

# ENTRE VIDAS E VALORES

## ENSAIOS BIOÉTICOS DE ACADÊMICOS DE MEDICINA

*[orgs.]*
*Dagoberto Vanoni de Godoy*
*Isabela Reginato Pilatti*
*Júlia Marques da Silva*
*Leandro Baptistella Casagrande*
*Manoela Guerra Costa*
*Pedro Brochetto Soldatelli*
*Rafael Brochetto Soldatelli*
*Ramon da Silva Rosario*
*Samuel Pedrotti Camassola*

EDUCS
PESQUISA

# ENTRE VIDAS E VALORES

ENSAIOS BIOÉTICOS DE
ACADÊMICOS DE MEDICINA

**Fundação Universidade de Caxias do Sul**

*Presidente:*
Ubiratã Rezler

**Universidade de Caxias do Sul**

*Reitor:*
Asdrubal Falavigna

*Vice-Reitora:*
Terciane Ângela Luchese

*Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação:*
André Felipe Streck

*Pró-Reitora de Graduação:*
Terciane Ângela Luchese

*Pró-Reitora de Inovação e Desenvolvimento Tecnológico:*
Neide Pessin

*Chefe de Gabinete:*
Givanildo Garlet

*Coordenadora da EDUCS:*
Simone Côrte Real Barbieri

**Conselho Editorial da EDUCS**

Alexandre Cortez Fernandes – Presidente
André Felipe Streck
Clovis Eduardo Malinverni da Silveira
Flávia Brocchetto Ramos
Francisco Catelli
Guilherme Brambatti Guzzo
Janaina Macke
Márcio Miranda Alves
Marcell Bocchese
Odair Camati
Odilon Giovannini Junior
Pedro Lopes da Cruz
Simone Côrte Real Barbieri – Secretária
Terciane Ângela Luchese
Vinício Cecconello

**Comitê Editorial**

Alberto Barausse
*Universitá degli Studi del Molise/Itália*

Alejandro González-Varas Ibáñez
*Universidad de Zaragoza/Espanha*

Alexandra Aragão
*Universidade de Coimbra/Portugal*

Joaquim Pintassilgo
*Universidade de Lisboa/Portugal*

Jorge Isaac Torres Manrique
*Escuela Interdisciplinar de Derechos Fundamentales Praeeminentia Iustitia/Peru*

Juan Emmerich
*Universidad Nacional de La Plata/Argentina*

Ludmilson Abritta Mendes
*Universidade Federal de Sergipe/Brasil*

Margarita Sgró
*Universidad Nacional del Centro/Argentina*

Nathália Cristine Vieceli
*Chalmers University of Technology/Suécia*

Tristan McCowan
*University of London/Inglaterra*



# ENTRE VIDAS E VALORES

## ENSAIOS BIOÉTICOS DE ACADÊMICOS DE MEDICINA

*[orgs.]*
*Dagoberto Vanoni de Godoy*
*Isabela Reginato Pilatti*
*Júlia Marques da Silva*
*Leandro Baptistella Casagrande*
*Manoela Guerra Costa*
*Pedro Brochetto Soldatelli*
*Rafael Brochetto Soldatelli*
*Ramon da Silva Rosario*
*Samuel Pedrotti Camassola*

EDUCS
PESQUISA

O rigor e a exatidão dos conteúdos publicados nesta obra são de responsabilidade exclusiva dos(as) seus(suas) autores(as) e organizadores(as).
© dos organizadores
1ª edição: 2026
Preparação de texto: Roberta Regina Saldanha
Leitura de prova: Helena Vitória Klein
Editoração: Igor Rodrigues de Almeida
Capa: Luana Stela Martini

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade de Caxias do Sul
UCS – BICE – Processamento Técnico

E61 Entre vidas e valores [recurso eletrônico] : ensaios bioéticos de acadêmicos de medicina / org. Dagoberto Vanoni de Godoy ... [et al.]. – Caxias do Sul, RS : Educs, 2026.
Dados eletrônicos (1 arquivo)

Vários organizadores e autores.
Apresenta bibliografia.
Modo de acesso: World Wide Web
DOI 10.18226/9786558075981
ISBN 978-65-5807-598-1

1. Bioética - Coletânea. 2. Ética médica. 3. Medicina - Aspectos morais e éticos. 4. Médico e paciente. I. Godoy, Dagoberto Vanoni de. II. Pilatti, Isabela Reginato. III. Casagrande, Leandro Baptistella. IV. Soldatelli, Rafael Brochetto. V. Soldatelli, Pedro Brochetto. VI. Rosario, Ramon da Silva. VII. Camassola, Samuel Pedrotti. VIII. Marques, Júlia. IX. Costa, Manoela Guerra.

CDU 2. ed.: 608.1(081.1)

Índice para o catálogo sistemático:

| | |
|---|---|
| 1. Bioética - Coletânea | 608.1(081.1) |
| 2. Ética médica | 614.253 |
| 3. Medicina - Aspectos morais e éticos | 61:17 |
| 4. Médico e paciente | 614.253 |

Catalogação na fonte elaborada pela bibliotecária
Ana Guimarães Pereira - CRB 10/1460.

Direitos reservados a:

UCS | EDUCS EDITORA

EDITORA AFILIADA

EDUCS – Editora da Universidade de Caxias do Sul
Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130 – Bairro Petrópolis – CEP 95070-560 – Caxias do Sul – RS – Brasil
Ou: Caixa Postal 1352 – CEP 95020-972 – Caxias do Sul – RS – Brasil
Telefone: (54) 3218 2100 – Ramais: 2197 e 2281 – DDR (54) 3218 2197
Home Page: www.ucs.br – E-mail: educs@ucs.br

# Sumário

Dedicatória | 10

*Leandro Baptistella Casagrande*
*Isabela Reginato Pilatti*

Apresentação da Liga Acadêmica Médica de Estudos em Bioética | 14

*Leandro Baptistella Casagrande*
*Pedro Brochetto Soldatelli*
*Rafael Brochetto Soldatelli*
*Ramon da Silva Rosario*

Prefácio | 17

*Dr. Carlos Gomes Ritter*

A escuta do silêncio: a bioética e a relação com pacientes não verbais | 20

*Gabriele Geremia Bucco*
*Júlia Milene Specht*

A ética biomédica, Henri Bergson e a preservação da vida frente ao desconhecido | 28

*Thiago Crocoli Balbinot*

Assistência à saúde mental de mulheres em privação de liberdade: um olhar bioético | 37

*Ana Vitória Cioato*
*Andrielle Oliveira de Almeida*

Inteligência artificial na medicina contemporânea: desafios éticos em um cenário de transformação digital | 47

*Victorio Souza Boff*
*Marina Corso Tonietto*

Bioética em tecnologias reprodutivas: dilemas da reprodução humana assistida e da seleção embrionária no Brasil | 52

*Gabriela Vidal de Souza*

O burnout do médico no cuidado com o paciente crônico sob uma perspectiva bioética | 60

*Marina Corso Tonietto*
*Victorio Souza Boff*

Autonomia e beneficência em pacientes com transtornos psiquiátricos: uma revisão narrativa sobre o tema | 66

*Pedro Brochetto Soldatelli*
*Rafael Brochetto Soldatelli*
*Manoela Guerra Costa*

Entre o cálculo e o cuidado: a inteligência artificial sob o olhar da bioética | 73

*Maicon Martta*
*Priscila Martta*

Dilemas éticos no final da vida: perspectivas bioéticas nos cuidados paliativos | 79

*Nathália Cristina Rodrigues*

Ética na cirurgia | 86

*Ana Carolina Borlini*
*Amanda Cecchin Tondello*
*Bárbara de Lima Breitembach*

Futilidade terapêutica e o limite da obstinação médica | 93

*Jéssica Trevisan*

Implicações éticas da terapia de substituição mitocondrial na prática | 99

*Brenda Staehler Indicatti*
*Victoria Orlandin Santos*

Lobotomia: quando a ciência cruzou a linha ética | 109

*Bianca Viecelli Bertassi*
*Vitor Betto Perottoni*

Medicina defensiva, judicialização da saúde e a tensão entre ética clínica e responsabilidade jurídica | 117

*Giulia Nava Andreazza*
*Adriéli de Lima Gonçalves*

Edição genética em embriões humanos: análise bioética do caso CRISPR | 124

*Samuel Pedrotti Camassola*
*Tiago Hauser Farina*

Procedimentos estéticos dermatológicos invasivos, bioética e segurança do paciente: uma análise dos riscos da atuação profissional sem formação médica | 130

*Laiana Manoela Trisch Fabro*
*Leandro Baptistella Casagrande*

O enfraquecimento da relação médico--paciente: implicações bioéticas na comunicação, autonomia e segurança clínica | 139

*Júlia Marques da Silva*

Sobrevida e sofrimento: dilemas éticos no manejo da leucemia mieloide aguda de prognóstico reservado | 146

*Isabela Reginato Pilatti*
*Larissa Pioner Canali*
*Pedro Brochetto Soldatelli*

Publicação de imagens cirúrgicas nas mídias sociais sob a ótica da bioética: diretrizes, limites e implicações | 154

*Roberta Rampazzo Coltro*
*Rafaela Jacoby Rombaldi*

Publicidade médica na oftalmologia e seus dilemas bioéticos | 162

*Carolina Meneguzzi Haiduck*

Bioética, autonomia e a nova jurisprudência: a recusa transfusional em testemunhas de Jeová no Brasil | 169

*Victor Basso Gomes*
*Gabriel Ficagna Zaccaron*

Sigilo médico: fundamento ético e legal na relação médico-paciente no mundo globalizado | 176

*Bianca Branco*
*Gabriela Casagrande*
*Luiza Delazzari Barella*

Cuidar do coração ou da pessoa? Desafios éticos da cardiologia contemporânea | 182

*Jerônimo Dotta Grasseli*
*Leandro Baptistella Casagrande*
*Xaiane Peretti Comin*

O papel da bioética na decisão cirúrgica: do cirurgião ao paciente | 189

*Julia Ferreira Gums*

O papel do médico frente à gestação tardia a partir da perspectiva dos princípios da bioética | 196

*Júlia Posser*
*Luiza Dresch Panazzolo*

Doação de córneas: desafios éticos, sociais e bioéticos | 202

*Alana Markiewicz*
*Leandro Baptistella Casagrande*

Do preconceito ao descaso: os desafios de transexuais e travestis no contexto médico | 209

*Gabriela Lorbitzki Girardi*

Suicídio assistido: análise bioética do caso Diane-Quill | 217

*Manuela Gregoletto Mossmann*
*Fernanda Haupt Canello*

Transplante de órgãos e bioética: desafios éticos na doação e na prática médica | 223

*Julia Serafini Da Luz*
*Vitória Sirtoli*

Entre o possível e o justificável: a fragilidade como determinante ético na cirurgia oncológica | 231

*Ramon da Silva Rosario*

A dimensão espiritual no cuidado integral: desafios bioéticos na saúde pública e na formação médica | 238

*Elizabeth Luanna Melchior*
*Ramon da Silva Rosario*

Bioética na anestesiologia: entre a teoria e a decisão no centro cirúrgico | 247

*Enrico Torresini Ribeiro*
*Gabriel Wirtti Balbinotti*
*Maria Gabriela Paniz Bacedo*

Cuidados paliativos e bioética: uma busca por compaixão, qualidade de morte e consolidação | 252

*Camila Martin Biancho*

"Cão que ladra não morde." Será? Refletindo sobre suicídio e ideação suicida | 258

*Pedro Lucas Carneiro Ferreira*
*Luciana Zanchetta Pistore*
*Jocimar Romio*

Limites éticos dos *saviour siblings* | 263

*Marina De Carli Sonda*
*Carolina de Filippis Fochesato*

A desumanização na radiologia moderna: paciente como imagem | 274

*Natália Barbizan*

A construção da ética médica | 283

*Luana Pelizza*

Entre a cura e o cuidado: fundamentos da medicina paliativa | 289

*Makeli Deinani Pegorini*

Infertilidade e tecnologias de reprodução assistida: abordagem médica, ética e legal | 301

*Eduarda Sonda de Godoy*
*Gabrielli Bacchi Colombo*

# Dedicatória

A presente obra nasce do encontro entre diferentes trajetórias acadêmicas, reflexões humanas e inquietações éticas que atravessam a prática da Medicina e das ciências da saúde. Idealizada no âmbito da Liga Acadêmica Médica de Estudos em Bioética (Lameb), esta publicação representa mais do que uma reunião de textos: constitui um esforço coletivo voltado à promoção do pensamento crítico, da formação humanística e da valorização da Bioética Médica como instrumento essencial para compreender os desafios contemporâneos relacionados à vida, à saúde e à dignidade humana. Cada capítulo aqui apresentado reflete o compromisso de seus autores com a construção de um debate ético sério, plural e academicamente comprometido.

Em um cenário marcado por constantes avanços científicos e transformações sociais, a Bioética Médica reafirma seu papel como espaço privilegiado de reflexão, diálogo e responsabilidade. As páginas que seguem representam um convite ao pensamento crítico e à análise cuidadosa dos dilemas que envolvem a vida humana, reforçando a necessidade de integrar conhecimento técnico, sensibilidade moral e compromisso com a dignidade da pessoa. Nesse contexto, esta obra, desenvolvida no âmbito da Universidade de Caxias do Sul (UCS), por intermédio da Lameb, reflete o compromisso institucional com a formação de profissionais capazes de aliar excelência científica, responsabilidade ética e sensibilidade humana diante dos desafios contemporâneos da saúde.

Estendemos nosso reconhecimento aos integrantes da Coordenação da Liga, bem como ao seu coordenador, Dr. Dagoberto Vanoni de Godoy, cuja liderança e constante incentivo contribuíram significativamente para o fortalecimento das atividades da Lameb e para a concretização desta obra. Com dedicação, responsabilidade e espírito colaborativo, todos participaram ativamente de sua organização e construção. O empenho coletivo evidencia a importância do trabalho em equipe e do compromisso compartilhado com a produção acadêmica e o aprofundamento das discussões bioéticas.

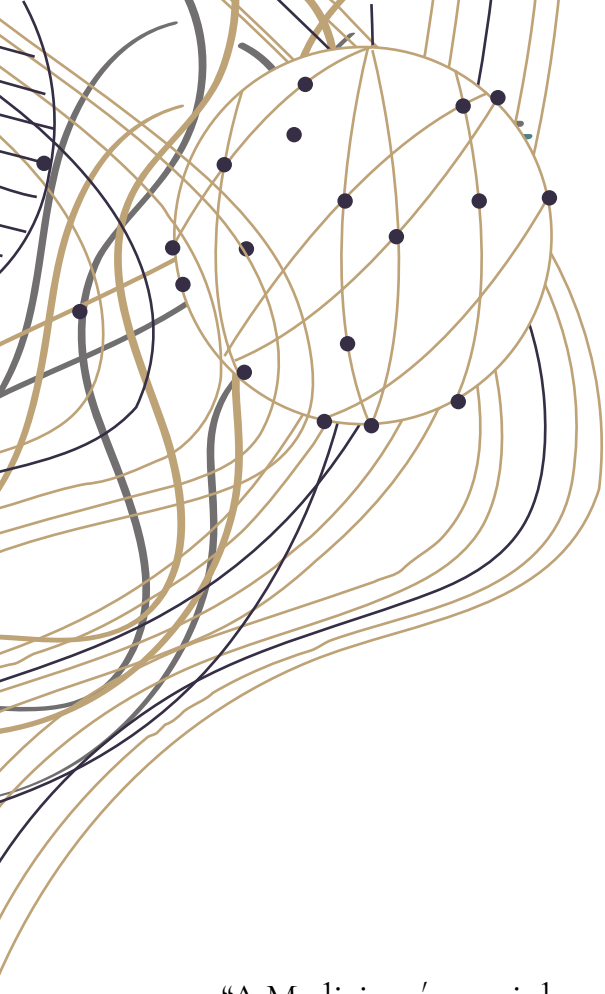
Nossa sincera gratidão dirige-se também aos autores dos capítulos que compõem esta publicação. Por meio de seus conhecimentos, reflexões e perspectivas, enriqueceram este livro com diferentes olhares sobre temas fundamentais da Bioética Médica. Cada texto representa não apenas uma produção acadêmica, mas também um esforço de promover o diálogo ético, estimular questionamentos e fomentar novos aprendizados. Ressaltamos, ainda, que o conteúdo, as opiniões e as conclusões apresentadas em cada capítulo são de responsabilidade exclusiva de seus respectivos autores, refletindo suas análises e interpretações acerca dos temas abordados.

Registramos, igualmente, nosso especial agradecimento ao Dr. Carlos Ritter pela honrosa contribuição na elaboração do prefácio. Sua participação confere ainda mais profundidade e significado ao livro, agregando às reflexões aqui reunidas a perspectiva de um profissional cuja atuação na Psiquiatria favorece uma compreensão ampla e humanizada dos desafios éticos presentes na prática em saúde. Sua leitura atenta e suas reflexões contribuíram para ampliar o diálogo entre a Bioética Médica e as diversas dimensões da experiência humana, enriquecendo ainda mais os temas aqui abordados.

Por fim, desejamos que esta obra possa servir como fonte de reflexão e inspiração para estudantes, profissionais e demais leitores interessados nas questões éticas que permeiam a vida e a prática em saúde. Que as discussões apresentadas colaborem para o fortalecimento do compromisso com a dignidade humana, o diálogo, a responsabilidade social e a constante busca por uma atuação profissional ética e humanizada. Nesse horizonte, permanece atual o ensinamento de Immanuel Kant de que o ser humano deve ser sempre reconhecido como um fim

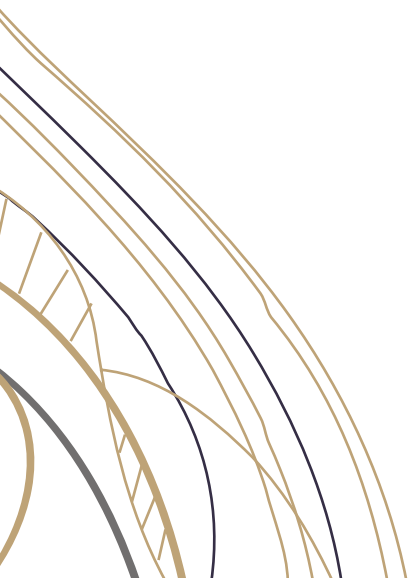
em si mesmo, jamais apenas como um meio, princípio que continua a fundamentar muitas das reflexões bioéticas contemporâneas.

*Leandro Baptistella Casagrande*
*Presidente da Liga Acadêmica Médica de Estudos em Bioética*
*Isabela Reginato Pilatti*
*Vice-presidente da Liga Acadêmica Médica de Estudos em Bióetica*



"A Medicina é a mais humana das ciências, a mais empírica das artes e a mais científica das humanidades."

