

ORGANIZADORES:
GIANA LISA ZANARDO SARTORI
RAMIRO RONCHETTI
ARNALDO NOGARO

OS DESAFIOS DA ÉTICA MÉDICA E DA BIOÉTICA NA MEDICINA 2026

VOLUME 6



OS DESAFIOS

DA ÉTICA MÉDICA E DA BIOÉTICA NA MEDICINA

Volume 6



OS DESAFIOS DA ÉTICA MÉDICA E DA BIOÉTICA NA MEDICINA - VOLUME 6

ORGANIZADORES

Giana Lisa Zanardo Sartori

Ramiro Ronchetti

Arnaldo Nogaro



ERECHIM-RS
2026

Todos os direitos reservados à EDIFAPES.

Proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma e por qualquer meio mecânico ou eletrônico, inclusive através de fotocópias e de gravações, sem a expressa permissão dos autores. Os dados e a completude das referências são de inteira e única responsabilidade dos autores.

Editoração/Diagramação: EdiFAPES

Revisão: Organizadores

Capa: (Assessoria de Marketing, Comunicação e Eventos /URI Erechim)

Conselho Editorial:

Adilson Luis Stankiewicz (URI / Erechim/RS) – Presidente

Arnaldo Nogaró (URI / Erechim/RS)

Cláudia Petry (UPF / Passo Fundo/RS)

Elcemina Lucia Balvedi Pagliosa (URI / Erechim/RS)

Elisabete Maria Zanin (URI /Erechim/RS)

Jadir Camargo Lemos (UFSM / Santa Maria/RS)

Maria Elaine Trevisan (UFSM / Santa Maria/RS)

Neila Tonin Agranionih (UFPR / Curitiba/PR)

Sérgio Bigolin (URI / Erechim/RS)

Yuri Tavares Rocha (USP / São Paulo/SP)

Des44 Os desafios da ética médica e da bioética na medicina [recurso eletrônico]
/ organização Giana Lisa Zanardo Sartori, Ramiro Ronchetti, Arnaldo
Nogaró. - Erechim, RS: EdiFapes, 2026.
1 recurso eletrônico (v.6)

ISBN 978-65-84142 -00-8

1.Ética médica 2. Cuidados paliativos 3. Inteligência artificial
4. Doação de órgãos I. Sartori, Giana Lisa Zanardo II. Ronchetti, Ramiro
III. Nogaró, Arnaldo

C.D.U.: 614.253

Catálogo na fonte: bibliotecária Sandra Milbrath CRB 10/1278



edifapes

Livraria e Editora
Av. 7 de Setembro, 1621
99.709-910 – Erechim-RS
Fone: (54) 3520-9000
<https://www.uricer.edu.br/edifapes/>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	6
A INDICAÇÃO CIRÚRGICA SOB OS PRINCÍPIOS ÉTICOS DA JUSTIÇA E DA HONESTIDADE PROFISSIONAL.....	7
Gabriel Tibolla Bortoli; Igor Rubin Scapin; Laura Salvi Bez; Luana Milena Bueno da Cás; Matheus Plínio Menegaz; Maria Eduarda Baldissera Pivotto; Pedro Haas Bigaton; Gledson de Souza Maia	
BIOÉTICA NA REPRODUÇÃO ASSISTIDA EM MULHERES COM IDADE MATERNA AVANÇADA: LIMITES, RISCOS E JUSTIÇA REPRODUTIVA	18
Amanda Teixeira Watermann; Bruna Miola; Gustavo Skonetzky; Ketlyn Caroline Boni; Larissa Cichocki Iuhniseki; Laura Carbolin; Marina Tochetto Zimmermann	
BIOÉTICA NAS DECISÕES EMERGENCIAIS EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA:REVISÃO NARRATIVA.....	32
Maria Luísa da Fonseca; Ana Caroline Vicini; Éllen Souza de Moraes; Elian Kussler Pedreiras; Júlia Bertolla Bichoff; Luiz Otávio de Almeida Trentin; Luíza Roismann	
CONFLITOS BIOÉTICOS ATUAIS ENVOLVENDO A MEDICINA DO TRABALHO: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....	44
Ana Laura Capeletti; Eduarda Bortolás Zanella; Eduarda Caroline Reche; Natália Presotto; Valéria Hübner Donin	
ENTRE A VIDA E OS RECURSOS: CONFLITOS BIOÉTICOS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ...	55
Ana Carolina Perin Spenassato; Bruna Jacobs; Eduarda Wolkmer; Lara Backes; Luiza Trevisan; Manoella Feltrin Orsato; Milena Polli	
PROTEÇÃO VS AUTONOMIA: UM OLHAR BIOÉTICO SOBRE A TOMADA DE DECISÃO EM PEDIATRIA	67
Julia Vicari Santa Catharina; Júlia Martello da Silva; Laura Gabriella Boscheto Vicari; Maísa Diane Turra Lena; Polyana Cristina Konflanz Heffel; Thais Martinelli; Thuany Banaszkeski	
QUANDO O ESPELHO DECEPCIONA: UMA ANÁLISE BIOÉTICA DOS RESULTADOS INSATISFATÓRIOS NA CIRURGIA PLÁSTICA	77
Bárbara Nerves Mocellin; Bianca Dietre; Camila Mello Ritta; Camille Thais Teixeira; Monah Kautz; Valentina Assoni Ceratto	
SEDAÇÃO PALIATIVA NA ANESTESIOLOGIA: RESPONSABILIDADES ÉTICAS NO CUIDADO AO FIM DA VIDA.....	88
Brenda Beltrame; André Paul; Eduarda Zin; Lara Marchetto; Julia Galvan; Marina Anzolin; Tainá Loss	

APRESENTAÇÃO

O *e-book* “Os Desafios da Ética Médica e da Bioética na Medicina” chega ao sexto volume, coroado de sucesso, cumprindo com responsabilidade o objetivo a que se propôs, desde o primeiro volume, publicizar os trabalhos científicos dos acadêmicos de Medicina da URI Erechim, desenvolvidos e apresentados na disciplina de Ética Médica e Bioética.

Despertar nos jovens estudantes o interesse pela pesquisa científica e consequente redação de trabalhos, em formato de resumos expandidos ou artigos completos, não é tarefa fácil, porém quando se acredita na educação, como fator determinante na vida das pessoas, quando se preza pela formação humana e profissional, integrando os conhecimentos técnicos profissionais com os de natureza filosófica, sociológica, jurídica, entre outros, os obstáculos se tornam oportunidades.

E, é por isso que, os artigos trazidos para compor esse *e-book* apresentam muito mais que conteúdo teórico da área médica, refletem maturidade científica para o cumprimento das diretrizes éticas e bioéticas da profissão.

É com orgulho imenso que apresentamos oito textos, cujos temas foram escolhidos pelos acadêmicos, a partir de uma lista apresentada pelos professores, na disciplina de Ética Médica e Bioética, em início de semestre. Nesse volume as temáticas deveriam estar atreladas a uma especialidade médica reconhecida pelo CFM Conselho Federal de Medicina.

O primeiro artigo trata sobre: “A indicação cirúrgica sob os princípios éticos da justiça e da honestidade profissional”, busca revelar o quanto uma intervenção cirúrgica é uma decisão médica que envolve não apenas a formação técnica, mas princípios éticos fundamentais. O segundo texto discorre sobre “As discussões bioéticas na reprodução assistida em mulheres com idade materna avançada: limites, riscos e justiça reprodutiva”. Na sequência o próximo artigo traz ao debate, “A sedação paliativa na anestesiologia: responsabilidades éticas no cuidado ao fim da vida”. O *e-book* ainda conta com outras temáticas muito importantes como “A Bioética nas decisões emergenciais em ortopedia e traumatologia uma revisão narrativa”, “Os conflitos bioéticos atuais envolvendo a medicina do trabalho” “ Entre a vida e os recursos: conflitos bioéticos na urgência e emergência”, “A proteção da autonomia: um olhar bioético sobre a tomada de decisão em pediatria”, “Quando o espelho decepciona: uma análise bioética dos resultados insatisfatórios na cirurgia plástica” e o último texto apresenta a “Sedação paliativa na anestesiologia: responsabilidades éticas no cuidado ao fim da vida”.

Os artigos escritos pelos estudantes do sexto semestre da Faculdade de Medicina da URI Erechim demonstram o quanto o incentivo a pesquisa é fundamental para a consolidação do conhecimento e revelam competências e habilidades valiosas para a formação integral desses futuros profissionais. A leitura é envolvente e reflexiva apontando dilemas e desafios éticos e bioéticos nas diversas especialidades envolvidas.

Boa leitura!

Os organizadores!

A INDICAÇÃO CIRÚRGICA SOB OS PRINCÍPIOS ÉTICOS DA JUSTIÇA E DA HONESTIDADE PROFISSIONAL

SURGICAL INDICATION UNDER THE ETHICAL PRINCIPLES OF JUSTICE AND PROFESSIONAL HONESTY

Gabriel Tibolla Bortoli; Igor Rubin Scapin; Laura Salvi Bez; Luana Milena Bueno da Cás; Matheus Plínio Menegaz; Maria Eduarda Baldissera Pivotto; Pedro Haas Bigaton; Gledson de Souza Maia

RESUMO

A indicação cirúrgica é uma decisão médica complexa que envolve não apenas a viabilidade técnica, mas também princípios éticos fundamentais. Este estudo analisa o papel da justiça e da honestidade profissional na prática cirúrgica, discutindo dilemas éticos, conflitos de interesse e medidas para garantir decisões responsáveis. Foi realizada uma revisão narrativa de literatura nacional e internacional sobre ética cirúrgica, aliada à análise de um caso clínico ilustrativo. Os resultados mostram que os princípios da justiça e da honestidade profissional sustentam a prática médica ética, prevenindo intervenções desnecessárias e promovendo o uso racional dos recursos de saúde. Os exemplos práticos simulados/hipotéticos apresentados em sala de aula sobre hérnia inguinal assintomática reforçam que a conduta expectante pode ser tão segura quanto a cirurgia, quando baseada em evidências e comunicação transparente. Conclui-se que o cirurgião ético deve equilibrar técnica e moral, priorizando o bem do paciente acima de pressões externas, financeiras ou institucionais.

Palavras-chave: ética médica; justiça; cirurgia; decisão clínica.

ABSTRACT

Surgical indication is a complex medical decision that involves not only technical feasibility but also fundamental ethical principles. This study analyzes the role of justice and professional honesty in surgical practice, discussing ethical dilemmas, conflicts of interest, and strategies to ensure responsible decisions. A narrative review of national and international literature on surgical ethics was conducted, along with the analysis of an illustrative clinical case. Results show that justice and honesty sustain ethical medical

practice, preventing unnecessary interventions and promoting rational use of healthcare resources. The case of asymptomatic inguinal hernia demonstrates that expectant management can be as safe as surgery when based on evidence and transparent communication. It is concluded that the ethical surgeon must balance technique and morality, prioritizing the patient's welfare over external, financial, or institutional pressures.

Keywords: medical ethics; justice; surgery; clinical decision-making.

1 INTRODUÇÃO

A indicação cirúrgica é um dos momentos mais críticos da prática médica, pois envolve decisões que impactam diretamente a vida e o bem-estar do paciente (Torjuul; Nordam; Sorlie, 2005). No entanto, nem sempre essas decisões são tomadas exclusivamente com base em critérios clínicos. Situações em que há pressões institucionais, financeiras ou pessoais podem gerar conflitos de interesse, comprometendo a ética e a finalidade terapêutica do ato médico (Shafrin, 2010).

Nesse contexto, os princípios éticos da justiça e da honestidade profissional assumem papel central (Cardenas, 2020). A justiça assegura que o paciente receba tratamento apenas quando realmente necessário, de forma equitativa e imparcial (Fritch, 2024). Já a honestidade profissional exige do cirurgião transparência, responsabilidade e integridade na tomada de decisão, priorizando sempre o benefício do paciente (Nicholls, 2016).

Há ainda, a autonomia do paciente, que representa o direito de participar ativamente das decisões sobre seu próprio tratamento, sendo informado de maneira clara, completa e verdadeira (Lima *et al.*, 2023). Respeitar a autonomia significa reconhecer o paciente como sujeito de direitos, capaz de escolher o que considera melhor para si, desde que devidamente esclarecido sobre riscos, benefícios e alternativas terapêuticas (Fabbro; 1999).

No contexto cirúrgico, a autonomia se concretiza por meio do consentimento informado, que deve ser obtido de forma livre, consciente e sem coerção (Lima *et al.*, 2023). Cabe ao cirurgião garantir que o paciente compreenda o procedimento proposto, suas possíveis consequências e que tenha espaço para expressar dúvidas e preferências (Jorge Filho, 2010).

O profissional médico deve assumir responsabilidade pelas decisões que toma, evitar omissões, não prometer resultados inacreditáveis e não encobrir erros. A honestidade inclui também reconhecer limites, pedir ajuda ou indicar quando não é o cirurgião mais apto, agir com integridade na equipe e evitar conflito de interesses (Quick, 2022; Romão *et al.*, 2019).

Diante disso, este trabalho tem como objetivo analisar o papel dos princípios da justiça e da honestidade profissional na indicação cirúrgica, discutindo os conflitos éticos

que surgem quando fatores externos influenciam a decisão médica e propondo reflexões sobre a conduta responsável do cirurgião frente a essas situações.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo, de natureza qualitativa, baseado em revisão narrativa de literatura. Foram consultadas bases de dados como PubMed, Scielo e Google Scholar, incluindo artigos e documentos entre 1990 e 2025.

A análise foi estruturada em três eixos: Fundamentos teóricos dos princípios da justiça e da honestidade profissional; Dilemas éticos na indicação cirúrgica; Estratégias para a manutenção da integridade ética.

O estudo segue os princípios éticos de pesquisa bibliográfica, não envolvendo seres humanos nem experimentação animal, dispensando aprovação por comitê de ética.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 *A formação ética e o legado da cirurgia geral*

Historicamente, a cirurgia geral constituiu o alicerce da prática cirúrgica e o ponto de partida para o desenvolvimento das especialidades. Desde os primórdios, a atuação do cirurgião exigia não apenas destreza técnica, mas também discernimento moral e prudência diante da vulnerabilidade do paciente (Silva, 1988). O cirurgião geral era, por natureza, um profissional polivalente, treinado a observar, decidir e agir com responsabilidade, equilibrando ciência, experiência e humanidade.

Nessa tradição, o cirurgião era concebido como um profissional completo: observador atento, executor preciso e julgador prudente. Sua atuação exigia a capacidade de equilibrar ciência e experiência, objetividade e empatia, técnica e compaixão. A formação cirúrgica, portanto, sempre foi também um processo moral — um aprendizado sobre limites, humildade e responsabilidade diante do sofrimento alheio (Silva, 1988).

Esse legado moldou gerações de médicos orientados pelos princípios da beneficência, da não maleficência e da honestidade intelectual. A ética cirúrgica contemporânea, ao mesmo tempo em que se apoia nos avanços tecnológicos e na especialização crescente, não pode perder de vista essas raízes humanísticas. Compreender o papel do cirurgião ético hoje é reconhecer que a excelência técnica deve caminhar inseparavelmente com a integridade moral, perpetuando a essência da cirurgia geral: operar quando necessário, evitar quando prudente e servir sempre com justiça, verdade e compaixão (Silva, 1988).

3.2 Princípios éticos da justiça e da honestidade profissional

O princípio da justiça, conforme Luce (1990), implica tratamento equitativo e distribuição justa dos recursos. Já a honestidade profissional envolve transparência, verdade e responsabilidade (Luke, 2018). Ambos sustentam a confiança e legitimam a prática médica (Cook *et al.*, 2015).

O fundamento essencial da medicina é o cuidado e a proteção do bem-estar dos pacientes. Entretanto, definir as qualidades que caracterizam o profissionalismo médico no século XXI é um desafio crescente. As bases históricas desse conceito remontam ao Juramento de Hipócrates, que já destacava valores éticos e humanísticos (Romão *et al.*, 2019).

Ao longo do tempo, atributos como competência técnica, responsabilidade, comunicação, altruísmo e excelência passaram a integrar o perfil esperado do médico. O termo “profissionalismo” surgiu no século XIX, mas sua aplicação na medicina consolidou-se apenas a partir da década de 1970, culminando na formulação da “Carta do Profissionalismo Médico”, que estabeleceu princípios e responsabilidades éticas fundamentais (Romão *et al.*, 2019).

O cirurgião deve agir com imparcialidade, evitando discriminação (Taj, 2019), e comunicando diagnósticos, riscos e alternativas com clareza (Ghannoum, 2018; Quick, 2022). Reconhecer limitações e evitar conflitos de interesse também fazem parte da honestidade profissional (Romão *et al.*, 2019).

A autonomia do paciente complementa esse conjunto ético, garantindo decisão informada e consentimento livre. Assim, o profissionalismo médico é um construto dinâmico e multidimensional, que requer não apenas o domínio técnico, mas também a vivência ética, o humanismo e a reflexão contínua sobre o papel social do médico na sociedade contemporânea (Jorge Filho, 2010; Lima *et al.*, 2023 Romão *et al.*, 2019).

3.3 Dilema ético: indicar cirurgia apenas quando necessária

A decisão de indicar um procedimento cirúrgico envolve um dos dilemas éticos mais relevantes da prática médica contemporânea: agir em benefício do paciente sem causar dano, respeitando o princípio da não maleficência. A cirurgia deve ser proposta somente quando os benefícios clínicos e funcionais superam os riscos inerentes ao procedimento, considerando as condições do paciente, a efetividade terapêutica e as alternativas menos invasivas disponíveis (Korenstein *et al.*, 2012).

A indicação cirúrgica deve ser guiada não só pela possibilidade técnica, mas por uma avaliação rigorosa do benefício líquido para o paciente. A cirurgia, mesmo quando tecnicamente exequível, traz riscos imediatos (infecção, sangramento, lesão iatrogênica), riscos tardios (complicações funcionais, necessidade de reoperação) e custos psicossociais — portanto, só é ética quando o balanço entre benefícios e danos é

claramente favorável. Essa regra é expressão direta do princípio da não maleficência: “primeiro, não causar dano”.

Existem situações clássicas em que operar é possível, mas não justificável: procedimentos com evidência fraca de benefício comparados a opções conservadoras, cirurgias motivadas por fatores não-clínicos (pressão de mercado, ganho financeiro ou defesa médica) ou intervenções cuja indicação se baseia em variação prática geográfica e não em necessidade do paciente. Estudos e avaliações de “overuse” mostram que práticas cirúrgicas de baixo valor são frequentes e causam danos mensuráveis (Korenstein *et al.*, 2012;)

A relação entre não maleficência e justiça é íntima: indicar cirurgias desnecessárias prejudica o paciente individual (violando não maleficência) e, quando replicado em escala, rouba recursos escassos do sistema — reduzindo acesso e qualidade para outros pacientes (violando justiça distributiva). Em sistemas públicos ou com recursos limitados, a indicação excessiva cria listas de espera, ocupa leitos, equipamentos, e desloca profissionais, agravando desigualdades no atendimento. Assim, a decisão do cirurgião tem impacto coletivo, não apenas pessoal (Brown *et al.*, 2021).

A realização de intervenções desnecessárias configura uma violação ética dupla: em nível individual, por expor o paciente a riscos injustificados; e em nível coletivo, por comprometer a justiça distributiva — ou seja, o uso racional e equitativo dos recursos de saúde. Cada procedimento cirúrgico envolve custos significativos, tempo de equipe e ocupação de leitos, o que implica responsabilidade moral na tomada de decisão (Brown *et al.*, 2021).

As consequências de indicações inadequadas são múltiplas e sinérgicas: (1) aumento do risco de complicações e mortalidade evitável para pacientes submetidos a procedimentos desnecessários; (2) sobrecarga financeira e operacional do sistema de saúde — elevando custos diretos e indiretos; (3) erosão da confiança pública e da relação médico-paciente quando o paciente percebe dano ou percebe que recebeu tratamento de baixo valor; (4) litigiosidade e impacto reputacional nas instituições. Relatos recentes e iniciativas como o movimento Choosing Wisely documentam tanto a frequência do problema quanto estratégias para reduzi-lo (Antúnez *et al.*, 2019.)

Nesse contexto, movimentos internacionais como o Choosing Wisely têm se destacado ao incentivar médicos e pacientes a refletirem criticamente sobre a real necessidade de exames, tratamentos e cirurgias. Essa iniciativa promove a prática do “não fazer” quando o procedimento não agrega valor clínico, priorizando a segurança do paciente e a sustentabilidade dos sistemas de saúde (Antúnez *et al.*, 2019).

Além disso, políticas de desinvestimento em práticas de baixo valor vem sendo adotadas por instituições e governos como estratégias complementares de gestão ética e econômica. Essas políticas visam redirecionar recursos para intervenções de eficácia comprovada, promovendo um cuidado mais eficiente, equitativo e alinhado aos princípios bioéticos da beneficência e da justiça (Varkey, 2020).

Em síntese, a indicação cirúrgica adequada exige não apenas competência técnica, mas também julgamento ético refinado, sustentado por evidências científicas, empatia e compromisso social. O cirurgião ético deve equilibrar o imperativo de curar com a prudência de não intervir quando a cirurgia não representa o melhor caminho para o paciente ou para o sistema de saúde como um todo.

3.4 Exemplo prático: hérnia inguinal assintomática

Na Medicina, todo o processo ensino aprendizagem desenvolvido em sala de aula se baseia em casos hipotéticos ou em exemplos trazidos pelos docentes. Para melhor compreensão da temática e em questão apresenta-se um caso hipotético: homem de 63 anos, aposentado, procura atendimento médico relatando ter notado, há cerca de dois meses, uma pequena saliência na região da virilha direita, percebida principalmente ao esforço físico ou ao tossir. Nega dor, desconforto ou qualquer limitação funcional. Relata apenas preocupação com o aspecto estético e o medo de que “a hérnia possa estourar”. Ao exame físico, o cirurgião constata uma hérnia inguinal pequena, redutível e sem sinais de encarceramento ou inflamação local.

Diante desse quadro, o profissional considera duas possibilidades: realizar cirurgia eletiva de correção herniária ou optar pela conduta expectante, mantendo acompanhamento periódico. Após avaliar o histórico clínico e os riscos cirúrgicos, o médico decide conversar abertamente com o paciente sobre as opções. Explica que, por se tratar de uma hérnia pequena, indolor e sem impacto na qualidade de vida, a cirurgia imediata não é necessária, sendo possível adotar apenas o acompanhamento regular.

O paciente demonstra surpresa e questiona se não seria mais seguro “resolver o problema logo”. O médico, de forma transparente e embasada, esclarece que a decisão cirúrgica deve levar em conta não apenas a possibilidade técnica, mas também a necessidade real da intervenção. Informa que há evidências científicas sólidas mostrando que pacientes em situação semelhante permanecem bem quando acompanhados clinicamente, com risco mínimo de complicações graves. Após a explicação, o paciente compreende os motivos da decisão, concorda com a conduta expectante e é orientado a retornar em consultas de revisão semestrais ou caso surjam sintomas como dor, aumento do volume ou dificuldade para reduzir a hérnia.

A conduta adotada neste caso encontra respaldo direto no ensaio clínico randomizado de Fitzgibbons *et al.*, (2006), que acompanhou 720 homens com hérnias inguinais mínimas ou assintomáticas. Os participantes foram divididos em dois grupos: um submetido à cirurgia eletiva e outro mantido sob vigilância clínica (“watchful waiting”). Após dois anos de seguimento, os resultados mostraram ausência de diferença significativa na dor limitante ou na qualidade de vida entre os grupos. Além disso, a taxa de complicações graves, como encarceramento ou estrangulamento, foi extremamente baixa, 1,8 por 1.000 paciente-anos, reforçando a segurança da observação clínica.

Com base nesses achados, o estudo concluiu que a vigilância expectante é uma estratégia segura e aceitável para pacientes com hérnia inguinal assintomática ou minimamente sintomática. Sob a ótica ética, essa evidência respalda a conduta do cirurgião ao aplicar os princípios da justiça, da não maleficência e da honestidade profissional.

O princípio da justiça manifesta-se no uso racional dos recursos de saúde, evitando procedimentos cirúrgicos desnecessários e priorizando a equidade no acesso aos cuidados realmente indicados. Já a não maleficência está presente na escolha de não submeter o paciente a riscos anestésicos, infecções, dor pós-operatória e possíveis complicações sem benefício comprovado. Por fim, a honestidade profissional se expressa na transparência do diálogo e na decisão compartilhada, que respeita a autonomia do paciente e fortalece a confiança na relação médico-paciente.

Evidencia-se que a conduta ética e tecnicamente adequada nem sempre coincide com a intervenção imediata. Saber reconhecer quando não operar é o melhor caminho exige discernimento, responsabilidade e compromisso com o bem-estar do paciente, valores que sustentam a prática médica pautada pela ética e pela ciência.

3.5 Conflitos éticos e pressões externas

A indicação cirúrgica deve basear-se exclusivamente em critérios técnicos e clínicos, priorizando o melhor interesse do paciente. Entretanto, na prática, diversos fatores externos podem interferir na tomada de decisão médica, entre eles aspectos institucionais, financeiros e pessoais.

No âmbito institucional, a pressão por produtividade é uma realidade, especialmente em ambientes hospitalares conveniados ou privados. Hospitais podem estabelecer metas de número de cirurgias, de leitos rotativos ou de tempo médio de internação, o que gera um conflito ético entre o dever moral de não operar sem indicação e o interesse institucional em manter o fluxo e a rentabilidade. O *Código de Ética Médica* (Conselho Federal de Medicina, 2019), em seu artigo 31, estabelece que “é vedado ao médico deixar de garantir ao paciente o exercício do seu direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou bem-estar, bem como utilizar sua influência para obter vantagens pessoais, institucionais ou financeiras”.

Os fatores financeiros também exercem influência significativa. O modelo de remuneração por produção (*fee-for-service*) pode estimular indicações cirúrgicas desnecessárias ou antecipadas, uma vez que o ganho está vinculado à quantidade de atos realizados. Esse sistema cria um viés econômico que desafia os princípios bioéticos da beneficência e da não maleficência, estabelecendo um dilema ético entre o lucro profissional e a obrigação moral de indicar apenas o necessário. Além disso, há impacto sobre a justiça distributiva, pois recursos cirúrgicos e leitos são limitados. Conforme o princípio da justiça de Beauchamp e Childress (2019), “os recursos em saúde devem ser alocados de modo equitativo, sem desperdício ou privilégios indevidos”.

Os fatores pessoais também podem interferir nas decisões médicas. A cirurgia é um campo marcado pelo prestígio técnico e hierárquico, o que pode influenciar condutas, sobretudo em hospitais universitários. O desejo de aprendizado ou o orgulho profissional podem, inadvertidamente, levar à ampliação de indicações cirúrgicas. O cirurgião em formação pode sentir-se compelido a operar mais para “ganhar experiência”, mesmo quando a conduta conservadora seria mais adequada. A vaidade médica, quando não reconhecida, configura uma forma de conflito de interesse que compromete o julgamento clínico e fere o princípio da honestidade profissional, conforme preveem os artigos 2º e 3º do *Código de Ética Médica* (Conselho Federal de Medicina, 2019).

A manutenção da integridade ética na prática cirúrgica exige não apenas competência técnica, mas também a implementação de mecanismos institucionais e o cultivo contínuo da formação moral. Entre as estratégias fundamentais para assegurar essa integridade estão as auditorias internas, os protocolos clínicos, os comitês de bioética, a segunda opinião e a educação médica continuada (Conselho Federal de Medicina, 2018; Pessini e Barchifontaine, 2020).

As auditorias independentes e as revisões de prontuário são instrumentos essenciais para identificar padrões de indicação cirúrgica suspeitos ou fora das diretrizes estabelecidas. Além disso, o uso de protocolos baseados em evidências, como *guidelines* e *checklists*, contribui para reduzir a variabilidade nas condutas e minimizar a influência subjetiva nas decisões. Nesse sentido, a Resolução CFM nº 2.217/2018 do Conselho Federal de Medicina reforça que “o médico deve empregar todos os meios disponíveis de atualização e controle de qualidade no exercício de sua profissão” (Conselho Federal de Medicina, 2018).

Outra medida relevante é o fortalecimento dos comitês de bioética hospitalares, que funcionam como instâncias consultivas diante de dilemas éticos complexos. Esses comitês promovem transparência e colegialidade nas decisões, protegendo tanto o profissional quanto o paciente. Da mesma forma, a segunda opinião cirúrgica constitui uma prática ética de grande valor, pois reforça o princípio da autonomia e reduz o risco de condutas abusivas, garantindo que a decisão terapêutica seja compartilhada e bem fundamentada (Conselho Federal de Medicina, 2018; Beauchamp e Childress, 2019).

A educação médica continuada é igualmente indispensável para a formação de um cirurgião ético. O ensino da ética deve ser um processo longitudinal, iniciado na graduação e mantido ao longo de toda a vida profissional. O verdadeiro profissional ético é aquele que alia competência técnica à reflexão moral, reconhecendo suas próprias limitações. Treinamentos em bioética aplicada, comunicação empática e decisão compartilhada são pilares essenciais dessa formação. Como afirmam Pessini e Barchifontaine (2020), “a ética não se aprende apenas na teoria, mas se pratica no cotidiano clínico, onde cada decisão revela o caráter moral do profissional”.

A prática cirúrgica, portanto, deve estar alicerçada nos princípios fundamentais da bioética. A beneficência implica operar apenas quando o benefício supera o risco; a não maleficência exige evitar intervenções desnecessárias ou motivadas por interesses externos; a autonomia pressupõe garantir que o paciente participe ativamente da decisão

informada; e a justiça requer o uso responsável e equitativo dos recursos cirúrgicos disponíveis (Beauchamp e Childress, 2019).

Em síntese, o cirurgião ético é aquele que reconhece os limites da técnica e da moral, mantendo o compromisso com a verdade, a honestidade e o bem do paciente acima de qualquer vantagem pessoal, institucional ou econômica.

4 CONCLUSÃO

Entende-se, portanto, que a aplicação dos princípios da justiça e da honestidade profissional é essencial para uma prática cirúrgica ética e responsável. Esses valores orientam o cirurgião a indicar procedimentos apenas quando realmente necessários, garantindo equidade no acesso aos cuidados, prevenindo danos e fortalecendo a confiança médico-paciente.

O discernimento ético é tão importante quanto a habilidade técnica: operar quando é preciso, mas também reconhecer quando não operar é o melhor ato de cuidado.

REFERÊNCIAS

ANTÚNEZ, A. G. *et al.* Assessment of surgical specialty societies' choosing wisely recommendations. **Journal of the American Medical Association Surgery**, Chicago, v. 154, n. 10, p. 927–933, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31365033>. Acesso em 10 nov. 2025.

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

BERLINGUER, G. **Bioética cotidiana**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2004.

