77, 97, 104, 105, 107, 109, 110

Evidências clínicas · 57

Exame · 3, 32, 46

F

Falhas de comunicação · 66, 93

Familiares · 1, 2, 3, 6, 9, 15, 17, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 41, 44, 48, 49, 50, 51, 52, 57, 58, 60, 61, 62, 66, 68, 69, 74, 75, 77, 78, 83, 85, 86, 87, 89, 95, 98, 100, 105, 109

Formação ética · 7

Fundamentos bioéticos · 73, 75

G

Gestores · 6, 57, 58, 71, 73, 91, 98, 105, 106, 108

H

Humanização · 57, 64, 69

I

Informação · 8, 10, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25, 26, 30, 33, 36, 38, 39, 43, 44, 45, 46, 50, 51, 54, 57, 60, 63, 64, 65, 69, 73, 76, 80, 81, 84, 85, 88, 89, 95, 96, 97, 98, 100, 102, 103, 105, 107, 108, 109,

110, 111

Informações pessoais · 3, 32, 109

Integralidade · 7, 13, 29

Internações · 29, 41, 43, 61, 79

Interprofissionalidade · 57, 59, 69, 70

J

Justiça · 10, 11, 13, 14, 21, 23, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 50, 70, 84, 86, 93, 100, 101

L

Linguagem acessível · 3, 15, 21, 75, 80

M

Medicamento · 3, 31, 83, 98, 100

Moral · 6, 9, 11, 15, 17, 18, 23, 49, 52, 56, 57, 63, 64, 66, 69, 70, 72, 73, 74, 81, 82, 85, 88, 93, 94, 95, 98, 102, 103, 110, 114

Multiprofissionalidade · 57, 59

N

Não maleficência · 11, 21, 23, 31, 32, 36, 38, 49, 50, 86, 93, 99, 101

Normas · 3, 4, 9, 12, 17, 27, 42, 43, 45, 75, 87, 110, 113

O

Obstinação terapêutica · 41

Orientação jurídica · 4

P

Pacientes · 1, 2, 3, 6, 9, 10, 11, 15, 17, 18, 26, 30, 31, 35, 42, 50, 57, 58, 61, 62, 66, 68, 69, 73, 75, 83, 85, 87, 88, 89, 93, 95, 98, 100, 102, 109, 111

Participação familiar · 57

Participação nas decisões · 6, 21, 73

Pesquisa empírica · 42, 74

Preconceito · 41, 49

Preferências do paciente · 12, 46, 57

Princípios · 3, 5, 11, 12, 13, 18, 20, 21, 23, 36, 37, 38, 39, 40, 53, 57, 69, 71, 75, 86, 87, 91, 101, 113

Princípios da autonomia · 21

Privacidade · 3, 11, 12, 16, 22, 31, 33, 39, 42, 44, 45, 46, 47, 52, 53, 54, 63, 64, 65, 66, 73, 78, 81, 86, 88, 89, 109

Profissionais · 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 27, 32, 35, 37, 42, 46, 47, 48, 49, 51, 55, 56, 58, 60, 61, 63, 64, 67, 69, 72, 73, 75, 76, 77, 80, 81, 84, 86, 87, 89, 91, 93, 95, 97, 98, 99, 100, 102, 104, 105, 106, 108

Profissional habilitado · 4

Prontuário · 16, 22, 24, 26, 27, 32, 38, 39, 41, 44, 54, 73, 77, 78, 82, 86, 89, 107

Proteger informações · 3, 93

Protocolos institucionais · 4, 89

R

Recursos · 3, 12, 13, 17, 22, 29, 33, 34, 36, 37, 38, 41, 48, 49, 52, 53, 60, 63, 67, 69, 82, 85, 89, 95, 97, 102, 103, 106, 107, 108

Recusa de procedimentos · 21

Recusa de tratamento · 41, 77

Respeito à pessoa · 6, 12

Respeito às escolhas · 57, 95

Responsabilidade institucional · 14, 18, 57, 93

Responsabilidades · 3, 6, 8, 9, 16, 17, 19, 51, 58, 61, 70, 73, 75, 79, 80, 85, 89, 95, 98, 105, 110

Responsabilidades institucionais · 7, 95

Riscos ocupacionais · 93, 100

S

Saúde · 1, 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 27, 31, 32, 33, 35, 39, 40, 43, 44, 45, 55, 56, 58, 61, 62, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 89, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 103, 105, 106, 108, 110, 111, 113

Segurança do paciente · 21, 31, 38, 39, 55, 57, 64, 66, 69, 71, 89, 93, 95, 99, 107, 108, 110, 111, 113

Segurança dos usuários · 3, 93

Segurança psicológica · 62, 93, 98, 102, 109, 111

Silenciamento profissional · 57

Sistema Único de Saúde · 6, 13, 18, 93, 106

Situações educativas · 4

Sobrecarga · 13, 63, 93, 95

Sociedade · 1, 2, 6, 9, 11, 73, 89

Sofrimento · 10, 11, 12, 15, 21, 28, 29, 32, 46, 48, 49, 51, 57, 59, 62, 63, 64, 65, 69, 70, 73, 81, 82, 86, 93, 95, 98, 101, 102, 103, 110

Suporte terapêutico · 41

U

Unidades básicas · 41, 96

Unidades de Terapia Intensiva · 41

Universalidade · 7, 13

V

Valores · 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 26, 28, 36, 38, 41, 43, 47, 48, 49, 52, 57, 60, 61, 62, 63, 66, 68, 69, 70, 74, 75, 82, 83, 84, 85, 97, 102, 105, 110

Valores humanos · 6, 9, 10, 11, 18

Vigilância em Saúde · 2, 3, 5, 6, 7, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 41, 56, 71, 73, 87, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 105, 107, 110, 111, 112, 113

Violência · 93, 95, 96, 98, 101, 103, 104, 109

Vulnerabilidade social · 41, 50

Vulnerabilidades · 7, 8, 14, 17, 22, 34, 37, 38, 42, 52, 88, 95, 99, 104, 110



contato@editoraomnisscientia.com.br 

https://editoraomnisscientia.com.br/ 

@editora_omnis_scientia 

https://www.facebook.com/omnis.scientia.9 

+55 87 99920-5762 



contato@editoraomnisscientia.com.br 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 87 99920-5762 