William Osler



# Apresentação da Liga Acadêmica Médica de Estudos em Bioética

A Liga Acadêmica Médica de Estudos em Bioética (Lameb), fundada em 25 de fevereiro de 2025, na Universidade de Caxias do Sul (UCS), nasce do reconhecimento de que a medicina transcende, em sua essência, os limites do domínio estritamente técnico. Em um tempo marcado por avanços científicos exponenciais, tecnologias cada vez mais sofisticadas e decisões clínicas progressivamente complexas, torna-se indispensável resgatar o espaço da reflexão ética, da prudência e do olhar atento à condição humana. A Lameb surge, assim, como um espaço de encontro entre ciência e humanidade, propondo-se a cultivar uma formação que não apenas acompanhe o progresso técnico, mas que também o interrogue criticamente, o compreenda em sua profundidade e o oriente à luz dos valores que sustentam a dignidade da vida.

Nesse sentido, a Liga se caracteriza por sua natureza transversal, perpassando por distintas áreas da medicina. A Bioética Médica não se limita a um campo isolado do saber, mas se faz presente em cada especialidade, em cada decisão clínica e em cada relação estabelecida entre o médico e o paciente. Ao reconhecer essa amplitude, a Lameb propõe-se a fomentar o diálogo interdisciplinar e a integração de diferentes perspectivas, compreendendo que o cuidado em saúde exige mais do que conhecimento técnico: exige discernimento, sensibilidade e responsabilidade. Como afirmava Hipócrates, "onde quer que a arte da medicina seja amada, há também amor pela humanidade", lembrando-nos de que a prática médica só encontra seu sentido pleno quando orientada pelo cuidado genuíno com o outro.

Mais do que um espaço de aprendizado, a Lameb assume o compromisso de contribuir para a formação de profissionais dotados de pensamento crítico, capazes de questionar, refletir e deliberar diante dos desafios éticos que permeiam a prática médica contemporânea. Busca-se, assim, superar uma formação meramente técnica e protocolar, promovendo uma medicina que reconheça a complexidade da existência humana em suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Trata-se de formar médicos que não apenas saibam o que fazer, mas que compreendam profundamente por que e para quem fazem, integrando conhecimento científico sólido, sensibilidade moral e responsabilidade social.

Os elementos que compõem o brasão da Liga expressam, de forma simbólica e pedagógica, essa missão. Os louros representam a busca constante pela excelência, conquistada por meio do esforço contínuo, da disciplina intelectual e do compromisso com o saber. O bastão de Esculápio, entrelaçado pela serpente, remete à tradição milenar da medicina, recordando que o exercício da arte médica está profundamente enraizado na história e deve ser continuamente orientado pelo respeito à vida. O livro simboliza o conhecimento, o estudo sistemático e a reflexão permanente, enquanto a balança evoca a justiça, o equilíbrio e a prudência que devem nortear toda decisão ética. Por fim, a expressão latina *aegroto dum anima est, spes est* – "enquanto há vida, há esperança" – sintetiza o horizonte último da prática médica, reafirmando o compromisso com o cuidado contínuo, mesmo diante das limitações, e com a esperança que sustenta e dignifica a existência humana.

Cabe, ainda, um agradecimento especial ao Dr. Dagoberto Vanoni de Godoy, cuja trajetória profissional se destaca pela harmoniosa integração entre excelência científica e profundo humanismo. Sua atuação inspira pelo rigor técnico e pela consistência acadêmica, assim como pela sensibilidade ética que orienta sua prática clínica e docente. Ao aceitar o convite para atuar como Coordenador da Liga, contribui de maneira decisiva para a consolidação de um projeto que busca formar médicos mais conscientes, responsáveis e comprometidos com o bem integral de seus pacientes. Sua participação confere solidez, credibilidade e direção a essa iniciativa.

Este livro, dessa maneira, mais do que um conjunto de textos, apresenta-se como um convite à reflexão, ao diálogo e ao amadurecimento intelectual e moral. Que cada página aqui reunida possa instigar questionamentos, provocar inquietações produtivas e ampliar horizontes, reforçando o compromisso com uma medicina que seja, ao mesmo tempo, tecnicamente competente e profundamente humana.

*Leandro Baptistella Casagrande*
*Pedro Brochetto Soldatelli*
*Rafael Brochetto Soldatelli*
*Ramon da Silva Rosario*
*Fundadores da Liga Acadêmica Médica de Estudos em Bioética (Lameb)*

# Prefácio

Há um momento, na formação de todo estudante de medicina, em que o conhecimento se mostra insuficiente. Esse instante silencioso gera o sentimento de que algo está faltando. Os livros foram lidos, os protocolos decorados, os diagnósticos começam a se organizar com alguma segurança e, ainda assim, algo escapa. É nesse intervalo, entre o saber e o não encontrar a melhor maneira de utilizá-lo, que a bioética se insinua. Não como disciplina, mas como inquietude.

A bioética nasce no hiato entre o possível e o justo. Enquanto a moral nos oferece mapas – caminhos já traçados do que se espera como certo –, a bioética nos coloca diante de territórios ainda não desenhados, onde decidir exige mais do que seguir direções: necessita de presença, dúvida e responsabilidade. Porque, no fim, a moral nos diz o que devemos fazer; a bioética nasce quando percebemos que, mesmo sabendo disso, ainda precisamos decidir. Este livro nasce precisamente dessa reflexão.

Escrito por estudantes, ele carrega uma qualidade rara: a de não esconder suas perguntas. Em um campo frequentemente pressionado por respostas rápidas, diretrizes claras e decisões firmes, há aqui o gesto mais difícil: sustentar a dúvida sem ceder a pressa de decidir. E é justamente aí que reside a sua maior força. Antes de se tornarem especialistas em tomada de decisões, os autores se permitem experimentar o desconforto – ou o respiro – de pensar.

A bioética não começa quando dominamos conceitos, mas quando percebemos que algumas decisões não cabem inteiramente neles. Ela emerge quando o encontro com o outro – vulnerável, singular, impre-

visível – desafia a suficiência das regras. Nenhum protocolo é capaz de antecipar o peso de dizer a verdade a quem sofre, o tempo de insistir em um tratamento ou o momento de recuar. Há escolhas que não se resolvem com mais informação, mas com mais consciência.

É assim diante da morte, quando prolongar a vida pode já não significar cuidar; nos dilemas do transplante, em que a urgência de um se encontra com a finitude de outro; nas fronteiras entre a ciência e as crenças religiosas, quando o sentido do sofrimento não é apenas biológico; ou ainda diante do suicídio, onde a decisão clínica se entrelaça com a dor psíquica e os limites da autonomia. Em cada uma dessas situações, não basta saber o que é possível; é preciso sustentar o peso do que está em jogo. O que pensar frente ao dilema de uma pessoa que acredita que tirar a vida é a única maneira de acabar com a dor que lhe dilacera?

Ao percorrer as páginas deste livro, o leitor encontrará uma multiplicidade de temas: tecnologia e seus limites, autonomia e suas ambiguidades, início e fim da vida, sofrimento psíquico, desigualdades no acesso ao cuidado, entre tantos outros. Essa diversidade não é dispersão; ao contrário, é a expressão mais fiel do campo da bioética. Porque onde há vida humana, há tensão; e onde há tensão, há necessidade de reflexão ética.

Mas talvez o que mais se destaque não seja o conjunto dos temas, e sim o modo como são abordados. Há aqui um olhar ainda não endurecido pela prática repetida, uma atenção que se detém onde muitos passam rápido demais. Existe uma honestidade inicial, anterior às certezas consolidadas, que permite ver o que, com o tempo, corre o risco de se tornar invisível. Não é à toa que, muitos pacientes, preferem ser atendidos por estudantes do que por médicos experientes.

Na formação médica, aprende-se cedo a reconhecer padrões. É uma habilidade indispensável. No entanto, há um risco silencioso nesse aprendizado: o de que, ao identificar rapidamente a doença, deixemos de perceber a pessoa. A bioética opera como um contraponto a esse movimento. Ela não nega a técnica, entretanto a interrompe o suficiente para lembrar que todo caso clínico é, antes de tudo, uma história humana. E histórias não devem ser apenas resolvidas; elas necessitam de escuta.

Por isso, este livro não deve ser lido como um manual com respostas, mas como um convite à presença. Ele não oferece soluções definitivas, e nisso reside sua integridade. Em vez disso, abre espaço para uma prática mais atenta, mais reflexiva, mais consciente de seus próprios limites. Em um tempo que valoriza a eficiência e a rapidez, essa disposição para demorar-se no pensamento é, por si só, um ato ético.

Há, também, algo de particularmente significativo no fato de estas reflexões partirem de estudantes. Não porque lhes falte experiência, mas porque ainda preservam uma forma de sensibilidade que a prática, se não cuidada, pode desgastar. A capacidade de se afetar, de estranhar, de não naturalizar o sofrimento, tudo isso compõe uma dimensão essencial do cuidado, e não um obstáculo para ele.

Se a medicina busca, muitas vezes, reduzir incertezas, a bioética nos lembra que nem todas devem ser eliminadas. Algumas precisam ser acolhidas e acarinhadas.

Este prefácio não pretende orientar a leitura que se segue, quer apenas situá-la. O leitor está diante de um conjunto de vozes em formação, que, em vez de repetir discursos prontos, arriscam pensar por si mesmas. Esse gesto, em si, já é profundamente ético.

Que este livro seja lido, mais do que com os olhos da técnica; com a abertura de quem reconhece que cuidar de alguém é sempre mais do que saber o que fazer. É também sustentar, com responsabilidade e sensibilidade, o que não se resolve facilmente. E, talvez, seja nesse espaço – incerto, exigente e profundamente humano – que a medicina encontra seu sentido mais pleno.

*Dr. Carlos Gomes Ritter*

# A escuta do silêncio: a bioética e a relação com pacientes não verbais

*Gabriele Geremia Bucco*
*Júlia Milene Specht*

**Resumo:** A presente escrita busca trazer para reflexão um assunto pouco discutido, tanto em publicações da área, como também em sala de aula: a relação com pacientes não verbais. Dada a relevância da comunicação para um bom andamento clínico, quando a fala é inviabilizada, o cenário se apresenta como um desafio que pode impactar a conduta do atendimento e do tratamento. Portanto, faz-se necessário ampliar o olhar e as perspectivas do profissional para que o paciente possa se sentir valorizado e tendo sua dignidade e autonomia respeitadas.

**Palavras-chave:** comunicação; paciente não verbal; bioética.

## *1 Introdução*

A palavra "comunicar" tem sua origem no latim, na palavra *comunicare*, que significa "pôr em comum"[1], sendo assim, ela pressupõe o entendimento das partes envolvidas, e não há como ter entendimento sem antes existir a compreensão mútua. Nesse cenário, comunicação verbal é um dos pilares da prática médica e da relação entre médico e paciente, afinal, é por meio dela que é possível estabelecer um laço de confiança, cuidado e, principalmente, compreensão dos sintomas e angústias do paciente, permitindo assim, uma autonomia de ambas as partes, ao mesmo tempo em que possibilita o compartilhamento de decisões a partir da exposição do motivo que o traz para o cuidado[5]. Entretanto, quando o paciente é não verbal, o silêncio se torna a parte central na construção dessa relação. Nesse contexto, escutar o silêncio – muito mais do que a ausência de palavras – é perceber no

olhar, no sorriso, nas expressões faciais e corporais o que a fala não pode traduzir, seja por limitações neurológicas, motoras, cognitivas ou psíquicas. Isso, muitas vezes, é um desafio, afinal, como saber a dimensão da dor sem uma mensuração sobre a duração e intensidade?

A partir dessa perspectiva, surgem inúmeras questões bioéticas que desafiam o cuidado médico e a tomada de decisões que visem melhorar o estado e a própria qualidade de vida do paciente. Contudo, como fazer isso sem invadir o espaço do paciente? Como avaliar a dor sem intensificá-la ou ainda impulsioná-la? Como tocar no paciente sem seu consentimento, e até que ponto isso não infringe princípios éticos? Como se relacionar com os familiares ou responsáveis sem causar ainda mais desconforto e tristeza perante a situação?

São questões como essas que este artigo visa discutir, e, a partir do questionamento inicial sobre a escuta do silêncio na relação de profissionais de saúde com pacientes não verbais, refletir sobre princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, buscando ressaltar questões éticas e a escuta ativa, para que o paciente e seus familiares, não importando a condição, sintam-se cuidados, acolhidos e compreendidos.

## *2 Desenvolvimento*

A escuta do silêncio desafia as perspectivas tradicionais de comunicação em saúde que têm na fala o direcionamento central, seja pela anamnese ou ao longo da conduta, afinal, é por meio das palavras que o paciente, normalmente, dimensiona seu estado geral atual. E é nesse contexto, em que na maior parte do tempo, o ato médico se baseia na troca de palavras e informações, que se faz importante uma reflexão e atenção para os casos em que isso não ocorre, para que o paciente não verbal não seja negligenciado, assim como previsto na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/90. Essas normativas defendem que não haja nenhum tipo de diferenciação no atendimento que prejudique qualquer uma das partes envolvidas, necessitando de enfoque na compreensão do paciente, nas suas mais diversas e legítimas formas de expressão, assim como propõe Merleau-Ponty ao afirmar que a fala é apenas um dos modos de expressão do corpo.

A comunicação exige alinhamento entre falante e ouvinte, com a sobreposição de sinais verbais e não verbais. Para verificar a efetividade dessa interação, espera-se uma coerência entre os sinais falados e expressados, por exemplo, quando se diz "tenha um bom dia", se acompanhado de um sorriso ou de uma face entristecida, transmite-se a fala de formas muito distintas[2]. Já quando o ouvinte está distante para ouvir a fala, como quando há alguém conhecido do lado oposto da rua, apenas o sorriso, visto que a distância interrompe o som da voz, já expressa e conecta a linguagem das partes envolvidas, o que indica a força da expressão não verbal na compreensão da linguagem.

Normalmente, de forma inconsciente, pode-se expressar a sinalização não verbal em diferentes interações. Quando o rosto cora perante uma situação de vergonha ou quando a pupila dilata em uma situação prazerosa, são sinais que transmitem confiança, afinal, são involuntários e incontroláveis, como as palavras tantas vezes se mostram ser. E diante de tamanha complexidade da linguagem, é necessário um entendimento profundo e aplicado para que a comunicação não seja empecilho para ninguém, principalmente no que diz respeito à saúde do paciente.

Nesse viés, há muito vêm se debatendo sobre o ensino médico que vigora na sociedade atual, cenário que privilegia e enfoca o ensino técnico em detrimento da amplitude de sinais e linguagens que circundam o comportamento humano[3, 5]. Isso traduz a forma rasa com que o comportamento humano está tentado a se dirigir, forma essa em que o profissional não tem a consciência plena de que a sua atuação ou qualificação não diz respeito somente a números e produtividade, mas, mais importante que isso, à qualidade e intensidade do tempo que se dispõem para realizar tal conduta.

Apesar da necessidade óbvia, o cuidado e a atenção médica para com tais pacientes e seus familiares, na maioria das vezes, deixam muito a desejar, sendo propensos a experiências ruins e traumáticas que marcam negativamente a família[2]. Esse cenário pode passar de modo despercebido para o profissional, mas não para a família, que se vê cansada das conversas sem diálogo. Mais profundo que isso, o que marca o paciente e a família frequentemente não é o entendimento de prontuários e exames, mas sim o toque, o olhar, a atenção. Com

base na afirmação de Hans-Georg Gadamer sobre a verdadeira arte médica começar quando termina a linguagem clara, para a maioria dos pacientes, ser um bom profissional significa estar atento também ao que não é dito[2, 8]. Essa prática muitas vezes é ocultada pela necessidade de produtividade na qual o médico é inserido, o que limita o tempo destinado a uma escuta ativa e, consequentemente, a uma compreensão e interação de ambas as partes.

Outro detalhe que pode ser fundamental é a forma como o profissional faz o primeiro contato. Por exemplo, o médico cumprimentar primeiro o paciente – no caso, o paciente não verbal – e, após, os seus familiares, pode ser importante para o andamento do atendimento, singularidade essa que parece irrelevante, porém que, para a família, muitas vezes acostumada ao silêncio e à insignificância para parte da sociedade em relação ao portador de deficiência, representa o ápice do atendimento: a percepção da existência, mesmo que não respondida com uma fala.

Em conjuntura com esse cenário, muito se discute em como abordar os questionamentos ao longo da anamnese perante pacientes não responsivos. Embora, possivelmente pelo pouco ensino específico durante a faculdade[3, 5], seja inevitável direcionar a pergunta ao cuidador, essa ação deve ser observada e questionada: que ser humano gostaria que lhe dirigissem a palavra com postura lateralizada? Provavelmente, a resposta seja: nenhum. E isso já elucida o cenário acima descrito: o direcionamento deveria ser, primeiro, voltado ao paciente, e, sendo este não verbal, passado ao cuidador. Assim, tanto o paciente quanto a família sentem-se amparados e notados na amplitude do contexto.

Outra dimensão não verbal importante diz respeito ao toque. Toda forma de tocar o paciente envolve aspectos que englobam não só a maneira como o profissional se aproxima, mas também experiências prévias que fazem com que o paciente se sinta ou não ameaçado. Se o paciente se sentir desconfortável, mesmo que sendo não verbal, haverá formas de demonstrar isso, seja por enrijecimento do corpo, seja por um desvio no olhar ou até mesmo se ele se cobrir com seu lençol. E é de responsabilidade do profissional reconhecer essas dimensões, afinal, cabe a ele o movimento de aproximação e de conseguir identificar o medo e a rejeição[1]. Nessas situações, é importante que o profissional

mantenha o olhar voltado ao paciente, reforçando a conexão e a escuta, e, antes de tocá-lo, comunicar isso a ele e também aos familiares, para que possam perceber a sinalização e o respeito antes de qualquer conduta. Assim também possam se sentir mais seguros e confortáveis.

Outrossim, deve-se levar em conta o ambiente familiar do paciente. Na maioria das vezes, pacientes não verbais estão acompanhados de algum responsável, que geralmente é algum familiar que acaba por abdicar de suas atividades diárias para o cuidado exclusivo do paciente, o que acaba por afetar a sua qualidade de vida e indiretamente as inter-relações do núcleo familiar. Tal fato é um importante indicador do ambiente em que o paciente está inserido, uma vez que é comum o cuidador desenvolve questões como depressão e ansiedade, pois acaba tendo sua rotina influenciada, suas conversas não respondidas e um cansaço gerado pelo ciclo contínuo que significa ser cuidador[7]. Essa realidade pode afetar as demais relações no ambiente à medida que opiniões divergentes sobre o cuidado com a pessoa com a condição de deficiência se sobrepõem ao cansaço e à tendência depressiva observada em tal contexto. Nesse cenário, o papel do profissional de saúde se faz extremamente importante, na medida em que cabe a ele a atenção para com o paciente, mas também para com os seus familiares, visto que um se faz intrinsecamente ligado e relacionado ao outro, e, portanto, o bem-estar de ambos se faz necessário para o sucesso da conduta médica.

Além disso, é importante ter um cuidado perante o ambiente de consulta. Por exemplo, sendo esse paciente não verbal também portador de deficiência física, possivelmente ele utiliza cadeira de rodas, panorama em que precisar subir uma escada pode gerar uma tensão e novamente uma sensação de incômodo por parte da família. Além disso, o espaço de atendimento precisa comportar tanto o paciente, quanto seus familiares e, se for o caso, a cadeira de rodas, de maneira que todos possam se sentir confortáveis e tenham um ambiente propício para a conversa, exame físico e demais demandas[8]. Evidentemente cenários como esse aparecem em menor demanda, entretanto, para a família, esse momento é importante, muitas vezes, é um dos únicos em que saem de suas casas, e se sentir acolhido pode ser a chave

para um sucesso terapêutico e um novo estímulo aos cuidadores, que comumente estão desanimados.