BROWN, N. J. *et al.* Ethical considerations and patient safety concerns for elective surgery during COVID-19. **Patient Safety in Surgery**, London, v. 15, n. 1, p. 1–7, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33926498>. Acesso em 10 nov. 2025.

CARDENAS, D. Surgical ethics: a framework for surgeons, patients, and society. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 47, e20202519, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32555972/>. Acesso em: 7 nov. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Brasília: CFM, 2019.

COOK, T.; MAVROUDIS, C. D.; JACOBS, J. P.; MAVROUDIS, C. Respect for patient autonomy as a medical virtue. **Cardiology in the Young**, v. 25, n. 8, p. 1615–1620, dez.

2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26675613/>. Acesso em: 7 nov. 2025.

DRANE, J. F. **Becoming a Good Doctor: The Place of Virtue and Character in Medical Ethics**. 2. ed. Kansas City: Sheed & Ward, 2000.

FABBRO, L. Limitações jurídicas à autonomia do paciente. **Revista Bioética**, v. 7, n. 1, 1999. Acesso em: 6 nov. 2025.

FITZGIBBONS, R. J. *et al.* Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men: a randomized clinical trial. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 295, n. 3, p. 285–292, 2006. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/203031>. Acesso em: 9 nov. 2025.

FRITH, L. Medical ethics, equity and social justice. **Journal of Medical Ethics**, v. 50, n. 4, p. 221–221, 2024. Disponível em: <https://jme.bmj.com/content/50/4/221>. Acesso em: 7 nov. 2025.

GHANNOUM, A. D. Medicine's Commitment to Truth. In: RHODES, R.; STREVINATLANTIS (eds.). **The Trusted Doctor: Medical Ethics and Professionalism**. Oxford: Oxford University Press, 2018. Cap. 7. Disponível em: <https://academic.oup.com/book/29475/chapter-abstract/247207042>. Acesso em: 6 nov. 2025.

JORGE FILHO, I. O consentimento esclarecido em cirurgia. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 37, p. 384–384, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/7vz4GyJCp53LpMH4KGS7wN/?lang=pt>. Acesso em: 6 nov. 2025.

KORENSTEIN, D. *et al.* Overuse of health care services in the United States: an understudied problem. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 172, n. 2, p. 171–178, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22271125>. Acesso em: 10 nov. 2025.

LIMA, J. S. *et al.* Diretivas antecipadas da vontade: autonomia do paciente e segurança profissional. **Revista Bioética**, v. 30, p. 769–779, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/vbTsfySg6RQndMwrgNrVdhz/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 6 nov. 2025.

LUCE, J. M. Ethical Principles in Critical Care. **Journal of the American Medical Association**, v. 263, n. 5, p. 696–700, 1990. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/380511?utm_source. Acesso em: 6 nov. 2025.

LUKE, J. Medicine's Commitment to Truth. In: **The Trusted Doctor: Medical Ethics and Professionalism**. Oxford: Oxford University Press, 2018. Cap. 9. Disponível em:

<https://academic.oup.com/book/29475/chapter-abstract/247207042>. Acesso em: 7 nov. 2025.

NICHOLLS, S. G. *et al.* Reporting transparency: making the ethical mandate explicit. **BMC Medicine**, v. 14, art. 44, 2016. Disponível em: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-016-0587-5>. Acesso em: 7 nov. 2025.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. 10. ed. São Paulo: Loyola, 2020.

QUICK, O. L. Duties of candour in healthcare: the truth, the whole truth, and nothing but the truth? **Medical Law Review**, v. 30, n. 2, p. 324–347, 2022. Disponível em: https://academic.oup.com/medlaw/article/30/2/324/6551541?utm_source. Acesso em: 6 nov. 2025.

ROMÃO, G. S. *et al.* Profissionalismo na residência médica. **Femina**, v. 47, n. 6, p. 413–418, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046531/femina-2019-477-413-418.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2025.

SHAFRIN, J. Operating on commission: analyzing how physician financial incentives affect surgery rates. **Health Economics**, v. 19, n. 5, p. 562–580, maio 2010. Disponível em: <https://ideas.repec.org/a/wly/hlthec/v19y2010i5p562-580.html>. Acesso em: 6 nov. 2025.

TAJ, R. Ethics in medical profession. **Annals of Pakistan Institute of Medical Sciences**, Islamabad, v. 15, n. 1, p. 1–2, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://www.apims.net>. Acesso em: 6 nov. 2025.

TORJUUL, K.; NORDAM, A.; SORLIE, V. Action ethical dilemmas in surgery: an interview study of practicing surgeons. **BMC Medical Ethics**, v. 6, art. 7, 2005. Disponível em: <https://bmcmethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6939-6-7>. Acesso em: 7 nov. 2025.

VARKEY, B. Principles of clinical ethics and their application to practice. **Medical Principles and Practice**, Basel, v. 29, n. 1, p. 17–28, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32498071>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BIOÉTICA NA REPRODUÇÃO ASSISTIDA EM MULHERES COM IDADE MATERNA AVANÇADA: LIMITES, RISCOS E JUSTIÇA REPRODUTIVA

BIOETHICS IN ASSISTED REPRODUCTION IN WOMEN OF ADVANCED MATERNAL AGE: LIMITS, RISKS, AND REPRODUCTIVE JUSTICE

Amanda Teixeira Watermann¹; Bruna Miola¹; Gustavo Skonetzky¹; Ketlyn Caroline Boni¹; Larissa Cichocki Iuhniseki¹; Laura Carbolin¹; Marina Tochetto Zimmermann¹

RESUMO

O aumento do uso de Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) em mulheres com idade materna avançada tem ampliado o debate sobre seus limites éticos, riscos clínicos e implicações sociais. Esta revisão bibliográfica analisou publicações científicas e diretrizes internacionais com foco na relação entre autonomia reprodutiva, responsabilidade médica e justiça distributiva no acesso aos tratamentos. Observa-se que a idade avançada está associada a maior risco materno e neonatal, o que demanda aconselhamento individualizado e avaliação cuidadosa de benefícios e possíveis danos. As principais sociedades médicas convergem ao recomendar decisões personalizadas, com consentimento informado e critérios institucionais transparentes. No contexto das políticas públicas, destaca-se a necessidade de equilíbrio entre autonomia e equidade de acesso. Conclui-se que a prática clínica deve ser guiada por princípios bioéticos integrados às evidências disponíveis, enquanto novas pesquisas são necessárias para orientar políticas mais consistentes.

Palavras-chave: autonomia reprodutiva; ética; medicina; técnicas de reprodução assistida.

ABSTRACT

The increased use of Assisted Reproductive Techniques (ART) in women of advanced maternal age has expanded the debate on its ethical limits, clinical risks, and social implications. This literature review analyzed scientific publications and international guidelines focusing on the relationship between reproductive autonomy, medical responsibility, and distributive justice in access to treatment. It is observed that advanced

¹ Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim.

age is associated with higher maternal and neonatal risks, which demands individualized counseling and a careful assessment of benefits and potential harms. Leading medical societies converge in recommending personalized decisions based on informed consent and transparent institutional criteria. In the context of public policy, the need for a balance between autonomy and equity of access is highlighted. It is concluded that clinical practice must be guided by bioethical principles integrated with available evidence, while further research is necessary to guide more consistent policies.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas observou-se aumento da idade materna ao primeiro parto e do adiamento da maternidade por motivos sociais, ocupacionais e reprodutivos, o impulsiona o uso de Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) por mulheres em idades avançadas (Lemoine; Ravitsky, 2015; Seshadri *et al.*, 2021). Esse cenário envolve tanto oportunidades quanto riscos clínicos e desafios psicossociais para pais e filhos, tornando este um tema emergente de interesse clínico e de saúde pública (Lemoine; Ravitsky, 2015; Neeser *et al.*, 2023).

Além dos aspectos biomédicos, a oferta da reprodução assistida a mulheres em idades avançadas evidencia conflitos éticos significativos. Autonomia reprodutiva e a reivindicação individual pelo acesso às tecnologias contrastam com preocupações de beneficência e não-maleficência, e com argumentos de justiça distributiva (Caplan; Patrizio, 2010; Carter *et al.*, 2013; Klemetti *et al.*, 2007).

No âmbito das decisões clínicas e institucionais, médicos e equipes reprodutivas enfrentam dilemas práticos. Esses dilemas têm sido relatados por clínicos que se sentem desafiados a conciliar o respeito à autonomia da paciente com a obrigação profissional de minimizar riscos e agir com prudência (Harrison *et al.*, 2017; Klitzman, 2016). Por outro lado, movimentos em defesa da autonomia reprodutiva advogam que negar acesso com base apenas na idade pode configurar discriminação à liberdade reprodutiva (Caplan; Patrizio, 2010; Smajdor, 2011).

As respostas institucionais e normativas variam: sociedades científicas internacionais têm emitido recomendações que privilegiam o aconselhamento informado, a avaliação de risco individual e, em alguns casos, a adoção de limites ou critérios específicos para doação de oócitos/embriões e para procedimentos em mulheres com idade muito avançada (*Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine*, 2016; *Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine*, 2025). Diretrizes europeias, documentos de sociedades profissionais e resoluções nacionais também fornecem orientações, ainda que com diferenças de ênfase quanto à permissividade, limites etários e exigência de avaliação clínica prévia (Conselho Federal de Medicina, 2022; ESHRE, 2020; FIGO, 2021). Diante dessa heterogeneidade normativa, torna-se necessário mapear e discutir as bases éticas que informam tais orientações.

Do ponto de vista de saúde pública e de políticas, há perguntas centrais sobre a legitimidade de financiar tratamentos de reprodução assistida para mulheres em idade avançada, sobre o equilíbrio entre benefícios individuais e custo-efetividade, e sobre a

necessidade de proteger tanto potenciais doadoras quanto receptoras (Carter *et al.*, 2013; Klemetti *et al.*, 2007). Em contextos com sistemas públicos fragilizados ou com forte desigualdade no acesso a serviços de reprodução assistida, as questões de justiça e equidade tornam-se ainda mais prementes (Samrsla *et al.*, 2007).

Frente a essa complexidade, a presente revisão bibliográfica narrativa tem por objetivo sistematizar e discutir a literatura bioética e normativa sobre o uso de TRA em mulheres com idade avançada. Pretende-se, assim, fornecer um panorama crítico que auxilie clínicos, bioeticistas e formuladores de políticas na fundamentação de decisões responsáveis e equitativas.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa que buscou identificar, reunir e discutir publicações científicas e documentos normativos sobre os aspectos éticos, riscos clínicos e princípios de justiça relacionados ao uso de técnicas de reprodução assistida em mulheres com idade materna avançada. A busca bibliográfica foi realizada na base PubMed, além da consulta direta aos portais oficiais das principais sociedades de ginecologia e obstetrícia e ao Conselho Federal de Medicina (CFM). Para o PubMed, utilizou-se uma estratégia de busca com descritores para técnicas de reprodução assistida, idade materna avançada e ética. O período de busca compreendeu publicações entre 1971 e 2025, e foram incluídos textos nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram selecionados artigos originais, revisões, estudos qualitativos, pareceres, opiniões de comitês de ética e diretrizes que abordassem simultaneamente reprodução assistida, idade materna avançada e implicações éticas. Excluíram-se estudos puramente laboratoriais, relatos de caso sem análise bioética e textos sem foco na temática ética. A síntese dos resultados foi conduzida de forma qualitativa e narrativa, agrupando os achados em eixos temáticos com comparação entre as recomendações das principais entidades internacionais e nacionais. Foram consultadas e integradas à análise as diretrizes da FIGO (*Ethics and Professionalism Guidelines for Obstetrics and Gynecology*, 2021), ASRM (*Assisted Reproduction with Advancing Paternal and Maternal Age*, 2025), ESHRE (*Female Fertility Preservation*, 2020) e a Resolução CFM nº 2.320/2022, a fim de estabelecer um panorama ético e normativo comparativo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Aspectos clínicos e fisiológicos da gravidez em mulheres com idade avançada

A idade materna avançada é considerada, por alguns autores, como aquela igual ou superior a 35 anos (Seshadri *et al.*, 2021). Com o envelhecimento materno ocorrem diversas alterações no sistema reprodutivo feminino, como redução do tamanho uterino, diminuição do suprimento sanguíneo endometrial – pelo estreitamento das veias uterinas e perda progressiva das artérias espirais –, além de mudanças na arquitetura e na composição celular do endométrio. Também ocorre alteração na produção hormonal, o

que encurta a duração do ciclo menstrual e compromete a progressão para a fase secretora. Como consequência, funções essenciais do endométrio, como adesão, proliferação, apoptose e receptividade, ficam desreguladas. Mulheres acima dos 35-40 anos apresentam endométrio significativamente mais fino (diferença média de 0,52 mm), o que se resulta em menores taxas de implantação (27%) e de gravidez clínica (20%), além de maior risco de perda gestacional (44%) (Marti-garcia *et al.*, 2024).

3.2 Alternativas terapêuticas e reprodutivas na idade materna avançada

O adiamento da maternidade e o avanço das técnicas têm gerado relevância ao tema da reprodução assistida (ESHRE, 2023). Com isso, mulheres que desejam engravidar em idade avançada podem recorrer a múltiplas estratégias voltadas à manutenção ou recuperação da fertilidade (Seshadri *et al.*, 2021). As TRA englobam métodos clínicos e laboratoriais destinados a possibilitar ou facilitar a ocorrência da gestação, atuando como alternativa ou apoio às etapas que não ocorrem adequadamente no processo reprodutivo natural (Leite, 2019). Entre essas possibilidades estão a criopreservação de gametas ou embriões, a fertilização *in vitro* (FIV), bem como a utilização de óvulos ou embriões doados (ESHRE, 2023; Seshadri *et al.*, 2021).

Além dos recursos tecnológicos, estudos apontam que mulheres que optam por gestar em idades mais elevadas frequentemente apresentam maior estabilidade emocional, financeira e familiar, o que pode contribuir positivamente para a vivência da maternidade e para o desenvolvimento infantil (Ahmad; Sechi; Vismara, 2024).

Por outro lado, a literatura evidencia limites biológicos e clínicos importantes associados à idade materna avançada. O declínio da reserva ovariana e da qualidade oocitária aumenta o risco de infertilidade, aneuploidias e abortamentos (Broekmans *et al.*, 2007). Ademais, as gestações tardias estão relacionadas a maior incidência de complicações obstétricas. Estudos indicam que a idade materna avançada está relacionada a um aumento na ocorrência de abortos espontâneos e a uma redução na taxa de nascidos vivos, mesmo quando são transferidos embriões euploides. Isso sugere que, além das alterações cromossômicas, outros fatores associados ao envelhecimento materno podem influenciar negativamente os desfechos reprodutivos (Jiang *et al.*, 2025).

Nesse contexto, as discussões éticas e sociais também ganham destaque. A gravidez em idade avançada exige aconselhamento cuidadoso, envolvendo a avaliação do risco materno-fetal, análise das condições psicossociais e respeito à autonomia da mulher (FIGO, 2021). Assim, entre possibilidades e limites, a literatura revela que a reprodução em idade avançada é viável, mas requer planejamento, suporte multidisciplinar e práticas clínicas responsáveis, pautadas em evidências científicas e no princípio da beneficência (ESHRE, 2023; FIGO, 2021).

3.3 Riscos da reprodução em idade avançada

A reprodução em idade avançada possui riscos que podem ser agrupados em três categorias principais: riscos para a prole decorrente de gametas mais velhos; riscos maternos e complicações de uma gestação em idade avançada; e riscos associados aos filhos terem pais mais velhos (*Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2025*).

3.3.1 Riscos para a prole decorrente de gametas mais velhos

Além do envelhecimento materno, a idade paterna avançada também pode afetar a reprodução. O envelhecimento paterno geralmente impacta a fertilidade a partir da 4ª e 5ª décadas de vida e está associado à redução na qualidade seminal, maior fragmentação do DNA e alterações na morfologia dos espermatozoides, relacionando-se a maiores taxas de aborto espontâneo, parto prematuro, baixo peso ao nascer e natimorto (*Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2025*).

Isso acontece porque, com o passar dos anos, as células responsáveis pela produção dos espermatozoides continuam se dividindo repetidamente, o que aumenta o risco de surgirem novas mutações genéticas – mutações de novo. Ao serem transmitidas aos filhos, essas mutações podem gerar distúrbios genéticos como, por exemplo, acondroplasia, síndrome de Apert, síndrome de Marfan, neurofibromatose e Klinefelter, além de transtornos psiquiátricos e do neurodesenvolvimento, incluindo autismo, esquizofrenia, bipolaridade e dificuldades de aprendizagem. Alguns estudos também associam a paternidade tardia a maior risco de depressão, ansiedade e problemas comportamentais nos filhos (*Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2025; Zhytnik et al., 2021*).

Também, destaca-se a possibilidade de que o acúmulo de mutações de novo ao longo das gerações possa representar impactos mais significativos no futuro. Porém, estratégias como o uso de espermatozoides criopreservados em idade mais jovem ou de doadores mais novos podem ajudar a reduzir esses riscos (*Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2025*).

Acima de 45 anos a infertilidade, a perda gestacional, os natimortos e as complicações na gravidez são mais comuns. Esses riscos aumentam ainda mais acima dos 50 anos, já que as mulheres têm cerca de o dobro de chances de desenvolverem hipertensão e diabetes gestacional, se comparadas às mulheres de 45-49 anos. Entretanto, estudos de coorte sobre saúde pediátrica que examinaram hospitalizações de filhos de até 18 anos não encontraram aumento na incidência de morbidades respiratórias, cardiovasculares, endócrinas, neurológicas, hematológicas e gastrointestinais para crianças nascidas de mães com 40 a 50 anos de idade em comparação com mães de 35 a 39. Mesmo assim, um estudo indica que crianças nascidas de mulheres mais velhas têm expectativa de vida mais curta (*Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2025; Kemkes-Grottenthaler, 2004; Pariente et al., 2019*).

3.3.2 Riscos maternos e complicações de uma gestação em idade avançada

A gravidez em idade avançada apresenta riscos maternos e complicações que podem surgir por conta das condições clínicas e fisiológicas da idade. Há maior incidência de hipertensão, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, anomalias cromossômicas e de partos de recém-nascidos grandes para a idade gestacional (GIG), o que pode acarretar em desfechos perinatais adversos, mais partos cirúrgicos e complicações obstétricas. Tais problemas são encontrados, inclusive, em gestações espontâneas (Harrison *et al.*, 2017; Martin *et al.*, 2016; Shufaro; Schenker, 2014; Sydsjö *et al.*, 2019).

3.3.3 Riscos associados aos filhos terem pais mais velhos

Crianças nascidas de pais em idade avançada podem enfrentar riscos psicológicos. Em relação às possíveis consequências negativas de ter pais mais velhos, existe a ansiedade pela possibilidade de adoecimento e/ou perda dos pais cedo demais. Um estudo sueco com mais de 862 mil crianças mostrou que a perda de um dos pais por causas naturais aumentava o risco de problemas de saúde mental na vida adulta e que, quando a perda acontecia na infância, o risco de hospitalizações e de necessidade de cuidados psiquiátricos na vida adulta era maior (Braverman, 2017; *Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine*, 2025; Harrison *et al.*, 2017).

Porém, pais de idade mais avançada costumam possuir maior maturidade, sabedoria e estabilidade financeira, o que pode ser um ponto positivo. O fato de haver culturas, na China, por exemplo, em que os avós são considerados cuidadores primários das crianças, demonstra que não há desvantagem (Harrison *et al.*, 2017).

3.4 Limite de idade e diretrizes

Debates a favor dos limites de idade na reprodução assistida trazem o argumento de priorizar a saúde da prole e diminuir os riscos à criança e à mãe. Assim, médicos podem recusar tratamentos quando os riscos são exacerbados. Já os argumentos contra o limite de idade se baseiam no princípio da liberdade reprodutiva e na segurança médica. Por fim, os estudos concordam sobre a importância da orientação dos indivíduos de idade reprodutiva avançada sobre os potenciais impactos de sua idade na fertilidade, nos resultados reprodutivos e no bem-estar da prole (*Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine*, 2025).

Nesse contexto, de acordo com o CFM (2022), o procedimento pode ser realizado até os 50 anos, sendo as exceções aceitas apenas mediante critérios técnicos e científicos que comprovem a ausência de comorbidades relevantes e garantam uma baixa probabilidade de risco grave à mulher ou ao possível descendente.

Já a *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM) não estabelece um limite etário fixo para o acesso às técnicas, mas recomenda que cada serviço mantenha políticas

institucionais claras sobre critérios baseados em idade, saúde e expectativa de vida saudável dos candidatos. Assim, o princípio central é garantir que a busca pela maternidade em idade avançada ocorra de maneira segura, consciente e respeitosa aos limites biológicos e éticos da prática médica. Além disso, o médico deve assegurar o consentimento livre e esclarecido, expondo de forma clara os riscos, benefícios e alternativas do tratamento, conforme também enfatiza o Comitê de Ética da ASRM. Esse consentimento deve ocorrer dentro de um processo de decisão compartilhada, no qual a paciente é apoiada a compreender sua condição e refletir sobre suas escolhas de forma autônoma e informada (*Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2025*).

De forma semelhante, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), reconhece que a gestação em idades avançadas está associada a riscos elevados. Diante dessa realidade, recomenda-se que esses casos sejam conduzidos com rigoroso aconselhamento prévio, avaliação individualizada do risco materno, respeito à autonomia da paciente, sem negligenciar o bem-estar materno e infantil, nem os princípios de equidade e uso responsável dos recursos em saúde. Além disso, não foi estabelecido um limite etário absoluto para a realização de técnicas de reprodução assistida conforme as diretrizes disponíveis (FIGO, 2021).

O posicionamento da *European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE, 2020) enfatiza que o fornecimento de TRA a mulheres de idade avançada exige aconselhamento informado e cuidado centrado na autonomia da paciente, esclarecendo taxas reais de sucesso, riscos obstétricos e alternativas. Além disso, recomendam avaliar cada caso individualmente, ao invés de aplicar cortes etários rígidos, e defendem que decisões clínicas devem equilibrar autonomia com avaliação do bem-estar da criança e dos riscos maternos.

3.5 Princípios Bioéticos

Sob uma perspectiva teórica, a reflexão bioética sobre o uso de TRA em mulheres de idade avançada revela um cenário em que princípios clássicos entram em tensão. À luz do Princípio de Beauchamp e Childress (2013), o dilema surge da colisão entre autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. O princípio da autonomia sustenta o direito da mulher de decidir sobre sua vida reprodutiva, inclusive em idade avançada, fundamentando a legitimidade de buscar a gestação como expressão de liberdade e identidade pessoal (Caplan; Patrizio, 2010; Harrison *et al.*, 2017). No entanto, essa liberdade deve ser equilibrada com a beneficência e a não maleficência, pois o desejo de gestar não pode se sobrepor ao dever profissional de minimizar riscos previsíveis à paciente e à prole (*Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2025*).

Sob outro ângulo, a ética da responsabilidade de Hans Jonas (1984) amplia o horizonte do debate ao introduzir a noção de dever ético diante da fragilidade da vida e das gerações futuras. Para o autor, o avanço tecnológico impõe ao ser humano a obrigação de conter-se e avaliar as consequências de suas ações no longo prazo. Aplicado ao tema,

esse princípio convida à prudência: o médico e a sociedade devem ponderar não apenas os riscos clínicos imediatos, mas também o bem-estar futuro da criança e o impacto social da normalização da maternidade em idades extremas (FIGO, 2021; Jonas, 1984).

Ainda, a justiça distributiva, inspirada em John Rawls (1971) e Norman Daniels (1985), oferece um terceiro eixo interpretativo: o dever de alocar recursos de forma equitativa e racional. Em sistemas públicos de saúde, como o brasileiro, a oferta de TRA a mulheres em idade muito avançada levanta o questionamento sobre priorização justa de recursos escassos (Carter *et al.*, 2013; Klemetti *et al.*, 2007). Daniels argumenta que a justiça em saúde requer garantir oportunidades equitativas de bem-estar, mas não necessariamente satisfazer todos os desejos individuais, especialmente quando o tratamento envolve alto custo e baixa efetividade.

Essas abordagens teóricas convergem em um ponto essencial: a necessidade de equilibrar liberdade reprodutiva com prudência moral e responsabilidade social. Em contextos de crescente medicalização da fertilidade e avanço tecnológico, a bioética deve funcionar como um campo de moderação, lembrando que o possível nem sempre é o eticamente justificável (Beauchamp; Childress, 2013; Jonas, 1984; Rawls, 1971).

3.6 *Autonomia reprodutiva*

A fertilização em idade tardia, especialmente pós menopausa, é criticada como um procedimento que interfere no processo natural da vida e do envelhecimento, já que esse tipo de infertilidade é considerada uma etapa fisiológica feminina. Entretanto, a defesa da autonomia e da liberdade de escolha da mulher se contrapõe a esse argumento. O fato de ser um processo natural e não uma doença não elimina o direito da mulher de ter autonomia reprodutiva (Harrison *et al.*, 2017).

A autonomia da paciente traz desafios importantes ao se tratar de reprodução assistida em idade avançada. Por um lado, está o direito da mulher em idade materna avançada de decidir ser mãe com as novas tecnologias disponíveis. Por outro, surge a preocupação com a autonomia e o bem-estar da criança que nascerá (Harrison *et al.*, 2017).

3.7 *Responsabilidade médica*

A prática clínica diante da maternidade tardia exige que o médico concilie o respeito à autonomia reprodutiva com uma atitude de proteção fundada em evidência clínica, o que implica em informar com precisão as taxas de sucesso, os riscos obstétricos e os potenciais desfechos neonatais associados à idade materna avançada, de modo a sustentar uma escolha verdadeiramente informada. Revisões e guias clínicos enfatizam que o aconselhamento deve fornecer dados claros sobre prognóstico reprodutivo, alternativas e articular expectativas realistas sobre probabilidades de sucesso e riscos, permitindo que a

paciente decida com base em informações fidedignas (Seshadri *et al.*, 2021; Ubaldi *et al.*, 2019).

Além da informação técnica, há a dimensão ética relacional em que o aconselhamento deve ser deliberativo, empático e multidisciplinar, integrando avaliação médica e suporte psicológico. Estudos mostram que os clínicos frequentemente negociam limites morais, e que a prática responsável exige documentar racionalizações clínicas, explorar motivações dos pacientes e considerar o bem-estar do futuro filho (Klitzman, 2017; Shaw, 2019).

3.8 Caminhos para uma ética reprodutiva mais justa e responsável

Apesar dos avanços científicos e normativos, ainda existem lacunas importantes na literatura sobre reprodução assistida em idade avançada. Faltam estudos longitudinais que acompanhem o desenvolvimento físico, mental e social das crianças geradas por pais mais velhos, bem como pesquisas qualitativas que explorem as experiências e dilemas de pacientes e profissionais de saúde (Neeser *et al.*, 2023; Seshadri *et al.*, 2021). Estudos centrados em profissionais já apontam dilemas cotidianos na tomada de decisão clínica e mostram que as práticas variam amplamente entre centros e países, o que evidencia a necessidade de investigação sobre como as normas são interpretadas e aplicadas na prática clínica (Harrison *et al.*, 2017).

Também são escassas análises de custo-efetividade e impacto distributivo do financiamento público das TRA em idades elevadas, dificultando políticas baseadas em evidências e equidade. Além disso, persistem desigualdades de acesso, associadas à renda, localização e gênero, que limitam o exercício pleno da autonomia reprodutiva (Carter *et al.*, 2013; Klemetti *et al.*, 2007).

Diante disso, uma ética reprodutiva mais justa deve integrar bioética, saúde pública e políticas sociais, buscando equilibrar liberdade individual, prudência clínica e justiça distributiva. A deliberação ética sobre maternidade tardia deve reconhecer que o avanço tecnológico não pode suplantam a responsabilidade moral diante da vulnerabilidade humana e das futuras gerações (Han *et al.*, 2023; Mahajan, 2025).

4 CONCLUSÕES

A utilização de técnicas de reprodução assistida em mulheres com idade materna avançada envolve dilemas éticos que articulam autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, ao mesmo tempo em que se relaciona a riscos obstétricos e neonatais mais elevados nessa faixa etária. Nesse contexto, recomenda-se que as decisões clínicas sejam tomadas caso a caso, com aconselhamento claro, completo e individualizado, garantindo que a paciente compreenda riscos, alternativas e limites. É importante que os serviços mantenham protocolos institucionais transparentes, alinhados às recomendações de entidades como ASRM, ESHRE, FIGO e CFM, para orientar a prática profissional e reduzir

inconsistências. No campo das políticas públicas, é necessário buscar equilíbrio entre a autonomia reprodutiva e critérios de equidade no acesso, considerando recursos disponíveis e impacto social. Além disso, destaca-se a necessidade de novos estudos clínicos e análises bioéticas que aprofundem a discussão sobre limites, resultados e modelos de cuidado, contribuindo para maior clareza e uniformidade nas decisões futuras.

REFERÊNCIAS

AHMAD, M; SECHI, C.; VISMARA L. Advanced Maternal Age: A Scoping Review about the Psychological Impact on Mothers, Infants, and Their Relationship. **Behavioral sciences (Basel, Switzerland)** vol. 14,3 147. 20 Feb. 2024, DOI:10.3390/bs14030147.

Disponível em:

<https://www.mdpi.com/2076-328X/14/3/147>. Acesso em 04 nov. 2025.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**. 7. ed. New York: Oxford University Press, 2013. Disponível em:

<https://global.oup.com/academic/product/principles-of-biomedical-ethics-9780199924585>.

Acesso em: 25 out. 2025.

BRAVERMAN, A. M. Old, older and too old: age limits for medically assisted fatherhood? **Fertility and Sterility**, v. 107, ed. 2 p. 329-333, 2017. Disponível em:

[https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(16\)63074-1/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(16)63074-1/fulltext). Acesso em: 14 set. 2025.

BROEKMANS, F.J. *et al.* Female reproductive ageing: current knowledge and future trends. **Trends Endocrinol Metab**. 2007;18(2):58-65. doi:10.1016/j.tem.2007.01.004.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17275321/>. Acesso em: 04 nov. 2025.

CAPLAN, A. L.; PATRIZIO, P. Are you ever too old to have a baby? The ethical challenges of older women using infertility services. **Seminars in Reproductive Medicine**, v. 28, n. 4, p. 281–286, 2010. DOI: 10.1055/s-0030-1255175. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20683791/>. Acesso em: 12 set. 2025.

CARTER, D. *et al.* Should there be a female age limit on public funding for assisted reproductive technology? **Journal of Bioethical Inquiry**, v. 10, n. 1, p. 79–91, 2013. DOI: 10.1007/s11673-012-9415-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23288441/>.

Acesso em: 12 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.320/2022, de 1º de setembro de 2022. **Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida**. Brasília, DF: CFM, 2022. Disponível em:

https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2320_2022.pdf. Acesso em: 31 out. 2025.