É nesse cenário que a humanização do atendimento novamente se torna imprescindível. Aqui também entra a necessidade de um ambiente multiprofissional que enfoque no cuidado amplo e integral do paciente e dos seus familiares. O atendimento frequentemente desafia o profissional, que sai da faculdade sabendo lidar com o estático, mas que se apavora ao ver a realidade dinâmica e complexa que rodeia o ser humano[8]. Por isso, o ambiente e apoio multiprofissional, com uma perspectiva de diversas especialidades e profissionais, baseada em interconexões, torna-se fundamental no apoio entre esses profissionais e também para com a família, que se sente vista e respeitada perante tantas pessoas em prol de um bem comum. Assim, pode-se organizar e melhor entender as divergências existentes no núcleo familiar para um objetivo de bem terapêutico, assim como diz Jürgen Habermas: a comunicação é o meio no qual se formam entendimentos.

## *3 Conclusão*

A presente escrita buscou refletir a respeito das dificuldades enfrentadas na relação entre médico e paciente quando estes são não verbais. O fato de a literatura mostrar-se escassa no que diz respeito a questões bioéticas relacionadas ao assunto necessita de maior atenção. Esse cenário, na maioria das vezes, é pouco abordado durante a faculdade, o que dificulta a relação entre médico e paciente para ambos os lados: o médico se sente apavorado diante de um cenário novo para o qual não foi bem preparado, devido ao maior enfoque técnico durante o curso; o paciente e a família, além das dificuldades já enfrentadas, precisam lidar com profissionais pouco qualificados para lhe auxiliarem.

Além disso, é imprescindível uma atenção especial para com a família, que, com frequência, por conta do cansaço, encontra-se afetada em diversos aspectos que podem interferir também no bem-estar do paciente. Nesse cenário, torna-se imprescindível uma humanização do ambiente de atendimento, bem como uma equipe multiprofissional, que possa atender ao paciente e à família de forma a proporcionar um contexto propenso ao sucesso terapêutico. Dessa forma, o conhecimento dos

profissionais da área não deve se basear apenas em aspectos científicos, dados e protocolos, mas deve envolver princípios de humanização, de singularidade e empatia, analisando o paciente não apenas como um número, mas como um ser humano complexo e multilinguístico.

Sendo assim, cuidar de um paciente não verbal, seja como família ou como profissional da saúde, requer um entendimento amplo das formas de comunicação. Requer paciência, escuta atenta, transparência e entendimento das formas de expressão corporal. Requer tempo. Requer responsabilidade, assim como afirma Emmanuel Levinas ao dizer que a responsabilidade é o que o rosto do outro exige de mim – no caso, o rosto do outro expressando as mais diversas formas de comunicação, das quais as palavras não fazem parte. Nesse sentido, vale recordar a célebre frase atribuída a Carl Jung: "Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana". Assim, o cuidado ultrapassa a técnica: ele se realiza no encontro de subjetividades, no reconhecimento da vulnerabilidade do outro e na disponibilidade ética para acolhê-lo.

## *Referências*


1. Silva, M. J. P. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Gente, 1996.

2. Baugh, A. D., Vanderbilt, A. A., & Baugh, R. F. (2020). Communication training is inadequate: the role of deception, non-verbal communication, and cultural proficiency. *Med Educ Online*, *25*(1), 1820228.

3. Siqueira, J. E. (2004). Comunicamo-nos adequadamente com os nossos pacientes? *Rev Assoc Med Bras*.

4. Ramos, A. P., & Bortagarai, F. M. (2012). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Rev CEFAC*, *14*(1), 164–170.

5. Campos, V. F., Silva, J. M., & Silva, J. J. (2019). Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. *Rev Bioét (Impr.)*, *27*(4), 711-718.

6. Fernandes, V. B. L., Sant'Anna, P. A., Rocha, J. F. D., Aguiar, B. S., Maia, P. R., & Caldeira, A. P. (2023). Representações sociais de médicos da Atenção Primária sobre a atenção à saúde para pessoas com deficiência. *Interface*, Botucatu, *27*, e220292.

7. Baptista, B. O. (2012). A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm*, *33*(1), 147–156.

8. Missel, A., Costa, C. C., & Sanfelice, G. R. (2017). Humanização da saúde e inclusão social no atendimento de pessoas com deficiência física. *Trab Educ Saúde*, *15*(2), 575-59.

# A ética biomédica, Henri Bergson e a preservação da vida frente ao desconhecido

*Thiago Crocoli Balbinot*

**Resumo:** A ética biomédica de Tom Beauchamp e James E. Childress baseia-se em postulados principialistas para a proteção da vida. Não se costuma questionar, entretanto, qual seria a natureza dessa vida que tanto se almeja preservar. Henri Bergson, em *A evolução criadora*, desmembra o mistério da vida como movimento (devir) que se manifesta em uma "consciência" de "instinto" e de "inteligência". O objetivo deste trabalho, assim, é refletir, às luzes do filósofo francês contemporâneo, esse valor inalienável da vida. Através da leitura da obra de Henri Bergson e da revisão bibliográfica de artigos complementares, optou-se por uma reflexão qualitativa e crítica dos assuntos. Conclui-se o trabalho em meio a uma humildade científica e uma incerteza filosófica que fortalecem o papel da bioética na preservação de um fenômeno que se manifesta em vida.

**Palavras-chave:** ética biomédica; Henri Bergson; *A evolução criadora*.

## *1 Introdução*

A obra de Tom Beauchamp e James E. Childress (B&C) intitulada *Princípios da ética biomédica* é a maior e mais famosa construção literária da disciplina, tendo sido responsável por difundi-la no campo filosófico ético e introduzir nela teorias como a teoria do principialismo e, posteriormente, a teoria da moralidade comum[1, 2]. Baseada nos princípios de *beneficência*, *não maleficência*, *autonomia* e *justiça*[3], constitui pilares fundamentais para a prática da relação entre médico e paciente em situações adversas. Da mesma forma, procura nas teorias morais de Mill, Gert, Kant e Rawls aspectos de universalidade e de imparcialidade nas discussões de preservação da vida[1].

O presente trabalho, entretanto, não tem o objetivo de analisar a veracidade ou a falseabilidade da moralidade principialista abordada por B&C ou mesmo a aplicabilidade real do universalismo proposto por

esses escritores, como já analisam muito bem autores como Karlsen, Solbakk, Gordon, Rauptrich, Vollmann, Clouser e Gert[1]. O objetivo aqui é, pois, investigar a causa da preocupação primeira dos autores principialistas na sustentação e na proteção da vida ao reunir esses quatro princípios norteadores, retroceder, assim, ao início e teorizar a respeito desse aspecto intuitivo humano de preservação dos semelhantes, do sentido que aponta ao valor universal do ser humano e reforça o papel da bioética.

## *2 Desenvolvimento*

Em princípio, para seres tão irrelevantes, frágeis e fugidios quanto o mais simples dos organismos vivos, a bioética aparenta ser a defensora de um valor inalienável para a vida humana. Mesmo que não abertamente, a partir desse prisma, trabalhos bioéticos sugeririam a existência de algo no ser humano que viria a ornamentar a sua constituição e dar a ele um intrínseco significado, propósito, um direito de vir a existir, um elã vital[4] que deveria, assim, ser protegido e respeitado por princípios guiados pela ciência. Entretanto, seria evidente questionar se esse "algo" estaria em um nível exterior, interior, em ambos ou em nenhum deles.

Independentemente do nível em que se encontra seu valor inalienável, a vida em *A evolução criadora* (1907), de Henri Bergson[5], é enxergada como uma entidade própria nela mesma, como uma força, energia ou pulsão que dá ao ser, pessoa ou paciente, o *eu consciente* ou *esprit humain* (espírito humano), a constituição de sua experiência como ser vivo: a vida que se manifesta como movimento[5]. Assim, a figura bioética de "pessoa", como forma e sujeito, é, nessa obra, preservada e respeitada. Congruente com o caráter intrínseco da vida e da pessoa em sua forma, nada melhor do que trazê-la às discussões da bioética.

Consta no *Código de ética médica*[6], no sétimo parágrafo de "Princípios Fundamentais", que o médico "[...] jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativas contra sua dignidade e integridade" (Conselho Federal de Medicina, 2019, p. 15). Aqui, por exemplo, recai a proibição a um profissional médico de findar a "vida"

de seus pacientes. Essa proibição é uma negação que pressupõe pelo menos duas afirmações fundamentais: mostra-nos que, em primeiro lugar, o paciente possui algo que se chama "vida", já que pode ser exterminada, e, em segundo lugar, que o médico pode, mas não deve findá-la precocemente.

Para além das relações conflitantes que os quatro princípios de B&C podem estabelecer entre si e tornar as decisões práticas "conflitos éticos", por basearem-se em filosofias morais que se validam, mas que não convergem[1], as complicações filosóficas a respeito de temas como a eutanásia, o aborto e o suicídio, em muitos locais do mundo, parecem-nos também baseadas no fato de que nem a medicina nem o profissional médico possuem pleno domínio do que se trata a manifestação "vida" que tanto tentam preservar, e, já que esta se manifesta em seu paciente de modo inegável, a melhor maneira de não cometer enganos é encontrar a maior coerência possível perante o desconhecido. Em Bergson[5], questiona-se esse desconhecido.

O desconhecimento médico em relação aos pormenores da vida humana pode parecer um contrassenso, mas não é. A formação médica proporciona aos estudantes plenos conhecimentos sobre os pequenos mecanismos biológicos, físicos e químicos que, separadamente, mas em aparente unicidade, dão vazão à pessoa que lhe aparece à frente. Não é indagado, porém, como aqueles teoremas fisiológicos e químico-físicos, relegados a um determinado momento e presos em maquinismos específicos, unem-se para dar vazão ao fenômeno dinâmico e movimentado da "vida", de que natureza é esse fenômeno, e se tratamos de uma unicidade múltipla ou de uma multiplicidade única (células que se unem em um organismo ou um organismo que se desmembra em células?).

Em concordância com as ideias de Henri Bergson[5] sobre o mecanismo cinematográfico do pensamento e a ilusão mecanicista, é aparente que nem poderia, já que a Medicina, assim como as demais áreas descendentes de nossa ciência moderna notadamente positiva e de uma inteligência racionalmente sólida, desmembra os objetos de estudos a níveis atômicos para lhes prender na imobilidade da matéria e poder deles extrair leis estáticas, imóveis e inflexíveis. Ou, pelo menos, tentar. O problema desse método, muito embora útil para

os componentes diminutos, é que nos foge às mãos o fato de a vida estar em um constante processo, de uma rapidez e fluidez, que torna, para nós, incognoscível a possibilidade de pensar nos infindos intricamentos simultâneos necessários ao funcionamento conjunto de genes, células, tecidos e órgãos: quando olhamos para células humanas no microscópio, olhamo-las em um corte fixo, preso em um determinado espaço-tempo. Mesmo que o funcionamento do tecido humano se dê com a sucessão ininterrupta desses momentos histológicos estáticos, não somos capazes de extrair dessa sucessão o seu próprio movimento. Isto que nos escapa: o movimento que se perde ao próprio olhar fixador da ciência, ou, em *A evolução criadora* (1907)[5], a própria vida.

A fim de entendimento, o autor[5] argumenta que nossa inteligência racional, base da ciência positiva que nos impulsiona em nossa realidade, é, sobretudo, sólida. "Sólida" no sentido de se aplicar confortavelmente aos objetos concretos com os quais podemos modificar nossa realidade, nas ferramentas fundamentais que medir, pesar, quantificar e calcular podem nos oferecer. É sólida também quando obriga a se analisar uma matéria que tem de se considerar inerte, estável, imóvel e inamovível, com o intuito de isolá-la das variáveis externas e de predizer resultados controlados e reproduzíveis. A necessidade de modificação da realidade extrínseca, material, aos seres humanos justificaria tal prática.

Nas palavras de Bergson[5], a nossa ciência "exige que consideremos toda forma atual das coisas, mesmo das naturais, como artificial e provisória, [...] que apague do objeto percebido as linhas que assinalam a sua estrutura interna, [...] que tomemos sua matéria indiferente à sua forma" (p. 169). E é isso, indubitavelmente, que ocorre à Medicina ao estudar o ser humano: para entender o seu funcionamento diminuto, é necessário que se retire dele a sua forma de "pessoa" e tomemos a matéria de suas "células" como objeto de estudo. Isso, entretanto, para a ciência médica, não é e nem deve ser encarado como um problema, pois possui em seu âmago a necessidade prática e sólida da ciência positiva. Cabe à Filosofia e especificamente à Bioética, pois, refletir a respeito do tema.

Em se tratando de "células", por exemplo, a obra[5] desmembra ainda mais o assunto, quando se sabe, inegavelmente, que um progresso científico incomparável se sucedeu à descoberta do universo celular

e à fragmentação do ser em tecidos organizados resolvidos entre si. Porém, estaria essa descontinuidade heterogênea complexa da matéria mais próxima ou mais longe da forma homogênea que dela se constitui? Ora, pensar simultaneamente na multiplicidade dos elementos e na penetração recíproca de todos eles é algo que foge à nossa ciência acostumada ao imóvel, ao tempo como uma simples sucessão de estados inamovíveis que se subdividem em estados estáticos indefinidamente. Com efeito, enganamo-nos ao tentar imitar o devir, o móvel e o variável, com uma sucessão de estados imóveis: mesmo que o movimento de uma flecha possa ser desmembrado nos múltiplos pontos fixos de sua trajetória e que uma curva seja ampliada a diminutos subprodutos retos, ninguém há de negar que a flecha se movimenta em direção ao alvo e que a curva não é uma reta[5].

Nas palavras de Bergson[5], "não parece que, de fato, o que há de propriamente vital no vivo recua ao mesmo passo que se leva mais adiante o detalhamento das partes justapostas?" (p. 176). O entendimento do todo, isto é, da "forma" da pessoa, assim, parece se fazer possível apenas a partir de pensamentos filosóficos e, logo, deve angariar esforços com a popularidade da Ética Biomédica de B&C[1]. Apoia-se nisso o autor[5] quando diz:

> se a ciência deve estender a nossa ação sobre as coisas e se só podemos agir tendo a matéria inerte como instrumento, a ciência pode e deve continuar a tratar o vivo como inerte. Mas será entendido que, quanto mais se embrenha nas profundezas da vida, tanto mais o conhecimento que nos fornece se torna simbólico, relativo às contingências da ação (cap. III, p. 217).

Como já comentado, uma das razões pelas quais falamos sobre a forma da "pessoa" e da "vida", especialmente com o intuito de reforçar a importância dos princípios práticos da Ética Biomédica de B&C, é a necessidade de se pensar na legitimidade ou na ilegitimidade de ações que possam, especialmente, findá-las. Entretanto, como vimos, a natureza dessa vida parece escapar à inteligência racional, sólida e física da qual nos valemos para avaliar o mundo material em que vivemos e, assim, nele agir. Dessa forma, como poderíamos avaliar o "eu" ou o "ser" que vive e com ele proceder?

Bergson[5] aborda, em sua obra, dois aspectos fundamentais do "eu consciente", ao qual se refere constantemente como "espírito humano":

a "inteligência" e o "instinto". A "inteligência", como já vimos, é a propriedade consciente que nos permite, sobretudo, modificar o mundo ao nosso redor, o mundo dos sólidos, e dele fabricar instrumentos para a nossa sobrevivência, rompendo as próprias barreiras de uma matéria que parecia inamovível. A "inteligência", entretanto, em seu aspecto evolucionista, nem sempre se manifesta nos seres vivos e, quando muito, como em primatas similares, aparece de modo incipiente. Um fator que existe, entretanto, da mais simples forma de vida unicelular ao mais complexo dos seres, é algo que Bergson[5] chama de "instinto". Este, diferentemente da análise geométrica e linear da inteligência, manifesta-se como a simples intuição de estar vivo, vontade de viver, uma própria "simpatia" pela vida: o movimento que escapa das lâminas histológicas no microscópio. Esse "instinto", de natureza diversa e além de nossa racionalidade sólida, escapa-nos entre os dedos quando tentamos analisá-lo com as fórmulas matemáticas de nosso mundo habitual: "pois nunca é demais repeti-lo: a inteligência e o instinto estão voltados em dois sentidos opostos, aquela para a matéria inerte, este, para a vida" (p. 191).

O autor[5] nos sugere que a inteligência, mesmo investigando as mais complexas leis físicas, da vida só nos trará traduções em termos de inércia e sucessões inertes. E o instinto, como "simpatia", mesmo que apareça como uma sensação de estar vivo, nunca poderá ter escopo e refletir sobre si mesmo, escapando-nos, assim, as chaves das operações vitais: "Há coisas que apenas a inteligência é capaz de procurar, mas que, por si mesma, não encontrará nunca. Essas coisas, apenas o instinto as encontraria, mas não as procurará nunca" (p. 164).

Dessa forma, a inteligência do "eu consciente" adapta-se ao mundo dos sólidos, e o espírito humano, analisando-se por meio das únicas leis inteligentes que possui, isto é, as sólidas, deixa-se escapar e se perder ao justamente pensar as propriedades de uma vida, que, em princípio, é não sólida e, por isso, impensável. Resta a ele, pois, senti-la instintivamente. Logo, nem a medicina nem o paciente possuem completa propriedade sobre a forma "vida" – e não a terão.

Henri[5] analisa a forma "pessoa" como "consciência" metafísica que se condensa/solidifica por meio dessa "inteligência" sólida em um corpo que, por meio dela, percebe – e que, em verdade, somente existe em

razão dela, em um paralelismo "inteligência/materialidade" –, mantendo o "instinto", a intuição intrínseca que faz o ser humano sentir a sua vitalidade não material. O binômio "instinto/inteligência", por sua vez, mostrar-se-ia a partir de uma "realidade que se faz através daquela que se desfaz" (p. 269), por exemplo, na queda de um paciente de seu leito. Pensemos no gesto de levantar-se; depois suponhamos que o corpo, abandonando a si mesmo, torne a cair e que, no entanto, subsista nele, esforçando-se por reerguê-lo, algo do querer que o animou a levantar-se por primeiro. Aí estaria a vitalidade, no limite entre os estados; aí, pois, estaria a verdadeira forma da "pessoa".

O autor[5] comprova essa ideia ao defender que a matéria, na verdade, é fluxo e que a rigidez seria uma ilusão. Foi por meio da evolução, porém, que a inteligência dos seres vivos aplicou sobre o movimento (devir) linhas externas que delimitam o seu movimento, agindo em suas propriedades, como no caso dos animais, e/ou extraindo delas noções matemáticas imóveis que se correlacionam, como no caso dos humanos[5]. Isso quer dizer que "[...] aquilo que a inteligência humana apreende é a totalidade do apreensível" (p. 208) e que a realidade "em si" não conhecemos e dela nunca saberemos nada, uma vez que só apreendemos sua refração pelas formas de nossa faculdade de perceber[5]. Logo, aos seres humanos, resta a incapacidade de compreender o absoluto, o incognoscível, e a matéria de nosso corpo, dentro dos moldes de uma inteligência sólida, não explica a totalidade da vida.

Agora com o entendimento de uma "consciência" metafísica como a origem dos seres vivos e dos seres humanos, como dar-se-iam, por exemplo, as discussões bioéticas a respeito da morte encefálica, tão bem correlacionada ao cessar da atividade nervosa central orgânica? Tendo em vista que tratamos dos protocolos de morte encefálica, analisando-os sob o nosso olhar sólido de uma matéria diminuta (os neurônios), em verdade, parece que já não findamos a vida à matéria em si, mas à sua "forma": à pessoa que, com o fim da estrutura que lhe permite intuir a vitalidade e desejar viver, isto é, libertar-se da matéria à qual se prende, está morta. Deixa de ser o "riachinho pelo qual se passa o grande rio da vida" (p. 292).

## *3 Conclusão*

A vida como o movimento de Bergson[5], no caso da ética biomédica, mostra-se como algo muito prudente e já conhecido: para nós, estudantes e médicos, é evidente que, para além das análises físicas, existe um fenômeno à nossa frente, o fenômeno da "pessoa" ou do "paciente". Concluímos esta teorização com o pressuposto de que o fenômeno denominado "vida" se manifesta, assim, por mecanismo suprarracional, o que é justamente por suplantar toda e qualquer teoria racional de nossa inteligência sólida que tente explicar seu motor móvel a partir de uma causalidade inerte[5].

A bioética é uma tentativa velada de mostrar-nos que o homem não domina todos os mistérios dessa manifestação chamada "vida", de mostrar-nos um valor ininteligível que parece fugir de nossas quantificações lógicas, geométricas ou matemáticas, para, assim, protegê-lo. Bergson[5] afirma que sua filosofia faz com que não nos sintamos mais tão isolados, nem como humanidade nem como conjunto vivo do planeta: "todos os vivos se tocam e todos cedem ao mesmo formidável impulso" (p. 293).

Assim, ao retornarmos ao universo da medicina e nos depararmos com a frase do médico grego Hipócrates "O corpo cura por si mesmo. O médico é só um assistente da natureza", talvez, armados ao estilo do filósofo contemporâneo francês, poderíamos nos fazer ajudantes de uma natureza que guarda e equilibra algo que não sabemos ao certo de onde vem ou como se forma, mas que se manifesta puramente no ato móvel de viver, no impulso, no instinto e na sensação de estar vivo.

## *Referências*


1. Azambuja, L. E. O. de, & Garrafa, V. (2015). A teoria da moralidade comum na obra de Beauchamp e Childress. *Rev Bioét*, *23*(3), 634–44. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-80422015233100

2. Nunes, L. de L., & Trindade, G. G. da. (2013). Princípios de ética biomédica: a abordagem principialista de Beauchamp e Childress e a resolução de conflitos morais. *Cognitio-Estudos*, *10*(1), 55-66. https://revistas.pucsp.br/index.php/cognitio/article/view/10434

3. Petry F. B. (2004). Resenha. *ethic@*, *3*(1), 87-92.

4. Paiva R. (2023). Impulso criador e drama vital em Bergson. *Trans/Form/Ação*, *46*(2), 253-74. DOI: https://doi.org/10.1590/0101-3173.2023.v46n2.p253

5. Bergson, H. (2005). *A Evolução Criadora* (1. ed.; B. Prado Neto, trad.). São Paulo: Livraria Martins Fontes.

6. Conselho Federal de Medicina. (2019). *Código de Ética Médica:* Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina.

# Assistência à saúde mental de mulheres em privação de liberdade: um olhar bioético

*Ana Vitória Cioato*
*Andrielle Oliveira de Almeida*

**Resumo:** A saúde mental de mulheres privadas de liberdade é uma questão complexa que envolve múltiplos aspectos bioéticos relacionados à desigualdade de gênero, condições degradantes do sistema prisional, violação de direitos e dificuldades na reintegração social. Esses fatores impactam diretamente o bem-estar psicológico e emocional dessas mulheres. Além disso, mulheres encarceradas apresentam maior incidência de transtornos como ansiedade, depressão, estresse e alterações no padrão de sono em comparação com mulheres fora do sistema prisional. Ainda, a discussão bioética enfatiza a necessidade do respeito à dignidade humana e aos direitos fundamentais da bioética médica e seus pilares.

**Palavras-chave:** mulheres privadas de liberdade; saúde mental; transtornos psiquiátricos.

## *1 Introdução*

O contexto histórico da humanidade é marcado pela formação social patriarcal, que moldou uma sociedade desigual em favor do homem. Essa estrutura influenciou ideologias e hierarquias baseadas em gênero, raça, etnia e orientação sexual, culminando em exclusões sociais. Nesse sentido, tanto a Igreja quanto a medicina contribuíram para a consolidação de padrões de comportamento idealizados para as mulheres, limitando seu papel social ao prazer e à reprodução, o que acabou por invisibilizar a atenção à saúde mental das mulheres privadas de liberdade[1].

Dessa forma, levando em consideração a forma como esses arranjos foram sendo construídos historicamente, tem-se que, enquanto os homens passaram a ser punidos por meio da privação de liberdade em prisões, as mulheres foram sendo penalizadas em instituições mentais

e espaços religiosos, construindo-se a visão de que eram histéricas e anormais[2]. Atualmente, o conjunto de fatores que leva essas mulheres a se tornarem privadas de liberdade, e, consequentemente, de direitos, torna-as mais vulneráveis do que antes ao desenvolvimento de múltiplos agravos, de forma essencial, às morbidades psiquiátricas, o que já historicamente era pressuposto das mulheres.

Nesse sentido, muitas vezes, pelo fato de estarem enclausuradas, detidas ou presas, todas as queixas se multiplicam, tornando a dor, a ansiedade e a depressão mais intensas[3]. Segundo alguns estudos, mulheres presas são cinco vezes mais vulneráveis a problemas de saúde mental do que mulheres da população geral e frequentemente enfrentam transtornos como depressão, ansiedade, esquizofrenia, dependência química, estresse pós-traumático (TEPT), distúrbios de personalidade, entre outros[2].

O Ministério da Saúde afirma que, em uma perspectiva histórica, a saúde da população em unidades prisionais no Brasil é abordada de forma reducionista, ignorando a alta incidência de transtornos mentais e outros problemas de saúde comuns entre os prisioneiros. Uma pesquisa realizada relaciona os sintomas de depressão não a transtornos mentais específicos, mas sim às condições insalubres do ambiente, à superlotação, à alimentação inadequada, à convivência com indivíduos violentos e agressivos, incluindo os próprios agentes penitenciários, ao confinamento em "solitárias", onde o espaço físico é extremamente limitado, e à restrição da luz solar e dos contatos humanos[1, 2].

Ademais, a privação de liberdade gera impactos que ultrapassam os muros do sistema prisional, afetando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais das pessoas custodiadas. No contexto feminino, esses efeitos são agravados por especificidades como a gestação no cárcere, período marcado por preocupações com a saúde do bebê e incertezas sobre o destino da criança após os seis meses de amamentação. Soma-se a isso o sofrimento decorrente do afastamento familiar, seja pela omissão quanto ao encarceramento materno dos filhos, seja pela interrupção do contato entre eles, cenário agravado pelo consenso de que o ambiente prisional é inadequado tanto para as mães quanto para as crianças.

Diante disso, é importante destacar que políticas prisionais e de saúde deveriam considerar a perspectiva das detentas no planejamento de programas de saúde mental, garantindo que sejam relevantes para suas realidades e necessidades. Corroborando isso, foram idealizadas as Regras de Bangkok (Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras), as quais propõem estratégias diferenciadas frente aos cuidados de saúde dessa população[3, 5].

## *2 Desenvolvimento*

### Contexto atual de mulheres privadas de liberdade (epidemiologia)

A população feminina encarcerada representa cerca de 7% do total do Brasil, as taxas de encarceramento entre as mulheres vêm em uma crescente a cada ano e o número de reclusas entre 2000 e 2016 aumentou 525%. O contexto atual de mulheres privadas de liberdade é representado majoritariamente por jovens negras e mulheres de baixa renda, presas, principalmente, por tráfico de drogas, o que escancara a desigualdade social que permeia o país. Como resultado, ocorre a piora física e mental das presas em comparação à população em geral, e a falta de políticas públicas que garantam os direitos delas intensifica esse grave problema[3].

Dentro desse sistema, que é historicamente projetado para homens, as mulheres enfrentam dificuldades, pois suas necessidades básicas não são atendidas. As estruturas físicas inadequadas, insalubres e precárias, além da superlotação, higiene e alimentação inadequada e falta de atividade física, representam grande responsabilidade no desenvolvimento de transtornos mentais e outros problemas de saúde dentro dos presídios femininos. Apesar de o Brasil possuir o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que teoricamente deveria garantir direitos de forma universal e equitativa, o sistema carcerário é inadequado, principalmente para as mulheres. Conforme o Ministério da Saúde, a abordagem da saúde no sistema prisional é realizada de forma mínima, realizando apenas redução de danos e ignorando problemas graves e prevalentes, incluindo os transtornos mentais[1, 6].

## Saúde mental de mulheres privadas de liberdade

A sociedade apresenta uma estrutura patriarcal marcada pela desigualdade, exclusão social e supressão das mulheres. Nesse sentido, foram estabelecidos padrões de comportamento ditos adequados para a mulher dentro da sociedade, impondo a ela tarefas relacionadas ao trabalho doméstico, à reprodução e ao cuidado dos filhos. Dessa forma, mulheres que se desviam desse comportamento imposto são consideradas doentes mentais e internadas de maneira compulsória. Esse estigma é visualizado nos dias atuais e faz parte das condições enfrentadas pelas mulheres no Brasil, de modo que a sociedade não trata adequadamente os problemas mentais reais que esse gênero enfrenta. Tal situação é ainda mais complexa quando envolve mulheres reclusas que possuem fatores de risco, como baixa escolaridade, sedentarismo, uso de álcool e tabaco, isolamento social, uso de medicamentos e eventos estressores que contribuem para o agravamento do quadro[1, 6].

As mulheres em situação prisional são cinco vezes mais vulneráveis a doenças mentais se comparadas à população em geral. Geralmente, elas são acometidas por distúrbios relacionados a traumas sofridos durante a vida, que resultam no desenvolvimento de transtornos como depressão, ansiedade, esquizofrenia, dependência química, transtorno de estresse pós-traumático, distúrbio de personalidade, entre outros. A depressão maior apresenta uma prevalência de 14,1%, e as demandas mais imediatas geralmente são associadas a sintomas depressivos, transtornos de ansiedade, como fobia e claustrofobia, além de insônia[3, 4]. Além disso, questões mais graves como psicose, transtornos neurocognitivos e de personalidade resultam em taxas mais altas de eventos críticos durante a prisão, como necessidades de observação intensiva, crises e risco de autolesão[7].

O encarceramento gera impactos significativos na vida das mulheres, os quais vão além da liberdade, afetando diversas áreas da existência, como a biológica, a psicológica e a social. Uma pesquisa realizada entre 2012 e 2013, em uma penitenciária de Campinas (SP), evidenciou que cerca 66,7% das reclusas avaliadas possuíam algum tipo de transtorno mental e um agravante maior é que dois terços desse número apresentavam sofrimento psíquico significativo. Ainda, a legislação não leva

em consideração as divergências que existem entre os gêneros e trata igualmente homens e mulheres no sistema prisional, sem observar as particularidades físicas, biológicas e psicológicas existentes, deixando explícita a privação dos direitos básicos e a violência diária enfrentada pelas mulheres[2]. A precariedade é visualizada desde itens essenciais que são escassos, até a estrutura, que não atende às necessidades básicas, com falta de materiais de higiene e beleza, bem como a pobreza menstrual, que afeta diretamente a dignidade e os direitos humanos. Observou-se que mulheres com escabiose ou pediculose, doenças diretamente relacionadas à higiene, demonstraram prevalências mais altas de transtornos mentais, além disso, sobrepeso e obesidade tiveram destaque em associações com os transtornos[6].

Outrossim, algumas doenças como a depressão podem ser fortemente relacionadas à insalubridade do ambiente, à superlotação, à alimentação deficiente, aos espaços físicos restritos e ao afastamento dos familiares. As mulheres encarceradas são mais afetadas pelo rompimento familiar, principalmente as que são mães e acabam sendo separadas de seus filhos. Com isso, a ausência de políticas públicas que mantenham os laços e as relações amplia ainda mais na piora do quadro feminino. Além disso, essa população carrega, em muitos casos, uma história de vida com precário vínculo familiar, histórico de abuso sexual, violência doméstica e outros traumas, que representam grandes causas para o desenvolvimento ou agravo das morbidades psiquiátricas[1, 2, 3].

Diante disso, as mulheres em situação de prisão compõem um grupo vulnerável, fruto dos múltiplos ataques sofridos durante suas trajetórias, que não são adequadamente tratados enquanto elas se encontram presas, desencadeando ou agravando os distúrbios psicológicos[3]. Com isso, políticas públicas adequadas precisam ser implementadas para que a legislação que garante direito a todas seja devidamente aplicada. As perspectivas das detentas devem ser consideradas no planejamento, para que sejam atendidas suas reais necessidades e não recebam apenas um tratamento superficial sem resolução[5].

Primeiro, a visita de familiares e parceiros é fundamental para melhores resultados, além de profissionais capacitados para lidar com o quadro psiquiátrico das presas, e o treinamento em saúde mental

das próprias encarceradas é importante para o aprimoramento de habilidades de enfrentamento e do reconhecimento do sofrimento psíquico. Além disso, o incentivo e a oferta da prática de atividades físicas, oportunidades de trabalho na prisão e atenção especial ao histórico de violência são fatores importantes para a redução da prevalência de transtornos mentais entre as mulheres privadas de liberdade. A possibilidade de terapias específicas como TCC é fundamental para o tratamento dos transtornos desenvolvidos, para que as mulheres possam processar traumas passados, desenvolver estratégias para resolução de conflitos e problemas, cuidados da família e retomada do controle de suas vidas. Esse tipo de tratamento combinado com medicação nos casos necessários é essencial para que, posteriormente, elas sejam reintegradas na sociedade de forma mais saudável e possam dar sequência em suas vidas, a fim de que não sejam repetidos os erros do passado[3, 6].

## Direitos das mulheres privadas de liberdade em relação à bioética

Já foi visto que as condições enfrentadas por mulheres privadas de liberdade refletem a construção do pensamento histórico-social perpetuado pelo patriarcado, manifestando-se em falhas estruturais nos ambientes prisionais e perpetuando estigmas históricos[1]. Diante disso, a condição de isolamento decorrente do processo de encarceramento força as pessoas privadas de liberdade (PPL) à inatividade e à ociosidade; à limitação do espaço; à impossibilidade de ir a outros lugares; à distância do meio familiar e social; à falta de ar, de sol, de luz; à precariedade das condições sanitárias; à falta de higiene; à alimentação muitas vezes deteriorada; à convivência forçada; à disciplina e à submissão; à vigilância permanente; aos regulamentos que devem ser seguidos sem explicações nem possibilidades de questionamento; e ao sistema de regalias que transforma direitos em recompensas por comportamentos tidos como bons, o que pode afetar muitos direitos da pessoa, visto que o Estado fica em posse de sua vida de forma integral[1, 2, 6].

As mulheres no sistema prisional vivenciam desafios que extrapolam a privação da liberdade em si. Questões relacionadas à saúde reprodutiva, ao acesso a cuidados médicos adequados, à maternidade, à saúde mental e à integridade física e moral tornam-se ainda mais sensíveis no ambiente carcerário. Nesse cenário, a autonomia é, com frequência, limitada, principalmente decorrente da falta de informação clara sobre procedimentos de saúde ou pela impossibilidade de escolhas livres e conscientes[6, 7].

A justiça, por sua vez, é colocada em risco devido às desigualdades estruturais que marcam o perfil da população feminina encarcerada, que geralmente é formada por mulheres pobres, negras e com baixa escolaridade, vulnerabilizadas de maneira significativa. A bioética evidencia como essas desigualdades se refletem no acesso precário a serviços de saúde e em tratamentos muitas vezes inadequados ou negligentes[3].

Além disso, a maternidade no cárcere constitui um dos pontos mais delicados do debate bioético, sendo que a convivência entre mães e filhos, a separação precoce, as condições de gestação e parto, bem como o cuidado com o recém-nascido, exigem uma abordagem que reconheça e valorize o vínculo afetivo e os direitos da mulher e da criança, o que acaba não ocorrendo na maioria das situações. É vista a importância da bioética nesse contexto por ser um instrumento de defesa da dignidade que foca em práticas mais humanas e respeitosas, em especial, para essas populações mais vulneráveis[1, 3].

A reflexão sobre bioética no que concerne à vida das mulheres privadas de liberdade é fundamental, visto que reconhece a necessidade de políticas públicas e ações institucionais que respeitem a vida, a saúde e a dignidade delas. Além disso, configura-se como um chamado à humanização do sistema prisional, orientado por princípios éticos que reforcem que, mesmo em privação de liberdade, os direitos humanos permanecem inalienáveis[4, 5].

## Desafios de manter os direitos de mulheres privadas de liberdade

As taxas de encarceramento feminino entre 2000 e 2016, o número de reclusas era de 5.601 e passou a ser 37.3803. Nesse sentido, o sistema carcerário brasileiro se encontra em extrema precariedade, principalmente no contexto feminino. As mulheres infratoras encontram-se destinadas às mesmas punições legais e condições prisionais que os homens[2], realidade derivada de uma esmagadora maioria de legislações penais que não levam em consideração as particularidades das mulheres, sejam elas biológicas, físicas ou psicológicas, expondo-as à falta de acesso aos direitos sociais básicos e à violência[3].

Ainda assim, mesmo diante das garantias legais, os serviços de saúde nas prisões são insuficientes e ineficazes. Tendo isso em vista, a escassez de profissionais especializados, como psiquiatras e psicólogos, e a ausência de programas contínuos de acompanhamento psicológico são barreiras para que essas pessoas possuam um tratamento adequado[1]. Sendo assim, mesmo diante de políticas públicas que protejam essas mulheres, na prática, não há suporte apropriado que possa atender a essas demandas[3].

Outro fator crucial, que está muito presente, é a exclusão social a que essas mulheres são destinadas a enfrentar. Essa exclusão é intensificada pelo rompimento familiar, principalmente no caso das mulheres que são mães[1, 3]. A separação de mães e filhos durante o cumprimento da pena e a dificuldade em manter um contato regular afetam profundamente a vida das mulheres encarceradas, intensificando seu isolamento social e psicológico[2]. Essa situação torna-se ainda mais complicada pela ausência de políticas públicas que promovam a manutenção desses laços, perpetuando um ciclo de exclusão[1].

Além dessas falhas na estrutura, a problemática envolve a falta de recursos básicos e materiais de higiene pessoal, o que potencializa a pobreza menstrual e afeta diretamente a dignidade e integridade da mulher[1]. Ademais, as barreiras de acesso aos serviços de saúde mental são inúmeras, o que agrava o problema[4]. Estudos mostram que os transtornos mentais e o uso de substâncias influenciam a trajetória de mulheres encarceradas durante a prisão, não apenas como fatores que

levam à prisão, mas também como determinantes de suas experiências dentro do sistema prisional e após a libertação[4, 5].