DANIELS, N. Just Health Care. **Cambridge: Cambridge University Press**, 1985.
Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/books/just-health-care/1C0BA065AB53AA29EEAE4A4B5484B8E4>. Acesso em: 25 out. 2025.

ETHICS COMMITTEE OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. Assisted reproduction with advancing paternal and maternal age: an Ethics Committee opinion. **Fertility and Sterility**, 2025. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2025.03.031. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40323247/>. Acesso em: 12 set. 2025.

ETHICS COMMITTEE OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. Oocyte or embryo donation to women of advanced reproductive age: an Ethics Committee opinion (atualização). **Fertility and Sterility**, v. 106, n. 5, p. e3-e7, 2016. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2016.07.002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27450186/>. Acesso em: 12 set. 2025.

EUROPEAN SOCIETY OF HUMAN REPRODUCTION AND EMBRYOLOGY (ESHRE). **ESHRE guideline: Female fertility preservation**. Strombeek-Bever (BE): ESHRE, 2020. Disponível em: <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Female-fertility-preservation>. Acesso em: 12 set. 2025.

ESHRE – European Society of Human Reproduction and Embryology. Ethical guidelines for medically assisted reproduction. **ESHRE Ethics Committee Report**, 2023. Acesso em: 12 set. 2025.

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics. **FIGO Ethics and Professionalism Guidelines for Obstetrics and Gynecology**. London: FIGO, 2021. Disponível em: <https://www.figo.org/sites/default/files/2021-11/FIGO-Ethics-Guidelines-onlinePDF.pdf>. Acesso em: 25 out. 2025.

HAN, E. *et al.* Oocyte cryopreservation for medical and planned indications. **Journal of Clinical Medicine**, v. 12, n. 10, 3542, 2023. DOI: 10.3390/jcm12103542. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/12/10/3542>. Acesso em: 25 out. 2025.

HARRISON, B. J. *et al.* Advanced maternal age: ethical and medical considerations for assisted reproductive technology. **International Journal of Women's Health**, v. 9, p. 561-570, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28860865/>. Acesso em: 14 set. 2025.

JIANG, W. *et al.* Maternal age-related declines in live birth rate following single euploid embryo transfer: a retrospective cohort study. **Journal of Ovarian Research**, v. 18, art. no. 24, 2025. DOI: 10.1186/s13048-025-01602-9. Disponível em: <https://ovarianresearch.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13048-025-01602-9>. Acesso em: 03 nov. 2025.

JONAS, H. O princípio da responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. **PUC-Rio**, 1984. Disponível em: <https://www.editora.vestibular.puc-rio.br/livro/o-principio-responsabilidade-hans-jonas>. Acesso em: 25 out. 2025.

KEMKES-GROTTENTHALER, A. Parental effects on offspring longevity: evidence from 17th to 19th century reproductive histories. **Annals of Human Biology**, v. 31, p. 139–158, 2004. DOI: 10.1080/03014460410001663407. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15204358/>. Acesso em: 14 set. 2025.

KLEMETTI, R. *et al.* Resource allocation of in vitro fertilization: a nationwide register-based cohort study. **BMC Health Services Research**, v. 7, p. 210, 2007. DOI: 10.1186/1472-6963-7-210. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18154645/>. Acesso em: 12 set. 2025.

KLITZMAN, R. L. How old is too old? Challenges faced by clinicians concerning age cutoffs for patients undergoing in vitro fertilization. **Fertility and Sterility**, v. 106, n. 1, p. 216–224, 2016. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2016.03.030. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27048977/>. Acesso em: 12 set. 2025.

KLITZMAN, R. “Will they be good enough parents?”: Ethical dilemmas, concerns and criteria for treatment refusal in ART. **Journal of Medical Ethics**, v. 43, n. 12, p. 809–815, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29058532/>. Acesso em: 25 out. 2025.

LEITE, T. H. Análise crítica sobre a evolução das normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 879-890, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018243.30522016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MFFT6sywhcKRqCp8c5fNWw/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2025.

LEMOINE, M. E.; RAVITSKY, V. Sleepwalking Into Infertility: The Need for a Public Health Approach Toward Advanced Maternal Age. **The American Journal of Bioethics**, v. 15, n. 11, p. 37–48, 2015. DOI: 10.1080/15265161.2015.1088973. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26575814/>. Acesso em: 12 set. 2025.

MAHAJAN, N. K. Optimizing counseling and approaches for elective fertility preservation. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, 2025; 99:102591. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2025.102591. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40106848/>. Acesso em: 25 out. 2025.

MARTI-GARCIA, D. *et al.* Age-related uterine changes and its association with poor reproductive outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Reproductive biology and endocrinology: RB&E** v. 22 n. 152, 2024. DOI:10.1186/s12958-024-01323-6. Acesso em: 14 set. 2025.

MARTIN, A. S. *et al.* Risk of Preeclampsia in Pregnancies After Assisted Reproductive Technology and Ovarian Stimulation. **Maternal and Child Health Journal**, v. 20, n. 10, p. 2050–2056, 2016. DOI: 10.1007/s10995-016-2067-0. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27400915/>. Acesso em: 12 set. 2025.

NEESER, N. B. *et al.* Building a family at advanced parental age: a systematic review on the risks and opportunities for parents and their offspring. **Human Reproduction Open**, 2023. DOI: 10.1093/hropen/hoad042. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38045093/>. Acesso em: 12 set. 2025.

PARIENTE, G. *et al.* Advanced maternal age and the future health of the offspring. **Fetal Diagnosis and Therapy**, v. 46, n. 2, p. 139–146, 2019. DOI: 10.1159/000493191. Disponível em: <https://karger.com/fdt/article-abstract/46/2/139/136330/Advanced-Maternal-Age-and-the-Future-Health-of-the>. Acesso em: 14 set. 2025.

RAWLS, J. A Theory of Justice. **Harvard University Press**, 1971. Disponível em: <https://www.hup.harvard.edu/books/9780674000780>. Acesso em: 25 out. 2025.

SAMRSLA, M. *et al.* Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital público do DF — estudo bioético. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 1, p. 47–52, 2007. DOI: 10.1590/S0104-42302007000100019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17420894/>. Acesso em: 12 set. 2025.

SESHADRI, S. *et al.* Assisted conception in women of advanced maternal age. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 70, p. 10–20, 2021. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2020.06.012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32921559/>. Acesso em: 12 set. 2025.

SHAW, M. K. Doctors as moral pioneers: negotiated boundaries of assisted reproduction. **Sociology of Health & Illness**, v. 41, n. 1, p. 1–16, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6851546/>. Acesso em: 25 out. 2025.

SHUFARO, Y.; SCHENKER, J. G. The risks and outcome of pregnancy in an advanced maternal age in oocyte donation cycles. **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, v. 27, n. 16, p. 1703–1709, 2014. DOI: 10.3109/14767058.2013.871702. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24299057/>. Acesso em: 12 set. 2025.

SMAJDOR, A. The ethics of IVF over 40. **Maturitas**, v. 69, n. 1, p. 37–40, 2011. DOI: 10.1016/j.maturitas.2011.02.012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21435805/>. Acesso em: 12 set. 2025.

SYDSJÖ, G. *et al.* Evaluation of risk factors' importance on adverse pregnancy and neonatal outcomes in women aged 40 years or older. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 19, n. 1, p. 92, 2019. DOI: 10.1186/s12884-019-2239-1. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30866838/>. Acesso em: 12 set. 2025.

UBALDI, F. M. Advanced Maternal Age in IVF: Still a Challenge? **Frontiers in Endocrinology**, v. 10, p. 1–11, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6391863/>. Acesso em: 25 out. 2025.

ZHYTNIK, L. *et al.* From late fatherhood to prenatal screening of monogenic disorders: evidence and ethical concerns. **Human Reproduction Update**, v. 27, n. 6, p. 1056-1085, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmab023>. Acesso em: 14 set. 2025.

BIOÉTICA NAS DECISÕES EMERGENCIAIS EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA: REVISÃO NARRATIVA

BIOETHICS IN EMERGENCY DECISION-MAKING IN ORTHOPEDICS AND TRAUMATOLOGY: A NARRATIVE REVIEW

Maria Luísa da Fonseca¹; Ana Caroline Vicini²; Éllen Souza de Moraes³; Elian Kussler Pedreiras⁴; Júlia Bertolla Bichoff⁵; Luiz Otávio de Almeida Trentin⁶; Luíza Roismann⁷

RESUMO

A ética e a bioética são fundamentais no manejo do trauma ortopédico, especialmente em cenários emergenciais, em que decisões rápidas e muitas vezes irreversíveis precisam ser tomadas. Os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça guiam a conduta médica, equilibrando técnica, moral e humanidade. O atendimento ao paciente traumatizado frequentemente ocorre em condições de vulnerabilidade, dor ou inconsciência, tornando o consentimento informado limitado ou inviável. Os dilemas éticos emergem de forma intensa em decisões como amputar ou preservar um membro, nas quais devem ser considerados não apenas os fatores clínicos, mas também os impactos funcionais, psicológicos e sociais. A decisão compartilhada entre equipe e paciente é fundamental quando possível, respeitando a autonomia e buscando o melhor prognóstico global. A integração multidisciplinar e a justa alocação de recursos reforçam a qualidade do atendimento, especialmente em contextos de sobrecarga. Dessa forma, a prática ortopédico-traumatológica busca constantemente reflexão ética, assegurando um atendimento seguro, responsável e humano, diante das situações adversas.

Palavras-chave: responsabilidade profissional; protocolos de emergência; condutas em trauma.

¹ Acadêmica do Curso de Medicina, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, dafonsecamarialuisa@gmail.com

² Acadêmica do Curso de Medicina, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, anavvicini@gmail.com

³ Acadêmica do Curso de Medicina, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, ellenmoraesieemc@gmail.com

⁴ Acadêmico do Curso de Medicina, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, elianpedreiras@hotmail.com

⁵ Acadêmica do Curso de Medicina, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, juliabbichoff8@gmail.com

⁶ Acadêmico do Curso de Medicina, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, luizotaviotrentins@yahoo.com

⁷ Acadêmica do Curso de Medicina, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, luizaroismann3@gmail.com

ABSTRACT

Ethics and bioethics are fundamental in the management of orthopedic trauma, especially in emergency scenarios where rapid and often irreversible decisions need to be made. The principles of autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice guide medical conduct, balancing technique, morality, and humanity. The care of trauma patients frequently occurs under conditions of vulnerability, pain, or unconsciousness, making informed consent limited or unfeasible. Ethical dilemmas emerge intensely in decisions such as amputating or preserving a limb, in which not only clinical factors but also functional, psychological, and social impacts must be considered. Shared decision-making between the team and the patient is fundamental when possible, respecting autonomy and seeking the best overall prognosis. Multidisciplinary integration and the fair allocation of resources reinforce the quality of care, especially in contexts of overload. Therefore, orthopedic-traumatological practice constantly seeks ethical reflection, ensuring safe, responsible, and humane care in the face of adverse situations.

Keywords: professional responsibility; emergency protocols; trauma management practices.

1. INTRODUÇÃO

A ética médica na ortopedia e traumatologia tem um papel fundamental para que o cuidado ao paciente seja, antes de tudo, humano, seguro e responsável. Em algumas especialidades médicas, as decisões muitas vezes precisam ser tomadas rapidamente, em contextos marcados por dor, urgência e risco de morte. Nessas circunstâncias, os princípios bioéticos tornam-se um guia indispensável, ajudando o profissional a equilibrar a técnica com a sensibilidade e o compromisso moral. De acordo com Beauchamp e Childress (1994), a bioética se apoia em quatro pilares (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) que ganham especial relevância diante da vulnerabilidade dos pacientes e da complexidade das decisões clínicas em casos ortopédicos.

Com o avanço das tecnologias e o aumento da especialização médica, os desafios éticos também se tornaram mais evidentes. Como destacam Garrafa e Porto (2002), a ética aplicada precisa acompanhar as transformações da medicina, ajustando-se aos novos contextos sem perder de vista o valor da vida humana e a dignidade do paciente. Essa visão é particularmente importante na ortopedia, onde procedimentos como amputações, fixações e reconstruções ósseas exigem não apenas precisão técnica, mas também empatia, discernimento e profundo senso ético.

Nas situações de emergência, como no atendimento de pacientes politraumatizados inconscientes, o médico se depara com decisões difíceis, nas quais a autonomia do paciente, temporariamente, dá lugar à necessidade de agir com base na beneficência. Schramm e Kottow (2001) ressaltam que, nesses casos, a conduta ética

deve se pautar pelo princípio da proporcionalidade, buscando equilibrar riscos e benefícios dentro dos limites do que é moralmente aceitável.

Dessa forma, compreender e aplicar os princípios éticos e bioéticos no trauma ortopédico é essencial não apenas para garantir o cuidado seguro e integral do paciente, mas também para fortalecer a confiança entre os profissionais de saúde e a comunidade. A ética médica, mais do que um conjunto de normas, representa um compromisso permanente com a justiça, a prudência e o respeito à vida. Assim, este estudo propõe discutir os fundamentos éticos e legais que orientam a tomada de decisões na traumatologia ortopédica, evidenciando os desafios, dilemas e responsabilidades que permeiam a prática médica em situações de emergência.

2. METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa de literatura sobre os princípios éticos e bioéticos aplicados ao trauma ortopédico, com foco em situações emergenciais que envolvem decisões rápidas, dilemas morais e responsabilidade profissional. A pesquisa foi conduzida nas plataformas PubMed, Scielo, Google Acadêmico e Medscape, abrangendo publicações entre 1940 e 2025, em português e inglês. Foram selecionados artigos, revisões, diretrizes e legislações que discutem diretamente ou de forma complementar temas relacionados à autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, consentimento informado e proporcionalidade terapêutica.

Foram incluídos estudos que abordassem os aspectos ético-legais na prática ortopédica e no atendimento a pacientes em situações de urgência ou inconsciência, excluindo-se trabalhos com foco exclusivamente técnico. O material coletado foi analisado de forma temática e integrativa, permitindo identificar desafios, convergências e lacunas na aplicação dos princípios bioéticos à ortopedia. A metodologia adotada buscou fornecer subsídios teóricos para a reflexão crítica sobre a conduta médica em contextos de alta complexidade, enfatizando a importância da ética como elemento estruturante do cuidado responsável e humanizado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Princípios da ética e bioética aplicados ao trauma ortopédico

A prática da ortopedia e traumatologia, demanda não apenas excelência técnica, mas também um arcabouço sólido na área da bioética que oriente a tomada de decisões em contextos de urgência, alta complexidade e vulnerabilidade do paciente. Os quatro princípios clássicos da bioética, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, formam a espinha dorsal de tal arcabouço e devem ser adaptados às especificidades do ambiente da especialidade (Beauchamp; Childress, 1994).

No cenário do trauma ortopédico, onde o paciente frequentemente chega em estado de fragilidade, dor intensa, ou sob efeito de sedativos, o princípio da autonomia merece uma atenção especial. O profissional deve respeitar a capacidade do paciente de tomar decisões informadas sobre seu tratamento, o que inclui explicar riscos, benefícios, alternativas e possíveis complicações.

Contudo, o ambiente de urgência impõe limitações: o tempo curto, a dor que atrapalha a compreensão e a possibilidade de comprometimento neurológico podem exigir que a equipe atue no melhor interesse, ponderando beneficência e não maleficência sem aguardar formalmente o consentimento detalhado (Rosa; Pais; Consciência, 2016). Nessas circunstâncias, é ético e necessário garantir que, assim que possível, o paciente ou responsável seja adequadamente informado, e que a equipe documente esse processo. Além disso, no trauma ortopédico pediátrico ou em paciente incapacitado, há elemento adicional de assentimento ou autorização dos representantes legais, o que exige sensibilidade ética e comunicação eficaz (Mercuri; Vigdorich; Otsuka, 2015).

A beneficência e a não maleficência caminham juntas, porém, no trauma ortopédico, tensionam-se com frequência: o cirurgião ortopedista está chamado a intervir rapidamente para evitar dano adicional, mas toda intervenção cirúrgica ou minimamente invasiva acarreta riscos. A boa prática ética exige que o profissional pese benefícios esperados contra os riscos intrínsecos da intervenção, conforme estudo em urgências médicas, os profissionais declararam cumprir em grande parte beneficência e autonomia, enquanto o princípio da não maleficência gerou maiores controvérsias (Lam *et al.*, 2025).

Ademais, o princípio da justiça refere-se à distribuição equitativa de recursos, acesso aos cuidados e tratamento de qualidade independentemente de status social, etnia, gênero ou idade. No contexto ortopédico-traumatológico, isso se manifesta, por exemplo, na escolha de qual paciente receberá prioritariamente intervenção quando recursos são escassos (como em grandes múltiplos acidentes ou sistema público sobrecarregado) ou quando tecnologias de ponta (implantes caros, robótica, inteligência artificial) entram em jogo. Um estudo recente mostra que, em ortopedia, além dos quatro princípios tradicionais, também surgem desafios com vulnerabilidade, tecnologia e assistência em ambientes com recursos limitados (Kiwinda *et al.*, 2025).

Assim, no cenário da ortopedia, garantir que a alocação de leitos, equipe cirúrgica e materiais se faça com base em critérios clínicos e éticos, não em privilégios, representa a implementação do princípio da justiça. Principalmente, nas fases de reabilitação ou pós-operatório, a justiça exige que pacientes tenham acesso adequado a fisioterapia, órteses, e suporte social, evitando que a condição “trauma ortopédico” acentue desigualdades pré-existentes. Isso foi discutido no âmbito da reabilitação como “paciente pós-traumático vulnerável precisa de comunicação, motivação e estrutura adequada” para evitar danos éticos pela falta de suporte (Nica; Constantinovici; Miclaus, 2017).

Para que esses princípios não permaneçam no papel, a equipe de trauma ortopédico deve estruturar fluxos de trabalho que considerem ética como parte integrante do protocolo de atendimento. Além disso, com a introdução de tecnologias como inteligência artificial em ortopedia, emergem novos desafios bioéticos (privacidade, vieses,

transparência) que retroalimentam os princípios clássicos e exigem governança ética específica. Equipes que adotam comitês de ética hospitalar, listas de verificação de consentimento, e discussões multidisciplinares tendem a mitigar conflitos e a fortalecer a confiança do paciente (Heston; Pahang, 2023).

3.2 Dilemas éticos no atendimento de pacientes politraumatizados inconscientes

O atendimento de pacientes politraumatizados inconscientes é uma das situações mais difíceis da prática médica atual. Muitas vezes o médico e sua equipe precisam agir rapidamente sem saber o histórico do paciente. Assim, os princípios éticos da medicina podem configurar um duelo. Ele fica entre respeitar a liberdade do indivíduo de decidir sobre seu corpo e o dever de intervir para que a vida seja preservada. Em um trauma grave, omissões podem ser fatais, o que reforça a importância da ética em situações de pacientes politraumatizados e inconscientes (Beauchamp; Childress, 1994).

Nesse sentido, o consentimento do paciente é considerado um dos pilares na relação médico-paciente, porque garante o direito à autonomia e à decisão consciente sobre os tratamentos pensados pela equipe. Contudo, em situações de emergência, como ocorre com o paciente politraumatizado e inconsciente, essa etapa é, quase sempre, inviável. Por isso, agir rapidamente é essencial para a equipe médica, que deve basear sua atuação na beneficência e na não maleficência. O Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina (CFM) apoia o médico em sua decisão quando há risco iminente de morte do paciente. Mesmo assim, ele deve justificar o porquê de sua escolha, visando total transparência do procedimento (CFM, 2018).

Ademais, muitas vezes no contexto da ortopedia e traumatologia, os profissionais podem tomar decisões que serão irreversíveis. São eles: amputações, fixações externas, estabilização de fraturas expostas e controle de hemorragias, que precisam ser realizados sem a autorização direta do paciente. O problema piora quando, embora essas medidas salvem vidas, causam alguma sequela ao paciente. Por isso, o médico deve agir com cautela e evitar qualquer intervenção desnecessária. Nesses casos, a experiência e prudência da equipe são importantíssimas na escolha da melhor intervenção (White; Mackenzie; Gray, 2017).

Ainda nesse contexto, o princípio da beneficência, pode ir de encontro com o da não maleficência (o primeiro faz o bem, e o segundo evita o dano). Com isso, ressalta-se que intervenções heróicas podem acabar deixando alguma sequela na vida do paciente. Por isso a questão que fica é: “até que ponto uma medida invasiva deixa de ser benéfica e se torna um risco?”. Essa pergunta é difícil de ser respondida no momento da urgência, por isso a formação ética contínua ajuda o profissional a agir com ética e prudência (Garrafa; Porto, 2002).

A legislação brasileira, ainda, protege o médico em situações emergenciais. O Código Penal (art. 146) e o Código de Ética Médica isentam o médico da responsabilidade quando o tratamento é necessário salvar uma vida ou prevenir algum dano grave. Além disso, alguns hospitais e serviços de trauma têm comitês de ética e protocolos que

orientam o processo de decisão. Dessa forma, esses regimentos ajudam a reduzir a insegurança profissional que tomará a decisão em cada caso (Brasil, 1940).

Em suma, o atendimento de pacientes politraumatizados e inconscientes exige muito mais do médico do que apenas uma habilidade técnica: demanda total maturidade e discernimento pessoal. Cada decisão que ele tomar, pode ter um impacto extremamente significativo na vida do paciente. Por isso, ele deve agir com base nos princípios da bioética de acordo com a legislação em vigor. Portanto, a reflexão ética sobre esse tema é essencial para fortalecer a prática médica e promover um cuidado mais humano, mesmo em circunstâncias tão críticas (Lima; Almeida; Siqueira-Batista, 2015).

3.3 Dilemas éticos na decisão de amputar ou preservar um membro

A retirada total ou parcial de um membro é um método de tratamento para diversas doenças e é chamada de amputação. As amputações de membros inferiores correspondem a cerca de 85% de todas as amputações no Brasil. (Brasil, 2013).

A causa mais comum de amputação de membros é de origem vascular, secundária à doença arterial periférica e diabetes mellitus, constituindo mais de 80% das amputações de membros inferiores. A segunda maior causa de amputação corresponde às causas traumáticas, como por acidentes de trânsito e ferimentos por arma de fogo. A taxa de mortalidade pós-amputação é superior em pessoas, especialmente os que apresentam alguma doença prévia. (Brasil, 2013; Rodrigues *et al.*, 2024).

A amputação é, tradicionalmente, associada a uma melhora motora e funcional mais rápida e a custos reduzidos, porém alguns ensaios prospectivos demonstram que a preservação do membro tem resultados análogos. Diante disso, não existe um procedimento qualificado como melhor, então a opinião do paciente influencia muito na tomada de decisão (Gudbranson *et al.*, 2022).

Deve-se levar em conta os subgrupos de pacientes que seriam beneficiados em caso de amputação primária. Além disso, a escolha errada de preservação do membro pode levar a uma amputação secundária, trazendo adversidades psicológicas, financeiras e sociais ao paciente. Portanto, deve fazer uma avaliação multidisciplinar, contendo toda a equipe cirúrgica para a análise sistemática sobre o que seria melhor para o paciente, considerando a probabilidade de sucesso em salvar o membro e a funcionalidade motora e psicológica a longo prazo do paciente (Beeharry; Walden-Smith; Moqem, 2022).

A tomada de decisão deve sempre ser compartilhada entre médico e paciente. A autonomia é o princípio ético norteador da escolha, tal princípio se torna essencial para relacionar o desejo do paciente com o conhecimento do médico. O profissional de saúde deve orientar e capacitar o paciente a tomar tal decisão, principalmente quando o indivíduo tem pouco conhecimento dos benefícios associados a tal procedimento cirúrgico (Gudbranson *et al.*, 2022).

Em casos de lesões significativas, a decisão entre amputar ou salvar o membro se torna um complexo desafio para a equipe cirúrgica, o processo de tomada de decisão deve levar em conta variáveis diversas. Se a amputação vier com perda do nível de autonomia, o paciente se torna dependente de um cuidador, o que também impacta na relação das famílias (Beeharry; Walden-Smith; Moqem, 2022; Rodrigues *et al.*, 2024).

Vários são os fatores que afetam a tomada de decisão da amputação, incluindo as doenças prévias do paciente, gravidade da lesão, experiência da equipe e os planos de vida futuros do paciente, cada caso deve ser analisado separadamente, levando em conta as condições do paciente. Antes da cirurgia, uma série de dados deve ser avaliada, incluindo a força e a amplitude de movimento das articulações, o grau de dependência para prática de atividades cotidianas, o condicionamento físico do paciente e seu nível de suporte social. É responsabilidade do cirurgião definir o nível de amputação, porém deve-se buscar preservar o maior comprimento possível de tecido saudável, garantindo boa cicatrização, sensibilidade preservada do resto do membro e cobertura de pele apropriada (Brasil, 2013; Beeharry; Walden-Smith; Moqem, 2022).

O profissional de saúde responsável por dar a notícia da amputação para o paciente e a família deve adquirir uma postura humana, direta e ética, para que o paciente entenda que o procedimento faz parte do tratamento e a preservação do membro se tornaria perigosa para a sua saúde. Além disso, é importante informar ao paciente que o membro amputado pode ser sepultado ou usado em pesquisas, se o paciente concordar (Brasil, 2013).

Dessa forma, a escolha entre amputar ou preservar um membro deve ser individualizada, considerando não apenas critérios clínicos e cirúrgicos, mas também fatores funcionais, emocionais e sociais. A decisão compartilhada entre a equipe de saúde e o paciente é essencial para garantir resultados satisfatórios a longo prazo. O processo decisório deve equilibrar o potencial de recuperação funcional com os riscos à vida e o impacto na qualidade de vida, reforçando que, em muitos casos, a amputação pode representar não um fracasso terapêutico, mas uma oportunidade de reabilitação mais efetiva e digna (Beeharry; Walden-Smith; Moqem, 2022).

3.4 Consentimento presumido e proporcionalidade terapêutica

Na área da saúde, o consentimento livre e esclarecido, também chamado de "consentimento informado", não é um ato pontual, mas um processo contínuo de comunicação entre médico e paciente, visando incentivar a participação ativa do paciente no seu tratamento. Entende-se que, para ser autônoma, toda decisão deve ser consciente. Assim, o ato de consentir só é considerado válido se a equipe médica expuser de maneira clara os benefícios e os riscos de um determinado procedimento (Castro *et al.*, 2020).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é o documento que formaliza o processo de consentimento, garantindo que o paciente receba informações claras e detalhadas sobre seu diagnóstico, procedimentos, riscos e alternativas, permitindo uma decisão voluntária. Sua importância fundamental reside na proteção da autonomia do

paciente, no fortalecimento da relação médico-paciente e na garantia da conformidade ética e legal da prática profissional (Hardy, 2004).

O Código de Ética Médica (CEM) coloca a autonomia do paciente como um pilar central da prática médica no Brasil. Os Artigos 22, 24 e 31, em conjunto, formam uma base essencial que proíbe o médico de ignorar o consentimento e a liberdade de escolha da pessoa. O Artigo 24 serve como alicerce para esse princípio, ao vedar ao médico "exercer sua autoridade para limitar" o direito do paciente de "decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar". Essa diretriz protege o paciente de qualquer tipo de coerção, assegurando que sua vontade seja o fator principal na condução do seu cuidado (CFM, 2018).

Na prática, essa autonomia é reforçada pelos Artigos 22 e 31. Eles proíbem o médico de realizar qualquer intervenção, seja um procedimento geral (Art. 22) ou práticas específicas de diagnóstico e tratamento (Art. 31), sem antes esclarecer o paciente e obter seu consentimento. A única exceção clara, repetida em ambos os artigos, é o "iminente risco de morte". Fora desse cenário crítico, falhar em obter o consentimento informado não é apenas um erro técnico, mas uma violação direta ao direito do paciente de decidir por si mesmo, conforme protegido pelo Artigo 24 (CFM, 2018).

O consentimento presumido no contexto do Código de Ética Médica brasileiro é definido como a autorização tácita para intervenções médicas em situações de urgência ou emergência, quando o paciente está incapaz de fornecer consentimento informado e não há representante legal disponível. Nesses casos, presume-se que um paciente racional consentiria com o tratamento necessário para salvar a vida ou evitar danos graves, permitindo que o médico atue imediatamente sem o consentimento formal, conforme previsto no artigo 22 do Código de Ética Médica (Zarpellon *et al.*, 2025). Desta forma, o termo consentimento presumido não é previsto no código de ética, mas se encaixa na lacuna para salvar a vida de um indivíduo que está em perigo iminente de vida.

A proporcionalidade é um instrumento essencial para a ponderação de princípios, sendo crucial na tomada de decisões terapêuticas em situações de conflito bioético. Ela requer que a intervenção (o meio) seja apropriada e essencial para atingir o objetivo (o fim), além de que os benefícios previstos superem os riscos e custos (a análise de risco e benefício). Em situações de emergência, a proporcionalidade é o critério clínico que determina o que é adequado e imprescindível realizar durante um procedimento, buscando manter a autonomia do paciente mas também sua segurança (Godoy, 2016).

3.5 Aspectos éticos-legais e responsabilidade profissional em decisões emergenciais

Como em todas as áreas nas quais o trato de indivíduos está como tema central, os aspectos éticos-legais e a responsabilidade profissional em decisões emergenciais na ortopedia se dá em torno dos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (Bhimani *et al.*, 2018). A responsabilidade do médico vai além do que lhe é proposto como base, se tornando figura de autoridade na tomada de decisões de urgência, tanto

para o contexto no qual está inserido, quanto para familiares e amigos vinculados ao paciente. Nesse contexto, elucida-se a necessidade do real entendimento das normas éticas e legais, bem como dos meios existentes para auxílio em momentos de crise (Costa *et al.*, 2017).

Em situações emergenciais, quando o paciente se encontra incapacitado de responder por si mesmo e expressar seus desejos e vontades, o consentimento pode ser presumido. Entretanto, o profissional médico deve agir de forma respeitosa, com o bem-estar do paciente em posição de prioridade e com humildade suficiente para compreender quais são os limites de suas habilidades. O processo de trato do paciente deve ser minuciosamente documentado, com registros que informem sobre as ações do profissional e um embasamento pautado em evidências clínicas que justifique a sua tomada de decisões. Assim sendo, o médico se resguarda, assegurado por bases legais, sem abster-se da responsabilidade que carrega em situações emergenciais (Costa *et al.*, 2017).

O compromisso profissional em decisões emergenciais vai além do procedimento cirúrgico, sendo igualmente importante a comunicação do médico para com os familiares envolvidos, garantindo o entendimento dos riscos e benefícios da intervenção, bem como a real compreensão da gravidade do quadro (Lam *et al.*, 2025). Falhas na obtenção do consentimento familiar, motivadas por lacunas na comunicação ou por total ausência dessa, são fatores frequentemente associados a litígios médicos em ortopedia, algo evitável se o princípio do atendimento correto for devidamente seguido. Deve-se, também, considerar aspectos que estão além das habilidades médicas, como a limitação de recursos, discordâncias com demais profissionais envolvidos, e a volatilidade do agir sob pressão. Nessa conjuntura, é preciso manter a ética profissional e a transparência, visando o bem-estar do paciente e de terceiros envolvidos (Lajam *et al.*, 2024).