Diante disso, é importante enfatizar a urgência de políticas públicas específicas para mulheres encarceradas, incluindo triagem sistemática de transtornos mentais no momento da admissão, oferta adequada de tratamento psiquiátrico e clínico, incentivo à prática regular de atividade física, ampliação das oportunidades de trabalho na prisão e atenção especial ao histórico de violência e à gestação, caso esta ocorra dentro do sistema penitenciário. Esse fortalecimento de políticas de saúde no sistema prisional é essencial não apenas para reduzir o sofrimento, mas também para contribuir para a ressocialização dessas mulheres e promover a dignidade humana tanto delas quanto das crianças[6, 7].

## *3 Conclusão*

A urgência de mudanças relacionada às estruturas das penitenciárias e aos serviços oferecidos é extrema em vários âmbitos, mas principalmente em relação às mulheres, que ficam demasiadamente desfavorecidas por integrarem um sistema de punição que é programado para o encarceramento de homens, não abordando suas necessidades básicas e contribuindo para o desenvolvimento de graves doenças, como os distúrbios psiquiátricos[1, 3].

Dessa forma, mais pesquisas relacionadas a esse tema são fundamentais para obter dados atualizados, para possibilitar um planejamento adequado às mudanças necessárias relacionadas à saúde mental das ocupantes do sistema prisional brasileiro e também para entender quais as demandas mais imediatas a serem priorizadas, como estrutura física, suprimentos para higiene adequada, alimentação balanceada, entre outros direitos que são garantidos por lei[4].

Por fim, a implementação de formas de rastreamento eficiente das patologias mentais possíveis e dos fatores de risco associados é indispensável para garantir os direitos bioéticos das mulheres em cumprimento de punições. Além disso, defende-se a adequação de políticas públicas mais eficientes para a entrega de um tratamento eficaz aos problemas de saúde apresentados pelas presas, desenvolvidos antes ou

depois da reclusão, para os princípios bioéticos sejam devidamente respeitados como a legislação vigente promete[5].

## *Referências*


1. Araújo, A. S., Lima, L. J., & Dias, W. A. (2024). Saúde mental e cárcere: mulheres privadas de liberdade, violência e subjetivações. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, *17*(13), e14158. DOI: http://dx.doi.org/10.55905/revconv.17n.13-542

2. Bezerra, G. M., Costa, H. Jr., Barreto, L. A. F, Barros, R. J. F., & Oliveira, S. R. (2023) Os impactos do encarceramento na saúde mental de mulheres. *Revista ft.com.br.* ISSN 1678-0817. https://revistaft.com.br/os-impactos-do-encarceramento-na-saude-mental-de-mulheres/

3. Schultz, A. L. V., Guterres Dias, M. T., & Dotta, R. M. (2020). Mulheres privadas de liberdade no sistema prisional: interface entre saúde mental, serviços sociais e vulnerabilidade. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, *19*(2), e36887. DOI: https://doi.org/10.15448/1677-9509.2020.2.36887

4. Hidayati, N. O., Suryani, S., Rahayuwati, L., & Widianti, E. (2023). Women Behind Bars: A Scoping Review of Mental Health Needs in Prison. *Iran J Public Health*, *52*(2), 243-253. DOI: 10.18502/ijph.v52i2.11878.

5. Bright, A. M., Higgins, A., & Grealish, A. (2023). Women's experiences of prison-based mental healthcare: a systematic review of qualitative literature. *Int J Prison Health*, *19*(2), 181-198. DOI: 10.1108/IJPH-09-2021-0091.

6. Audi, C. A. F., Santiago, S. M., Andrade, M. G., & Francisco, P. M. S. B. (2018). Common mental disorder among incarcerated women: a study on prevalence and associated factors. *Cien Saude Colet*, *23*(11), 3587-3596. DOI: 10.1590/1413-812320182311.30372016.

7. Carei, R., Steely Smith, M. K., Landon, M., Church, H., Bagdon-Cox, C., Cheong, C. K., & Zielinski, M. J. (2025). A Novel Exploration of Women's Pathways Through Prison and the Roles of Trauma, Addiction, and Mental Health. *Social Sciences*, *14*(2), 105. DOI: https://doi.org/10.3390/socsci14020105

# Inteligência artificial na medicina contemporânea: desafios éticos em um cenário de transformação digital

*Victorio Souza Boff*
*Marina Corso Tonietto*

**Resumo:** A incorporação da inteligência artificial (IA) na prática médica tem promovido mudanças significativas na organização do cuidado em saúde, no processo diagnóstico e na definição de condutas terapêuticas, ao mesmo tempo em que suscita importantes desafios bioéticos. Este capítulo tem como objetivo discutir, por meio de uma revisão bibliográfica de caráter reflexivo e opinativo, os benefícios, riscos e implicações éticas do uso da IA na prática médica contemporânea, compreendendo-a como ferramenta de apoio ao julgamento clínico humano, e não como substituta do médico. A IA é apresentada como recurso capaz de ampliar a capacidade de interpretação de dados clínicos, favorecer a personalização do cuidado e otimizar o tempo do profissional ao assumir tarefas administrativas, possibilitando maior dedicação à relação médico-paciente. Paralelamente, são abordados os principais desafios éticos relacionados à dependência excessiva de sistemas automatizados, aos vieses algorítmicos, à privacidade e à segurança dos dados sensíveis, bem como à necessidade de transparência, auditabilidade e regulamentação adequada dessas tecnologias. Há também a necessidade da discussão de perspectivas futuras, destacando a importância da liderança médica na incorporação responsável da IA, de modo a integrar inovação tecnológica e humanização do cuidado. Conclui-se que, embora a inteligência artificial represente uma ferramenta potente para o aprimoramento da prática médica, sua adoção deve ser acompanhada de vigilância ética, capacitação profissional contínua e marcos regulatórios sólidos, garantindo que o cuidado em saúde permaneça centrado na pessoa, seguro e eticamente responsável.

**Palavras-chave:** bioética; inteligência artificial; relações médico-paciente; tecnologia.

## *1 Introdução*

A crescente incorporação da inteligência artificial (IA) na prática médica tem provocado profundas transformações na forma como diagnósticos são realizados, condutas terapêuticas são definidas e o cuidado

em saúde é organizado[1]. Esse avanço tecnológico, embora promissor, impõe relevantes desafios bioéticos, especialmente no que se refere à autonomia profissional, à responsabilidade clínica, à privacidade dos dados e à preservação da centralidade do paciente na relação médico-paciente[1]. Diante desse cenário, torna-se imprescindível refletir criticamente sobre o papel da IA não como substituta, mas como ferramenta de apoio ao julgamento clínico humano[2]. Assim, o presente capítulo tem como objetivo discutir, por meio de uma revisão bibliográfica de caráter reflexivo e opinativo, os impactos éticos, benefícios e riscos da utilização da inteligência artificial na prática médica contemporânea. Busca-se, ainda, contribuir para o debate de um tema em voga na atualidade, que atravessa múltiplas esferas da atuação médica e exige posicionamentos responsáveis frente aos desafios técnicos, éticos e humanísticos impostos pela crescente digitalização da medicina.

## *2 Desenvolvimento*

A inteligência artificial (IA) deve ser compreendida como uma parceira que amplia a capacidade do médico de interpretar dados clínicos[1]. Ao invés de substituir o raciocínio humano, funciona como um recurso capaz de cruzar informações de exames, históricos e sinais clínicos, identificando padrões que, muitas vezes, escapam à observação isolada. Essa colaboração favorece uma maior precisão na detecção precoce de doenças e na definição de condutas, sempre sob supervisão e julgamento crítico do profissional[2]. O valor da IA está em oferecer ao médico uma visão mais abrangente e integrada, permitindo que o diagnóstico seja não apenas mais rápido, mas também mais seguro e individualizado para o paciente[1, 2].

Além disso, a tecnologia contribui para a personalização do cuidado, possibilitando que condutas médicas sejam adaptadas às características únicas de cada indivíduo. Ao contrário de aplicar protocolos padronizados de forma rígida, a IA integra dados clínicos, genéticos, hábitos de vida e histórico familiar, oferecendo recomendações ajustadas ao perfil de cada pessoa. Essa abordagem reforça a ideia de que cada paciente é singular e merece um plano terapêutico sob medida[3]. Ao personalizar o cuidado, a tecnologia não distancia o médico, mas o aproxima, pois

libera tempo para a escuta e para o vínculo humano, garantindo que as decisões clínicas sejam mais precisas e contextualizadas[4].

Outro aspecto relevante é a eficiência que a IA proporciona ao assumir tarefas repetitivas e administrativas, como organização de prontuários, triagem de informações e emissão de relatórios[4]. Ao automatizar esses processos, o profissional pode dedicar mais atenção ao contato direto com o paciente. Essa eficiência não deve ser vista apenas como ganho operacional, mas como oportunidade de fortalecer a dimensão humana da prática médica. Com mais tempo disponível, o médico pode escutar melhor, compreender o contexto de vida do paciente e construir uma relação de confiança, tornando o cuidado mais integral e centrado na pessoa[4, 5].

Entretanto, a incorporação da inteligência artificial à prática médica exige responsabilidade e transparência[6]. Questões éticas e regulatórias surgem em relação à privacidade dos dados, à segurança das informações e à responsabilidade em caso de falhas ou erros de interpretação. É fundamental que os algoritmos sejam auditáveis e livres de vieses que possam comprometer a equidade no atendimento[7]. A regulamentação deve acompanhar o avanço tecnológico, estabelecendo normas claras para uso, supervisão e validação das ferramentas, de modo que a parceria entre médicos e IA se consolide sem abrir mão dos princípios éticos fundamentais da medicina, colocando sempre o paciente no centro das decisões[6].

Ademais, a perspectiva de futuro aponta para uma integração cada vez mais estreita entre tecnologia e humanização. Diante da sobrecarga dos sistemas de saúde e da complexidade dos casos clínicos, a IA tende a se tornar uma aliada estratégica, ampliando a capacidade de análise e tomada de decisão dos profissionais. O futuro da prática médica será marcado pela liderança dos médicos na incorporação responsável dessas ferramentas, em um cenário em que a eficiência tecnológica fortalece a dimensão relacional do cuidado, permitindo que o profissional esteja mais presente e atento às necessidades singulares de cada paciente[7].

Apesar dos avanços promissores, a aplicação da inteligência artificial na prática médica traz riscos que não podem ser ignorados. Um dos principais pontos negativos é a possibilidade de dependência excessiva dos sistemas automatizados, o que pode reduzir o protagonismo do

julgamento clínico humano[7]. Algoritmos, por mais sofisticados que sejam, podem apresentar falhas ou vieses decorrentes da qualidade dos dados utilizados em seu treinamento, levando a diagnósticos imprecisos ou condutas inadequadas. Além disso, há o risco de que médicos menos experientes confiem de forma acrítica nas recomendações da IA, enfraquecendo sua capacidade de análise independente[8].

Outro aspecto delicado envolve a privacidade e a segurança das informações dos pacientes. O uso de grandes volumes de dados sensíveis exige sistemas robustos de proteção, contudo ainda há vulnerabilidades que podem expor informações médicas a acessos indevidos ou usos não autorizados. Somado a isso, a falta de regulamentações claras pode gerar insegurança jurídica e ética, especialmente em situações de erro ou responsabilidade compartilhada entre médico e tecnologia. Esses fatores mostram que, embora a IA seja uma ferramenta poderosa, sua incorporação precisa ser acompanhada de cautela, supervisão constante e políticas rigorosas para garantir que o cuidado permaneça centrado na pessoa e não apenas nos algoritmos[8].

Para mitigar os pontos negativos da aplicação da inteligência artificial na prática médica, é fundamental investir em uma combinação de regulamentação clara, capacitação profissional e infraestrutura tecnológica segura[9]. Normas bem definidas devem estabelecer responsabilidades e critérios de validação dos algoritmos, garantindo transparência e auditabilidade. Paralelamente, programas de formação contínua podem preparar médicos para usar a IA de forma crítica, mantendo o protagonismo humano nas decisões clínicas. No campo da segurança, sistemas robustos de proteção de dados e protocolos de privacidade precisam ser implementados para evitar vulnerabilidades e acessos indevidos. Dessa forma, a tecnologia se torna uma aliada confiável, capaz de ampliar a qualidade do cuidado sem comprometer a ética e a segurança do paciente[8, 9].

## *3 Conclusão*

Em síntese, a inteligência artificial desponta como uma ferramenta capaz de transformar a prática médica ao ampliar diagnósticos, personalizar tratamentos e otimizar o tempo clínico, sem perder de vista

a centralidade do paciente. Contudo, sua adoção exige vigilância ética, regulamentação sólida e preparo contínuo dos profissionais, de modo a evitar dependências acríticas e proteger dados sensíveis. Quando incorporada com responsabilidade e equilíbrio, a IA não apenas fortalece a eficiência dos sistemas de saúde, mas também potencializa a dimensão humana do cuidado, estabelecendo-se uma aliada confiável na construção de uma medicina mais segura, justa e personalizada.

## *Referências*


1. Shafqat, M. (2024). Ethical Implications of AI in Clinical Practice: Balancing Innovation and Responsibility. *AI Med Nexus*, *1*(2), 11-22.

2. Friedrich, O., & Schleidgen S. (2024). Editorial: The Ethical Implications of Using AI in Medicine. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, *33*(3), 307-309.

3. Savulescu, J., Giubilini, A., Vandersluis, R., & Mishra, A. (2024). Ethics of artificial intelligence in medicine. *Singapore Med J.*, *65*(3), 150-158.

4. Badawy, W., Zinhom, H., & Shaban, M. (2025). Navigating ethical considerations in the use of artificial intelligence for patient care: A systematic review. *Int Nurs Rev.*, *72*(3), e13059.

5. Yuliana. (2025). The Ethical Aspects of Applying Artificial Intelligence in the Healthcare System. *LogicLink*, *2*(1), 18-26.

6. Garcia, A., Girón-Luque, F., & Roselli, D. (2023). The Integration of AI in Healthcare: Ethical and Implementation Challenges. *Univ Medica*, *64*(3).

7. Singh, M. P., & Keche, Y. N. (2025). Ethical Integration of Artificial Intelligence in Healthcare: Narrative Review of Global Challenges and Strategic Solutions. *Cureus*, *17*(5), e84804.

8. Leonel, J., Leonel, C. F. S., Byk, J., & Furtado, S. C. (2024). Inteligência artificial: desafios éticos e futuros. *Rev. Bioét.*, *32*.

9. Raulin, M. L. F., & Angel, D. J. (2025). Inteligência Artificial na Medicina: Impactos e Desafios. *Rease*, *11*(1), 2801-14.

# Bioética em tecnologias reprodutivas: dilemas da reprodução humana assistida e da seleção embrionária no Brasil

*Gabriela Vidal de Souza*

**Resumo:** Este capítulo analisa, por meio da revisão da literatura, alguns dos principais dilemas bioéticos dentro da reprodução assistida (RA) no Brasil, abordando a desigualdade no acesso, o debate filosófico acerca do estatuto do embrião e dos riscos envolvendo a seleção embrionária. Buscou-se abordar a distinção entre o uso terapêutico da técnica e o uso no melhoramento genético, que seleciona características arbitrárias, desviando os objetivos finais da terapêutica em relação a seu objetivo primeiro. Defende-se, neste texto, que a busca pelo "filho ideal" pode levar à mercantilização da vida, à discriminação e até mesmo à eugenia. Dessa forma, discute-se os dilemas que emergem no epicentro dessa revolução científica, sendo que a tensão entre a autonomia reprodutiva e a responsabilidade coletiva exige uma legislação adequada, a fim de garantir que a tecnologia sirva à dignidade humana e não a projetos de idealização da vida.

**Palavras-chave:** reprodução humana assistida; bioética médica; seleção de embriões; estatuto do embrião.

## *1 Introdução*

Desde 1984, ano em que ocorreu a primeira gestação por fertilização *in vitro* (FIV) no Brasil, os avanços na reprodução assistida (RA) têm transformado os padrões de família e parentalidade dentro do país. Se inicialmente o propósito era contornar a infertilidade, hoje, a RA atua como fator transformador nas estruturas sociais e nos próprios conceitos de família. Nesse sentido, viu-se o poder de escolha se ampliar progressivamente através do avanço das técnicas de RA, fato que se materializou na seleção de embriões. Tal prática, todavia, requer um olhar atento para os limites da intervenção humana, vendo-se o risco de tangenciar o espectro da eugenia na busca pelo "filho ideal". Paralelamente, as terapias de reprodução assistida tornaram-se um pilar para a concretização do direito ao planejamento familiar para arranjos

antes marginalizados, permitindo que casais homoafetivos e pessoas que optam pela reprodução independente (pais e mães solos) também realizem seus projetos parentais. Busca-se, portanto, discutir as tensões éticas que essa tecnologia impõe à sociedade brasileira, focando no abismo social relacionado ao acesso, os impasses sobre o *status* moral do embrião, e, crucialmente, a prática da seleção embrionária, analisando como ela pode transitar da terapia para a discriminação.

## *2 Desenvolvimento*

### 2.1 Panorama da reprodução assistida no Brasil

Atualmente, o país reconhece o planejamento familiar como um direito constitucional, todavia, na prática, o acesso aos meios terapêuticos capazes de efetivar essa premissa é restrito a grupos específicos. Muito disso se deve ao fato de que, no Brasil, a RA é fortemente ligada à iniciativa privada, além de ser concentrada nos centros metropolitanos[1].

Mesmo com algumas tentativas de tornar a reprodução assistida amplamente disponível no SUS, até o momento atual, isso não se concretizou. A maioria dos planos de saúde, ainda, não cobre o procedimento. Dessa forma, o acesso à reprodução assistida é quase exclusivo a pessoas que podem pagar e se deslocar para os grandes centros, demonstrando a profunda heterogeneidade no acesso[1].

Contudo, a renda não é o único fator a impactar a abrangência das tecnologias de RA. Durante os primeiros debates legislativos no Brasil e no mundo, a questão sobre quem teria direito a essas terapias foi central. A infertilidade, entendida como uma patologia, funcionou não só como critério técnico, mas também moral. Legisladores, figuras da igreja católica e parte da comunidade médica defendiam que o acesso deveria ser restrito a casais heterossexuais que, por problemas orgânicos, não poderiam se reproduzir. Nessa lógica, mulheres ou homens solteiros, assim como pessoas e casais LGBTQIAPN+ eram sistematicamente excluídos[1].

Em versões mais recentes das normas do Conselho Federal de Medicina (CFM), notadamente a Resolução nº 2.320/2022, esse acesso foi garantido a todas as pessoas, independentemente do estado civil ou orientação sexual. Apesar desse avanço, pesquisas ainda indicam a falta

de preparo e de protocolos de acolhimento para atender a população LGBTQIAPN+ em clínicas de RA[1].

Assim, o controle ao acesso pode configurar também uma prática moral na qual algumas instituições ditam os direitos reprodutivos de populações específicas, o que reflete, dentro do âmbito da reprodução, preconceitos enraizados na sociedade. A desigualdade no acesso é, então, o primeiro grande dilema bioético da RA no Brasil, determinando quem tem o privilégio de enfrentar as complexas escolhas que essa tecnologia oferece.

## 2.2 Técnicas de reprodução humana assistida

As terapias de reprodução assistida (RA) disponíveis no Brasil dividem-se em procedimentos de baixa e alta complexidade. Contudo, foram as técnicas de alta complexidade (TARA), notadamente a fertilização *in vitro* (FIV), que representaram o maior marco na superação dos desafios reprodutivos.

Uma das áreas mais revolucionárias da FIV é a capacidade de avaliar os embriões antes da implantação. O cultivo prolongado, por exemplo, permite um ambiente controlado para a seleção dos embriões mais viáveis, permitindo a observação de padrões de divisão celular ao longo de vários dias[2].

O ápice do processo de seleção ocorre com a biópsia embrionária, que possibilita o diagnóstico genético pré-implantacional (PGT). Mas, para além da prevenção de doenças genéticas, levantam-se questões éticas cruciais, como a escolha do sexo do recém-nascido e a definição do que é uma condição genética "desejável" ou não. É importante salientar que, em todas essas técnicas, a fecundação ocorre de forma extracorpórea, ou seja, *in vitro*, sendo comum a geração de embriões excedentários, que não serão implantados no útero materno e que acabam, muitas vezes, sendo descartados[2].

Além disso, a FIV ampliou as conjunções parentais ao proporcionar a doação de óvulos e o uso de bancos de sêmen. No Brasil, essa prática pressupõe o anonimato dos doadores, gerando debate sobre o direito da criança ao conhecimento de sua origem genética. Essas técnicas, associadas, em alguns casos, à gestação de substituição (conhecida

popularmente como "barriga de aluguel"), são pilares para a formação de novos arranjos familiares, como de casais homoafetivos e de pessoas solteiras[1].

## 2.3 Bioética na reprodução humana assistida

Com o desenvolvimento das técnicas de RA, diversas sociedades médicas ao redor do mundo passaram a estabelecer diretrizes éticas sobre a terapia[2]. No Brasil, a iniciativa ocorreu em 1992, quando o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução CFM nº 1358, na qual instituiu as primeiras Normas Éticas para a Utilização das Técnicas de Reprodução Assistida[3].

Os pilares éticos mais importantes envolvendo a RA se referem ao esclarecimento e consentimento informado, pois, qualquer que seja o procedimento recomendado, os pacientes devem estar totalmente cientes em relação à técnica, às chances de sucesso e aos riscos, bem como sobre outras alternativas, levando-se em conta o respeito ao princípio da autonomia[4].

Outra questão latente é a distinção do momento em que o embrião passa a ser reconhecido como ser vivo e detentor de dignidade. Para Goldim[5], existem cerca de 19 marcos biológicos do início da vida.

Tabela 1 – Marcos do desenvolvimento humano inicial[5]

| Tempo decorrido | Característica | Critério |
|---|---|---|
| 0 minuto | Fecundação; fusão de gametas | Celular |
| 12-24 horas | Fecundação; fusão dos pró-núcleos | Genotípico estrutural |
| 2 dias | Primeira divisão celular | Divisional |
| 3-6 dias | Expressão do novo genótipo | Genotípico funcional |
| 6-7 dias | Implantação uterina | Suporte materno |
| 14 dias | Células do indivíduo diferenciadas das células dos anexos | Individualização |
| 20 dias | Notocorda maciça | Neural |
| 3-4 semanas | Início dos batimentos cardíacos | Cardíaco |
| 6 semanas | Aparência humana e rudimento de todos os órgãos | Fenotípico |
| 7 semanas | Respostas reflexas à dor e à expressão | Senciência |
| 8 semanas | Registro de ondas eletroencefalográficas (tronco cerebral) | Encefálico |
| 10 semanas | Movimentos espontâneos | Atividade |
| 12 semanas | Estrutura cerebral completa | Neocortical |
| 12-16 semanas | Movimentos do feto percebidos pela mãe | Animação |
| 20 semanas | Probabilidade de 10% para sobrevida fora do útero | Viabilidade extrauterina |
| 24-28 semanas | Viabilidade pulmonar | Respiratório |
| 28 semanas | Padrão sono-vigília | Autoconsciência |
| 28-30 semanas | Reabertura dos olhos | Perceptivo visual |
| 40 semanas | Gestação a termo ou parto em outro período | Nascimento |
| 2 anos após o nascimento | "Ser moral" | Linguagem para comunicar vontades |

Fonte: Goldim (2007).

Dentre os critérios mais utilizados para delimitar o marco inicial da vida, destaca-se a concepção, ou seja, o momento de fusão do espermatozoide com o óvulo, em que há a formação do zigoto, contendo um genoma novo, distinto do de seus pais. Este é, para muitos, o marco biológico do início de uma nova vida. Contudo, outro marco, para o debate jurídico e ético, é a nidação (implantação do embrião no útero), pois é a partir dela que a gravidez se estabelece. Essa distinção é central para as discussões sobre o *status* do embrião pré-implantação.

*2.3.1. O estatuto do embrião*

O debate bioético quanto ao controle sobre os embriões se divide em correntes que o consideram desde uma extensão do corpo dos genitores até um indivíduo que já possui o *status* de pessoa humana.

Uma primeira corrente, representada por filósofos como H. Tristram Engelhardt Jr.[6], vê o embrião como propriedade daqueles que o produzem. Nessa perspectiva, os genitores poderiam decidir sobre o descarte, pesquisa ou doação do embrião até o momento em que ele tivesse consciência e posse de si. Todavia, autores como Vincent Bourguet[6] argumentam que o embrião é humano desde a fecundação. Esse viés implica conferir ao embrião máxima proteção, questionando eticamente o congelamento, o descarte e a pesquisa que interrompa seu desenvolvimento[6].

Uma terceira corrente foca no conceito de "potencialidade", salientando-se que o embrião "é aquilo que se poderia chamar de uma pessoa potencial, pelo menos a partir da aparição da linha primitiva"[6]. Esse evento biológico, que ocorre por volta do 14º dia de gestação, é um marco fundamental: a partir dele, o embrião estabelece-se como um indivíduo único. Por essa razão, muitos sistemas legais e éticos, por meio da "regra dos 14 dias", permitem a pesquisa com embriões apenas antes dessa fase[6].

*2.3.2. A seleção dos embriões*

Dentro dos dilemas envolvendo a FIV, uma questão central é o valor atribuído à vida humana. A possibilidade de evitar o nascimento de uma criança com alterações genéticas levanta o debate sobre

a dignidade, a deficiência e os limites do direito dos pais de definir as características de sua prole. A discussão pode ser dividida em duas esferas: a seleção terapêutica e a seleção para melhoramento.

O descarte de embriões que, embora viáveis, portam genes que se predispõem a alguma deficiência suscita o risco da discriminação. A corrente teórica expressivista defende que, ainda que a intenção dos pais não seja perpetuar um preconceito, a ação de selecionar contra uma deficiência repercute negativamente na sociedade. A mensagem implícita disso é que ter uma característica incapacitante superaria qualquer outro traço individual, tornando aquela vida menos desejável.

Ainda, o diagnóstico genético pré-implantação permite a seleção de embriões por questões não médicas, o que não é autorizado no Brasil. Isso se aplicaria, por exemplo, à escolha do sexo. Para Telles[7], essa opção é um direito do casal e representa uma ampliação de seu direito de escolha reprodutiva. Porém, críticos alertam para o risco de desequilíbrio demográfico e para a potencialização da discriminação contra mulheres em culturas patriarcais[7].

Whetstine menciona que, segundo o código de ética da American Medical Association, é antiético um profissional médico envolver-se na seleção com base em características não patológicas. Por conseguinte, a RA não deveria ser utilizada para selecionar características como sexo, cor dos olhos ou do cabelo[8].

Vê-se, nesse âmbito, que, ao escolher embriões sem critérios médicos definidos, o maior risco é o estabelecimento de um precedente perigoso, de modo que a própria Medicina se desvirtua nisso, transformando a procriação em um ato de consumo e a criança em um produto a ser desenhado. Ultrapassar esses limites impõe o risco de que a sociedade possa se tornar eticamente incapaz de retornar às indicações originais da técnica, abrindo espaço para a eugenia e novas formas de discriminação, o que impõe a necessidade de regras mais rígidas.

## *3 Conclusão*

A pesquisa acerca da reprodução assistida revela, assim, tensões fundamentais entre a autonomia individual e a responsabilidade coletiva, ficando a população médica na fronteira entre o desejo do paciente

e os limites da profissão. É possível notar, através das informações coletadas, que a decisão sobre a seleção de um embrião não é apenas técnica, mas um ato que carrega um profundo peso moral, que impacta tanto na consciência coletiva atual como na futura.

A Medicina, sendo uma ciência que deve servir à cura e ao alívio do sofrimento, não deve ser um meio para a idealização da vida nem para a seleção de características que vão além do controle humano habitual. Cabe, portanto, ao profissional, a responsabilidade de traçar essa linha. Sua vocação não é apenas aplicar a ciência, mas assegurar que o poder transformador dela reforce a dignidade humana, protegendo os valores da sociedade.

## *Referências*


1. Engel, C. (2024). *Reprodução assistida e direitos: panorama, desafios e recomendações para políticas públicas no Brasil*. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas.

2. Fortes, M. A. M., Rocha, M. E. de S. B., Rêgo, H. M. A., Postigo, I. S. de F., Fortes, M. A. M., Medeiros, V. M., & Abdalla Neto, J. *et al*. (2023). Desafios atuais em reprodução assistida: técnicas avançadas e questões éticas. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, *5*(5), 6209–6233. https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p6209-6233

3. Conselho Federal de Medicina (BR). (1992). Resolução CFM 1.358, 11 de novembro de 1992. *Código de Ética Médica*. Brasília: CFM. https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1992/1358_1992.pdf

4. Beltrão, S. R. (2018). *Reprodução humana assistida: conflitos éticos e legais: legislar é necessário*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Direito, Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Brasil. https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/3775/1/arquivo402_1.pdf

5. Goldim, J. R. (2007). Início da vida de uma pessoa humana. *Bioética e reprodução humana*, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre. https://www.ufrgs.br/bioetica/inivida.htm

6. Barretto, V. de P., & Lauxen, E. C. U. (2017). O marco inicial da vida humana: perspectivas éticojurídicas no contexto dos avanços biotecnológicos. *Cad Saúde Pública*, *33*(6), e00071816. https://www.scielo.br/j/csp/a/wRZ5NSqv9P9QY6KWd8ytJ5m/?format=pdf&lang=pt

7. Teles, N. O. (2005). Considerações éticas sobre a selecção de sexo através do diagnóstico genético pré-implantação. *Nascer e Crescer, 14*(4), 307-10. https://bit.ly/3Z1LLPY

8. Whetstine, L. M. (2015). Ethical challenges in assisted reproduction: the place of preimplantation genetic diagnosis in a just society. *J Child Neurol*, *30*(5), 547-50. DOI: 10.1177/0883073813511151

# O burnout do médico no cuidado com o paciente crônico sob uma perspectiva bioética

*Marina Corso Tonietto*
*Victorio Souza Boff*

**Resumo:** Este artigo tem como objetivo refletir, à luz da bioética, a relação entre o cuidado com o paciente com doença crônica e o desenvolvimento do burnout médico, analisando seus impactos na relação médico-paciente, na qualidade da assistência e na aplicação dos princípios bioéticos. Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, fundamentada em literatura nacional e internacional sobre doenças crônicas, burnout médico e bioética. Discute-se como a convivência prolongada com o sofrimento, a limitação terapêutica e a ausência de perspectivas de cura expõem o médico a elevados níveis de estresse crônico, favorecendo o esgotamento emocional, a despersonalização e a redução da percepção de realização profissional. Argumenta-se que o burnout extrapola o sofrimento individual do profissional e assume relevância ética coletiva, ao comprometer a beneficência, a não maleficência e a autonomia do paciente, além de fragilizar o vínculo terapêutico e a continuidade do cuidado. Além disso, aborda o burnout como expressão de moral *distress*, evidenciando os dilemas éticos enfrentados pelo médico diante de limitações institucionais e emocionais no cuidado prolongado. Conclui-se que a preservação da saúde mental do médico não constitui apenas uma estratégia individual de enfrentamento, mas uma exigência ética fundamental para a manutenção de uma prática médica humana, segura e eticamente responsável no cuidado com o paciente portador de doença crônica.

**Palavras-chave:** burnout médico; cuidado com o paciente crônico; bioética.

## *1 Introdução*

A prática médica no cuidado com o paciente com doença crônica coloca o profissional diante de limites persistentes da intervenção terapêutica. A convivência prolongada com o sofrimento e a dependência e a progressão da doença transformam o exercício da medicina em um processo marcado por frustrações, incertezas e baixa resolutividade, exigindo um reposicionamento ético e emocional perante o cuidar. Quando esse enfrentamento se prolonga sem suporte adequado, o desgaste emocional tende a se acumular, favorecendo o desenvolvi-

mento do burnout como resposta ao estresse crônico, especialmente em contextos de cuidado prolongado, nos quais a repetição de agravos e a ausência de cura comprometem a motivação, a empatia e a percepção de realização profissional, com repercussões que extrapolam o âmbito individual e impactam a relação médico-paciente e a qualidade da assistência.

Sob a perspectiva da bioética, o burnout médico ultrapassa a esfera do sofrimento individual e configura um problema moral e coletivo, ao interferir diretamente na aplicação dos princípios fundamentais da prática médica. A exaustão profissional compromete a beneficência e a não maleficência, fragiliza o exercício da autonomia do paciente e coloca em tensão o dever ético de cuidado contínuo, especialmente em contextos marcados pela cronicidade, pela dependência e pela limitação terapêutica. Além disso, o esgotamento emocional do médico suscita dilemas relacionados à responsabilidade profissional, à dignidade do cuidado e à sustentabilidade ética da prática médica.

Diante desse cenário, o presente trabalho tem como objetivo refletir, à luz da bioética, sobre a relação entre o cuidado com o paciente portador de doença crônica e o desenvolvimento do burnout médico. Busca-se analisar como o esgotamento profissional impacta a relação médico-paciente, a qualidade da assistência e a aplicação dos princípios bioéticos, bem como discutir a autopreservação emocional do médico não apenas como estratégia individual de enfrentamento, mas como exigência ética para a manutenção de um cuidado humano, seguro e responsável.

## *2 Desenvolvimento*

O cuidado de pacientes com doenças crônicas expõe o médico a uma relação prolongada com o sofrimento, à limitação terapêutica e, frequentemente, à ausência de perspectivas de cura. A recorrência dos agravos e o impacto persistente da doença na qualidade de vida do paciente colocam o profissional diante de limites contínuos da prática médica, favorecendo sentimentos de impotência, frustração e desgaste emocional, o que contribui para a instalação de estresse crônico e aumenta o risco de burnout no exercício profissional[1].

Além dos desafios clínicos, pacientes com doenças crônicas apresentam demandas emocionais persistentes, como incerteza em relação ao futuro, desânimo perante as limitações impostas pela doença, frustração por projetos de vida interrompidos, solidão, alterações na autoestima[2] e sensação de incompreensão. Essas vivências atravessam a relação médico-paciente, especialmente quando o acompanhamento é duradouro, intensificando a carga emocional do cuidado e impactando o bem-estar do profissional[1].

Do ponto de vista conceitual, o burnout é definido pela Classificação Internacional de Doenças (CID-11) como um fenômeno ocupacional decorrente de estresse crônico no ambiente de trabalho, que não foi adequadamente administrado, manifestando-se por exaustão emocional, despersonalização – caracterizada por distanciamento mental, cinismo ou atitudes negativas em relação ao trabalho – e redução da eficácia profissional[2]. À luz dessa definição, o cuidado de pacientes em condições clínicas prolongadas e altamente dependentes configura um importante fator de risco para o desenvolvimento do burnout.

Estudo transversal conduzido por Wang *et al.* (2020) evidenciou elevada prevalência de burnout entre médicos que atuam no cuidado de pacientes com distúrbios da consciência prolongados, dos quais 55,2% apresentaram a síndrome, com níveis elevados de despersonalização (59,1%) e baixa percepção de realização pessoal (52,6%)[3]. Embora se trate de uma condição clínica específica, o contexto analisado compartilha características centrais do cuidado com o paciente crônico, como a cronicidade, a baixa expectativa de recuperação, a complexidade clínica e a exposição contínua ao sofrimento. Nesse contexto, o burnout no exercício da medicina extrapola o sofrimento individual do profissional e adquire relevância coletiva, ao comprometer a qualidade da assistência, a segurança do paciente e o funcionamento dos serviços de saúde[4, 5].

A relação entre burnout e bioética torna-se evidente quando se analisa o impacto do esgotamento profissional sobre a qualidade do cuidado e sobre a relação médico-paciente. O burnout compromete a capacidade do médico de exercer um cuidado atento, humano e seguro, estando associado ao aumento do risco de erros e à diminuição da segurança do paciente[6]. Em especial, os elevados níveis de desperso-

nalização observados em contextos de cuidado prolongado sugerem um processo de distanciamento afetivo defensivo, no qual o paciente pode deixar de ser percebido em sua integralidade como pessoa, sendo progressivamente reduzido à condição clínica que apresenta.

Esse processo fragiliza a continuidade do cuidado, elemento essencial no acompanhamento de pacientes crônicos. O burnout contribui para a rotatividade de profissionais e para o afastamento do trabalho, comprometendo a estabilidade das equipes e o vínculo terapêutico, o que configura um dilema ético relevante em contextos nos quais a longitudinalidade da assistência é fundamental[3].

Sob a perspectiva bioética, o burnout atua como uma barreira concreta à aplicação dos princípios fundamentais da prática médica. O princípio da beneficência, que orienta o médico a agir em benefício do paciente, e o da não maleficência, que impõe o dever de não causar dano, tornam-se difíceis de sustentar quando o profissional se encontra emocionalmente exaurido. O Código de Ética Médica estabelece que o alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano, exigindo o máximo de zelo e dedicação[7]. Contudo, o esgotamento psíquico compromete a capacidade de julgamento, a empatia e a segurança nas decisões clínicas[1].

O esgotamento emocional do médico pode ser compreendido ainda como uma forma de moral *distress*, na qual o profissional reconhece o que seria eticamente adequado fazer, mas se vê impedido de agir em razão de limitações institucionais, emocionais ou organizacionais[8]. Nessa condição, o burnout compromete a beneficência, ameaça a não maleficência, afeta a dignidade tanto do paciente quanto do médico e enfraquece a relação médico-paciente.

A autonomia do paciente, sustentada pela comunicação clara, pela escuta qualificada e pela relação de confiança, também é impactada pelo burnout. A despersonalização dificulta o diálogo honesto e compassivo, essencial para a tomada de decisões compartilhadas, especialmente em situações complexas e no cuidado de fim de vida[1, 8].

Diante desse cenário, torna-se evidente a necessidade de estratégias de enfrentamento que não se restrinjam ao plano individual, mas sejam reconhecidas como exigências éticas da prática médica. A autopreservação emocional do médico, o trabalho em equipe, o estabelecimento

de limites na empatia, o cuidado ativo com a própria saúde mental e a inclusão do autocuidado na formação médica constituem medidas fundamentais para sustentar uma prática ética, humana e duradoura[6].