Ademais, é responsabilidade do médico ortopedista, estar ciente acerca da legislação vigente sobre sua responsabilidade civil e penal, em especial quanto à prestação de cuidados em casos severos e emergenciais, situações nas quais há um risco elevado e incapacidade de decisão por parte do paciente. De modo geral, o respeito à autonomia do paciente, quando cabível, e o embasamento adequado para a tomada de decisões são essenciais para mitigar riscos ético-legais no exercício da profissão (Schneller; Wilson, 2009).

4. CONCLUSÕES

A intervenção ortopédica traumática em emergências envolve não apenas habilidade técnica, mas também profundo respaldo ético e legal. Os princípios da bioética fundamentam a tomada de decisões que, muitas vezes, precisam ser feitas em questão de segundos, frequentemente sem consentimento formal. Nesse sentido, o consentimento presumido é aceito, desde que o ato seja proporcional, documentado e vise salvar a vida ou a dignidade do paciente. A comunicação clara com a família, a documentação cuidadosa e uma abordagem multidisciplinar reduzem os conflitos ético-legais e fortalecem o vínculo entre a equipe e o paciente. Dilemas como amputar ou preservar exigem avaliação caso a caso e tomada de decisão compartilhada, levando em consideração a

funcionalidade, a qualidade de vida e o suporte social. Além de ser algo prescrito nas normas da ética em trauma ortopédico e da ética médica em geral, é um compromisso assumido diariamente como um cuidado humano, responsável e justo. Permite que o paciente seja tratado sob pressão, com respeito, empatia e segurança, e sem dúvida contribui para a preservação da dignidade do paciente em todas as etapas do atendimento.

REFERÊNCIAS

BEEHARRY, M. W.; WALDEN-SMITH, T.; MOQEEM, K. Limb salvage vs. amputation: factors influencing the decision-making process and outcomes for mangled extremity injuries. **Cureus**, v. 14, n. 10, e30817, 28 out. 2022. DOI: 10.7759/cureus.30817. Acesso em: 7 nov. 2025.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. Edições Loyola, 1994.

BHIMANI, A. D. *et al.* Delving deeper into informed consent: legal and ethical dilemmas of emergency consent, surrogate consent, and intraoperative consultation. **Orthopedics**, Philadelphia, v. 41, n. 6, p. e741-e746, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30222792/>. Acesso em: 02 nov. 2025.

BRASIL. *Código Penal Brasileiro*. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1940.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa amputada**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 36 p. il. Acesso em: 7 nov. 2025.

CASTRO, C. F. DE *et al.* Informed Consent Form in Healthcare. **Revista Bioética**, v. 28, p. 522-530, 6 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217/2018 (Código de Ética Médica)**. Brasília: CFM, 2018.

COSTA, M. L. *et al.* Informed consent in the context of research involving acute injuries and emergencies. **Bone Joint J.**, London, v. 99-B, n. 2, p. 147-150, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28148654/>. Acesso em: 02 nov. 2025.

GARRAFA, V.; PORTO, D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. **Mundo Saúde (Impr.)**, p. 6-15, 2002.

GODOY, M K *et al.* O princípio da proporcionalidade como ferramenta no processo de tomada de decisão pelo método principialista, frente a conflitos bioéticos na relação do médico com o paciente. 2016.

GUDBRANSON, E.; GALIVANCHE, A.; MERCIER, M.; PRSIC, A. Shared decision-making in limb salvage versus amputation: a commentary and review. **Orthoplastic Surgery**, v. 9, p. 111-115, set. 2022. DOI: 10.1016/j.orthop.2022.07.008. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666769X22000276>. Acesso em: 7 nov. 2025.

HARDY, E.; BENTO, S. F.; OSIS, M. J. D. Consentimento livre e esclarecido: experiência de pesquisadores brasileiros na área da regulação da fecundidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 216–223, fev. 2004.

HESTON, T. F.; PAHANG, J. A. Moral injury and the four pillars of bioethics. **F1000Research**, v. 8, n. 1193, p. 1193–1193, 28 dez. 2023.

KIWINDA, L. V. *et al.* Bioethical Considerations of Deploying Artificial Intelligence in Clinical Orthopedic Settings: A Narrative Review. **HSS Journal®: The Musculoskeletal Journal of Hospital for Special Surgery**, v. 21, n. 3, p. 274–282, 30 maio 2025.

LAJAM, C. M. *et al.* Ethical considerations of declining surgical intervention: balancing patient wishes with fiduciary responsibility. **J. Bone Joint Surg. Am.**, Philadelphia, v. 106, n. 9, p. 845-849, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38723027/>. Acesso em: 02 nov. 2025.

LAM, R. X. *et al.* A review of medical ethics in orthopaedic surgery: current foci and future considerations. **J. Bone Joint Surg. Am.**, Philadelphia, v. 107, n. 13, p. 1513-1522, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40403094/>. Acesso em: 02 nov. 2025.

LIMA, Maria d Lourdes Feitosa; ALMEIDA, Sergio Tavares de; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. *A bioética e os cuidados de fim da vida*. 2015.

MERCURI, J. J.; VIGDORCHIK, J. M.; OTSUKA, N. Y. Moral Dilemmas in Pediatric Orthopedics. **Orthopedics**, v. 38, n. 12, p. e1133–e1138, 1 dez. 2015.

NICA, A. S.; CONSTANTINOVICI, M.; MICLAUS, R. Ethical issues in rehabilitation of the post-traumatic patient. **Romanian Journal of Legal Medicine**, v. 25, n. 3, p. 309–313, 20 out. 2017.

RODRIGUES, D. F.; CASTANHEIRA, F. S. F. M.; CARVALHO, A. L. R. F. de; PINTO, C. M. C. B. Nursing interventions to empower the family caregiver of person with lower limb amputation: scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, n. 1, e20230264, 2024. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0264. Acesso em: 7 nov. 2025.

RODRIGUES, D. F.; MACHADO, P. A. P.; MARTINS, T.; CARVALHO, A. L. R. F. de; PINTO, C. M. C. B. Self-care dependency assessment of person with lower limb amputation: an exploratory study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 32, e4332, 2024. DOI: 10.1590/1518-8345.7424.4332. Acesso em: 7 nov. 2025.

ROSA, I.; PAIS, D.; CONSCIÊNCIA, J. G. Os Princípios da Bioética Aplicados em Urgência Hospitalar. **Internal Medicine**, v. 23, n. 1, p. 18–23, 2016.

SCHNELLER, Eugene S.; WILSON, Natalia A. Professionalism in 21st century professional practice: autonomy and accountability in orthopaedic surgery. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, v. 467, n. 10, p. 2561-2569, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19377906/>. Acesso em: 02 nov. 2025.

SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M. Princípios bioéticos na saúde pública: limitações e propostas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 949–956, 2001.

WHITE, Timothy O.; MACKENZIE, Samuel P.; GRAY, Alasdair J. Mcrae trauma ortopédico: gerenciando fraturas de emergência. **Elsevier Brasil**, 2017.

ZARPELLON, H. M. *et al.* Preserving medical confidentiality in Brazilian criminal investigation cases: a narrative review of the principles of bioethics. **Clinics**, v. 80, p. 100740, 19 ago. 2025.

CONFLITOS BIOÉTICOS ATUAIS ENVOLVENDO A MEDICINA DO TRABALHO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

CURRENT BIOETHICAL CONFLICTS INVOLVING OCCUPATIONAL MEDICINE: A
LITERATURE REVIEW

Ana Laura Capeletti¹; Eduarda Bortolós Zanella²; Eduarda Caroline Reche³; Natália
Presotto⁴; Valéria Hübner Donin⁵

RESUMO

O estudo analisa os principais conflitos bioéticos enfrentados na medicina do trabalho, área que atua na intersecção entre a proteção dos direitos individuais do trabalhador e a promoção da saúde coletiva. O objetivo é identificar e discutir os dilemas éticos contemporâneos que permeiam a prática ocupacional, considerando o avanço tecnológico, as transformações laborais e os desafios impostos pela pandemia da COVID-19. Trata-se de uma revisão bibliográfica baseada em artigos indexados nas bases PubMed Central, SciELO e UpToDate, publicados entre 2006 e 2023, em português, inglês e espanhol, selecionados conforme critérios de relevância e aderência temática. Os resultados apontam que os principais conflitos se relacionam à dupla responsabilidade do médico diante do trabalhador, do empregador e da sociedade; à preservação do sigilo profissional e da confidencialidade de dados em ambientes corporativos; e ao impacto das tecnologias de vigilância digital sobre a privacidade e o consentimento informado. Também se evidenciam desigualdades e tensões éticas amplificadas pela pandemia, que suscitam debates sobre justiça distributiva, proteção e solidariedade institucional. Conclui-se que a medicina do trabalho é um campo dinâmico de reflexão bioética, que requer atualização constante, autonomia técnica e compromisso com a dignidade e a saúde dos trabalhadores.

Palavras-chave: bioética; ética médica; saúde do trabalhador.

¹ Acadêmica do sexto semestre do curso de Medicina da URI - Erechim, 103967@aluno.uricer.edu.br

² Acadêmica do sexto semestre do curso de Medicina da URI - Erechim, 094650@aluno.uricer.edu.br

³ Acadêmica do sexto semestre do curso de Medicina da URI - Erechim, 104100@aluno.uricer.edu.br

⁴ Acadêmica do sexto semestre do curso de Medicina da URI - Erechim, 104020@aluno.uricer.edu.br

⁵ Acadêmica do sexto semestre do curso de Medicina da URI - Erechim, 033861@aluno.uricer.edu.br

ABSTRACT

This study analyzes the primary bioethical conflicts faced in occupational medicine, a field operating at the intersection of protecting individual workers' rights and promoting collective health. The objective is to identify and discuss contemporary ethical dilemmas permeating occupational practice, considering technological advancements, labor transformations, and the challenges imposed by the COVID-19 pandemic. This is a literature review based on articles indexed in PubMed Central, SciELO, and UpToDate, published between 2006 and 2023 in Portuguese, English, and Spanish, selected according to criteria of relevance and thematic adherence. The results indicate that the main conflicts relate to the physician's dual responsibility toward the worker, the employer, and society; the preservation of professional secrecy and data confidentiality in corporate environments; and the impact of digital surveillance technologies on privacy and informed consent. Furthermore, ethical tensions and inequalities amplified by the pandemic are evident, sparking debates on distributive justice, protection, and institutional solidarity. It is concluded that occupational medicine is a dynamic field of bioethical reflection, requiring constant updating, technical autonomy, and a commitment to the dignity and health of workers.

Keywords: bioethics; medical ethics; occupational health.

1. INTRODUÇÃO

A bioética constitui um campo interdisciplinar, que integra a medicina, a biologia, a filosofia e as ciências humanas, com o objetivo de avaliar as condições que permitem uma gestão ética adequada da vida humana em seus aspectos individuais e coletivos (CREMERJ, 2006). Nesse contexto, a medicina do trabalho emerge como área especialmente sensível, situada na interface entre a proteção dos direitos individuais do trabalhador e a promoção da saúde coletiva, o que a torna permeada por dilemas éticos complexos e contínuos (Machado *et al.*, 2023).

Após a pandemia de COVID-19, os princípios bioéticos propostos por Beauchamp e Childress de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, tornaram-se ainda mais desafiados diante das medidas de controle sanitário, das novas formas de vigilância e das mudanças estruturais nas relações de trabalho (Beauchamp; Childress, 2019). Entre os dilemas contemporâneos, destacam-se a confidencialidade de dados ocupacionais, as decisões sobre aptidão laboral, as políticas de vacinação obrigatória e o uso de tecnologias de monitoramento que colocam em tensão o consentimento e a privacidade do trabalhador (Barbosa, 2023; Harpur; Hyseni; Blanck, 2022).

Diante desse panorama, torna-se fundamental compreender como esses conflitos se configuram na prática e de que forma os princípios bioéticos podem orientar decisões mais justas e transparentes. Assim, o presente estudo tem como objetivo identificar e analisar os principais dilemas bioéticos enfrentados na medicina do trabalho contemporânea.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa baseada em publicações indexadas nas bases PubMed Central, SciELO e UpToDate, com foco na identificação de artigos que abordassem conflitos bioéticos na medicina do trabalho. Foram incluídos artigos em inglês, português e espanhol, publicados entre 2006 a 2023, que tratassem de forma direta conflitos bioéticos no campo da medicina ocupacional. Foram excluídos trabalhos duplicados, disponíveis apenas em formato de resumo ou que não tratassem especificamente do tema proposto. As palavras-chave utilizadas na busca foram: “bioética”, “ética médica” e “saúde do trabalhador”. Após a aplicação dos critérios de seleção, 12 artigos foram incluídos para a elaboração do presente estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 *Princípios bioéticos na medicina ocupacional*

A prática da medicina ocupacional é orientada por princípios bioéticos que buscam equilibrar o cuidado individual, a responsabilidade social e as exigências institucionais próprias do ambiente de trabalho. Inspirados na formulação clássica de Beauchamp e Childress (2019), esses princípios constituem o núcleo normativo da ética biomédica e servem como referência para a deliberação moral em saúde do trabalhador.

O princípio da autonomia reconhece o direito do trabalhador à autodeterminação, ou seja, a participar ativamente das decisões relacionadas à sua saúde, com base em informações claras, verídicas e compreensíveis. Na medicina ocupacional, isso se traduz na necessidade de garantir o consentimento informado, o acesso transparente aos resultados de exames e a participação do trabalhador nas decisões sobre medidas preventivas ou restrições laborais. A autonomia implica também o dever do médico de respeitar valores, crenças e limites pessoais, evitando condutas paternalistas ou coercitivas (Iavicoli *et al.*, 2018; Bandini *et al.*, 2017).

O princípio da beneficência orienta o profissional a agir sempre em favor do bem-estar do trabalhador, promovendo sua saúde e prevenindo danos ocupacionais. Esse princípio requer a adoção de medidas que minimizem riscos ambientais, fortaleçam políticas de segurança e favoreçam a reabilitação laboral, sempre de modo a conciliar a saúde individual com o bem comum da coletividade trabalhadora (CREMERJ, 2006; Lins; Vasconcellos; Palacios, 2015).

Em complemento, o princípio da não maleficência impõe o dever de evitar causar dano, seja físico, psicológico ou moral. Na prática ocupacional, esse princípio abrange tanto a prevenção de acidentes e doenças quanto a proteção contra exposições desnecessárias, interpretações incorretas de aptidão e violações de sigilo (Ramos, 2010; Battle *et al.*, 2022). O médico do trabalho deve zelar para que suas ações não resultem em prejuízo à reputação, à privacidade ou à empregabilidade do trabalhador, mesmo quando submetido a pressões organizacionais (Choi *et al.*, 2017).

Já o princípio da justiça refere-se à distribuição equitativa de riscos, recursos e benefícios no ambiente de trabalho. Ele exige que todos os trabalhadores tenham acesso igual às condições de segurança, equipamentos de proteção e acompanhamento médico, sem discriminação de cargo, gênero, raça ou vínculo contratual. A justiça também orienta políticas institucionais que busquem reduzir desigualdades estruturais e promover equidade na proteção à saúde ocupacional (Machado *et al.*, 2023; Barbosa, 2023).

A articulação entre esses quatro princípios possibilita que o médico do trabalho atue de maneira ética em contextos de conflito. Em muitas situações, eles não se apresentam de forma isolada, mas interagem e se tensionam, por exemplo, quando a proteção coletiva (beneficência) entra em conflito com a privacidade individual (autonomia). Nesses casos, a ética aplicada deve recorrer à deliberação prudencial, avaliando cada situação com base em critérios de proporcionalidade, transparência e respeito à dignidade humana (Feil; Paz, 2023).

Desse modo, os princípios bioéticos não funcionam como regras rígidas, mas como ferramentas de reflexão e orientação moral, essenciais para garantir que a medicina ocupacional mantenha seu compromisso com a vida, a integridade e a justiça social no trabalho (Beauchamp; Childress, 2019; Lins; Vasconcellos; Palacios, 2015).

3.2 Dupla obrigação e conflito de deveres na prática ocupacional

O médico do trabalho opera sob lealdades múltiplas (com o trabalhador, o empregador e a coletividade), o que produz dilemas éticos recorrentes em situações como exames admissionais, decisões de aptidão, vigilância ambiental e comunicação de riscos (Iavicoli *et al.*, 2018; CREMERJ, 2006). Essa posição intermediária exige do profissional uma constante negociação entre deveres técnicos, responsabilidades legais e princípios éticos fundamentais da profissão médica. A literatura nacional e internacional reconhece que o cerne dessa tensão está na necessidade de conciliar os interesses produtivos das organizações com o direito à saúde e à privacidade do trabalhador (Ramos, 2010; Choi *et al.*, 2017).

No contexto brasileiro, as normas do Conselho Federal de Medicina e os princípios do Código de Ética Médica determinam que o compromisso primordial do médico do trabalho deve ser com a proteção da saúde e da dignidade humana. Assim, a primazia ética recai sobre o trabalhador, e qualquer compartilhamento de informações clínicas com a empresa deve ser justificado, limitado e proporcional, resguardando o sigilo profissional e a confiança na relação médico-paciente (CFM, 2019; Ramos, 2010).

Essa posição exige que, em situações de conflito de deveres, o profissional adote um processo de deliberação ética documentado, priorizando a mitigação do risco para o trabalhador e a coletividade, e assegurando que o compartilhamento de dados se restrinja ao estritamente necessário (o princípio da divulgação mínima). A decisão deve ser pautada pela prudência, verificando-se a proporcionalidade do compartilhamento e a possibilidade de comunicação às autoridades competentes, em vez de ao empregador, quando há risco à saúde da coletividade.

Pesquisas empíricas mostram que médicos do trabalho vivenciam essas tensões de forma cotidiana, especialmente em situações em que há pressões corporativas para emissão de laudos de aptidão ou para a adequação de recomendações médicas aos interesses produtivos (Choi *et al.*, 2017; Lins; Vasconcellos; Palacios, 2015). Esses estudos destacam que a autonomia profissional e a neutralidade técnica são valores altamente valorizados pelos especialistas em saúde ocupacional, funcionando como mecanismos de resistência ética frente a possíveis constrangimentos institucionais.

Para sustentar decisões éticas consistentes, é relevante diferenciar quatro dimensões do agir ético, sendo elas a “moral”, como conjunto de valores internalizados; o “código profissional”, como normatização institucional da conduta; a “reflexão crítica”, como capacidade de problematizar situações concretas; e as “práticas de si”, como exercício contínuo de autoconhecimento e coerência ética (Feil; Paz, 2023). Essa diferenciação amplia a compreensão da ética não apenas como obediência a regras, mas como um processo de deliberação autônoma e situada, essencial para lidar com os dilemas que emergem na prática ocupacional.

Nesse arranjo, a centralidade do sujeito que trabalha e a promoção de ambientes laborais saudáveis e justos devem constituir o eixo ético de deliberação (Lins; Vasconcellos; Palacios, 2015). O médico do trabalho, ao adotar uma postura crítica e reflexiva, não apenas cumpre sua função técnica, mas também atua como agente ético e social, contribuindo para o equilíbrio entre a saúde individual, a sustentabilidade organizacional e o bem comum. Assim, a prática ocupacional se fortalece como campo de mediação moral e política, em que o conhecimento técnico é inseparável do compromisso com a justiça, o respeito e a integridade humana no contexto produtivo.

3.3 Sigilo, confidencialidade e governança de dados

O sigilo profissional constitui o pilar da confiança clínica na medicina do trabalho, funcionando como salvaguarda ética e jurídica da relação entre médico e trabalhador. Contudo, essa confiança frequentemente é tensionada por demandas organizacionais, pressões administrativas e exigências legais relacionadas à segurança e à produtividade. O desafio consiste em equilibrar o dever de confidencialidade com a responsabilidade de promover ambientes de trabalho seguros, sem que o trabalhador seja transformado em mero objeto de controle institucional (Bandini *et al.*, 2017; Battle *et al.*, 2022; CREMERJ, 2006).

As boas práticas em saúde ocupacional recomendam a obtenção de consentimento informado sempre que possível, a divulgação mínima de dados pessoais (restrita ao necessário para o cumprimento da finalidade ocupacional), a desidentificação das informações em relatórios coletivos e o uso de sistemas seguros de registro e arquivamento (Iavicoli *et al.*, 2018). Essas medidas não apenas protegem o indivíduo, mas também reforçam a autonomia do médico diante de possíveis interferências hierárquicas ou empresariais, consolidando sua independência técnica e o caráter ético da atuação profissional.

O Código de Ética Médica brasileiro (CFM, 2019) dá respaldo normativo a esses princípios, ao dispor que “é vedado ao médico revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores [...] salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade” (Cap. IX, art. 76). Complementarmente, o mesmo código estabelece o dever de orientar o trabalhador sobre as condições de risco e de comunicar às autoridades competentes quando houver ameaça à coletividade (Cap. III, art. 12). Essa estrutura normativa procura conciliar o direito individual à privacidade com o interesse coletivo em saúde pública, reconhecendo que o médico do trabalho atua em um campo ético híbrido, no qual a confidencialidade e a responsabilidade social coexistem de forma dinâmica e, por vezes, conflitiva.

Durante a pandemia de COVID-19, esses dilemas tornaram-se ainda mais evidentes. A necessidade de rastrear casos, monitorar sintomas e implementar protocolos de vigilância digital levou à adoção de sistemas automatizados e algoritmos de triagem em larga escala. Embora tenham contribuído para a prevenção e controle epidemiológico, essas ferramentas introduziram novos riscos éticos, como a erosão da privacidade, a falta de transparência nos critérios de decisão e a possibilidade de discriminação indireta no ambiente de trabalho. A ausência de transparência algorítmica (explicabilidade) é um desafio crucial, pois impede que o trabalhador compreenda e questione as decisões sobre sua aptidão, violando o princípio da autonomia e expondo-o a um risco de discriminação (Harpur; Hyseni; Blanck, 2022).

Nesse contexto, o desafio ético contemporâneo da medicina do trabalho é compatibilizar a vigilância em saúde e a prevenção coletiva com o respeito à privacidade, à dignidade e à não discriminação. Isso requer políticas institucionais de proteção de dados e governança, em conformidade com a legislação específica de proteção de dados (como a LGPD), protocolos claros de consentimento livre e esclarecido e acesso à informação, e o engajamento ativo dos trabalhadores nas decisões que os afetam (Bandini *et al.*, 2017; Battle *et al.*, 2022; Iavicoli *et al.*, 2018). Assim, a ética ocupacional se projeta como campo de responsabilidade compartilhada, em que a proteção da saúde coletiva não pode ocorrer à custa da autonomia e da confiança individuais.

3.4 Justiça, vulnerabilidade e biossegurança em contextos de crise e precarização

A pandemia de COVID-19 evidenciou e ampliou desigualdades estruturais já existentes no mundo do trabalho, tornando visíveis as assimetrias de proteção e reconhecimento entre diferentes grupos ocupacionais. Estudos apontam que houve insuficiência e uso desigual de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), sobrecarga laboral, sofrimento moral e aumento do risco de adoecimento entre trabalhadores de linhas de frente e de serviços essenciais, como limpeza, segurança e transporte, frequentemente caracterizados por baixa remuneração e pouca visibilidade social (Machado *et al.*, 2023). Em contraste, categorias com maior escolaridade e poder de negociação conseguiram manter condições mais seguras e flexibilidade laboral, expondo a injustiça distributiva e as hierarquias de vulnerabilidade presentes no campo ocupacional.

Essas desigualdades tensionam princípios bioéticos fundamentais, como a justiça distributiva, a não maleficência e o dever institucional de proteção, revelando que a saúde no trabalho não é apenas uma questão técnica, mas profundamente moral e política (Machado *et al.*, 2023; Lins; Vasconcellos; Palacios, 2015). Sob uma perspectiva ética, a proteção dos trabalhadores não deve ser entendida como concessão, mas como obrigação social e jurídica dos empregadores e do Estado, vinculada ao direito à saúde e à dignidade humana.

Em leitura bioética, a resposta a essas desigualdades requer responsabilidade pública, solidariedade e políticas de cuidado inclusivas, que reconheçam as vulnerabilidades estruturais e assegurem voz e participação ativa dos trabalhadores nos processos decisórios (Barbosa, 2023). Essa abordagem implica deslocar o foco da mera prevenção técnica para a justiça social na organização do trabalho, compreendendo que o adoecimento não resulta apenas de fatores individuais, mas de determinantes coletivos e institucionais.

Dessa forma, condições de trabalho, infraestrutura, governança da biossegurança e gestão participativa deixam de ser apenas parâmetros operacionais e passam a constituir critérios éticos de qualquer programa de saúde ocupacional (Barbosa, 2023; Lins; Vasconcellos; Palacios, 2015). O compromisso ético do médico do trabalho, portanto, estende-se além da clínica individual, englobando a promoção de justiça organizacional, equidade e cuidado solidário como dimensões indissociáveis da prática profissional.

3.5 Microética do cotidiano, educação moral e dispositivos de decisão

No nível das equipes e dos contextos locais de atuação, emergem os chamados “dilemas miúdos”, situações éticas cotidianas que, embora aparentemente simples, produzem impactos relevantes na confiança, na coesão e na qualidade da atenção em saúde ocupacional. Esses dilemas envolvem, por exemplo, a preservação da privacidade em territórios pequenos, onde vínculos comunitários e proximidade social podem dificultar o sigilo; as hierarquias assimétricas entre profissionais e gestores; a comunicação interprofissional em ambientes de trabalho com culturas distintas; e o manejo de conflitos entre as demandas dos usuários, as metas institucionais e os limites técnicos da equipe (Valadão; Lins; Carvalho, 2017).

Essas situações reiteram que a ética ocupacional não se esgota em normas abstratas, mas se constrói nas relações concretas e nos processos de trabalho, exigindo reflexão crítica, empatia e deliberação compartilhada. Estudos com médicos do trabalho e outros profissionais de saúde indicam a necessidade de formação ética contínua, treinamento baseado em cenários reais e atualização de códigos de conduta que considerem os desafios impostos pelas novas tecnologias digitais, pela telemedicina e pela gestão de dados sensíveis (Choi *et al.*, 2017; Iavicoli *et al.*, 2018). Essa perspectiva amplia a competência ética para além do conhecimento normativo, incorporando habilidades de análise de contexto, comunicação e tomada de decisão colaborativa.

Nesse sentido, propõe-se um roteiro prático de deliberação ética, especialmente útil em situações de dúvida ou conflito, que inclui mapear as partes interessadas e os riscos envolvidos; explicitar os princípios éticos em jogo, como autonomia, beneficência, não maleficência e justiça; verificar o cumprimento do sigilo profissional e a necessidade de consentimento; assegurar a minimização de dados pessoais e a proporcionalidade das informações compartilhadas; registrar justificativas e alternativas consideradas; e consultar as normas institucionais vigentes e, se necessário, submeter o caso a comitês de ética ou conselhos profissionais (CREMERJ, 2006; Bandini *et al.*, 2017; Battle *et al.*, 2022).

Esse enfoque de micro-governança ética, entendido como a gestão cotidiana das decisões morais no trabalho, contribui para transformar dilemas recorrentes em decisões justificáveis, transparentes e alinhadas aos princípios de justiça e proteção do trabalhador (Lins; Vasconcellos; Palacios, 2015). Ao fortalecer práticas de deliberação fundamentadas e documentadas, promove-se não apenas a conformidade legal, mas também a cultura de responsabilidade e confiança dentro das organizações.

Em síntese, a ética no nível micro não é um exercício meramente individual, mas um processo coletivo e pedagógico, que consolida o papel das equipes de saúde do trabalho como espaços de aprendizado moral e governança participativa. Assim, o dever primordial de proteger quem trabalha se expressa na prática cotidiana, sustentado por decisões éticas que combinam rigor técnico, sensibilidade humana e compromisso social.

3.6 O papel social e a responsabilidade pública do médico do trabalho

A atuação do médico do trabalho ultrapassa os limites da clínica individual e se insere em um contexto social, ético e político mais amplo. Esse profissional exerce uma função mediadora entre saúde, trabalho e sociedade, sendo responsável não apenas por prevenir agravos e promover o bem-estar físico e mental dos trabalhadores, mas também por atuar como agente de justiça social e de proteção à vida (Lins; Vasconcellos; Palacios, 2015).

A medicina do trabalho possui um caráter coletivo e público, uma vez que suas ações repercutem na saúde da força de trabalho, na produtividade econômica e na sustentabilidade das organizações. O médico do trabalho, portanto, deve compreender que suas decisões têm impacto social direto, afetando tanto a integridade física do indivíduo quanto as condições de vida e o equilíbrio comunitário. Essa dimensão pública da profissão impõe o dever de agir com responsabilidade social, transparência e compromisso ético, considerando as consequências de suas condutas para além do ambiente imediato da empresa (Ramos, 2010).

De acordo com o Código de Ética Médica (CFM, 2019), é obrigação do médico “zelar pela saúde do ser humano e do meio em que vive”, o que inclui denunciar situações que coloquem em risco a integridade dos trabalhadores e da coletividade. Assim, sua prática deve articular o conhecimento técnico-científico com a consciência moral e cidadã, promovendo um equilíbrio entre os interesses corporativos e o direito fundamental à saúde (CREMERJ, 2006; Iavicoli *et al.*, 2018).

A literatura destaca que o médico do trabalho atua em um campo de dupla responsabilidade: por um lado, responde ao empregador, que o contrata e financia suas atividades; por outro, deve fidelidade ao trabalhador e à sociedade, cuja saúde é o bem jurídico a ser protegido (Ramos, 2010; Choi et al., 2017). Nessa intersecção, o profissional precisa exercer autonomia técnica e integridade ética, evitando que pressões econômicas ou hierárquicas comprometam o julgamento clínico.

O papel social desse médico inclui, ainda, o compromisso com a educação em saúde e a promoção de ambientes laborais justos e saudáveis. Ele é corresponsável pela formulação e implementação de políticas de prevenção, pela vigilância dos fatores de risco e pela promoção de uma cultura organizacional ética e solidária (Bandini *et al.*, 2017). Desse modo, o exercício da medicina do trabalho deve estar alinhado ao princípio da responsabilidade pública, compreendida como o dever de agir em benefício do bem comum, garantindo a equidade e o respeito aos direitos humanos (Barbosa, 2023).

Durante a pandemia de COVID-19, esse papel se tornou ainda mais evidente. Médicos do trabalho foram chamados a deliberar sobre medidas de biossegurança, afastamentos e retorno laboral, enfrentando dilemas entre proteção coletiva e continuidade produtiva. Nesse contexto, a responsabilidade pública implicou decidir de forma prudente, fundamentada e ética, assegurando que as ações médicas priorizassem a vida e a justiça distributiva (Machado *et al.*, 2023; Harpur; Hyseni; Blanck, 2022).