Por fim, no cuidado ao paciente crônico, o médico vivencia um conflito ético permanente entre a obrigação moral de não abandonar o paciente incurável, conforme preconiza o Código de Ética Médica (Art. 36 – CFM), e o esgotamento decorrente da cronicidade, da limitação terapêutica e da sobrecarga estrutural[7]. O burnout, ao favorecer a desumanização do atendimento, afasta o médico de seu papel de parceiro no cuidado[1]. Assim, preservar a saúde mental do profissional não constitui apenas uma questão de bem-estar individual, mas um requisito bioético essencial para garantir um cuidado digno, seguro e eticamente responsável ao paciente com doença crônica.

## *3 Conclusão*

O cuidado com o paciente com doença crônica expõe o médico a uma prática marcada pela continuidade, pela convivência prolongada com o sofrimento e pelos limites da intervenção terapêutica, favorecendo o desenvolvimento do burnout. Ao longo deste trabalho, evidenciou-se que o esgotamento profissional compromete a qualidade da assistência, fragiliza a relação médico-paciente e interfere diretamente na aplicação dos princípios que orientam a prática médica, especialmente em contextos nos quais o vínculo, a empatia e a longitudinalidade do cuidado são fundamentais.

Sob a perspectiva bioética, sustenta-se que o burnout não pode ser compreendido apenas como um problema individual. É uma questão ética e coletiva, uma vez que afeta a beneficência, a não maleficência e a autonomia do paciente, além de tensionar o dever moral de cuidado contínuo. Assim, a preservação da saúde mental do profissional configura-se como uma exigência ética da prática médica no cuidado com o paciente crônico, sendo condição indispensável para a manutenção de um cuidado humano, seguro e eticamente responsável.

## *Referências*


1. Andrade, G. S., Alves, G. P., Melo, T. A., Santos, V. A., & Oliveira, A. H. M. A. (2024). Raciocínio ético nas decisões médicas: dilema médico-paciente. *Rev. Bioet.*, *32*(4), e3658PT. DOI: 10.1590/1983-803420243658PT.

2. World Health Organization. (2019). *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-in ternational-classification-of-diseases

3. Wang, J., Liu, Y., Zhu, M., Zhang, X., Li, J., & Li, Y. *et al*. (2020). Burnout syndrome in healthcare professionals who care for patients with prolonged disorders of consciousness: a cross-sectional survey. *BMC Med Educ*, *20*(1), 356. DOI:10.1186/s12909-020-05694-5.

4. Prestes, R. M., Drager, L. F., Conway, S. G., Tavares Junior, A. R., Assis, M., Bacelar Rego, A. F. *et al*. (2025). Aumento do burnout entre médicos e fatores associados no período anterior e durante a pandemia de COVID-19. *Rev. Bras. Med. Trab.*, *23*(2), 1-12. DOI: 10.47626/1679-4435-2025-1442.

5. Petrini, M.C., Andrade, B. V., & Magno, L. A. V. (2025). Consequências da síndrome de burnout entre médicos: revisão narrativa. *Debat Psiquiatr.*, *15*(1), 1-25. DOI: 10.25118/2763-9037.2025.v15.1474.

6. Conselho Federal de Medicina. (2019). *Código de ética médica*. Brasília: Conselho Federal de Medicina. https://portal.cfm.org.br/etica-medica/

7. De Michelis, C., Zlotnik Shaul, R., & Kirsch, R. (2024). Bioethics and burnout: unpacking the relationship. *Can J Bioeth*,, *7*(2-3), 1-12. DOI: 10.7202/1112304ar.

# Autonomia e beneficência em pacientes com transtornos psiquiátricos: uma revisão narrativa sobre o tema

*Pedro Brochetto Soldatelli*
*Rafael Brochetto Soldatelli*
*Manoela Guerra Costa*

**Resumo:** Este artigo apresenta uma revisão narrativa sobre o dilema ético entre a autonomia do paciente e a beneficência médica no contexto da psiquiatria. O objetivo central é analisar as tensões entre intervenções involuntárias e a preservação da dignidade humana, investigando como os conceitos de competência e capacidade de decisão podem mediar a prática clínica. A fundamentação teórica percorre a evolução histórica do tratamento psiquiátrico, desde as críticas da antipsiquiatria de Foucault e Szasz até a consolidação da bioética principialista com o Relatório Belmont e a obra de Beauchamp e Childress. Discute-se que, embora a autonomia deva ser respeitada como pilar da dignidade, patologias que comprometem o juízo crítico do indivíduo podem exigir intervenções baseadas na beneficência para salvaguardar sua integridade física. A análise destaca que a capacidade decisória não é um atributo estático ou puramente diagnóstico, mas uma condição dinâmica que requer avaliação clínica contínua e individualizada. Conclui-se que o equilíbrio entre o paternalismo justificado e a liberdade individual depende de um diálogo transparente entre a equipe de saúde, o paciente e sua família, visando sempre à recuperação da autogestão do sujeito e à redução de medidas coercitivas desnecessárias.

**Palavras-chave:** bioética; autonomia do paciente; psiquiatria; paternalismo; capacidade mental.

## *1 Introdução*

Até que ponto o diagnóstico de um transtorno mental invalida a vontade de um indivíduo sobre seu próprio tratamento? Esse dilema, central na bioética, coloca em rota de colisão dois princípios fundamentais: a beneficência médica e a autonomia pessoal. Enquanto a tradição clínica frequentemente recorre ao paternalismo para evitar danos, movimentos contemporâneos e novos marcos legais exigem um reconhecimento mais robusto da agência do paciente. O presente estudo aborda essa complexa relação através de uma revisão narrativa,

explorando os conceitos de competência e capacidade de decisão. O objetivo é realizar uma análise crítica sobre as tensões entre intervenções involuntárias e a preservação da dignidade humana, avaliando as bases teóricas que sustentam ambos os lados desse debate.

Metodologicamente, este trabalho fundamenta-se em uma revisão narrativa da literatura, selecionando fontes científicas e marcos literários que apresentam perspectivas divergentes sobre o tema. A análise será estruturada em dois eixos principais: o primeiro explora os argumentos em defesa do respeito à autonomia, baseados na dignidade da pessoa humana; o segundo examina as justificativas para intervenções alicerçadas na beneficência, fundamentadas na proteção da integridade física e na mitigação de riscos. Essa abordagem permite confrontar a teoria bioética com os desafios pragmáticos da clínica psiquiátrica contemporânea.

O objetivo final deste artigo é realizar uma síntese crítica que vá além da dicotomia entre paternalismo e liberdade. Busca-se investigar como os conceitos de competência e capacidade de decisão podem servir como ferramentas de mediação para o profissional de saúde. Ao final, pretende-se oferecer uma reflexão sobre como garantir um cuidado que seja simultaneamente protetivo e respeitoso, identificando critérios que ajudem a definir o momento em que a beneficência deve, de fato, prevalecer sobre a escolha individual, sem ferir os direitos fundamentais do paciente.

## *2 Desenvolvimento*

### 2.1 Fundamentação teórica e introdução ao tema

Pacientes portadores de condições psiquiátricas representam, não apenas atualmente, mas há muito tempo, um dos maiores dilemas éticos da medicina: devemos confiar em suas decisões ou no paternalismo médico?

Historicamente, o paciente psiquiátrico era visto como alguém desprovido de "razão" e, portanto, incapaz de decidir sobre sua própria vida. Entre os anos 60 e 70, ascendeu uma corrente ideológica baseada no questionamento de diversas práticas, principalmente a internação compulsória e o uso de tratamentos invasivos sem consentimento.

Essa corrente é nomeada antipsiquiatria, tendo como principais nomes Michel Foucault, em seu livro *História da loucura* (1961), e Thomas Szasz, em *O mito da doença mental* (1961), que tecem uma crítica ao conceito em curso, até então, de doença mental e da institucionalização. Tais mecanismos eram vistos como instrumentos de supressão e de neutralização da subjetividade do paciente (Foucault) e, além disso, questionam a própria existência da doença mental como categoria biológica (Szasz)[3, 9].

Por conta de discussões como essa e da emersão de diversos escândalos envolvendo pesquisas e suas metodologias abusivas, é forçada a criação de diretrizes éticas formais. Com isso, surge, em 1979, o Relatório Belmont, "encarregado de identificar os princípios éticos básicos que deveriam fundamentar a condução de pesquisas [...] e desenvolver diretrizes para garantir que tais pesquisas sejam conduzidas de acordo com esses princípios [...]"[7] (tradução livre).

Por conta da aplicação do relatório apenas no meio acadêmico, criou-se a necessidade de uma adaptação desse texto, com a finalidade de auxiliar na prática clínica. Surge, então, *Principles of Biomedical Ethics*, também em 1979, por Beauchamp e Childress. O Relatório Belmont falava em três princípios (respeito, beneficência e justiça), entretanto, para adaptar à clínica, foi necessária a adição do princípio da não maleficência (o *primum non nocere*) e a conversão do respeito em autonomia[1].

Beauchamp e Childress consideravam que, para a autonomia, seria necessária, vinda do próprio paciente, competência para decidir. Além disso, por definição, a beneficência obriga o profissional a maximizar o bem do paciente. E aqui chega-se ao questionamento principal deste artigo: o que acontece quando o transtorno mental afeta essa competência? O "bem" é o que o médico acha ou o que o paciente quer?

## 2.2 Autonomia e capacidade decisória em psiquiatria

No contexto da psiquiatria, a aplicação do princípio da autonomia em pacientes com transtornos mentais revela desafios clínicos e éticos importantes para os profissionais da saúde e familiares. Embora seja a melhor opção que as condutas médicas, relativas à saúde psíquica e física do paciente, sejam comunicadas e discutidas da melhor forma possível,

por muitas vezes, essa prática não é plenamente viável. Isso ocorre porque muitas patologias psiquiátricas e alternativas de tratamento comprometem a capacidade decisória do indivíduo, por interferirem na orientação, em *insight* e no juízo crítico. A autonomia do paciente com transtornos mentais está vinculada à sua dignidade e deve ser respeitada sempre que possível, mesmo em contextos complexos[9].

No entanto, permitir que decisões terapêuticas relevantes, com impacto direto no prognóstico e segurança do paciente, sejam definidas por um indivíduo com capacidade de decisão comprometida gera riscos ao próprio enfermo. Transtornos como depressão maior em fases avançadas, transtorno bipolar em episódios depressivos ou maníacos intensos, esquizofrenia em surtos psicóticos graves estão, grande parte das vezes, associados a prejuízos na tomada de decisão, representando uma conduta perigosa para a integridade do paciente.

Por conta disso, torna-se ideal avaliar quais pacientes possuem capacidade de autogoverno sem comprometimento. Porém, esse processo representa o centro do conflito ético, uma vez que a capacidade de decisão não é uma característica objetiva, mas sim subjetiva, dependendo de muitos fatores para que possa ser avaliada. A capacidade decisória não deve ser inferida exclusivamente a partir do diagnóstico psiquiátrico, sendo necessária uma avaliação clínica individualizada das habilidades cognitivas e decisórias do paciente[8].

Nesses casos, a avaliação da capacidade de decisão deve analisar se o paciente possui capacidade de compreender as informações por meio de critérios técnicos. No entanto, essa capacidade não é imutável, podendo variar de acordo com a clínica do paciente. Portanto, limitações referentes ao princípio da autonomia devem ser avaliadas constantemente, evitando prolongar essa medida além do necessário.

## 2.3 Beneficência e intervenções involuntárias em psiquiatria

O princípio da beneficência busca promover o bem-estar do paciente. Dessa forma, tem como objetivo proporcionar uma melhora no prognóstico e na qualidade de vida do indivíduo, tornando-se um pilar ainda mais fundamental quando o princípio da autonomia não pode ser seguido com rigor, como em casos de transtornos psiquiátricos

que alteram a capacidade decisória do indivíduo. Por conta disso, são frequentes os conflitos entre esses princípios na psiquiatria.

O tratamento psiquiátrico sem consentimento é um tema controverso na prática médica, justamente pela natureza conflituosa em relação à restrição de liberdade individual do paciente. Por muitas vezes, decisões sobre o tratamento e internação do paciente são condicionadas por "desequilíbrios de poder", que podem ser observadas na fala de comunicados médicos, gestores e autoridades médicas que podem ter real capacidade de decisão sobre o indivíduo, reforçando a necessidade de critérios éticos claros para evitar desentendimentos que ponham em risco a liberdade do paciente[5].

É com base nesse cenário que o conceito de paternalismo entra em pauta, assumindo grande relevância em contextos onde o paciente não consegue tomar decisões por conta própria, como em casos de tratamentos contra a vontade do indivíduo, internações involuntárias ou até contenções. Esses cenários são frequentemente justificados quando a intervenção se faz necessária para proteger o paciente.

Sob essa ótica, a restrição da autonomia não deve ser interpretada como a negação dos direitos do indivíduo, mas como uma estratégia temporária de cuidado. Dessa forma, o propósito central do tratamento deve ser a recuperação da capacidade decisória do sujeito e a plena restituição da sua autonomia assim que viável[1]. Além disso, a família é um integrante muito importante nas decisões terapêuticas em casos de limitação da autonomia. Nesse contexto, a família pode auxiliar nas condutas guiadas pela beneficência, ajudando a equipe de saúde a tomar a melhor conduta possível para o paciente.

## 2.4 Análise crítica e mediação

Os constantes conflitos éticos presentes na prática da psiquiatria, principalmente quando tangem à restrição de liberdade de um indivíduo, geram reflexões contínuas referentes à conduta médica e da equipe de saúde, sendo necessário levar em conta os princípios da autonomia e beneficência. A decisão se encontra em equilibrar esses dois conceitos, quando proporcionar autonomia nas decisões terapêuticas e em que momento intervir nesse princípio para que a beneficência

seja garantida. É nesse contexto que a análise da capacidade decisória do paciente deve ser avaliada com base na orientação, no *insight* e no juízo crítico do paciente, de modo que sua autonomia seja preservada sempre que possível.

Nesse viés, o trabalho conjunto entre médicos, demais profissionais da saúde, família e enfermos se torna essencial para uma tomada de decisão mais assertiva, representando uma mediação ética entre autonomia e beneficência. Deve-se sempre ter consciência de que um diálogo claro, escuta ativa e consideração pelas preferências do indivíduo são essenciais para a tomada de decisões mais equilibradas e transparentes.

Dessa forma, o acompanhamento contínuo e dinâmico é fundamental para a evolução clínica do paciente, sendo necessária reavaliação constante da capacidade de autogestão, pois ela pode ser restabelecida, tornando possível disponibilizar novamente a capacidade de autonomia do indivíduo e reduzindo o paternalismo por parte da equipe médica. Por isso, o grande objetivo da prática clínica deve ser a cautela para evitar medidas coercitivas em excesso e o desvio à negligência da autonomia.

## *3 Conclusão*

A transição do modelo asilar para a clínica psiquiátrica contemporânea revela que o debate sobre a autonomia não é apenas teórico, mas uma necessidade pragmática de humanização do cuidado. A análise histórica demonstra que a ruptura com o paternalismo clássico, impulsionada pelos movimentos de antipsiquiatria, foi essencial para denunciar a neutralização da subjetividade do paciente. No entanto, a prática clínica exige critérios que o questionamento ideológico isolado não oferece, lacuna que passou a ser preenchida pelo principialismo de Beauchamp e Childress.

Este estudo evidencia que a autonomia e a beneficência não devem ser vistas como princípios excludentes, mas como vetores que exigem calibração constante através da avaliação da capacidade de decisão. Conclui-se que o diagnóstico psiquiátrico, por si só, não é fator impeditivo para o exercício da vontade; a restrição da autonomia só

é eticamente justificável em caráter temporário, quando o *insight* e o juízo crítico estão comprovadamente comprometidos a ponto de gerar riscos severos ao enfermo.

O equilíbrio buscado reside em um "paternalismo justificado", que atua como uma estratégia de proteção visando à restituição da própria autonomia do indivíduo. Portanto, o papel do médico e da equipe multidisciplinar deve evoluir de uma postura impositiva para uma mediação ética, onde o diálogo com a família e a escuta ativa do paciente permitam um cuidado que preserve a dignidade humana sem negligenciar o dever de assistência.

## *Referências*


1. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press.

2. Fack, A., Longo, L. H., & Bomnago, E. L. (2018). A autonomia de pacientes com transtornos mentais: uma revisão sistemática. *Anais de Medicina*, (1), 9–10.

3. Foucault, M. (2012). *História da loucura na idade clássica*. 9. ed. São Paulo: Perspectiva.

4. Laureano, C. D., Laranjeira, C., Querido, A., Dixe, M. A., & Rego, F. (2024). Ethical Issues in Clinical Decision-Making about Involuntary Psychiatric Treatment: A Scoping Review. *Healthcare (Basel)*, *12*(4), 445.

5. Lima, A. F. de A., & Machado, F. I. de S. (2021). Médico como arquiteto da escolha: paternalismo e respeito à autonomia. *Rev Bioét*, *29*(1).

6. Mendonça, S. M. Dignidade e autonomia do paciente com transtornos mentais. (2019). *Rev Bioét*, *27*(1).

7. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research.* Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

8. Okai, D., Owen, G., McGuire, H., Singh, S., Churchill, R., & Hotopf, M. (2007). Mental capacity in psychiatric patients: Systematic review. *Br J Psychiatry*, *191*, 291–7.

9. Ramos, F., & Garrafa, V. (2019). A autonomia da pessoa com transtorno mental: uma análise bioética de base principialista e intervencionista. *Revista Bioética*, *27*(3), 503–511.

# Entre o cálculo e o cuidado: a inteligência artificial sob o olhar da bioética

*Maicon Martta*
*Priscila Martta*

**Resumo:** O presente artigo busca refletir sobre os desafios éticos que emergem do uso da inteligência artificial (IA) na área da saúde, tendo como eixo central a bioética. A pesquisa apresenta uma análise fundamentada nas discussões contemporâneas sobre tecnologia, ética e medicina, evidenciando os dilemas que envolvem a relação médico-paciente, autonomia dos pacientes, a justiça no acesso a tratamentos e a privacidade dos dados. A partir de uma revisão bibliográfica, pretende-se contribuir para o debate sobre os limites e possibilidades do uso da IA na promoção do bem-estar humano e reforçar que a efetivação ética da IA na saúde demanda a criação de diretrizes claras, regulamentações incisivas e a capacitação de profissionais para lidar com os desafios emergentes.

**Palavras-chave:** bioética; inteligência artificial; saúde; tecnologia.

## *1 Introdução*

Os avanços das tecnologias digitais, especialmente da inteligência artificial (IA), têm provocado profundas transformações nos processos de diagnósticos, tratamento e gestão da saúde. No entanto, tais inovações suscitam questões éticas que não podem ser negligenciadas. A bioética, como campo interdisciplinar, torna-se essencial para orientar a aplicação dessas tecnologias de maneira justa e responsável.

Beauchamps e Childress[1] afirmam que os princípios fundamentais da bioética – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – devem nortear as práticas em saúde, independentemente das inovações tecnológicas. No entanto, a aplicação desses princípios em contextos mediados por algoritmos e sistemas de IA exige novas interpretações e cuidados, uma vez que a tecnologia pode ampliar ou reduzir a equidade no acesso e na qualidade da atenção à saúde[2].