Portanto, o médico do trabalho não é apenas um executor de normas, mas um agente ético e político, comprometido com a defesa da dignidade humana no espaço produtivo. Sua responsabilidade pública o convoca a intervir criticamente nas condições que produzem adoecimento, a promover práticas de solidariedade e equidade e a contribuir para a construção de políticas institucionais que priorizem a saúde e o bem-estar coletivo. Essa compreensão amplia o sentido da medicina do trabalho como campo de cuidado, cidadania e justiça social (Beauchamp; Childress, 2019; Lins; Vasconcellos; Palacios, 2015).

4. CONCLUSÕES

A revisão da literatura demonstra que os dilemas bioéticos presentes na medicina do trabalho decorrem, sobretudo, da dupla responsabilidade do médico em relação ao trabalhador, ao empregador e à sociedade (Iavicoli *et al.*, 2018; CREMERJ, 2006). As publicações analisadas indicam que a conduta ética deve priorizar a preservação da saúde e dos direitos do trabalhador, com justificativas claras e proporcionais nos casos em que o compartilhamento de informações for indispensável (Ramos, 2010). A proteção de dados e a confidencialidade das informações médicas aparecem como aspectos centrais, especialmente diante da expansão das tecnologias de monitoramento e gestão digital, que trazem novos desafios à privacidade, ao consentimento livre e esclarecido e à não discriminação, exigindo transparência algorítmica e conformidade com a legislação de proteção de dados (Bandini *et al.*, 2017; Batlle *et al.*, 2022; Harpur; Hyseni; Blanck, 2022).

Os estudos também revelam que situações de crise sanitária e de precarização das condições de trabalho ampliam as desigualdades e colocam em evidência os princípios de justiça, beneficência e não maleficência, exigindo políticas institucionais pautadas na equidade, solidariedade e corresponsabilidade social (Machado *et al.*, 2023; Lins; Vasconcellos; Palacios, 2015; Barbosa, 2023). Além disso, a literatura reforça a relevância da formação ética permanente e da adoção de instrumentos que favoreçam a deliberação moral no cotidiano profissional, promovendo decisões mais conscientes, justificáveis e transparentes (Choi *et al.*, 2017; Feil; Paz, 2023; Valadão; Lins; Carvalho, 2017).

Para fortalecer a autonomia do médico e institucionalizar a ética, o campo requer a criação de dispositivos de apoio à decisão formalizados, como Comitês de Ética Ocupacional (CEO) ou câmaras técnicas consultivas. Tais mecanismos são essenciais para proteger o profissional contra pressões hierárquicas, oferecendo suporte e diretrizes para a gestão de dilemas complexos, transformando dilemas recorrentes em decisões justificáveis e documentadas, e garantindo que o conhecimento técnico seja inseparável do compromisso com a justiça social.

Dessa forma, a medicina do trabalho se afirma como um campo em constante transformação, que requer atualização ética contínua, autonomia técnica e compromisso coletivo com a valorização da vida e com a promoção da saúde dos trabalhadores (Beauchamp; Childress, 2019).

REFERÊNCIAS

BANDINI, M, *et al.* Questões éticas na prática da Medicina do Trabalho: sigilo profissional e confidencialidade. São Paulo: **Editora ANAMT**, 2017.

BARBOSA, S. N. O olhar da Ética e da Bioética sobre o trabalhador e o trabalho em saúde no contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 10, p. 2759–2766, 1 out. 2023.

BATLLE, A. R. *et al.* Confidencialidade em medicina ocupacional: protegendo informações. **Revista Bioética**, v. 30, p. 126–138, 9 mai. 2022.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**. 8. ed. Oxford: Oxford University Press, 2013.

CHOI, J. *et al.* Perception of and attitude toward ethical issues among Korean occupational physicians. **Annals of Occupational and Environmental Medicine**, v. 29, n. 1, 24 jun. 2017.

CREMERJ. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Bioética e medicina. **Rio de Janeiro: Navegantes Editora e Gráfica**, 2006.

FEIL, G. S.; PAZ, J. R. O que é ética? Quatro possibilidades conceituais na pesquisa em Comunicação. **Intercom: Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**, v. 46, p. e2023202, 11 dez. 2023.

HARPUR, P.; HYSENI, F.; BLANCK, P. Workplace health surveillance and COVID-19: algorithmic health discrimination and cancer survivors. **Journal of Cancer Survivorship**, v. 16, n. 1, p. 200–212, fev. 2022.

IAVICOLI, S. *et al.* Ethics and Occupational Health in the Contemporary World of Work. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 8, p. 1713, 10 ago. 2018.

LINS, T. A.; VASCONCELLOS, L. C. F. De; PALACIOS, M. Bioética e saúde do trabalhador: uma interface. **Revista Bioética**, v. 23, p. 293–303, 2015.

MACHADO, M. H.; *et al.* Condições de trabalho e biossegurança dos profissionais de saúde e trabalhadores invisíveis da saúde no contexto da COVID-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 10, p. 2809–2822, 1 out. 2023.

RAMOS, J. P. Conflito de deveres do médico de saúde ocupacional face à entidade patronal no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, 10 (Supl. 2): S369-S375 dez., 2010.

VALADÃO, P. A. DA S.; LINS, L.; CARVALHO, F. M. Problemas bioéticos no cotidiano do trabalho de profissionais de equipes de saúde na família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 725–744, dez. 2017.

ENTRE A VIDA E OS RECURSOS: CONFLITOS BIOÉTICOS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

BETWEEN LIFE AND RESOURCES: BIOETHICAL CONFLICTS IN URGENT AND
EMERGENCY SITUATIONS

Ana Carolina Perin Spenassato¹; Bruna Jacobs²; Eduarda Wolkmer³; Iara Backes⁴; Luiza
Trevisan⁵; Manoella Feltrin Orsato⁶; Milena Polli⁷

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de natureza básica, desenvolvida a partir de publicações disponíveis nas plataformas Google Acadêmico, SciELO, PubMed e Web of Science, no período de 2010 a 2024, complementada por Resoluções e Portarias pertinentes. O estudo analisa os desafios éticos enfrentados por profissionais de saúde em contextos de crise, como pandemias e desastres, com ênfase nos dilemas decorrentes da escassez de recursos e da necessidade de decisões moralmente complexas. Discutem-se os princípios da bioética (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) e sua aplicação em situações que exigem triagem e alocação justa de recursos. Além disso, aborda-se o impacto psicológico e moral sobre os profissionais da linha de frente, ressaltando o sofrimento ético diante das limitações institucionais. O trabalho propõe reflexões e recomendações sobre políticas públicas e protocolos éticos que conciliem eficiência, equidade e respeito à dignidade humana em situações emergenciais.

Palavras-chave: ética; crises sanitárias; triagem; justiça distributiva; sofrimento moral.

¹ Acadêmica do 6º semestre de Medicina da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. *E-mail:* 104079@aluno.uricer.edu.br

² Acadêmica do 6º semestre de Medicina da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. *E-mail:* 10409@aluno.uricer.edu.br

³ Acadêmica do 6º semestre de Medicina da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. *E-mail:* 104827@aluno.uricer.edu.br

⁴ Acadêmica do 6º semestre de Medicina da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. *E-mail:* 104028@aluno.uricer.edu.br

⁵ Acadêmica do 6º semestre de Medicina da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. *E-mail:* 104099@aluno.uricer.edu.br

⁶ Acadêmica do 6º semestre de Medicina da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. *E-mail:* 104026@aluno.uricer.edu.br

⁷ Acadêmica do 6º semestre de Medicina da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. *E-mail:* 104077@aluno.uricer.edu.br

ABSTRACT

This study is a basic bibliographic research developed from publications available in Google Scholar, SciELO, PubMed, and Web of Science between 2010 and 2024, complemented by relevant Resolutions and Ordinances. It analyzes the ethical challenges faced by healthcare professionals during crises such as pandemics and disasters, emphasizing dilemmas arising from resource scarcity and morally complex decision-making. The study discusses the bioethical principles — autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice — and their application in triage and fair resource allocation. Furthermore, it addresses the psychological and moral impact on frontline professionals, highlighting moral distress caused by institutional limitations. The paper concludes by reflecting on the need for public policies and ethical protocols that balance efficiency, equity, and respect for human dignity in emergency contexts.

Keywords: ethics; health crises; triage; distributive justice; moral distress.

1. INTRODUÇÃO

O setor de urgência e emergência configura-se como um dos espaços mais complexos e sensíveis do sistema de saúde, marcado pela imprevisibilidade, pela vulnerabilidade humana e pela constante pressão temporal. A necessidade de decisões imediatas em contextos de incerteza clínica transforma cada conduta médica em um ato de elevada responsabilidade moral (Iserson, 2006). Por reunir sofrimento intenso e risco iminente de morte, essa esfera de atuação faz com que a prática médica ultrapasse o domínio técnico e adentre o campo da reflexão ética (Goldim, 2006).

Trata-se, portanto, de um cenário de condições críticas e interdependentes que exigem atendimento em tempo reduzido, diante do risco de morte (Torrerão, 2003). Nessas circunstâncias, o imperativo de agir com rapidez desafia a observância plena dos princípios bioéticos, pois, em geral, inexistente uma relação médico-paciente previamente estabelecida, bem como conhecimento dos antecedentes ou tempo para consentimento informado. Diante disso, o princípio da beneficência, voltado a amenizar o sofrimento e preservar a vida, orienta as decisões, ainda que a autonomia do paciente, nesse contexto, torne-se limitada (Derse, 2006). Nessa conjuntura, a Bioética, enquanto reflexão interdisciplinar sobre o agir em situações de vulnerabilidade, fornece os fundamentos teóricos e morais para guiar o profissional em meio à pressão e à incerteza (Hossne, 2009; Goldim, 2006).

O ambiente emergencial, voltado à agilidade e à eficácia, impõe o desafio de conciliar a urgência da ação com os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (Beauchamp; Childress, 2002). Quando o paciente se encontra incapaz de expressar sua vontade e não há representante disponível, o médico detém a legitimidade ética de intervir a favor da vida, reconhecendo que a não ação traria danos irreparáveis (Torrerão, 2003; Moskop, 2006). Nessa exceção, a autonomia cede espaço à beneficência e ao dever de cuidado, reafirmando o compromisso moral do profissional com a preservação da dignidade e da vida humana.

Entre os conflitos mais recorrentes destaca-se o da justiça distributiva, particularmente evidente no processo de triagem, em que a alocação de recursos escassos e a definição de prioridades geram dilemas éticos complexos (Poll; Lunardi; Lunardi filho, 2008). As lógicas utilitaristas, que buscam maximizar benefícios coletivos, entram em tensão com o dever hipocrático de tratar cada vida como única (Fortes; Pereira, 2012). Nesse embate, a racionalidade utilitarista frequentemente colide com o imperativo moral de agir em prol do paciente concreto, reafirmando o valor da singularidade no cuidado.

Outro traço marcante da emergência é a fragilidade da relação médico-paciente, muitas vezes assimétrica e centrada na autoridade técnica. O médico assume o protagonismo da decisão clínica, guiado pelo conhecimento e pela urgência, enquanto o paciente permanece em posição de vulnerabilidade (Torrerão, 2003). Essa disparidade, somada às deficiências estruturais como superlotação, falta de materiais e escassez de pessoal, gera constrangimentos físicos e morais que ameaçam a equidade no atendimento e violam o princípio da justiça (Poll; Lunardi; Lunardi Filho, 2008).

As falhas sistêmicas e a precarização das condições de trabalho intensificam o sofrimento ético das equipes e comprometem a integridade do cuidado prestado (Iserson, 2006). Superar tais dilemas exige mais do que respostas individuais, requer uma ação institucional orientada por políticas públicas, formação ética permanente e condições adequadas de exercício profissional. A ética, nesse contexto, não pode restringir-se ao ato médico isolado, devendo constituir o alicerce da própria organização do sistema de saúde. Mesmo sob grande pressão temporal e diante de limitações materiais, é da integração entre competência técnica e reflexão bioética que emerge a legitimidade moral e social do cuidado em situações de urgência e emergência.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de natureza básica. A busca dos artigos ocorreu por conveniência nas plataformas Google Acadêmico, SciELO, PubMed e Web of Science, envolvendo produções em português e inglês entre os anos de 2010 e 2024. Ainda, Resoluções e Portarias também foram utilizadas para a redação do trabalho. Por meio da análise das contribuições científicas, este trabalho explora as diferentes abordagens sobre o acesso a tratamentos de infertilidade no contexto brasileiro, com ênfase nos avanços da reprodução humana assistida.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1. Contextualização e Desafios Éticos em Situações de Crise

Situações de crises sanitárias e humanitárias, como pandemias, desastres naturais e conflitos armados, desafiam profundamente os fundamentos éticos que orientam a prática médica, ao expor os sistemas de saúde a uma sobrecarga extrema. Em contextos nos quais a escassez de recursos compromete a capacidade de atendimento, o confronto

entre o respeito à autonomia individual e o dever de promover o bem coletivo torna-se inevitável, exigindo o uso prudente de recursos limitados para minimizar a morbimortalidade (Satomi *et al.*, 2020). Dessa forma, a atuação médica busca equilibrar os quatro principais princípios bioéticos (beneficência, não maleficência, justiça e autonomia) diante de um contexto de incertezas e limitações de meios.

Durante a pandemia de COVID-19, o colapso das unidades de pronto atendimento e de terapia intensiva, somado à escassez de leitos, ventiladores e equipamentos de proteção individual, configuraram um cenário de calamidade pública. Essa realidade deixou os profissionais da saúde diante de dilemas morais profundos, obrigando-os a tomar decisões difíceis, muitas vezes determinando quem teria acesso aos recursos potencialmente salvadores e quem não teria (Lima *et al.*, 2022; Sanches *et al.*, 2020). Ainda, surgiram impasses éticos entre o dever de assistir o paciente e o direito à própria segurança, principalmente diante da escassez de equipamentos de proteção individual (Lima *et al.*, 2022).

O dilema ético se intensifica em questões de urgência e vulnerabilidade quando há mais de uma referência moral válida, envolvendo profissionais, pacientes e familiares (Lima *et al.*, 2022). Essa complexidade levou a criação de protocolos oficiais que orientassem as decisões com base na bioética, oferecendo “diretrizes práticas para ação contextualizada” (Sanches *et al.*, 2020). Esses protocolos orientaram a alocação de ventiladores e vagas de UTI, por exemplo, com base em critérios clínicos, prognósticos e de justiça distributiva.

Emanuel *et al.* (2020) propuseram imperativos éticos universais para guiar decisões nesses contextos como: maximizar os benefícios dos recursos disponíveis, tratar as pessoas igualmente, reconhecer o valor instrumental dos profissionais essenciais e a prioridade de casos mais graves, não considerando o status socioeconômico como fator determinante. A Organização Mundial da Saúde reforça que o respeito à dignidade humana deve permanecer como princípio orientador de todas as decisões, assegurando que fatores irrelevantes, como raça, idade e religião, não influenciem na distribuição de cuidados.

Um dos dilemas éticos da pandemia foi o ageísmo, a discriminação baseada na idade, geralmente associada à priorização de vagas em unidade de terapia intensiva. Embora reflita a vulnerabilidade clínica desses pacientes, seu uso isolado como determinante viola princípios bioéticos e reforça desigualdades, levando a discussões sobre a necessidade de protocolos que transcendam o biologicismo e que incorporem uma perspectiva mais equitativa (Telles *et al.*, 2024).

Para Jeffrey (2020), a ética tradicional, baseada nos quatro pilares do princípalismo (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), mostrou-se insuficiente para lidar com dilemas coletivos. Enquanto a ética tradicional é centrada no indivíduo, a ética em saúde pública foca na população em geral. Essa mudança de foco impôs os maiores desafios enfrentados pelos profissionais de saúde, tradicionalmente formados para priorizar o paciente individualmente, mas que se viram obrigados a tomarem decisões orientadas ao interesse coletivo.

Os princípios da justiça, autonomia e beneficência são amplamente usados como referência nas discussões éticas. No entanto, em contextos críticos, como o da pandemia,

surge o questionamento sobre quem realmente tem acesso a esses valores e é contemplado por eles. Reconhecer que todos os indivíduos merecem respeito, solidariedade e proteção é fundamental para promover uma resposta mais justa e efetiva diante de crises sanitárias (Schveitzer; Thomé, 2021).

Dessa forma, a pandemia de 2020 evidenciou que os conflitos bioéticos na medicina de urgência e emergência vão além da parte técnica, alcançando também as dimensões morais, sociais e políticas. A soma da escassez de recursos, de sofrimento emocional dos profissionais e das desigualdades no acesso à assistência, revelou a necessidade de políticas que incorporem efetivamente os princípios bioéticos nos planos de contingência. Nesse cenário, a ética deixa de ser apenas uma reflexão teórica e torna-se um instrumento de justiça, solidariedade e humanidade em meio ao caos.

3.2. Critérios de Triage e Alocação Justa de Recursos

No contexto da urgência e emergência, os protocolos de triagem são ferramentas fundamentais para definir a prioridade de atendimento conforme a gravidade dos casos. Seu objetivo é orientar decisões justas, transparentes e consistentes diante da escassez de recursos. O utilitarismo é um princípio ético amplamente aplicado nesse cenário, pois busca salvar o maior número possível de vidas ou anos de vida, priorizando pacientes com melhores chances de sobrevivência (Emanuel *et al.*, 2020). Entretanto, embora inevitável em situações de crise, o utilitarismo não deve justificar discriminação contra pessoas idosas, com deficiência ou doenças crônicas (Tolchin *et al.*, 2020).

Outro protocolo amplamente utilizado é o START (Simple Triage and Rapid Treatment), criado em 1983, cujo objetivo é avaliar cada paciente em menos de 60 segundos e classificá-lo em quatro categorias: vermelho, para pacientes críticos com chance de sobrevivência se tratados rapidamente; amarelo, para casos graves que podem aguardar atendimento após os vermelhos; verde, para lesões leves; e preto, para pacientes sem sinais de vida ou sem possibilidade de sobrevivência em cenários de desastre. O protocolo baseia-se nos critérios R-P-M (Respiração, Pulso e Mente), considerando vermelho o paciente com frequência respiratória > 30/minuto, pulso radial ausente ou enchimento capilar > 2 segundos, e ausência de resposta a comandos (Dennis *et al.*, 2013). No entanto, estudos apontam que o START apresenta erros significativos de sobretriagem e subtriagem, não devendo ser utilizado como ferramenta isolada em situações de desastre (Franc *et al.*, 2022).

No consenso atual, um protocolo que reúne os melhores elementos de sistemas anteriores é o SALT (Sort, Assess, Lifesaving Interventions, Treatment/Transport), considerado um avanço promissor (Iserson; Moskop, 2007). O protocolo consiste em quatro etapas: classificar rapidamente, na qual as vítimas capazes de se mover são identificadas como verdes (mínimas); avaliar individualmente, em que se analisa respiração, perfusão e estado mental para definir a prioridade imediata de tratamento ou transporte; intervenções de suporte de vida, como abertura de vias aéreas, ventilação assistida e controle de hemorragias graves; e, por fim, o momento em que as vítimas são categorizadas conforme a gravidade, sendo elas vermelho, para risco de morte tratável;

amarelo, para casos graves que podem aguardar; verde, para ferimentos leves; preto, para ausência de sinais vitais; e cinza, para lesões extremamente graves com baixa probabilidade de sobrevivência diante dos recursos disponíveis (Purwadi *et al.*, 2021).

Outros autores defendem que as decisões éticas em saúde também devem ser guiadas por princípios humanitários e pelo diálogo com o paciente, considerando a autonomia, a beneficência, a transparência e a comunicação, uma vez que a ausência desses elementos pode gerar discriminação étnica e social (Ho; Neo, 2021). A decisão de quem recebe tratamento não é apenas uma decisão técnica, mas também ética e política, cabendo à sociedade definir quais valores devem orientar a triagem, como equidade, benefício coletivo e proteção da vulnerabilidade. Ainda nesse contexto, estudos apontam que atribuir valor social ao indivíduo pode acentuar discriminações e desigualdades (Cordeiro-Rodrigues, 2022).

Nesse contexto, estudos evidenciam que a desigualdade social interfere diretamente nos processos de triagem, uma vez que os protocolos clínicos tendem a favorecer grupos mais privilegiados. Pessoas negras, pobres e com baixa escolaridade, por apresentarem maior prevalência de doenças crônicas associadas a determinantes sociais, acabam sendo duplamente penalizadas durante a triagem (Tolchin; Hull; Kraschel, 2020). Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos avaliou possíveis diferenças raciais, étnicas e de gênero na atribuição de níveis de prioridade de triagem e demonstrou que pacientes negros e hispânicos receberam, com maior frequência, escores menos urgentes, maior tempo de espera e menor probabilidade de realizar exames ou internações. De forma semelhante, mulheres também foram mais propensas a receber classificações menos urgentes em comparação aos homens, mesmo diante de condições clínicas equivalentes, resultando em atraso diagnóstico e piores desfechos, o que evidencia um viés estrutural implícito no processo de triagem (Patel *et al.*, 2024).

Dessa forma, os protocolos de triagem devem ser fundamentados em princípios de justiça e ética. A justiça implica que a triagem seja orientada por critérios éticos claros, públicos e passíveis de revisão, garantindo transparência, consistência e possibilidade de controle social. O princípio da liberdade reforça o direito dos pacientes de compreender e questionar as decisões que os afetam. Por fim, parte-se do entendimento de que todos os indivíduos possuem igual valor moral, devendo-se evitar o viés discriminatório no processo de triagem (Zhu *et al.*, 2022).

3.3. *Implicações Morais e Psicológicas das Decisões*

Durante pandemias e outras situações de crise sanitária, os sistemas de saúde são submetidos a pressões excepcionais decorrentes da escassez de recursos materiais, tecnológicos e humanos (Satomi *et al.*, 2020). Essa sobrecarga impõe aos profissionais da linha de frente dilemas éticos complexos, exigindo decisões sobre alocação de recursos vitais e priorização do atendimento (Glad *et al.*, 2024). Quando tais escolhas recaem sobre indivíduos já física e emocionalmente exauridos, amplia-se o risco de estresse e adoecimento psíquico (Satomi *et al.*, 2020).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a saúde mental corresponde a um estado de equilíbrio no qual o indivíduo reconhece suas próprias capacidades e consegue lidar com as tensões cotidianas. A pandemia de COVID-19, uma das maiores emergências sanitárias das últimas décadas, rompeu esse equilíbrio, gerando repercussões psicológicas duradouras entre os profissionais que atuaram na linha de frente (Tannús *et al.*, 2024). O aumento expressivo de casos, a sobrecarga de trabalho, o medo da infecção e a escassez de equipamentos de proteção individual comprometeram a saúde mental desses trabalhadores (Pereira; Souza, 2022). Tais fatores resultaram no aumento de quadros de ansiedade, depressão e exaustão emocional entre os profissionais de saúde (Tannús *et al.*, 2024).

Sob a perspectiva bioética, essas experiências se associam diretamente ao fenômeno do sofrimento moral, definido como a sensação de saber qual seria a ação eticamente adequada, mas estar impossibilitado de realizá-la devido a restrições institucionais ou estruturais (Epstein *et al.*, 2019). Em contextos de escassez, os profissionais enfrentam conflitos entre seus valores de cuidado e a realidade imposta pela falta de recursos, vivenciando sentimentos de culpa, impotência e frustração. Assim, as decisões tomadas em situações de crise repercutem de forma devastadora nas dimensões moral e psicológica desses profissionais, potencializando o sofrimento psíquico (Glad *et al.*, 2024).

3.4. Consequências da pandemia e Perspectivas para Crises Éticas Futuras

As repercussões globais da pandemia de COVID-19 constituem um eixo central de investigação na literatura científica internacional. Nesse contexto, observa-se que inúmeros países não dispunham do planejamento e dos recursos necessários para enfrentar uma crise sanitária de tal magnitude, situação evidenciada no caso da Itália, cujo sistema público de saúde demonstrou-se incapaz de suportar eficientemente a demanda de uma pandemia (Remuzzi; Remuzzi, 2020). O Brasil, da mesma forma, também mostrou-se fragilizado devido ao subfinanciamento estrutural do Sistema Universal de Saúde (SUS), fator agravante e motivador de pânico e insegurança coletiva (Marques, 2017).

A falta de planejamento, tanto financeiro quanto organizacional, contribuiu diretamente para as deteriorações provocadas na saúde mental dos profissionais que atuavam na linha de frente. Vítimas de um constante teste aos seus princípios éticos e profissionais, esses indivíduos colocaram em risco sua própria vida e a de seus familiares em prol da comunidade e, por causa disso, seu bem-estar psíquico pagou o preço (Giovana *et al.*, 2020). Médicos intensivistas, experientes ou não, foram expostos a situações de conflito moral entre sua vida pessoal, seus princípios éticos e a responsabilidade de salvar vidas, frequentemente se deparando com decisões difíceis acerca da priorização de pacientes. Independente da conduta tomada e da inevitabilidade das perdas frente a um cenário tão hostil, a impotência e a sensação de incapacidade tornam-se sentimentos predominantes no cotidiano dessas pessoas (Santos, 2020).

Como consequência, percebeu-se a ascensão de casos severos de burnout, insônia e estresse crônico nessa população. Ademais, a recorrente exposição ao risco de

contaminação, a perda de pacientes e colegas e o desgaste emocional contribuíram para um quadro persistente de fragilidade psicológica nos profissionais da saúde (Biber *et al.*, 2022). Com o objetivo de apaziguar tais efeitos, um estudo norte-americano propôs um programa de treinamento denominado “Stress First Aid” (SFA). Baseado na capacitação informal, essas equipes multidisciplinares passam a reconhecer suas próprias reações emocionais e identificar sinais de sofrimento psíquico em colegas, proporcionando suporte mútuo mesmo sem formação especializada em saúde mental. Como resultados, a maioria dos participantes (60%) relatou um impacto positivo sobre seu humor, além da aproximação de colegas de equipe (Timmins *et al.*, 2025).

Sob outra ótica, as crises emergenciais evidenciaram, também, a necessidade de padronização dos regulamentos intervencionistas em um nível global, especialmente em ambientes de escassez de recursos. Protocolos desatualizados para a distribuição e alocação de recursos trazem margem para decisões clínicas baseadas na probabilidade de benefícios, nas quais idosas são frequentemente categorizadas como custosas para o sistema (Ho; Neo, 2021). Desse modo, Soares *et al* (2021) define a pandemia como um marco explícito das raízes ageistas da medicina ocidental, uma vez que, na conjuntura pandêmica, esta determinou condutas médicas com significativas perdas resultantes dessa faixa-etária. A adoção controversa da idade cronológica como um critério único para definir prognóstico desconsidera a heterogeneidade do envelhecimento.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Bioética (2020), o princípio da dignidade humana e da beneficência devem nortear as decisões em saúde, sem qualquer discriminação ou desvalorização de pessoas, comunidades ou grupos vulneráveis. Logo, o pensamento etarista fere esses princípios, pois subjugua a condição do idoso à sua incapacidade de produtividade e não lhe oferece todas as ferramentas de cura disponíveis. Diante disso, é imperioso lutar pela atualização dos protocolos vigentes, a fim de combater os preconceitos e julgamentos clínicos inadequados, e, dessa forma, promover uma conduta pautado por princípios bioéticos solidamente estruturados (Storto *et al.*, 2021)

Por fim, a superação dos erros cometidos em crises passadas é dependente da criação de novas estratégias estruturadas para a prevenção e resposta rápida aos imprevistos. Chu (2025) destaca que os sistemas de saúde devem estar equipados para atender às necessidades de sua população, assegurando recursos como equipamentos de proteção individual (EPIs), vacinas, medicamentos e ferramentas de suporte ventilatório. Ainda, a COVID-19 ressaltou a relevância de priorizar o bem-estar integral dos profissionais da saúde e reconhecer o papel fundamental desempenhado pelos pesquisadores e cientistas no desenvolvimento de soluções em momentos de emergência, como a produção de vacinas (Ayoade Alakija, 2023).

4. CONCLUSÕES

As crises sanitárias e humanitárias, especialmente a pandemia de COVID-19, revelaram a fragilidade estrutural dos sistemas de saúde e os limites da ética tradicional centrada no indivíduo. Em meio à escassez de recursos e à pressão por decisões imediatas, os princípios bioéticos assumem papel essencial na orientação de condutas

justas e humanizadas. A triagem e a alocação de recursos devem basear-se em critérios transparentes e éticos, evitando discriminações e assegurando o respeito à dignidade humana. Além disso, torna-se imprescindível o cuidado com a saúde mental dos profissionais, frequentemente expostos a sofrimento moral. Conclui-se que o equilíbrio entre eficiência, equidade e humanidade constitui o núcleo das práticas éticas em contextos de crise, demandando políticas públicas e protocolos universais que incorporem a bioética como instrumento de justiça e solidariedade.

REFERÊNCIAS

ALAKIJA, A. Leveraging lessons from the COVID-19 pandemic to strengthen low-income and middle-income country preparedness for future global health threats. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 23, n. 8, p. e310–e317, ago. 2023.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BIBER, J. *et al.* Mental health impact on healthcare workers due to the COVID-19 pandemic: a U.S. cross-sectional survey study. **Journal of Patient-Reported Outcomes**, v. 6, n. 1, 13 jun. 2022.

CHU, C. Global health security in the post-COVID-19 era: threats, preparation, and response. **Osong Public Health and Research Perspectives**, v. 16, n. 2, 4 abr. 2025.

CORDEIRO-RODRIGUES, L. Operative public values as a tool for healthcare decisions: the social value and clinical criteria of triage. **Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine**, v. 17, n. 1, p. 12, 28 set. 2022.

DENNIS, J. M.; CAI, B.; COOPER, J. K.; FIELD, D. E. Testing the START Triage Protocol: Can It Improve the Ability of Nonmedical Personnel to Better Triage Patients During Disasters and Mass Casualties Incidents? **Disaster Medicine and Public Health Preparedness**, v. 7, n. 1, p. 13-18, 2013. DOI: 10.1017/dmp.2012.54.

EMANUEL, E. J. *et al.* Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 21, p. 2049–2055, 21 maio 2020.

EPSTEIN, E. G. *et al.* Enhancing Understanding of Moral Distress: The Measure of Moral Distress for Health Care Professionals. **AJOB Empirical Bioethics**, v. 10, n. 2, p. 113-124. DOI: 10.1080/23294515.2019.1586008.

FORTES, P. A. C.; PEREIRA, P. C. A. Priorização de pacientes em emergências médicas: uma análise ética. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 2012.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ramb/a/Jt5zqq99qV8fX8dFL6L9cKN/?format=html&lang=pt>.

Acesso em: 5 nov. 2025. (OK)

- FRANC, J. M. *et al.* METASTART: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Diagnostic Accuracy of the Simple Triage and Rapid Treatment (START) Algorithm for Disaster Triage. **Prehospital and Disaster Medicine**, v. 37, n. 1, p. 106–116, 17 fev. 2022.
- GIOVANA, M. *et al.* Intervenções em saúde mental para profissionais de saúde frente à pandemia de Coronavírus. **Rev. Enferm. UERJ** (Online), p. 49923–49923, 2020.
- GLAD, K. A. *et al.* Health care workers' qualitative descriptions of ethically challenging situations evoking moral distress during Covid-19. **Sage Journals**, v. 31, n. 8, 2024. DOI: 10.1177/09697330241257567.
- GOLDIM, R. J. Bioética: Origens e Complexidade. **Revista HCPA**, 2006. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/164730> Acesso em: 5 nov. 2025.
- HO, Esther Peiyang; NEO, Han-Yee. COVID-19: prioritise autonomy, beneficence and conversations before score-based triage. *Age and Ageing*, v. 50, n. 1, p. 11-15, 2021. DOI: 10.1093/ageing/afaa205.
- ISERSON, K. V.; MOSKOP, J. C. Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types. **AMA Journal of Ethics**, v. 9, n. 3, p. 185-191, 2007.
- ISERSON, K. V. Ethical Principles—Emergency Medicine. **Emergency Medicine Clinics of North America**, v. 24, p. 513–545, 2006. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7127201/>. Acesso em: 5 nov. 2025.
- JEFFREY, D. I. Relational ethical approaches to the COVID-19 pandemic. **Journal of Medical Ethics**, v. 46, n. 8, p. 495–498, ago. 2020.
- LIMA, A. F. S. *et al.* Dilemas éticos durante a pandemia de covid-19. **Revista Bioética**, v. 30, n. 1, p. 19–26, mar. 2022.
- MARQUES, R. M. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Planej. polít. públicas**, p. 35–53, 2017.
- MAYO CLINIC. Mass casualty triage guidelines revised. **Mayo Clinic Medical Professionals – Trauma News**, 8 maio 2021.
- MOSKOP, J. C. Informed Consent and Refusal of Treatment: Challenges for Emergency Physicians. **Emergency Medicine Clinics of North America**, v. 24, p. 605–618, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16877132/>. Acesso em: 5 nov. 2025.
- OLIVEIRA, P. B. P. *et al.* Bioética no atendimento de urgência e emergência: relação médico-paciente, desafios e critérios de atendimento. **Thema et Scientia**. Disponível em: <https://themaetscientia.fag.edu.br/index.php/RTES/article/view/1451>. Acesso em: 6 nov. 2025.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ethics and COVID-19: resource allocation and priority-setting** [s.l.: s.n.].

PATEL, M. D. *et al.* Patient sex, racial and ethnic disparities in emergency department triage: A multi-site retrospective study. **The American Journal of Emergency Medicine**, v. 76, p. 29–35, fev. 2024.

PEREIRA, N. C.; SOUZA, P. A. O impacto na saúde mental dos profissionais da área da saúde frente a pandemia por Covid 19. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [S. l.], v. 50, n. 3, p. 41–55, 2022. DOI: 10.63845/h2d3fa74.

POLL, M. A.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. **Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo**, v. 21, n. 3, p. 509–514, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_21.pdf. Acesso em: 9 nov. 2025.

PURWADI, H. *et al.* The SALT and START Triage System for Classifying Patient Acuity Level: A Systematic Review. **Nurse Media Journal of Nursing**, v. 11, n. 3, p. 413–427, 27 dez. 2021.

REMUZZI, A.; REMUZZI, G. COVID-19 and Italy: what next? **The Lancet**, v. 395, n. 10231, p. 1225–1228, mar. 2020.

SANCHES, M. A. *et al.* Perspectivas bioéticas sobre tomada de decisão em tempos de pandemia. **Revista Bioética**, v. 28, n. 3, p. 410–417, set. 2020.

SANTOS, L. S. Dilemas morais da gestão pública brasileira no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 909–922, ago. 2020.

SATOMI, E. *et al.* Fair allocation of scarce medical resources during COVID-19 pandemic: ethical considerations. **Einstein (São Paulo)**, v. 18, 24 abr. 2020. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020AE5775.

SCHVEITZER, M. C.; THOME, B. DA C. Research ethics and resource allocation in times of covid-19. **Revista Bioética**, v. 29, n. 1, p. 21–26, mar. 2021.

Sociedade Brasileira de Bioética. Recomendação SBB nº 01/2020. Define os aspectos éticos no enfrentamento da covid-19, em defesa dos mais vulneráveis e do acesso igualitário aos leitos de UTI [Internet]. **Brasília: Sociedade Brasileira de Bioética**; 2020. Disponível: <https://bit.ly/3vipqvE>

SOARES, T. S. *et al.* Covid-19 e ageísmo: avaliação ética da distribuição de recursos em saúde. **Revista Bioética**, v. 29, n. 2, p. 242–250, jun. 2021.

STORTO, G. G. *et al.* Bioética e a alocação de recursos na pandemia de covid-19. **Revista Bioética**, v. 29, n. 4, p. 825–831, dez. 2021.

TANNÚS, S. F. *et al.* A saúde mental dos trabalhadores da saúde pós pandemia da COVID-19: análise epidemiológica e conceitual. **Revista Sustinere - edição suplementar**, v. 12, 2023. DOI: <https://doi.org/10.12957/sustinere.2024.80216>.

TELLES, A. O. *et al.* THE SARS-COV-2 PANDEMIC AND THE IMPACT ON MEDICAL PRACTICE. In: **The Impact of Innovation: Navigating Through Multidisciplinary Research**. [s.l.] Seven Editora, 2024.

TIMMINS, G. *et al.* Health care worker experiences with a brief peer support and well-being intervention during the COVID-19 pandemic. **BMC Health Services Research**, v. 25, n. 1, 30 set. 2025.

TOLCHIN, B.; HULL, S. C.; KRASCHEL, K. Triage and justice in an unjust pandemic: ethical allocation of scarce medical resources in the setting of racial and socioeconomic disparities. **Journal of Medical Ethics**, v. 47, n. 3, p. 200–202, mar. 2021.

TORRERÃO, A. L. Aspectos éticos na emergência. **Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo**, v. 49, n. 1, p. 1–23, jan./mar. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n1/15364.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2020.

ZHU, J. *et al.* An ethical analysis of clinical triage protocols and decision-making frameworks: what do the principles of justice, freedom, and a disability rights approach demand of us? **BMC Medical Ethics**, v. 23, n. 1, p. 11, 11 dez. 2022.

PROTEÇÃO VS AUTONOMIA: UM OLHAR BIOÉTICO SOBRE A TOMADA DE DECISÃO EM PEDIATRIA

PROTECTION VS AUTONOMY: A BIOETHICAL VIEW ON DECISION-MAKING IN PEDIATRICS

Julia Vicari Santa Catharina¹; Júlia Martello da Silva²; Laura Gabriella Boscheto Vicari³; Maísa Diane Turra Lena⁴; Polyana Cristina Konflanz Heffel⁵; Thais Martinelli⁶; Thuany Banaszkeski⁷

RESUMO

O presente estudo discute o delicado equilíbrio entre proteção e autonomia na tomada de decisões em pediatria, sob uma perspectiva bioética e jurídica. Esta pesquisa, de caráter qualitativo, descritivo e exploratório, baseou-se em revisão bibliográfica, abordando os princípios da bioética, a vulnerabilidade infantil e os desafios éticos em saúde. Observa-se que a criança, embora vulnerável, deve ser reconhecida como sujeito ativo de direitos, cuja autonomia evolui conforme o desenvolvimento cognitivo, emocional e social. A literatura destaca que a autonomia deve ser estimulada por meio do diálogo entre médico, pais e paciente, respeitando o princípio do melhor interesse da criança. A autoridade parental, embora essencial na orientação e proteção, encontra limites éticos e legais quando entra em conflito com a dignidade e os direitos fundamentais do menor. Nesse contexto, a bioética atua como um guia para a prática médica humanizada, promovendo decisões compartilhadas, comunicação acessível e valorização da escuta infantil. O estudo conclui que o futuro da pediatria ética depende da transição de um modelo centrado na família para um cuidado centrado na criança, reconhecendo-a como protagonista do próprio processo de saúde, sem negligenciar sua vulnerabilidade.

Palavras-chave: ética médica; assentimento infantil; vulnerabilidade.

¹Acadêmica do sexto semestre do curso de Medicina da URI - Erechim, 104110@aluno.uricer.edu.br

²Acadêmica do sexto semestre do curso de Medicina da URI - Erechim, 109579@aluno.uricer.edu.br

³Acadêmica do sexto semestre do curso de Medicina da URI - Erechim, 105174@aluno.uricer.edu.br

⁴Acadêmica do sexto semestre do curso de Medicina da URI - Erechim, maisaturralena@gmail.com

⁵Acadêmica do sexto semestre do curso de Medicina da URI - Erechim, 105173@aluno.uricer.edu.br

⁶Acadêmica do sexto semestre do curso de Medicina da URI - Erechim, 102213@aluno.uricer.edu.br

⁷Acadêmica do sexto semestre do curso de Medicina da URI - Erechim, 104656@aluno.uricer.edu.br

ABSTRACT

This study discusses the delicate balance between protection and autonomy in pediatric decision-making from a bioethical and legal perspective. This qualitative, descriptive, and exploratory research was based on a bibliographic review, addressing bioethical principles, childhood vulnerability, and the ethical challenges in healthcare. Although children are considered vulnerable, they must be recognized as active subjects of rights, whose autonomy evolves according to cognitive, emotional, and social development. The literature emphasizes that progressive autonomy should be encouraged through dialogue among physicians, parents, and patients, in alignment with the child's best interests. Parental authority, while essential for guidance and protection, faces ethical and legal limits when it conflicts with the dignity and fundamental rights of the child. In this context, bioethics serves as a guide for humanized medical practice, promoting shared decision-making, accessible communication, and valuing the child's voice. The study concludes that the future of ethical pediatrics depends on the transition from a family-centered model to a child-centered approach, recognizing children as protagonists in their own health process without neglecting their vulnerability.

Keywords: medical ethics; children's rights; vulnerability.

1. INTRODUÇÃO

A Bioética surgiu na década de 1970 para enfrentar os dilemas éticos gerados pelos avanços científicos, fundamentando-se nos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Na pediatria, o respeito à autonomia apresenta desafios específicos, pois depende do desenvolvimento da criança, da participação dos pais e da responsabilidade do pediatra em garantir o bem-estar do paciente (Madeira, 2011; Leone, 2011).

A autonomia refere-se à capacidade de decidir livremente com base na compreensão e reflexão. Em crianças e adolescentes, isso é progressivo e deve ser avaliado conforme a idade e o estágio de desenvolvimento biopsicossocial, levando em conta aspectos cognitivos, emocionais e sociais (Piaget, 1972; Leone, 2011; Coutinho, 2016).

Nesse contexto, destaca-se o assentimento, que consiste na participação gradual da criança nas decisões sobre sua saúde, diferente do consentimento, que cabe aos plenamente capazes. O proxy consent, exercido pelos pais ou responsáveis, continua sendo o mais aplicado, mas incluir a criança no processo decisório fortalece sua autonomia e favorece relações mais éticas e colaborativas entre médico, paciente e família (Madeira, 2011; Leone, 2016).

Dilemas éticos emergem quando há conflito entre os princípios bioéticos, o melhor interesse da criança e as decisões dos responsáveis, como em situações de cuidados paliativos, recusa de transfusão por motivos religiosos ou tratamentos de alto risco. A solução deve basear-se na tomada de decisão compartilhada, com comunicação clara e

respeito à voz da criança, recorrendo a Comitês de Bioética, Conselhos Tutelares ou ao Judiciário quando necessário, garantindo que as decisões preservem os princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia (Madeira, 2011; Leone, 2016; Brasil, 1990).

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, realizada por meio de revisão bibliográfica sobre autonomia, proteção e tomada de decisão em pediatria sob enfoque bioético e jurídico. A coleta de dados ocorreu utilizando bases como SciELO, PubMed, SpringerLink, Fiocruz, UNICEF e portais do CFM e do Senado Federal. Foram incluídas obras em português, inglês e espanhol que discutem consentimento e assentimento infantil, dilemas éticos na prática pediátrica, princípios bioéticos e direitos da criança e do adolescente. A análise seguiu uma abordagem temática, visando compreender a relação entre proteção e autonomia na atenção pediátrica à luz dos princípios bioéticos clássicos e da legislação vigente.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Fundamentos bioéticos na pediatria

A bioética pediátrica baseia-se nos princípios de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. O pediatra deve sempre agir em benefício da criança, promovendo saúde, crescimento e desenvolvimento por meio de prevenção, orientação e tratamento adequado (Eller; Breder; Albuquerque, 2023).

O princípio da não maleficência exige evitar intervenções desnecessárias ou potencialmente danosas, como exames invasivos sem indicação e uso inadequado de medicamentos. Já a autonomia, em pediatria, é gradual: crianças têm capacidade limitada de decisão, enquanto adolescentes devem ser escutados e envolvidos nas escolhas sobre sua saúde, com diálogo claro entre médico, paciente e pais (Spriggs *et al.*, 2023).

Justiça é garantir que todas as crianças tenham igual acesso a cuidados de saúde, independentemente de condição socioeconômica, cultural ou familiar. Também envolve decisões difíceis em situações de escassez de recursos (como leitos de UTI pediátrica), vacinação universal e programas de atenção básica para todas as crianças (Eller; Breder; Albuquerque, 2023).

3.1.1 Vulnerabilidade da criança e necessidade de proteção

A criança é um sujeito vulnerável por estar em desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social, o que a torna mais suscetível a riscos e desigualdades. Dessa forma, requer proteção especial, assegurando que todas as decisões sigam o princípio do melhor interesse da criança, com intervenções médicas seguras, justificadas e defesa contra

decisões potencialmente prejudiciais, inclusive por parte dos responsáveis (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019; Taylor, 2018).

3.1.2 Desenvolvimento progressivo da capacidade de decisão

A autonomia da criança é um processo progressivo que acompanha seu amadurecimento cognitivo e emocional. Na primeira infância, as decisões cabem aos pais ou responsáveis, mas o cuidado deve sempre respeitar sua dignidade. À medida que cresce, especialmente em idade escolar, a criança já pode ser envolvida no diálogo sobre sua saúde, e na adolescência sua opinião deve ser valorizada, buscando-se o assentimento. Na prática clínica, o consentimento informado é concedido pelos responsáveis legais, enquanto o assentimento deve ser solicitado à criança ou ao adolescente sempre que possível, reconhecendo seu direito de participar das decisões que dizem respeito à própria vida (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019; Taylor, 2018).

3.2 Autonomia na infância e adolescência

A autonomia na infância e na adolescência é um processo gradual, influenciado pelo desenvolvimento cognitivo, emocional e social, além da mediação dos pais e da postura ética dos profissionais de saúde. A relação entre médico, paciente e responsáveis é essencial para um cuidado humanizado e para decisões compartilhadas. A autonomia infantil é evolutiva e deve ser estimulada conforme o nível de compreensão da criança, sempre orientada pelo princípio do “melhor interesse”. Enquanto o consentimento é um ato legal dos responsáveis, o assentimento expressa a vontade da criança ou adolescente, reconhecendo seu direito de ser ouvida. É fundamental incluí-la nas decisões, adaptando a comunicação à sua idade e capacidade de entendimento. Em situações de urgência, o médico pode agir sem consentimento formal, desde que busque proteger a saúde e a vida do paciente. A comunicação clara e empática fortalece o vínculo terapêutico, melhora a adesão ao tratamento e reduz a ansiedade. Incluir a criança no processo decisório estimula responsabilidade, confiança e aceitação das condutas médicas, reforçando um cuidado ético, sensível e centrado no paciente (Camoin *et al.*, 2018; Dreisinger; Zapolsky, 2018; Escudero *et al.*, 2022; Francis *et al.*, 2018; Lombardi *et al.*, 2018; Mitchell *et al.*, 2018; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019; Taylor, 2018; Van Hoof *et al.*, 2018).

3.3 O papel dos pais e responsáveis

A autoridade parental constitui um dever ético e jurídico de orientar, proteger e promover o desenvolvimento integral dos filhos. O Código Civil substituiu o antigo “pátrio poder” pelo “poder familiar”, sinalizando a passagem de um modelo autoritário para uma relação pautada no diálogo, no respeito e na corresponsabilidade. Esse poder deve sempre observar o princípio do melhor interesse da criança, como ilustra o caso Ashya King, em que a Justiça reconheceu que os pais, ao buscar um tratamento alternativo para o filho

com câncer, agiram visando ao seu bem-estar. Situação semelhante ocorreu no Brasil, com um bebê portador de amiotrofia espinhal tipo I, cujos pais solicitaram que não fossem realizadas intervenções invasivas, decisão considerada legítima por valorizar a dignidade e os limites da vida. Conflitos entre decisões médicas, valores familiares e crenças religiosas são frequentes, mas a intervenção estatal só se justifica quando a saúde ou o desenvolvimento da criança estão em risco. Assim, o poder familiar deve equilibrar proteção e autonomia progressiva, garantindo à criança espaço para participar das decisões e desenvolver discernimento próprio (Boseley, 2014; Bowcott, 2014; Cowburn, 2015; Diniz, 2006; Silmann; De Sá, 2015; Teixeira; Penalva, 2008).

3.4 A Tomada de decisão compartilhada

O modelo de capacidade jurídica da criança foi reinterpretado à luz dos Direitos Humanos pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), que, em seu artigo 12, garante a todos o direito à capacidade legal em igualdade de condições. A CDPD distingue a capacidade jurídica, reconhecimento do indivíduo como sujeito de direitos e deveres, da capacidade mental, relacionada à habilidade de compreender e decidir, propondo substituir o modelo de decisão substituta pelo de tomada de decisão apoiada, que valoriza a autonomia e a autodeterminação (Eller; Breder; Albuquerque, 2023; Eler, 2020).

O princípio das capacidades evolutivas da criança, previsto no artigo 5º da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) e no artigo 3º da CDPD, reconhece-a como sujeito ativo de direitos, cujas competências se desenvolvem de forma progressiva. Pais e responsáveis devem ajustar sua orientação conforme o nível de maturidade e discernimento da criança, garantindo que suas escolhas respeitem seu desenvolvimento, preferências e o princípio do melhor interesse (Eler, 2020).

A autonomia infantil deve ser estimulada gradualmente, acompanhando a capacidade de compreender e participar das decisões. Para isso, a comunicação deve ser adequada à idade e ao nível de entendimento, possibilitando que a criança compreenda as opções disponíveis e expresse sua vontade. Essa prática fortalece a autonomia progressiva e a formação de um sujeito consciente de seus direitos, exigindo dos profissionais de saúde e familiares uma linguagem clara, empática e acessível (Lansdown, 2005).

O modelo relacional de cuidado, por sua vez, valoriza a cooperação entre pais, crianças e profissionais de saúde na construção das habilidades decisórias. A interação com adultos e pares contribui para o amadurecimento cognitivo, emocional e social, e a atuação integrada da equipe multiprofissional é essencial para criar um ambiente participativo, que estimule o diálogo, minimize conflitos e promova a autonomia infantil no processo de decisão em saúde (Eler, 2020; Lansdown, 2005).

3.5 Aspectos legais e éticos no Brasil.

A prática médica no Brasil apoia-se em fundamentos éticos e legais que asseguram a dignidade, a autonomia e a integridade dos pacientes, em consonância com a Constituição Federal. O Código de Ética Médica orienta o exercício profissional pelos princípios da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, reforçando a importância do sigilo e do consentimento informado. O Estatuto da Criança e do Adolescente complementa esse marco ao garantir o direito à saúde, à proteção integral e à participação da criança nas decisões, conforme seu grau de maturidade. A bioética, especialmente por meio do modelo dos quatro princípios, oferece um referencial para a resolução de dilemas morais, buscando equilibrar a autonomia individual, a preservação da vida e os limites éticos da intervenção médica, sobretudo em situações de vulnerabilidade (Do Brasil, 1988; Brasil, 1990; Diniz; Guilhem, 2012).

3.6 Desafios e perspectivas

A prática pediátrica envolve dilemas éticos que exigem equilibrar a proteção integral da criança com o fortalecimento de sua autonomia progressiva, reconhecendo-a como sujeito de direitos e participante ativa nas decisões sobre seu cuidado. As escolhas em saúde infantil demandam sensibilidade ética, respeito às famílias e consideração do contexto sociocultural. A autonomia deve ser promovida gradualmente, por meio da escuta e participação da criança, sem comprometer sua segurança. A idade, isoladamente, não define a capacidade de decisão, sendo que o conceito de “capacidade sanitária” é mais adequado, pois considera maturidade e compreensão. Superar o modelo centrado apenas na família e adotar um cuidado centrado na criança, baseado em direitos humanos e comunicação acessível, é essencial. O avanço da bioética pediátrica depende desse equilíbrio entre proteção e autonomia, sustentado por mudanças legais, institucionais e culturais que garantam o respeito à voz, dignidade e participação infantil (Eller; Breder; Albuquerque, 2023).

4. CONCLUSÕES

O equilíbrio entre proteção e autonomia na pediatria representa um dos maiores desafios éticos da prática médica. A criança, simultaneamente vulnerável e dotada de potencial para a autodeterminação, deve ser vista como sujeito de direitos e participante ativa nas decisões sobre seu cuidado. Proteger não significa limitar sua autonomia, mas favorecer sua compreensão e participação progressiva. Assim, o princípio do melhor interesse deve envolver médicos, pais e pacientes em corresponsabilidade. A tomada de decisão compartilhada fortalece o vínculo terapêutico, melhora a adesão ao tratamento e estimula o desenvolvimento moral da criança. A bioética, nesse contexto, atua como mediadora entre ciência e humanidade, orientando um cuidado pediátrico que una proteção, autonomia e respeito à dignidade infantil.

REFERÊNCIAS

BOSELEY, S. Ashya King case could lead to families rejecting NHS advice, doctors warn. **The Guardian**, 2014. Disponível em: <https://www.theguardian.com/society/2014/nov/12/ashya-king-nhs-advice-cancer-doctors>. Acesso em: 10 out. 2025

BOWCOTT, Ashya King no longer a ward of court. **The Guardian**, 2014. Disponível em: <https://www.theguardian.com/uk-news/2014/sep/08/ashya-king-no-longer-ward-high-court-parents-treatment>. Acesso em: 10 out. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 30 out. 2025.

CAMOIN, A. *et al.* Ethical issues and dentists' practices with children with intellectual disability: A qualitative inquiry into a local French health network. **Disability and Health Journal**, v. 11. e. 3, p. 412-419, 2018. Universidade de Marsala. Marsala, França. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.01.001>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1936657418300025?via%3Dihub>. Acesso em: 28 out. 2025.

COUTINHO, A. P. A. Autonomia, vulnerabilidade e limites éticos em pediatria. **Residência Pediátrica**, Rio de Janeiro, v. 6, supl. 1, p. 21–23, 2016. Disponível em: <https://residenciapediatrica.com.br/detalhes/6-suplemento-1-2016>. Acesso em: 30 out. 2025.

DO BRASIL, Senado Federal. Constituição da república federativa do Brasil. **Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico**, 1988. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/publicacaoCatalogoProdutoConteudoTextual/anexo/CF_Planalto_EC131_Volpi.pdf. Acesso em: 28 out. 2025.

COWBURN, A. Parents of Ashya King put him at risk, report says. **The Guardian**, 2015. Disponível em: <https://www.theguardian.com/uk-news/2015/sep/24/parents-ashya-king-put-him-risk-report-says>. Acesso em: 28 out. 2025.

DINIZ, D. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(8):1741-1748, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/23.pdf>. Acesso em: 14 out. 2025.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. Bioética: princípios, desafios e debates contemporâneos. Brasília: Editora UnB, 2012. Disponível em: <https://apca.com.br/wp-content/uploads/2020/10/Colecao-Primeiros-Passos-O-Que-e-Bioetica.pdf>. Acesso em: 24 set. 2025.

DREISINGER, N.; ZAPOLSKY, N. Complexities of Consent: Ethics in the Pediatric Emergency Department. **Pediatric Emergency Care**, v. 34, n. 4. p. 288-290, 2018. DOI: 10.1097/PEC.0000000000001131. Disponível em: https://journals.lww.com/pec-online/abstract/2018/04000/complexities_of_consent__ethics_in_the_pediatric.14.aspx. Acesso em: 28 out. 2025.

ELER, Kalline. Capacidade jurídica da criança e do adolescente na saúde. **Rio de Janeiro: Lumen Juris**, 2020.

ELLER, K; BREDER, M; ALBUQUERQUE, A. Cuidado centrado na criança e sua interface com os direitos humanos do paciente pediátrico: uma crítica ao modelo de cuidado centrado na família. *Cadernos de Saúde e Desenvolvimento Humano*, **Fiocruz**, Brasília, 12(2), 2023. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/880/955>. Acesso em: 04 nov. 2025.

ESCUADERO, R. P., *et al.* Encuesta de satisfacción de padres de pacientes y equipo médico sobre el consentimiento informado en un hospital pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires. **Medicina infantil**, v. 29, n. 1, p. 10-16, 2022. Hospital de Pediatría Juan. P Garrahan. Buenos Aires, Argentina. Disponível em: https://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2022/xxix_1_010.pdf. Acesso em: 05 set. 2025.

FRANCIS, J. K. R. *et al.* Management of Adolescent-Parent Dyads' Discordance for Willingness to Participate in a Reproductive Health Clinical Trial. **J Empir Res Hum Res Ethics**, v13. n. 1. p. 42-49, 2018. Departamento de Pediatría, University of Texas Southwestern Medical Center. Texas, Estados Unidos. DOI: 10.1177/1556264617745409. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5768459/>. Acesso em: 05 out. 2025.

LANSDOWN, G. The evolving capacities of the child. **UNICEF**, 2005. Disponível em: <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/evolving-eng.pdf>. Acesso em: 12 out. 2025.

LEONE, C. Autonomia e decisão em pediatria: desafios éticos e bioéticos. **Residência Pediátrica**, Rio de Janeiro, v. 1, supl. 1, p. 12–14, 2011. Disponível em: <https://residenciapediatrica.com.br/detalhes/1-suplemento-1-2011>. Acesso em: 30 out. 2025.

LOMBARDI, M. S. D. *et al.* Industry and Patient Perspectives on Child Participation in Clinical Trials: The Pediatric Assent Initiative Survey Report. **Ther Innov Regul Sci**. v. 25, n. 1. p. 29-37, 2018. DOI: doi.org/10.1177/2168479017716490. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1177/2168479017716490#citeas>. Acesso em: 05 set. 2025.

MADEIRA, I. R. A bioética pediátrica e a autonomia da criança. **Residência Pediátrica**, v. 1, suplemento 1, p. 10-14, 2011. Disponível em: <https://residenciapediatrica.com.br/Content/pdf/v1s1a03.pdf>. Acesso em: 30 out. 2025.

MITCHELL, P. B. *et al.* Enhancing Autonomy in Biobank Decisions: Too Much of a Good Thing?. **J Empir Res Hum Res Ethics**, v. 13, n.2. p. 125-138, 2018. Johns Hopkins University. Baltimore, Estados Unidos. DOI: 10.1177/1556264617753483. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8793343/>. Acesso em: 05 out. 2025.

PIAGET, J. A formação do símbolo na criança: imitação, jogo e sonho, imagem e representação. **Rio de Janeiro: Zahar**, 1972. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/xxxx/piaget1972.pdf>. Acesso em: 30 out. 2025.

RECHMANN, I. L. Revisão sistemática acerca da autonomia da criança-paciente: fomento à criação do instituto da capacidade sanitária. **Revista UNIFACS**, n. 28, 2024. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/9181>. Acesso em: 04 nov. 2025.

SILMANN, M. C. M.; DE SÁ, M. F. F. A recusa de tratamento médico por crianças e adolescentes: uma análise a partir da competência de Gillick. **Revista Brasileira de Direito Civil em Perspectiva**, v. 1, n. 2, p. 70-89, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rpen/article/viewFile/4185/pdf>. Acesso em: 10 out. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Benefícios da Natureza no Desenvolvimento de Crianças e Adolescentes. **Grupo de Trabalho em Saúde e Natureza**, 2024. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24550g-MO_Benef_da_Natureza_no_Desenv_de_Crc_e_Adl_SITE.pdf. Acesso em: 10 out. 2025.

SPRIGGS, M. Children and bioethics: clarifying consent and assent in medical and research settings. **British Medical Bulletin**, v. 145, n. 1, p. 110–119, 5 abr. 2023. DOI: 10.1093/bmb/ldac038. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36723953/>. Acesso em: 01 nov. 2025.

TAYLOR, M. Too Close to the Knives: Children's Rights, Parental Authority, and Best Interests in the Context of Elective Pediatric Surgeries. **Kennedy Inst Ethics Journal**, v. 28, n. 3, p. 281-308, 2018. DOI: 10.1353/ken.2018.0018. Disponível em: <https://muse.jhu.edu/article/707065>. Acesso em: 08 out. 2025.

TEIXEIRA, A. C. B.; PENALVA, L. D. Autoridade Parental, incapacidade e melhor interesse da criança: uma reflexão sobre o caso Ashely. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, 45, nº 180, p. 293-304, 2008,. Disponível em: https://www12.senado.l2eg.br/ril/edicoes/45/180/ril_v45_n180_p293.pdf. Acesso em: 26 out. 2025.

VAN HOOFF, W. *et al.* Ethical considerations of researchers conducting pediatric clinical drug trials: a qualitative survey in two Belgian university children's hospitals. **European Journal of Pediatrics**, v. 177, n. 7. p. 1003-1008, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3151-9>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00431-018-3151-9#citeas>. Acesso em: 03 out. 2024.

QUANDO O ESPELHO DECEPCIONA: UMA ANÁLISE BIOÉTICA DOS RESULTADOS INSATISFATÓRIOS NA CIRURGIA PLÁSTICA

WHEN THE MIRROR DISAPPOINTS: A BIOETHICAL ANALYSIS OF
UNSATISFACTORY RESULTS IN PLASTIC SURGERY

Bárbara Nerves Mocellin, Bianca Dietre, Camila Mello Ritta, Camille Thais Teixeira,
Monah Kautz, Valentina Assoni Ceratto

RESUMO

A cirurgia plástica é a área da medicina que mais enfrenta dilemas éticos envolvendo expectativas irreais, influência das mídias e formação de padrões estéticos. Esse estudo teve como objetivo reunir os principais desafios éticos do cirurgião plástico, levando em consideração a comunicação entre o médico e o paciente, o alinhamento de expectativas e o consentimento livre e informado. A pesquisa foi realizada por meio dos bancos de dados Plataforma Google Acadêmico e das bases de dados UpToDate, PubMed e SciELO abrangendo artigos científicos nacionais e internacionais. Os resultados indicam que a insatisfação com os resultados pós-operatórios está relacionada com transtornos psicológicos, falta de empatia e escuta ativa por parte do médico. Sendo que, o Termo de Consentimento Informado é um dos principais recursos utilizados pelo médico cirurgião para própria proteção. Conclui-se que a prática na cirurgia plástica não envolve apenas a técnica, mas sim, a capacidade de compreender o paciente, comunicar-se de maneira clara e domínio das normas éticas e bioéticas.

Palavras-chave: procedimento plástico; ética médica; insatisfação do paciente.

ABSTRACT

Plastic surgery is the medical field that most frequently faces ethical dilemmas involving unrealistic expectations, media influence, and the creation of aesthetic standards. This study aimed to identify the main ethical challenges faced by plastic surgeons, considering doctor-patient communication, expectation alignment, and the process of free and informed consent. The research was conducted through Google Scholar and the databases UpToDate, PubMed, and SciELO, including both national and international scientific articles. The results indicate that dissatisfaction with postoperative outcomes is

often related to psychological disorders, lack of empathy, and poor active listening by physicians. The Informed Consent Form is highlighted as one of the main tools used by surgeons for their own legal and ethical protection. It is concluded that practice in plastic surgery involves not only technical skill but also the ability to understand patients, communicate clearly, and demonstrate mastery of ethical and bioethical standards.

Keywords: plastic surgery; medical ethics; patient dissatisfaction.

1. INTRODUÇÃO

Conhecer o Código de Ética Médica é essencial para os cirurgiões plásticos, já que o número de processos contra esses profissionais vêm aumentando (Silva *et al.*, 2012). Por esse motivo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), em conjunto com o Conselho Federal de Medicina (CFM) desenvolveram o documento “Normas Informativas e Compartilhadas em Cirurgia Plástica” em 2011, o conhecimento dessas diretrizes é essencial para a prevenção de processos judiciais. Além disso, boas relações médico-paciente e detecção de mal-intencionados e pacientes psiquiátricos e de extrema importância nos dias atuais (Silva *et al.*, 2012).

Mesmo assim, nem sempre os pacientes se satisfazem com o resultado final das cirurgias estéticas, sendo esse o maior problema ético enfrentado pelo cirurgião plástico. A insatisfação pode estar relacionada a falhas técnicas do médico, mas também, a expectativas irreais, distorções de autoimagem ou alterações psicológicas do próprio paciente, tornando a especialidade da cirurgia plástica um grande desafio diário (Leite; Mazzarone, 2024). Por outro lado, as informações passadas pelo médico antes das cirurgias, de maneira clara e com alinhamento de expectativas, exercem grande relevância na satisfação dos resultados pelos pacientes, podendo ser decisórias ao evitar um processo (Teven; Bluebond-Langer; Rohrich, 2022).

Assim, além dos aspectos técnicos, é imprescindível compreender que aspectos comunicacionais, socioculturais e psicológicos fazem parte da satisfação na cirurgia plástica. O avanço das tecnologias, permitindo o acesso a corpos irreais, unido aos padrões estabelecidos pela sociedade intensificam a busca por procedimentos estéticos como meio da aceitação social (Li; Li; Yang; Zhang, 2025). O estudo de Demir *et al.* (2024), ainda, demonstra que a ansiedade relacionada a aparência e o desejo de ser perfeito, faz parte das principais motivações para a busca de cirurgias plásticas, principalmente entre mulheres e profissionais da área da saúde. Nesse cenário, o cirurgião plástico deve estar atento aos desafios enfrentados na profissão, mantendo sempre os princípios bioéticos da beneficência e não maleficência, além de compreender os limites éticos e bioéticos da cirurgia plástica estética (Felimban *et al.*, 2024).

2. METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão narrativa de literatura, tendo como base a pesquisa bibliográfica. Foram selecionados artigos da Plataforma Google Acadêmico e das bases de dados UpToDate, PubMed e SciELO entre os anos de 2000 a 2025. As palavras-chave

utilizadas na pesquisa foram cirurgia plástica, cirurgião, médico, ética, bioética, insatisfação e estética. O presente artigo foi fundamentado e redigido com base em pesquisas em português, inglês e espanhol, abrangendo o período de outubro a novembro de 2025, possibilitando assim seu envio no segundo semestre de 2025.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Aspectos psicológicos do paciente insatisfeito

Os aspectos psicológicos do paciente insatisfeito após cirurgias plásticas frequentemente envolvem transtornos psiquiátricos subjacentes, como transtorno dismórfico corporal (TDC), ansiedade, depressão e traços de personalidade narcisista, histriônica ou obsessiva. Pacientes com expectativas irreais, histórico de experiências adversas na infância ou vergonha corporal apresentam maior risco de insatisfação pós-operatória, pedidos de revisões cirúrgicas e conflitos médico-legais (Oyerinde; Mangal, 2025). A insatisfação pode ser exacerbada por fatores demográficos, como sexo masculino, baixa renda e múltiplas intervenções cirúrgicas, além de motivações baseadas em questões relacionais ou sociais (Liu *et al.*, 2025).

A identificação pré-operatória desses fatores é fundamental. A literatura recomenda triagem psicológica sistemática, incluindo avaliação de expectativas, motivação e histórico psiquiátrico, para reduzir riscos de insatisfação e litígios. O uso de instrumentos validados e a colaboração com profissionais de saúde mental são estratégias eficazes para melhorar o desfecho e a satisfação do paciente (Yan *et al.*, 2025). A ausência de triagem adequada pode resultar em complicações emocionais, como ansiedade, depressão, hostilidade e baixa adesão ao tratamento pós-operatório (Hasan, 2000, p. 91).

Do ponto de vista bioético, os dilemas centrais envolvem os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. O respeito à autonomia exige que o paciente seja plenamente informado sobre riscos, limitações e alternativas, evitando consentimento viciado por expectativas irreais. A beneficência e a não maleficência impõem ao cirurgião o dever de recusar procedimentos quando há risco de agravamento do sofrimento psicológico ou quando o paciente não está apto psicologicamente para a intervenção (Oyerinde; Mangal, 2025). A justiça demanda equidade no acesso e na indicação dos procedimentos, sem discriminação por fatores sociais ou demográficos.

Além disso, a deontologia médica orienta que o profissional mantenha postura ética, empática e responsável, respeitando o sigilo, os limites de sua competência técnica e o dever de agir em benefício do paciente. O cirurgião deve estar atento para não ceder a pressões comerciais ou estéticas que contrariem os princípios da profissão e a segurança do paciente. A relação médico-paciente, nesse contexto, é central. O diálogo honesto, o manejo das expectativas e a escuta ativa fortalecem o vínculo terapêutico e reduzem riscos de insatisfação e litígio. É dever do médico reconhecer vulnerabilidades psicológicas e sociais, acolhendo o paciente de forma humanizada e respeitosa.

Por fim, o trabalho em equipe multiprofissional é indispensável. A colaboração entre cirurgiões, psicólogos, psiquiatras e outros profissionais da saúde favorece uma decisão clínica mais ética, segura e centrada no paciente, evitando intervenções desnecessárias ou potencialmente prejudiciais. A prática ética em cirurgia plástica requer, portanto, uma abordagem multidisciplinar, comunicação transparente e priorização da saúde mental do paciente. O cirurgião deve estar atento ao risco de lesão moral e aos impactos negativos de intervenções inadequadas, promovendo sempre o cuidado centrado no paciente e o respeito aos limites éticos da profissão (Teven; Bluebond-Langer; Rohrich, 2022, p. 520).

A instalação de procedimentos cirúrgicos em pacientes com expectativas desajustadas ou com predisposição a transtornos psiquiátricos — como transtorno dismórfico corporal, ansiedade ou depressão — levanta dilemas éticos importantes. O cirurgião deve avaliar se o procedimento atende ao princípio da beneficência, promovendo o bem do paciente, e não apenas sua satisfação estética, evitando maleficência, ou seja, danos físicos e psicológicos que podem decorrer de uma cirurgia inadequada (Oyerinde; Mangal, 2025). Além disso, respeitar a autonomia do paciente implica fornecer informações claras sobre riscos, limitações e resultados possíveis, assegurando que o consentimento seja plenamente informado e não influenciado por expectativas irreais.

Estudos sobre satisfação de pacientes após procedimentos estéticos, como a rinoplastia, revelam que nem todos os pacientes alcançam o resultado esperado. Uma análise de 2.326 avaliações online mostrou que a taxa global de satisfação foi de 83,6%, com diferenças significativas entre os gêneros: 87,6% das mulheres estavam satisfeitas, enquanto apenas 56,1% dos homens relataram satisfação (Khansa *et al.*, 2016). Entre os fatores de insatisfação, destacaram-se deformidades residuais, ponta nasal pouco rotada, nariz “muito pequeno” em homens e ponta bulbosa em mulheres, evidenciando que as expectativas irreais e fatores técnicos específicos influenciam a percepção do sucesso da cirurgia pelo paciente.

O estudo de Khansa *et al.* (2016) também reforça o papel do cirurgião na identificação precoce de fatores de risco psicológicos, destacando a importância da triagem pré-operatória, da comunicação transparente e da colaboração com psicólogos ou psiquiatras quando necessário. Essas medidas não apenas aumentam a probabilidade de satisfação do paciente, mas também minimizam conflitos éticos e médico-legais, demonstrando compromisso com a responsabilidade profissional, a justiça e a equidade no atendimento. A abordagem multidisciplinar e a atenção aos aspectos psicológicos do paciente são, portanto, essenciais para uma prática ética e de qualidade na cirurgia plástica (Teven; Bluebond-Langer; Rohrich, 2022, p. 520).

3.2 Gestão da insatisfação e comunicação pós-operatória

Intervenções educativas personalizadas, que abordem gestão da insatisfação e comunicação pós-operatória, realizadas de maneira individual, melhoram a recuperação, reduzem dor, ansiedade e complicações, também aumentando a satisfação do paciente. Estratégias dinâmicas, como vídeos e aplicativos também mostram resultados positivos.

Além disso, o preparo educativo antes do procedimento torna-se fundamental para a otimização da recuperação e da confiança do paciente em relação ao profissional. (Maheta *et al.*, 2024).

A comunicação entre equipe de saúde e pacientes no período pós-operatório é um fator essencial para a segurança e a continuidade do cuidado em saúde. Falhas de comunicação — como instruções insuficientes, linguagem técnica excessiva ou ausência de empatia — estão entre as principais causas de insatisfação, conflitos e reinternações evitáveis. A escuta ativa, a empatia e a clareza das informações fortalecem a confiança do paciente e reduzem sentimentos de insegurança após a alta. Também, estratégias estruturadas de comunicação, como orientações personalizadas, uso de linguagem acessível e acompanhamento pós-operatório, favorecem a adesão ao tratamento e diminuem o risco de litígios. Assim, a gestão da insatisfação pós-cirúrgica exige não apenas competência técnica, mas também uma abordagem centrada no paciente e no diálogo contínuo (Hersh *et al.*, 2021).

A insatisfação normalmente está relacionada a expectativas irreais, histórico de experiências adversas e fatores psicossociais, como vergonha corporal e transtornos de personalidade. Pacientes com expectativas não alinhadas ou com histórico de experiências traumáticas apresentam maior risco de insatisfação e pedidos de revisão cirúrgica. Portanto, a triagem pré-operatória para identificar esses fatores é recomendada. Ademais, no pós-operatório, a comunicação deve ser proativa, abordando dúvidas sobre cuidados com o local cirúrgico, medicações e restrições de atividade. Materiais educativos claros e acionáveis, bem como canais abertos para contato, reduzem visitas desnecessárias e promovem entendimento mútuo. O uso de comunicação eletrônica pode ser útil, desde que respeite princípios éticos e legais, conforme orientações do American Society of Plastic Surgeons (Eberlin *et al.*, 2018).

Nas boas práticas assistenciais, enfatiza-se a relevância de protocolos bem estruturados para o handover e para a comunicação com familiares, priorizando um ambiente acolhedor e reservado, com empatia, transparência e confirmação da compreensão das informações. É essencial considerar e superar barreiras como limitações tecnológicas, falta de recursos e diferenças individuais, adotando estratégias adaptadas, como o uso de ferramentas digitais, acompanhamento após a alta e ações de reconciliação (Calabro *et al.*, 2018). A implementação de protocolos padronizados de handover, elaborados e validados por especialistas, tem mostrado impacto positivo na redução de falhas e omissões durante a transição do cuidado (Bailey *et al.*, 2023).

Persistem, contudo, lacunas importantes, como a carência de instrumentos uniformes para medir a satisfação e a necessidade de investigar mais profundamente os efeitos das intervenções digitais na experiência do paciente. O desenvolvimento de medidas validadas e a incorporação de tecnologias inovadoras à prática clínica configuram-se como prioridades para futuras pesquisas (Calabro *et al.*, 2018)

3.3 Consentimento informado e expectativas irreais

O surgimento da bioética destacou o Princípio da Autonomia como um de seus pilares fundamentais, relacionado à capacidade racional do indivíduo de autogovernar-se e tomar decisões conscientes sobre sua própria vida e corpo. Esse princípio se manifesta em condutas como o respeito à privacidade, a veracidade das informações e a obtenção de consentimento antes de qualquer intervenção médica. Assim, o consentimento informado constitui expressão prática da autonomia, tornando lícita a atuação médica quando o paciente, plenamente consciente e capaz, aceita voluntariamente o tratamento proposto, reconhecendo seus riscos e exercendo sua autodeterminação sobre sua integridade física (Giostri, 2003).

O Termo de Consentimento Informado (TCI) constitui um instrumento jurídico e ético essencial na prática médica, especialmente nas cirurgias plásticas, por envolver expectativas estéticas. Sua função é formalizar a relação entre médico e paciente, garantindo a transmissão clara dos riscos, benefícios, limitações e possíveis resultados do procedimento, promovendo transparência e respeito à autonomia do paciente. Ao assiná-lo, o paciente declara ter compreendido as informações e consente, de forma livre e esclarecida, com o tratamento proposto. Assim, o TCI representa uma medida de segurança para ambas as partes, consolidando a relação contratual (Doncatto, 2012). Além disso, contribui para resguardar o médico de responsabilidades quanto a obrigações de resultado, desde que este se limite ao dever de empregar os meios adequados para alcançar o melhor desfecho possível. Entretanto, quando há promessa explícita de resultado, o termo não exime o profissional de eventual responsabilização (Nogueira, 2025).

Apesar da importância do TCI, muitos profissionais ainda subestimam a segurança jurídica proporcionada por sua correta aplicação (Nogueira, 2025). A exigência de resultado nas cirurgias plásticas estéticas tem gerado preocupação entre os médicos, uma vez que os resultados dependem de fatores biológicos imprevisíveis (Giostri, 2003). Nesse contexto, o TCI constitui instrumento indispensável para garantir uma relação médico-paciente pautada na clareza, transparência e respeito à autonomia do paciente, assegurando que este tenha plena consciência dos riscos, benefícios e limitações do procedimento. Para o cirurgião plástico, a utilização adequada do TCI reforça sua conduta ética e profissional, funcionando como elemento atenuante em eventuais questionamentos legais (Doncatto, 2012).

Pesquisas indicam que aproximadamente 70% das mulheres adultas jovens e 60% dos homens da mesma faixa etária demonstram insatisfação com a própria imagem corporal, o que tem sido associado ao surgimento de transtornos depressivos e ansiosos, sobretudo entre o público feminino. Ademais, a busca por alcançar proporções corporais semelhantes às exibidas por celebridades contribui para o aumento de dietas restritivas, padrões alimentares desordenados e maior predisposição ao desenvolvimento de transtornos alimentares (Tang *et al.*, 2022). Nesse contexto, observa-se que muitos pacientes recorrem à cirurgia estética como forma de aprimorar sua imagem, na tentativa de adequar-se aos padrões de beleza socialmente construídos, o que frequentemente

resulta na formação de expectativas irreais quanto aos resultados do procedimento. Tal comportamento tem se intensificado com a influência das mídias sociais, que frequentemente promovem ideais estéticos inatingíveis e reforçam a tendência de buscar intervenções cirúrgicas motivadas por inspirações midiáticas (Vaz *et al.*, 2023).

A obrigação de resultado na cirurgia plástica estética não deve ser interpretada como uma garantia absoluta de êxito, sobretudo quando o profissional atua com competência técnica e científica, sem indícios de culpa. O desfecho cirúrgico depende de fatores como as particularidades biológicas do paciente e os cuidados pós-operatórios, além de ser fortemente influenciado pela percepção subjetiva e psicológica do indivíduo em relação ao procedimento realizado (Nogueira, 2025). Um levantamento realizado com cirurgiões plásticos na Arábia Saudita identificou que, entre os 75 participantes, em sua maioria homens com idade entre 30 e 39 anos, o principal dilema ético enfrentado na prática clínica refere-se ao gerenciamento das expectativas dos pacientes, apontado por 48% dos respondentes (Arkoubi *et al.*, 2025). Esses achados reforçam que as expectativas irreais representam um desafio recorrente na especialidade, exigindo do cirurgião uma postura ética e comunicativa diante dos limites dos procedimentos estéticos.

Corroborando essa perspectiva, a Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética (ISAPS) indica que aproximadamente três em cada dez pessoas que procuram um cirurgião plástico não são consideradas aptas a realizar o procedimento, não por razões médicas, mas por apresentarem expectativas distorcidas ou irreais em relação aos resultados possíveis (Matoski, 2019). Dessa forma, evidencia-se que os dilemas éticos na cirurgia plástica estão intrinsecamente relacionados à necessidade de gerir adequadamente as expectativas dos pacientes, enfrentar as complexidades inerentes aos procedimentos e assegurar a conformidade com os princípios éticos que orientam a prática médica (Arkoubi, 2025).

Diante do exposto, observa-se que a prática da cirurgia plástica estética demanda não apenas competência técnica, mas também uma sólida base ética e bioética, sustentada especialmente no Princípio da Autonomia e na aplicação rigorosa do Termo de Consentimento Informado. A valorização desses instrumentos é essencial para garantir o respeito à liberdade de decisão do paciente, a transparência na relação médico-paciente e a segurança jurídica do profissional. Além disso, observa-se que a crescente influência das mídias sociais e dos padrões estéticos idealizados intensifica a busca por intervenções cirúrgicas, muitas vezes impulsionada por expectativas irreais. Nesse contexto, cabe ao cirurgião exercer papel educativo e orientador, esclarecendo limitações e riscos, de modo a alinhar as expectativas com a realidade possível do procedimento. Assim, a ética na cirurgia plástica deve ser entendida como um compromisso contínuo com a autonomia, a veracidade e o bem-estar do paciente, assegurando que a busca pela estética não se sobreponha aos valores fundamentais da prática médica.

4 CONCLUSÃO

A análise dos desafios éticos enfrentados pelo médico plástico demonstra que é necessário conhecer apenas a técnica não é o suficiente, sendo importante, para exercer

essa profissão ter domínio das colocações éticas e bioéticas do documento “Normas Informativas e Compartilhadas em Cirurgia Plástica” e conhecer e seguir o Código de Ética Médica. A pesquisa demonstrou que a formação ética deve ser contínua e que a comunicação empática é essencial para o bom andamento de todo processo cirúrgico, sendo responsável por reduzir os confrontos ético-legais. Assim, o cirurgião plástico deve entender suas responsabilidades ao alterar a imagem corporal de seus pacientes e respeitar os princípios éticos de autonomia, beneficência e não maleficência, reforçando a boa relação médico-paciente acima de tudo.

REFERÊNCIAS

ARKOUBI, Amr Youssef; JEFRI, Zainalabden E.; ALDAGHRI, Faris A.; OBEID, Faisal M.; ALMODUMEEGH, Abdulaziz Saleh; ALHADLAQ, Abdulmajeed; DAGHISTANI, Waiel A.; MORTADA, Hatan. Ethical dilemmas in plastic surgery: Insights from a survey study in Saudi Arabia. **Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open**, v. 13, n. 2, e6510, fev. 2025. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11798369/>. Acesso em: 8 nov.2025.

BAILEY, Justin; MARTIN, Susan A.; BANGS, Angela. Managing Difficult Patient Encounters. **American Family Physician**, v. 108, n. 5, p. 494-500, nov. 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37983701/>. Acesso em: 9 nov. 2025.

BECKER, Christoph; ZUMBRUNN, Samuel; BECK, Katharina; VINCENT, Alessia; LORETZ, Nina; MÜLLER, Jonas; AMACHER, Simon A.; SCHAEFERT, Rainer; HUNZIKER, Sabina. Interventions to improve communication at hospital discharge and rates of readmission: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Network Open**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.19346>. Acesso em: 9 nov. 2025.

CALABRO, Kristen A.; RAVAL, Mehul V.; ROTHSTEIN, David H. Importance of patient and family satisfaction in perioperative care. **Semin Pediatric Surgery**, v. 27, n. 2, p. 114–120, abr. 2018. DOI: 10.1053/j.sempedsurg.2018.02.009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29548352/>. Acesso em: 9 nov. 2025.

Conselho Federal de Medicina (CFM); Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP). **Normas Informativas e Compartilhadas em Cirurgia Plástica**. Brasília: CFM/SBCP, 2011. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/normas_cirurgiaplastica.pdf. Acesso em: 28 out. 2025.

DEMIR, Yaşar; DAĞ, Erhan; KARAKUŞ, Pınar et al. The effect of desire to be liked and social appearance anxiety on aesthetic surgery acceptance in female nurses. **BMC Nursing**, v. 23, art. 460, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02147-w>. Acesso em: 9 nov. 2025.

DONCATTO, L. F. Uso do termo de consentimento informado em cirurgia plástica estética. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, [S. l.], v. 27, n. 4, p. 353-356, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/nb6bb9k8HDZFLRYrXPBsxCJ/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 7 nov. 2025.

EBERLIN, Kyle R.; PERDIKIS, Galen; DAMITZ, Lynn; KROCHMAL, Dan J.; KALLIAINEN, Loree K.; BONAWITZ, Steven C.; ASPS Health Policy Committee. Electronic communication in plastic surgery: guiding principles from the American Society of Plastic Surgeons Health Policy Committee. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 141, n. 2, p. 500-505, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004022>. Acesso em: 9 nov. 2025.

FELIMBAN, Moataz; SHAIKH, Ayesha Hanin; JAMAL, Ayesha et al. The impact of social media on beauty standards: a systematic review and meta-analysis of patient and cosmetic provider perspectives. **South Eastern European Journal of Public Health**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.70135/seejph.vi.5978>. Acesso em: 9 nov. 2025.

GIOSTRI, H. T. Sobre o consentimento informado: sua história, seu valor. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 2, n. 3, p. 267-270, 2003. Disponível em: <https://www.jvascbras.org/article/5e20c2f60e88258e03939fdf/pdf/jvb-2-3-267.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2025.

HASAN, J. S. Psychological issues in cosmetic surgery: a functional overview. **Annals of Plastic Surgery**, v. 44, n. 1, p. 89-96, jan. 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00000637-200044010-00017>. Acesso em: 9 nov. 2025.

KHANSA, I.; JANIS, J. E.; AMIR, M.; HERNANDEZ, M. L.; JORGENSEN, M. Patient satisfaction after rhinoplasty: a social media analysis. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 137, n. 3, p. 603-610, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000001971>. Acesso em: 9 nov. 2025.

LEITE, Rodrigo; MAZZARONE, Camila. Ética e comunicação médico-paciente na cirurgia plástica estética. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 112-119, 2024. Disponível em: <https://www.rbcp.org.br/details/4241/etica-e-comunicacao-medico-paciente-na-cirurgia-plasti-ca-estetica>. Acesso em: 9 nov. 2025.

LI, Mengyun; LI, Xiaoxia; YANG, Fang; ZHANG, Ting. They are more beautiful than me! How social media use increases women's body-related envy and cosmetic surgery consideration. **Frontiers in Psychology**, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1628208>. Acesso em: 9 nov. 2025.

LIU, Na; WANG, Yingjie; MI, Zihan; QU, Chang; ZHANG, Rong; WANG, Yongqian. Psychological health status and influencing factors among aesthetic plastic surgery

patients: a cross-sectional analysis. **Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery**, v. 109, p. 82–89, out. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2025.07.037>. Acesso em: 9 nov. 2025.

MAHETA, Bhumika; SHEHABAT, Mohammed; KHALIL, Rania; WEN, Jing; KARABALA, Mustafa; MANHAS, Priya; NIU, An; GOSWAMI, Chirag; FREZZA, Emilio. The effectiveness of patient education on laparoscopic surgery postoperative outcomes to determine whether direct coaching is the best approach: systematic review of randomized controlled trials. **JMIR Perioperative Medicine**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/51573>. Acesso em: 9 nov. 2025.

MATIOSKI, Alysso Rogério. Expectativas irrealistas na cirurgia plástica. **Clínica Matioski**, Curitiba, 2 jul. 2019. Disponível em: <https://www.clinicamatioski.com.br/expectativas-irrealistas-na-cirurgia-plastica/>. Acesso em: 8 nov. 2025.

NOGUEIRA, Jamila Rafaelly do Amaral. **Responsabilidade civil na publicidade médica nas redes sociais**: uma análise da obrigação do resultado. 2025. 48 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Direito, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2025. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/71384>. Acesso em: 7 nov. 2025.

OYERINDE, Esther O.; MANGAL, Jed P. Beyond the mirror: body dysmorphic disorder and emerging dysmorphias in aesthetic surgery. **Clinics in Plastic Surgery**, v. 52, n. 3, p.333–340, jul. 2025. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0094129825000148?via%3Dihub>. Acesso em: 9 nov. 2025.

SILVA, Dione Batista Vila-Nova da; NAHAS, Fábio Xerfan; BUSSOLARO, Rodolpho Alberto; FERREIRA, Lydia Masako. A cirurgia plástica brasileira e o código de ética médica. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 27, p. 321-324, 2012. Disponível em: <https://www.rbc.org.br/details/1305/a-cirurgia-plastica-brasileira-e-o-codigo-de-etica-medica> Acesso em: 28 out. 2025.

TANG, L.; RIFAS-SHIMAN, S. L.; FIELD, A. E.; AUSTIN, S. B.; HAINES, J. Self-reported total screen time and viewing modes are associated with body dissatisfaction, disordered eating, and cosmetic surgery intentions among young adults. **Nutrients**, v. 14, n. 10, p. 2027, 12 maio 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9145134/>. Acesso em: 8 nov. 2025.

TEVEN, Chad M.; BLUEBOND-LANGER, Randi; ROHRICH, Rod J. Ethical challenges in modern aesthetic plastic surgery. **Plastic and Reconstructive Surgery**, Dallas, v. 149, n. 3, p. 512-522, 2022. Disponível em: https://journals.lww.com/plasreconsurg/Fulltext/2022/149/03/Ethical_Challenges_in_Aestheti_c_Surgery. Acesso em: 9 nov. 2025.

VAZ, S. R.; RODRIGUES, M. C.; NASCIMENTO FILHO, F. H. W. de; ALMEIDA, T. A. C. de; MORAES, N. F. de. Cirurgia plástica e a autoestima: uma análise do impacto de cirurgias estéticas sobre a autoimagem do paciente. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação – REASE**, São Paulo, v. 1, n. 1 (Edição Especial), jun. 2023. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/10506/4307>. Acesso em: 8 nov. 2025.

YAN, Chao; WEN, Ruiling; CHEN, Nian; FAN, Yueying; LI, Jinfu; PENG, Yuhuan; LI, Xiangyang; XU, Xiangping; JIA, Chiyu; WANG, Yiping. Psychological disorders are a non-negligible factor in medical aesthetic disputes. **Aesthetic Plastic Surgery**, 2025. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00266-025-04940-7>. Acesso em: 9 nov. 2025.

CALABRO, Kristen A.; RAVAL, Mehul V.; ROTHSTEIN, David H. Importance of patient and family satisfaction in perioperative care. **Semin Pediatric Surgery**, v. 27, n. 2, p. 114–120, abr. 2018. DOI: 10.1053/j.sempedsurg.2018.02.009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29548352/>. Acesso em: 9 nov. 2025.

BAILEY, Justin; MARTIN, Susan A.; BANGS, Angela. Managing Difficult Patient Encounters. **American Family Physician**, v. 108, n. 5, p. 494-500, nov. 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37983701/>. Acesso em: 9 nov. 2025.

SEDAÇÃO PALIATIVA NA ANESTESIOLOGIA: RESPONSABILIDADES ÉTICAS NO CUIDADO AO FIM DA VIDA

PALLIATIVE SEDATION IN ANESTHESIOLOGY: ETHICAL RESPONSIBILITIES IN
END-OF-LIFE CARE

Brenda Beltrame¹; André Paul²; Eduarda Zin³; Lara Marchetto⁴; Julia Galvan⁵; Marina Anzolin⁶; Tainá Loss⁷

RESUMO

O envelhecimento da população e a crescente prevalência de doenças crônicas e degenerativas têm ampliado a necessidade de cuidados paliativos (CP), que buscam preservar o conforto e a dignidade de quem enfrenta a finitude da vida. Dentro desse contexto, a sedação paliativa (SP) se apresenta como uma alternativa terapêutica indicada para aliviar sintomas que não respondem a outras medidas, oferecendo amparo diante do sofrimento intenso. Este estudo tem como objetivo discutir dilemas éticos envolvidos na prática da SP sob a perspectiva anestesiológica, considerando a ética, as responsabilidades profissionais e a humanização no cuidado. A pesquisa foi realizada por meio de uma revisão narrativa de literatura, com base em artigos científicos, diretrizes e documentos institucionais encontrados em bases de dados *online* e *sites*, publicados entre 2016 e 2025, além de referências clássicas sobre o tema. Os achados indicam que, quando indicada e acompanhada de forma adequada, a SP representa uma conduta ética, alinhada aos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, e em acordo com o Código de Ética Médica e as resoluções do Conselho Federal de Medicina. Apesar disso, persistem desafios relacionados à formação ética dos anestesiólogos e à ausência de protocolos padronizados para monitorização e critérios de indicação. Conclui-se que a SP não deve ser compreendida como uma forma de abreviar a vida, mas como uma expressão de cuidado empático, fundamentada em decisões éticas, comunicação sensível e no

¹ Acadêmica do Curso de Medicina, URI Erechim, *e-mail*: 103899@uricer.edu.br

² Acadêmico do Curso de Medicina, URI Erechim, *e-mail*: 030359@aluno.uricer.edu.br

³ Acadêmica do Curso de Medicina, URI Erechim, *e-mail*: 104651@aluno.uricer.edu.br

⁴ Acadêmica do Curso de Medicina, URI Erechim, *e-mail*: 103838@aluno.uricer.edu.br

⁵ Acadêmica do Curso de Medicina, URI Erechim, *e-mail*: 104024@aluno.uricer.edu.br

⁶ Acadêmica do Curso de Medicina, URI Erechim, *e-mail*: 104075@aluno.uricer.edu.br

⁷ Acadêmica do Curso de Medicina, URI Erechim, *e-mail*: 109513@aluno.uricer.edu.br

* autor para correspondência: *e-mail*: 103899@aluno.uricer.edu.br

reconhecimento da singularidade de cada paciente, reafirmando o papel do anestesiológico na promoção de uma morte digna e humanizada.

Palavras-chave: assistência terminal; bioética; cuidados paliativos; sedação profunda.

ABSTRACT

Population aging and the growing prevalence of chronic and degenerative diseases have increased the need for palliative care (PC), which aims to preserve comfort and dignity for those facing the end of life. Within this context, palliative sedation (PS) emerges as a therapeutic option designed to relieve symptoms that do not respond to other measures, providing support in moments of intense suffering. This study aims to discuss the ethical dilemmas involved in the practice of PS from the anesthesiologist's perspective, addressing ethics, professional responsibilities, and the humanization of care. The research was conducted through a narrative literature review, based on scientific articles, medical guidelines, and institutional documents retrieved from online databases and websites, published between 2016 and 2025, in addition to classical references on the subject. The findings indicate that, when appropriately indicated and monitored, PS represents an ethical practice aligned with the principles of autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice, in accordance with the Code of Medical Ethics and the resolutions of the Federal Council of Medicine. Nevertheless, challenges remain regarding the ethical training of anesthesiologists and the lack of standardized protocols for monitoring and indication criteria. It is concluded that PS should not be understood as a means of hastening death, but rather as an expression of compassionate care grounded in ethical deliberation, sensitive communication, and recognition of each patient's individuality, reaffirming the anesthesiologist's role in promoting a dignified and humanized end of life.

Keywords: terminal care; bioethics; palliative care; deep sedation.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional caracteriza-se pela queda das taxas de mortalidade e de fecundidade, modificando a pirâmide etária do Brasil, com alargamento do topo em que estão as pessoas de 60 anos ou mais, e afinando a base, que é composta por crianças. Esse processo foi possibilitado pelos avanços tecnológicos de saneamento básico, infraestrutura, medicina e conquistas sociais (Melo; Nickel; Pureza, 2025) Posto isso, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, estima-se que, no ano de 2070, mais de 35% da população brasileira será idosa (IBGE, 2024). Nesse sentido, é inevitável que as taxas de pessoas acometidas por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), neoplasias e doenças degenerativas e debilitantes aumentarão de forma significativa, devido ao envelhecimento dos organismos, necessitando, cada vez mais, de cuidados paliativos (CP), sendo esses complexos, integrais e que necessitam de uma abordagem especializada (Melo; Nickel; Pureza, 2025).

Posto isso, os CP atuam de forma fundamental para garantir a qualidade de vida nos últimos momentos dos pacientes com doenças incuráveis, oferecendo alívio dos sintomas, conforto físico, integração com a espiritualidade do indivíduo, qualidade emocional e suporte adequado para esse momento. Ademais, os CP baseiam-se em um cuidado integral e multidisciplinar, uma vez que a família também é contemplada neste processo; reduzindo a angústia do prognóstico, das notícias e da jornada do fim da vida em si (Silva *et al.*, 2025).

A partir disso, discute-se o papel do anestesiológista no controle da dor dos pacientes paliativos. Sabe-se que uma prática médica terminal utilizada como último recurso possível nos CP é a sedação paliativa (SP). Ela consiste na administração de fármacos que rebaixam a consciência a fim de aliviar os sintomas refratários de dor agonizante. No Brasil, a SP é uma prática relativamente frequente nos centros de CP, como por exemplo em São Paulo, em que a sua prevalência nos centros é de mais de 60%. Todavia, essa técnica é polemicamente discutida em seus preceitos éticos, na confiança dos médicos para realizá-la, na definição dos sintomas de refratariedade e na aceitação familiar acerca disso (Algayer *et al.*, 2025).

Dessa forma, o objetivo principal do artigo é discutir os aspectos éticos da SP na prática anestesiológica, destacando a legislação brasileira acerca disso e as condutas aceitas para o profissional médico, atribuindo relevância à desmistificação do tema na comunidade acadêmica e médica. Destaca-se, também, como objetivo secundário, a importância dos registros em prontuário, da humanização do processo e da formação adequada dos profissionais anestesistas na área.

2. METODOLOGIA

O método de pesquisa teve como fundamento a revisão narrativa de literatura. Foram selecionados artigos e capítulos de periódicos disponíveis no *Google Acadêmico*, PubMed e SciELO, além de manuais institucionais hospitalares e resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM). As palavras-chave utilizadas foram: “cuidados paliativos”, “sedação paliativa”, “ética”, “bioética”, “anestesiológista”, “*sedation*”, “*palliative care*” e “*ethics*”.

Foram considerados textos em português e inglês, publicados entre 2016 e 2025, bem como materiais clássicos de referência a partir de 2006, a fim de oferecer uma visão abrangente e atualizada, sustentada por conceitos clássicos fundamentais.

Os critérios de inclusão envolveram relevância temática, idioma compatível e acesso gratuito ao texto completo. Já os critérios de exclusão compreenderam publicações com mais de 10 anos (exceto materiais clássicos), falta de especificidade quanto aos cuidados e à sedação paliativa, divergência de idioma e artigos duplicados.

A busca foi realizada entre outubro de 2024 e novembro de 2025. Após a leitura de títulos e resumos de 60 trabalhos, 41 foram selecionados conforme os critérios de

elegibilidade, para comporem o referencial bibliográfico deste artigo. O operador booleano “AND” foi utilizado para o refinamento das buscas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1. Contextualização de Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos (CP) não têm objetivo curativo nem buscam prolongar ou antecipar a morte do enfermo, visto que seu enfoque é o acesso a recursos humanos e técnico-científicos que possibilitem um cuidado voltado à morte digna (Eich *et al.*, 2018), com controle dos sinais e sintomas físicos e psicológicos próprios do estágio avançado de uma doença incurável e a melhora da qualidade de vida tanto do paciente quanto de seus familiares (Escudero *et al.*, 2021). Cuidar desses pacientes envolve atos de responsabilidade, solidariedade e dedicação, além de competências e habilidades concernentes ao relacionamento interpessoal. É importante que, em sua atuação, a equipe de saúde reconheça o indivíduo a quem prestará assistência com suas necessidades e limitações, possibilitando, assim, adotar uma conduta humanística e sensível (Junior *et al.*, 2025).

Os CP podem ser realizados em diversos cenários, como enfermarias hospitalares, instituições de longa permanência, ambulatórios especializados e no domicílio. Tais cuidados atuam em um campo multidisciplinar, buscando contemplar o paciente em todos os seus aspectos e prover alívio de suas dores e sofrimentos (Nardino *et al.*, 2021). Nesse sentido, os CP pressupõem a ação de uma equipe multiprofissional, já que a proposta consiste em cuidar do indivíduo em todas as suas dimensões: física, mental, espiritual e social. O paciente em estado terminal deve ser assistido integralmente, o que requer complementação de saberes e partilha de responsabilidades, em que demandas diferenciadas são resolvidas em conjunto (Alves *et al.*, 2019).

No âmbito da relação profissional-paciente-família, o foco do cuidado não deve ser direcionado apenas à pessoa em processo de terminalidade, mas também à sua família, que necessita de apoio diante da iminência da perda (Matos; Borges, 2018). Segundo Soares *et al.*, (2024) para uma assistência adequada aos pacientes terminais, é necessário compreender as reações emocionais que tanto pacientes quanto familiares podem apresentar diante da proximidade da morte - aceitação, negação, medo ou incapacidade de verbalizar o sofrimento (Braga *et al.*, 2021).

Nesse contexto, o manejo adequado do sofrimento físico e emocional torna-se essencial para garantir conforto e dignidade. Em determinadas situações, quando sintomas refratários persistem mesmo após intervenções convencionais, os CP podem envolver o uso de medicamentos psicoativos, como benzodiazepínicos e neurolépticos, com o objetivo de aliviar angústia intensa e sofrimento refratário, prática que caracteriza a Sedação Paliativa (SP) (Dias; Peres, 2023).

3.2. Aspectos clínicos e conceito de Sedação Paliativa

À medida que uma doença progride, é frequente o aparecimento de sintomas refratários, os quais não são aliviados eficientemente com medicação, e causam intenso sofrimento, como delirium, dor, dispneia, vômitos e convulsões. Embora os estudos não estabeleçam sintomas específicos que indiquem formalmente a necessidade de SP, a decisão compartilhada entre os profissionais de saúde costuma se fundamentar principalmente em três sintomas centrais: dor, dispneia e delirium. A literatura ainda debate a legitimidade do sofrimento existencial ou psicológico como critério de refratariedade. Contudo, a divisão dos sintomas em categorias físicas e não físicas tem sido criticada por representar uma abordagem simplificada diante da complexidade do sofrimento humano (Arantzamendi *et al.*, 2021).

A dispneia, um dos sintomas mais frequentemente relatados, está fortemente associada à ansiedade e à redução significativa da qualidade de vida. Já o delirium, considerado um dos quadros mais debilitantes, requer manejo por uma equipe multidisciplinar. Nesses contextos, a SP surge como uma estratégia eficaz para o controle desses sintomas e para o alívio do sofrimento do paciente (Lucena; Yuguero, 2022).

A decisão pela utilização da SP constitui um processo complexo e influenciado por fatores clínicos, emocionais e éticos e deve ser precedida de uma avaliação clínica criteriosa que comprove sua necessidade como medida de conforto, seguida de uma comunicação transparente entre a equipe multiprofissional e os familiares. Frequentemente os pacientes expressam previamente uma decisão condicional, manifestando o desejo de serem sedados caso o sofrimento se torne insuportável, o que orienta a conduta da equipe quando há agravamento do quadro, mas o início da sedação depende da autorização do paciente ou de seu representante legal; na ausência desta, o médico é responsável por decidir, desde que o paciente apresente sofrimento intenso e incapacidade de consentir (Dias; Peres, 2023).

Dessa forma, a SP representa uma forma de humanização do cuidado, promovendo não apenas um processo de morrer digno, mas também um modo de morrer mais sereno e compartilhado com a família, sendo que a indicação da sedação pela equipe deve estar sempre fundamentada em princípios éticos (Silva *et al.*, 2024).

3.3. A ética aplicada à Sedação Paliativa

O monitoramento da SP deve seguir critérios éticos rigorosos, garantindo que a prática seja pautada no alívio do sofrimento e no respeito à dignidade do paciente. É essencial avaliar de maneira contínua o conforto, o nível de sedação e a presença de sintomas físicos, como dor, dispneia e agitação, utilizando instrumentos adequados e observação clínica. A sedação deve ser proporcional à intensidade dos sintomas, evitando excessos e assegurando que o objetivo seja o conforto, e não a aceleração da morte. O acompanhamento ético e clínico constante permite uma prática segura e alinhada aos princípios dos CP (Rijpstra *et al.*, 2023).

Sob a ótica de princípios bioéticos, a SP deve ser orientada por quatro fundamentos da medicina: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça (Menezes; Lima, 2018).

O princípio da autonomia assegura ao paciente o direito de decidir sobre o seu próprio tratamento, incluindo consentimento ou recusa da SP. Para o médico, respeitar a autonomia do paciente é mais do que reconhecer o paciente como protagonista do cuidado, mas também assegurar que sua decisão seja baseada em informações claras e corretas sobre sua condição, patologia e procedimentos a serem ou não realizados. Quando o paciente não for capaz de tomar a decisão sobre a SP, a conduta deve ser discutida com seu representante, que deve consentir com o procedimento (Camartin; Bergman, 2022; Campos; Oliveira, 2017).

Já o princípio da beneficência orienta o médico a agir com o propósito de curar, aliviar o sofrimento ou promover qualidade de vida ao doente. No que tange à SP, esse princípio é expresso no uso proporcional de medicamentos que reduzam os sintomas refratários sem intenção de apressar a morte, apenas proporcionando conforto (Menezes; Figueiredo, 2018; Neves; Siqueira, 2010).

Nesse mesmo íterim, o princípio da não maleficência se refere à obrigação médica de não causar dano. Assim, a SP deve ser aplicada com doses ajustadas, evitando-se práticas que possam abreviar a vida do paciente ou apenas prolongar o seu sofrimento. O respaldo dessa conduta está na Resolução CFM nº 1.805/2006, que autoriza os médicos a limitar ou suspender procedimentos desproporcionais que apenas prolonguem o sofrimento, desde que garantam o conforto e a dignidade do paciente (Silva; Oliveira, 2017; CFM, 2006).

Em relação ao princípio da justiça, a SP deve ser disponibilizada a todos os pacientes tenham acesso igualitário a medidas de conforto e à SP quando clinicamente indicada, independentemente de condições socioeconômicas, crenças ou local de atendimento. Tal princípio também é reforçado pelo CFM, que proíbe que as condutas médicas sejam dotadas de discriminação de qualquer natureza (Camartin; Bergman, 2022; CFM, 2018).

3.4. Controvérsias, discussões e diferença entre Sedação Paliativa e práticas letais

A respeito da SP, há controvérsias quanto à seleção adequada dos pacientes, ao momento mais oportuno para seu início, à necessidade de monitorização e às implicações bioéticas envolvidas na indução de um estado de inconsciência em pessoas em fase final de vida (Menezes; Figueiredo, 2019). Além disso, a prática ainda é alvo de debates decorrentes da falta de informação e da equivocada associação outras condutas que envolvem a modificação do tempo da morte (Halfeld; Caldana, 2023).

Uma das mais complexas discussões em torno da SP ocorre em relação ao seu caráter bioético, isto é, a necessidade de distinguir claramente SP, eutanásia e suicídio assistido. Sob o ponto de vista ético, discute-se as consequências da indução de um

estado de inconsciência em pacientes terminais e as implicações morais dessa decisão. Por tratar-se de um procedimento que reduz a consciência dos pacientes, muitas vezes de forma irreversível, com prejuízo da comunicação com os familiares, surgem dúvidas e ansiedades por parte dos médicos no processo decisório.

Diante disso, é importante diferenciar tais procedimentos: a eutanásia, ao contrário da SP, tem como objetivo abreviar a vida do paciente para pôr fim ao sofrimento (Felix *et al.*, 2013), sendo realizada mediante a administração de doses elevadas de substâncias letais que provocam a morte imediata (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2020). Já o suicídio assistido consiste na autoadministração voluntária, por parte do paciente, de medicamentos letais prescritos por um médico, geralmente em casos de doenças terminais com expectativa de vida inferior a seis meses (Castro *et al.*, 2016).

O Código de Ética Médica (CEM), em seu Capítulo I, estabelece que “nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes todos os cuidados paliativos apropriados”. O Art. 24 assegura ao paciente o direito de decidir livremente sobre sua pessoa e seu bem-estar, enquanto o Art. 41 veda ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Dessa forma, a SP deve ser conduzida com base em princípios éticos sólidos, respeitando a autonomia do paciente e evitando qualquer intenção de abreviar a vida.

Autores como Ferreira e Brito *et al.*, (2024) defendem que a SP, inclusive a contínua até o momento da morte, não tem por finalidade encurtar nem prolongar a vida, mas aliviar o sofrimento. Assim, consiste em uma conduta que induz à redução da consciência, de leve a profunda, temporária ou permanente, sem causar deliberadamente a morte, sendo, portanto, eticamente legítima e recomendável na prática dos CP por equipes multiprofissionais.

3.5. O papel do anestesiológico na Sedação Paliativa

Especificamente no campo da anestesiologia, a expansão dos CP é ainda recente. Os desafios para o anestesiológico que assiste o paciente em CP têm aumentado devido ao progresso das novas técnicas de analgesia e sedação. O cuidado em anestesia paliativa destina-se a prover conforto, reconhecer o paciente como sujeito autônomo e permitir que ele participe das decisões sobre seu próprio tratamento, inclusive quanto ao uso da SP para o alívio de sintomas refratários. Entre as técnicas modernas, destaca-se a analgesia controlada pelo paciente (ACP), que oferece maior autonomia e individualização do cuidado. Assim, cuidar, em anestesia paliativa, é prover alívio e preservar a integridade física, moral, emocional e espiritual do paciente (Sotério *et al.*, 2025).

Nesse contexto, o papel do anestesiológico na SP é fundamental como parte da equipe multiprofissional de cuidado integral, pois sua formação técnica em analgesia e sedação o capacita ao manejo dos sintomas refratários sem antecipar ou prolongar a morte, o que descaracterizaria a SP. Dessa forma, uma prática adequada da anestesiologia garante ao paciente um cuidado ético e centrado em sua dignidade,

conduzido com empatia e respeito ao seu direito de morrer com serenidade e controle dos sintomas (Moura; Araújo, 2023).

No que se refere à responsabilidade do anestesiológico, o regulamento aprovado pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos (2007) estabelece que a boa prática exige o acompanhamento do paciente anestesiado ou sedado por um especialista em anestesiologia, em presença física, assumindo responsabilidade por apenas um doente em cada momento, exceto em situações de emergência.

3.6. Aspectos contemporâneos e perspectivas futuras da Sedação Paliativa

A SP consolidou-se como intervenção essencial para controle de sintomas refratários no fim da vida, especialmente quando estratégias convencionais falham ou se tornam desproporcionais. Nesse cenário, o anestesiológico amplia seu papel técnico para incluir comunicação clínica, deliberação ética e humanização do cuidado, em consonância com a evolução dos CP no Brasil e no mundo (Alves *et al.*, 2019; Carrasco-Zafra *et al.*, 2024).

Nos últimos anos, observou-se o fortalecimento de protocolos e monitorização da profundidade sedativa. Projetos multicêntricos e recomendações recentes reforçam a necessidade de documentação rigorosa, uso sistemático de escalas clínicas e ajustes proporcionais das doses para manter o foco apenas no alívio do sofrimento, sem abreviação da vida. Diretrizes nacionais e internacionais atualizadas oferecem parâmetros claros para indicação, monitorização e registro, favorecendo rastreabilidade e segurança do procedimento (Beauverd *et al.*, 2024; Ostgathe *et al.*, 2023).

A monitorização estruturada ainda varia entre serviços, mas estudos vêm padronizando indicadores clínicos e processos de avaliação. O protocolo internacional PALSED, por exemplo, destaca a medição seriada de conforto e de sedação/agitação, reforçando que a decisão técnica deve andar junto de uma documentação transparente e verificável para proteger pacientes e equipes (Rijpstra *et al.*, 2023).

No eixo da formação ética do anestesiológico, embora sejam capacitados tecnicamente, a literatura destaca lacunas em diretrizes quanto à explicitação de princípios bioéticos e de competências relacionais necessárias à essa prática. Revisões sistemáticas de Diretrizes de Prática Clínica mostram variação na forma de tratar autonomia, proporcionalidade e tomada de decisão compartilhada, o que exige inclusão formal desses conteúdos na residência e na educação continuada como fundamento para decisões sedativas prudentes (Tomczyk *et al.*, 2022; Fortes; Rego, 2020).

A humanização do manejo terminal depende de comunicação empática e inclusão ativa da família no plano de cuidado. Evidências de contextos brasileiros apontam que reconhecer a família como integrante do cuidado e acolher suas percepções reduz conflitos e melhora a experiência de fim de vida, reforçando que a sedação é um gesto de cuidado, e não apenas uma ação farmacológica (Braga; Machado; Afiune, 2021; Matos; Borges, 2018).

4. CONCLUSÕES

É possível constatar, portanto, que diante do envelhecimento populacional torna-se imprescindível a consolidação dos cuidados paliativos no Brasil, no qual a sedação paliativa configura-se como um instrumento fundamental, ético e legítimo para o alívio do sofrimento refratário, desde que conduzido por profissionais com adequada informação, na devida avaliação clínica e sob princípios bioéticos claros. Ademais, compreende-se o papel do anestesiológico como central, pela sua competência técnica a fim de garantir a administração e monitorização adequada de sedativos, bem como por sua responsabilidade ética.

A sedação paliativa, dessa forma, caracteriza-se quando corretamente indicada e registrada em prontuário, uma prática de beneficência e de respeito à autonomia do paciente, garantindo que a sua vontade prevalece nos momentos finais da vida. A prática, em todas as ocasiões, deve ser realizada de acordo com a ética médica e aos seus pilares bioéticos, a fim de garantir também respaldo jurídico e ético à atuação do médico. Nesse sentido, a sedação paliativa não visa abreviar a vida como outras práticas (eutanásia e suicídio assistido), mas oferecer ao paciente alívio proporcional ao sofrimento exacerbado.

Por fim, o presente artigo reforça a importância da formação acadêmica e técnica de médicos anestesiológicos, principalmente em bioética e comunicação empática, juntamente com a padronização de protocolos clínicos embasados na ética médica a fim de orientar a prática de sedação paliativa. Assim, o procedimento não se restringe apenas a uma técnica médica, mas abrange atos de compaixão, respeito à ética e autonomia em sua forma mais adequada.

REFERÊNCIAS

ALGAYER, A. C. *et al.* A prática clínica da sedação paliativa em pacientes terminais: uma revisão. **Revista Neurociências**, v. 33, p. 1-19, 2025. Acesso em: 28 out. 2025.

ALVES, R. S. F. *et al.* Cuidados paliativos: alternativa para o cuidado essencial no fim da vida. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 39, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>. Acesso em: 26 out. 2025.

AMERICAN ACADEMY OF HOSPICE AND PALLIATIVE MEDICINE (AAHPM). **Palliative sedation**. Chicago: AAHPM, 2025. Disponível em: <https://aahpm.org/advocacy/where-we-stand/palliative-sedation/>. Acesso em: 28 out. 2025.

ARANTZAMENDI, M. *et al.* Clinical Aspects of Palliative Sedation in Prospective Studies. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 61, n. 4, p. 831-844.e10, 2021. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392420307545?via%3Dihub>. Acesso em: 28 out. 2025.

BEAUVERD, M *et al.* Palliative sedation – revised recommendations. **Swiss Medical Weekly**, 2024. DOI: <https://doi.org/10.57187/s.3590>. Acesso em: 28 out. 2025.

BRAGA, C. O.; MACHADO, C. S.; AFIUNE, F. G. A percepção da família sobre cuidados paliativos. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública “Cândido Santiago”**, v. 7, e7000041, 30 jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.22491/2447-3405.2021.V7.7000041>. Acesso em: 26 out. 2025.

CAMARTIN, C.; BERGMAN, L. B. Palliative Sedation—The Last Resort in Case of Difficult Symptom Control: A Narrative Review and Experiences from Palliative Care in Switzerland. **Life**, v. 12, n. 2, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/life12020298>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2075-1729/12/2/298>. Acesso em: 08 nov. 2025.

CARRASCO-ZAFRA, M. I. *et al.* Palliative sedation at the end of life: prevalence, characteristics and possible determinants. **BMC Palliative Care**, v. 23, p. 278, 2024. DOI: 10.1186/s12904-024-01606-0. Acesso em: 28 out. 2025.

CASTRO, M. P. R. *et al.* Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. **Revista Bioética**, vol. 24, n. 2, p. 355 – 367, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/DhvhJgpN9ykykc9L8cpFtxN/?format=pdf&lan>. Acesso em: 07 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006**. CFM – Brasil, 2006. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 08 nov. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM Nº 2.217/2018**. CFM – Brasil, 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 08 nov. 2025.

CONSELHO NACIONAL EXECUTIVO DA ORDEM DOS MÉDICOS. **Regulamento sobre o acompanhamento e responsabilidade do anestesiológista pelo doente submetido a atos médicos de anestesia ou sedação**. Lisboa: CNEOM, 2007. Acesso em: 26 out. 2025.

DIAS, D. W. O., PERES, L. P. Conflitos éticos relacionados a terapia de sedação paliativa em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, 18 abr. 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/31850>. Acesso em: 28 out. 2024.

EICH, M. *et al.* Princípios e valores implicados na prática da sedação paliativa e a eutanásia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 733-744, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/LJBHbyqmp7WKyXGhTbWFSyL/>. Acesso em: 28 out. 2024.

ESCUADERO, J. G. S.; GIL, L. F. M. Cuidados paliativos: conceptos básicos. **Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo**, v. 4, n. 2, p. 14-18, 2021. DOI: <https://doi.org/10.35454/rncm.v4n2.212>. Acesso em: 26 out. 2025.

FELIX, Z. C. *et al.* Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2733 – 2746, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n9/2733-2746/pt>. Acesso em: 07 nov. 2024.

FERREIRA, A. S. M.; *et al.* Prognostic tools in palliative care: a scope review. **Brazilian Journal of Palliative Care**, v. 7, e20240069, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20240069-en>. Acesso em: 26 out. 2025.

FORTES, P. D.; REGO, S. Justiça, cuidado e reconhecimento: trama moral do vínculo terapêutico. **Revista Bioética**, v. 28, n. 3, p. 464–470, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283408>. Acesso em: 26 out. 2025.

HALFELD, J. C.; CALDANA, J. Sedação paliativa terminal no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Revista Bioética**, v. 31, p. e3625PT, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/ZQH6TcjL7Vbr8s9ym38pzFJ/#>. Acesso em: 07 nov. 2024.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU. Protocolo de Sedação Paliativa. **Protocolos Clínicos do Serviço de Cuidados Paliativos – SCP**, 2020. Disponível em: https://hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2023/09/PRC-SCP-001_-_Protocolo-de-Sedacao-Paliativa.pdf. Acesso em: 07 nov. 2024.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Sedação paliativa**. 2025. Disponível em: <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Seda%C3%A7%C3%A3o%20Paliativa%20v.4.pdf>. Acesso em: 28 out. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>. Acesso em: 28 out. 2025.

JUNIOR, S. A. P. *et al.* Resultado dos cuidados paliativos na saúde mental de pacientes com câncer terminal: revisão sistemática. **Caderno Pedagógico**, v. 22, n. 6, p. e15592, 2025. DOI: 10.54033/cadpedv22n6-163. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/15592>. Acesso em: 26 out. 2025.

LIMA, L. D. Cuidados paliativos e o processo de morrer: reflexões bioéticas e clínicas. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 175-186, 2016. Acesso em: 26 out. 2025.

LUCENA, A.; YUGUERO, O. Systematic Review of Common Refractory Symptoms in the End-Of-Life Situation and Its Relation With Euthanasia. **OMEGA - Journal of Death and Dying**, p. 003022282210891, 2022. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00302228221089123>. Acesso em: 28 out. 2025.

MATOS, J. C.; BORGES, M. S. A família como integrante da assistência em cuidado paliativo / The family as a member of palliative care assistance. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 12, n. 9, p. 2399-2406, set. 2018. Acesso em: 26 out. 2025.

MELO, D. P. D. S.; NICKEL, D. A.; PUREZA, D. Y. D. Envelhecimento populacional e a saúde da pessoa idosa no Brasil: desafios e perspectivas para a atenção primária à saúde. **Asklepion: Informação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. e-115. Acesso em: 28 out. 2025.

MENEZES, M. S.; FIGUEIREDO, M. G. M. C. A. The role of end-of-life palliative sedation: medical and ethical aspects - Review. **Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)**, v. 69, n. 1, 2019. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104001418301118?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=99b7f018dcbc5448. Acesso em: 08 nov. 2025.

MENEZES, R. A.; LIMA, C. P. Sedação paliativa em fim de vida: debates em torno das prescrições médicas. **Revista M. Estudos Sobre a Morte, Os Mortos E O Morrer**, v. 3, n. 6, p. 405–420, 2019. Disponível em: <https://seer.unirio.br/revistam/article/view/9047>. Acesso em: 08 nov. 2025.

MOURA, J. A.; ARAUJO, K. N. F. Cuidados Paliativos: Aspectos Gerais, Controle da Dor e o Papel do Anestesiologista: Uma Revisão Integrativa de Literatura. **Ciências da Saúde, Medicina**, v. 27, 2023. Disponível em: <https://revistaft.com.br/cuidados-paliativos-aspectos-gerais-controle-da-dor-e-o-papel-do-anestesiologista-uma-revisao-integrativa-de-literatura/>. Acesso em: 08 nov. 2025.

NARDINO, F.; OLESIAK, L. DA R.; QUINTANA, A. M. Significações dos Cuidados Paliativos para Profissionais de um Serviço de Atenção Domiciliar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. e222519, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003222519>. Acesso em: 26 out. 2025.

NEVES, N. M. B. C. SIQUEIRA, J. E. A bioética no atual Código de Ética Médica. **Revista Bioética**, v. 18, n. 2, 2010. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/575/547. Acesso em: 08 nov. 2025.

OLIVEIRA, N. M. S.; ROSA, I. B. R.; ARAÚJO, F. C. V. Benefícios de simulações para o treinamento de habilidades na residência de anesthesiologia: revisão sistemática. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasil, São Paulo, v. 8, n. 18, p. e082016, 2025. DOI: 10.55892/jrg.v8i18.2016. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/2016>. Acesso em: 26 out. 2025.

OSTGATHE, C. *et al.* Expert-approved best practice recommendations on the use of sedative drugs and intentional sedation in specialist palliative care (SedPall). **BMC Palliative Care**, v. 22, p. 169, 2023. Disponível em: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-023-01243-z>. Acesso em: 28 out. 2025.

RIJPSTRA, M. *et al.* Monitoring the clinical practice of palliative sedation (PALSED) in patients with advanced cancer: multicentre prospective observational study protocol. **BMC Palliative Care**, v. 22, p. 152, 2023. Disponível em: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-022-01125-w>. Acesso em: 26 out. 2025.

SILVA, A. C. C. L. *et al.* A importância dos cuidados paliativos em pacientes idosos com doenças crônicas: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Contemporânea**, v. 5, n. 4, p. e7831, 2025. DOI: 10.56083/RCV5N4-006. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/7831>. Acesso em: 28 out. 2025.

SILVA, A. C.; OLIVEIRA, D. R. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, v. 115, 2017. Disponível em: <https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/514>. Acesso em: 08 nov. 2025.

SILVA, N. R. W. *et al.* O papel da sedação paliativa no final da vida: aspectos médicos e éticos – revisão. **Archives of Health**, Curitiba, v. 5, n. 3, p. 01-06, 2024. Disponível em: <https://ojs.latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/1737>. Acesso em: 28 out. 2024.

SOARES, L. C. R.; TORRES, C. G.; DIMAS, F. L. Luto antecipatório: a vivência dos familiares de pacientes com câncer terminal. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasil, São Paulo, v. 7, n. 15, p. e151409, 2024. DOI: 10.55892/jrg.v7i15.1409. Disponível em: <https://mail.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1409>. Acesso em: 26 out. 2025.

TOMCZYK, M.; JAQUES, C.; JOX, R. J. Clinical practice guidelines on palliative sedation around the world: a systematic review. **BMC Palliative Care**, v. 21, p. 179, 2022. DOI: 10.1177/08258597221138674. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36437779/>. Acesso em: 26 out. 2025.

VAN, M. *et al.* Decision-making about palliative sedation for patients with cancer: a qualitative study in five European countries linked to the Palliative sedation project. **BMC**

Palliative Care, v. 23, n. 1, 2024. Disponível em:
<https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-024-01612-2>. Acesso em: 28 out. 2025.