A emergência dessas ferramentas demanda uma análise crítica, pois, embora a IA prometa maior precisão diagnóstica e eficiência operacional, ela também levanta preocupações relativas à proteção de dados sensíveis, à transparência dos processos decisórios e ao risco de vieses discriminatórios[3]. Assim, este texto busca favorecer a reflexão sobre como a bioética pode contribuir para uma utilização da inteligência artificial na saúde de forma que respeite os valores humanos fundamentais, evitando que a inovação tecnológica se sobreponha ao cuidado centrado no paciente, à preservação da confiança no vínculo terapêutico, à integridade da pessoa e à promoção da justiça social.

## *2 Desenvolvimento*

### 2.1 Inteligência artificial, princípios bioéticos e fundamentos filosóficos

A IA pode ser definida como a capacidade de sistemas computacionais de realizar tarefas que normalmente exigiriam inteligência humana, como reconhecimento de padrões, aprendizado e tomada de decisão[4]. Na saúde, ela é aplicada em diferentes áreas como: interpretação de exames de imagem, predição de doenças, planejamento terapêutico e gestão hospitalar.

A bioética é uma área da filosofia considerada ainda recente. O termo foi criado na por Van Rensselaer Potter, na década de 1970, com o objetivo de orientar decisões que afetam a vida humana, animal e ambiental[5].

No campo da filosofia, a bioética surge como uma ética da vida, chamando para si a reflexão sobre temas e dilemas que envolvem a vida. Temas como a modificação genética de animais, frutos e vegetais, o uso de animais para testes cosméticos, aborto, eutanásia, pena de morte e até mesmo a ética ambiental são exemplos de bioética. Já no campo da saúde, a bioética se consolidou a partir da obra de Beuchamp e Childress[1], que sistematizaram quatro princípios fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A autonomia se refere à capacidade do paciente de tomar decisões informadas sobre sua própria saúde. A beneficência se refere a promover o bem e maximizar benefícios para o paciente. Já a não maleficência diz respeito a

evitar causar danos e a justiça, a assegurar distribuição equitativa de recursos e tratamentos.

*2.1.1 Desafios do uso da inteligência artificial (IA) na área da saúde*

O Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina precisa ser continuamente atualizado para contemplar, de forma explícita, os dilemas éticos decorrentes do uso da inteligência artificial na prática clínica. Essa ampliação deve ocorrer em consonância com os princípios já estabelecidos pelo próprio código, que orienta o médico a aplicar os conhecimentos científicos e técnicos disponíveis, visando sempre aos melhores resultados, bem como a zelar para que as pessoas não sejam discriminadas por qualquer razão, incluindo aspectos relacionados à herança genética. Assim, ao integrar a inteligência artificial aos processos de cuidado, torna-se indispensável assegurar a preservação da dignidade, identidade e integridade do paciente, reforçando a centralidade do ser humano diante das inovações tecnológicas[6]. Logo, um dos aspectos centrais a ser assegurado é a humanização do cuidado. Ao mesmo tempo em que a IA pode otimizar tarefas administrativas e diagnósticas, liberando o profissional de saúde para dedicar mais tempo à escuta ativa, existe o risco de a tecnologia reduzir a interação humana, transformando a consulta em um processo excessivamente técnico. Preservar a dimensão relacional do encontro clínico é essencial para que a IA atue como ferramenta de apoio e não como substituta da presença médica[3]. Ao se analisar a autonomia, por exemplo, pode-se ver que a IA pode aumentar a capacidade diagnóstica, contudo, se mal implementada, pode reduzir o papel ativo do paciente e até mesmo do profissional de saúde nas decisões[1]. Isso exige protocolos que garantam não apenas a explicabilidade das decisões automatizadas, mas também que as pessoas mantenham o direito à segunda opinião humana. A relação médico-paciente constitui um dos pilares centrais da prática clínica, sustentada por aspectos técnicos e por elementos de confiança, comunicação e empatia. A incorporação da inteligência artificial (IA) nesse contexto traz benefícios potenciais, porém, traz também desafios éticos que precisam ser cuidadosamente considerados.

Ao pensar os desafios éticos no uso da IA na saúde, pode-se destacar também a privacidade e proteção de dados, uma vez que a coleta massiva de informações sensíveis exige mecanismos rigorosos de segurança e consentimento informado[2]. Destaca-se a transparência e explicabilidade, já que as decisões automatizadas devem ser compreensíveis para médicos e pacientes. Os pacientes devem compreender não apenas o tratamento prescrito, mas também de que forma os algoritmos influenciam as condutas clínicas. Isso demanda uma ampliação do conceito de autonomia, incluindo transparência sobre os limites e potenciais vieses da IA. Quando decisões automatizadas são apresentadas como verdades incontestáveis, corre-se o risco de instaurar um paternalismo tecnológico, no qual tanto o médico quanto o paciente se sentem subordinados à "opinião da máquina"[2]. Para que a confiança médico-paciente seja preservada, é fundamental que os sistemas de IA sejam auditáveis, explicáveis e que haja clareza sobre os limites da delegação de responsabilidades[1].

Em relação à responsabilidade, é preciso definir quem responde legalmente e moralmente por decisões tomadas com base em IA. A questão da responsabilidade profissional adquire contornos complexos. A autonomia médica pode ser enfraquecida quando o julgamento clínico se apoia fortemente em algoritmos. Caso um erro ocorra, surge o dilema: a responsabilidade recai sobre o profissional, sobre a instituição ou sobre os desenvolvedores do sistema? Nesse contexto, também não se pode ignorar a responsabilidade moral na transferência de tarefas clínicas para algoritmos. Uma abordagem bioética exige que os sistemas de IA sejam auditáveis e que haja clareza sobre as instâncias responsáveis – sejam elas desenvolvedores, instituições de saúde ou órgãos reguladores[3].

Outro desafio é a questão de acesso no que se refere a como evitar que tecnologias avançadas beneficiem apenas populações privilegiadas. Em sistemas de saúde marcados por desigualdades, a concentração da IA em grandes centros urbanos pode aprofundar as disparidades no acesso a cuidados de qualidade. Nesses casos, o médico se vê diante do desafio ético de explicar a pacientes de regiões periféricas por que não podem acessar recursos disponíveis em outros contextos, o que impacta diretamente a confiança no vínculo terapêutico. É incontes-

tável que a adoção de tecnologias avançadas tende a se concentrar em centros urbanos e em hospitais de alto padrão, o que aprofunda as desigualdades regionais no acesso à saúde[2]. Para evitar isso, políticas públicas devem garantir que a IA seja adaptada e distribuída de forma equitativa, contemplando áreas rurais e populações vulneráveis.

A aplicação da inteligência artificial, portanto, representa um avanço técnico sem precedentes, mas a velocidade com que tais tecnologias são incorporadas aos sistemas médicos nem sempre é acompanhada por uma reflexão ética profunda. A bioética surge nesse cenário como elemento regulador, capaz de mediar interesses econômicos, políticos e tecnológicos em prol da dignidade humana. Isso posto, a discussão bioética não é um freio ao desenvolvimento tecnológico, mas sim uma ferramenta para assegurar que o avanço seja sustentável, justo e centrado no ser humano e sua dignidade.

## *3 Conclusão*

A integração da inteligência artificial na área da medicina representa um marco no avanço tecnológico, com potencial de aperfeiçoar diagnósticos, agilizar tratamentos e melhorar a gestão hospitalar. Da mesma forma, a presença da IA no ambiente clínico não deve ser entendida como um obstáculo para a relação médico-paciente, mas como um desafio ético que exige protocolos de uso responsáveis. A bioética, ao mediar essa interface, garante que a tecnologia seja integrada de forma a fortalecer – e não fragilizar – o vínculo humano que sustenta a prática médica. Para tanto, sua adoção exige uma análise cuidadosa sob a ótica da bioética, a fim de garantir que o processo tecnológico não comprometa os direitos, a dignidade e a segurança dos pacientes.

Os princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça devem nortear tanto o desenvolvimento quanto a aplicação, evitando desigualdades e a perpetuação de vieses discriminatórios. Essa explanação indica que a efetivação ética da IA na saúde demanda a criação de diretrizes claras, regulamentações incisivas e a capacitação de profissionais para lidar com os desafios emergentes. Assim, é fundamental que pesquisadores, desenvolvedores, gestores e formuladores

de políticas públicas atuem em conjunto, estabelecendo um diálogo interdisciplinar que garanta o uso responsável e humano da tecnologia.

## *Referências*


1. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press.

2. Conselho Federal de Medicina (BR). (2018): Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. *Código de Ética Médica*. Brasília: CFM. https://cem.cfm.org.br/templates/g5_helium/images/cem/pdf/codigo.pdf?5cc88fbf

3. Floridi, L., Cowls, J., Beltrametti, M., Chatila, R., Chazerand, P., Dignum, V. *et al*. (2018). AI4People – An ethical framework for a good AI society: Opportunities, risks, principles and recommendations. *Minds Mach*, *28*(4), 689-707. DOI: 10.1007/s11023-018-9482-5.

4. Potter, V. R. (1971). *Bioethics: Bridge to the future*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.

5. Russell, S. J., & Norvig, P. (2020). *Artificial intelligence: A modern approach*. 4th ed. Boston: Pearson.

6. Topol, E. J. (2019). *Deep medicine: How artificial intelligence can make healthcare human again*. New York: Basic Books.

# Dilemas éticos no final da vida: perspectivas bioéticas nos cuidados paliativos

*Nathália Cristina Rodrigues*

**Resumo:** Os cuidados paliativos no final da vida envolvem decisões clínicas e morais complexas, nas quais profissionais de saúde precisam equilibrar intervenções médicas com o respeito aos valores, preferências e dignidade do paciente. Nesse contexto, os princípios da bioética – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – constituem o principal referencial para orientar decisões relacionadas à limitação de tratamentos, à sedação paliativa e à condução do processo de morrer. Este capítulo apresenta uma revisão da literatura acerca dos principais dilemas éticos presentes nos cuidados paliativos no final da vida, destacando a importância da tomada de decisão compartilhada e da comunicação sensível entre equipe, paciente e familiares. São discutidos aspectos éticos da sedação paliativa, especialmente à luz do princípio do duplo efeito, reforçando sua legitimidade quando utilizada para o alívio de sofrimento refratário sem a intenção de abreviar a vida. Além disso, aborda-se o problema da obstinação terapêutica e os critérios bioéticos que orientam a limitação ou suspensão de intervenções de suporte de vida em situações de terminalidade. Por fim, enfatiza-se o papel da comunicação ética e compassiva como elemento central para a construção de decisões alinhadas aos valores do paciente. A reflexão bioética apresentada contribui para fortalecer uma prática clínica humanizada, centrada na dignidade da pessoa e no alívio do sofrimento nos momentos finais da vida.

**Palavras-chave:** bioética; cuidados paliativos; final da vida; sedação paliativa; tomada de decisão compartilhada.

## *1 Introdução*

A abordagem de pacientes em fase final de vida exige dos profissionais de saúde competências técnicas, sensibilidade ética e habilidades de comunicação. Princípios como autonomia, beneficência, não maleficência e justiça são frequentemente colocados à prova diante de decisões sobre limitação de tratamentos, sedação paliativa e respeito às diretivas da vontade do paciente[1, 3]. A sedação paliativa, reconhecida como medida legítima para aliviar sofrimento refratário, suscita

discussões éticas quanto aos seus limites e à distinção entre permitir a morte e provocá-la[1]. Além disso, lidar com o sofrimento físico, emocional e espiritual do paciente e promover decisões compartilhadas evidenciam a importância de uma comunicação clara e compassiva entre profissionais, pacientes e familiares[4]. Discussões sobre a suspensão ou não implementação de intervenções de suporte de vida, ainda que respaldadas por consensos bioéticos e normas legais, continuam a gerar dúvidas éticas e emocionais, ressaltando a importância do respeito aos valores e desejos individuais[5]. Esta revisão bibliográfica integra a literatura recente sobre dilemas éticos nos cuidados paliativos, buscando oferecer orientações teóricas e práticas para uma assistência que respeite a dignidade do paciente, preserve sua qualidade de vida e minimize o sofrimento nos momentos finais da vida.

Este capítulo tem como propósito analisar os principais dilemas bioéticos, a partir da literatura científica, envolvidos nos cuidados paliativos no final da vida, destacando a importância do respeito à autonomia, da comunicação sensível e do alívio do sofrimento como pilares para uma morte digna, a fim de promover uma prática clínica ética e centrada nos valores do paciente.

## *2 Desenvolvimento*

### 2.1 Fundamentos bioéticos nos cuidados paliativos

Os cuidados paliativos demandam decisões éticas delicadas que vão além do conhecimento técnico e envolvem respeito profundo pela pessoa que vive a fase terminal de sua vida. É nesse cenário que os princípios da bioética – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – oferecem um referencial sólido para guiar a conduta dos profissionais de saúde.

O princípio da autonomia garante ao paciente o direito de decidir sobre os rumos de seu cuidado, incluindo a recusa de tratamentos que não condizem com seus valores ou preferências. Em situações de incapacidade, esse princípio pode ser exercido por meio de diretivas antecipadas de vontade ou representantes legais, reforçando a importância de decisões previamente compartilhadas[2, 3].

A beneficência e a não maleficência exigem que a equipe busque o melhor interesse do paciente, promovendo alívio do sofrimento e evitando intervenções que possam gerar danos físicos, emocionais ou espirituais. Em pacientes terminais, manter tratamentos que prolongam o processo de morrer, sem oferecer conforto ou qualidade, pode contrariar esses princípios.

Já a justiça, por sua vez, exige igualdade no acesso aos cuidados paliativos e respeito à singularidade de cada indivíduo, independentemente de sua condição social, idade ou diagnóstico.

Por fim, a dignidade da pessoa deve ser o centro que sustenta todas as decisões técnicas em meio ao momento de grande vulnerabilidade em que ela se encontra.

## 2.2 Sedação paliativa e o princípio do duplo efeito

A sedação paliativa é uma prática legítima, indicada em situações de sofrimento intenso e refratário – quando o paciente não está mais respondendo aos tratamentos convencionais –, com objetivo de reduzir a consciência dele, de forma proporcional e ética, para promover conforto em momentos finais da existência[2]. Sendo assim, seu uso não busca abreviar a vida, mas aliviar o sofrimento extremo.

Embora respaldada por princípios bioéticos, a sedação paliativa ainda gera dúvidas, especialmente pela confusão frequente com a eutanásia. Enquanto esta visa deliberadamente antecipar a morte, a sedação tem como finalidade exclusiva o alívio do sofrimento, levando assim ao óbito de maneira mais natural possível. Essa distinção é amparada pelo princípio do duplo efeito, segundo o qual uma ação com dois efeitos possíveis é eticamente aceitável desde que: (1) a intenção seja boa; (2) o efeito benéfico não seja alcançado por meio do efeito negativo; e (3) haja proporcionalidade entre os meios utilizados e o fim desejado[1].

A resistência à sedação durante a terminalidade, muitas vezes, nasce da falta de informação – tanto por parte das famílias quanto de profissionais de saúde. O medo de "acelerar a morte" pode atrasar decisões importantes e prolongar o sofrimento. Por isso, é essencial que a equipe comunique com clareza que a proposta é o alívio da dor e da angústia, respeitando os valores e desejos expressos pelo paciente.

Além de ser uma conduta técnica, a sedação paliativa exige sensibilidade, preparo emocional e ética clínica. Quando bem indicada e comunicada, é uma expressão concreta do cuidado compassivo, da escuta ativa e do compromisso com uma morte digna.

## 2.3 Obstinação terapêutica e limitação de tratamento

Nos cuidados paliativos, um dos dilemas mais comuns é a obstinação terapêutica – distanásia. Ela ocorre quando intervenções são mantidas ou iniciadas sem oferecer benefício real ao paciente, prolongando o processo de morrer sem agregar conforto ou qualidade de vida. Do ponto de vista bioético, esse tipo de conduta contraria os princípios da beneficência e da não maleficência, pois pode causar sofrimento desnecessário em nome de tratamentos que não respeitam a proporcionalidade entre meios e fins[3, 5].

Entre esses cenários, distinguem-se os tratamentos sem nenhuma possibilidade de atingir o objetivo fisiológico, como reanimar um paciente em falência orgânica irreversível, e os tratamentos potencialmente inapropriados, que até podem ter algum efeito fisiológico, mas entram em conflito com os valores pessoais do paciente ou levam a uma vida que ele não considera digna[5].

Situação ilustrativa desse dilema pode ser observada no exemplo de um paciente com câncer metastático avançado em fase terminal, com diretiva antecipada contra ventilação mecânica (VM), o qual é intubado na emergência. Nesse caso, manter a VM contraria os valores previamente expressos e caracteriza obstinação terapêutica.

A limitação de suporte de vida pode significar tanto não iniciar um tratamento quanto suspender uma medida já instituída. Sob a perspectiva ética, ambas são equivalentes quando fundamentadas em valores e objetivos de cuidado definidos com o paciente e sua família. Dessa forma, as diretrizes brasileiras e o consenso bioético reforçam que essas decisões devem ser documentadas, dialogadas e compartilhadas, para garantir transparência e segurança legal[5].

Um retrato desse cenário é quando um paciente com insuficiência respiratória grave aceita uma tentativa de ventilação mecânica como teste terapêutico, contudo, após dias sem melhora e evolução para estado

terminal, a família, com base em diretiva antecipada, concorda com a suspensão. Essa decisão respeita a autonomia e proporcionalidade.

Além do aspecto técnico, há uma dimensão emocional. Para os familiares, retirar tratamentos pode soar como "desistir". Por isso, é essencial reforçar que limitar intervenções não é abandono, mas sim mudar o foco do cuidado: prolongar a vida para proteger a dignidade e aliviar o sofrimento.

## 2.4 A importância da comunicação e da decisão compartilhada

Nos cuidados paliativos, a comunicação é um ato ético. As decisões sobre o final da vida envolvem valores profundos, medos e expectativas e só podem ser tomadas de forma adequada quando há diálogo transparente. A comunicação é hoje considerada o padrão ouro nos contextos paliativos, pois integra conhecimento técnico com os valores e desejos de quem vive a doença[2, 4, 5].

Uma comunicação efetiva deve ser clara, empática e contínua. É preciso oferecer informações compreensíveis, escutar ativamente dúvidas e sentimentos e, sobretudo, validar as emoções de todos os envolvidos. Isso evita mal-entendidos e reduz a sensação de abandono quando medidas de suporte são limitadas.

Tal cenário pode ocorrer, por exemplo, antes de iniciar a sedação paliativa, a equipe reúne a família para explicar que o objetivo não é antecipar a morte, mas aliviar o sofrimento refratário. O uso de linguagem sensível e a oferta de tempo para perguntas reduzem a ansiedade e fortalecem a confiança.

Os conflitos familiares são comuns, especialmente quando não existem diretivas antecipadas. Nessas situações, é essencial criar um espaço seguro para o diálogo, buscando o consenso em torno do que mais respeita os valores e a dignidade do paciente.

Esse dilema pode ser ilustrado em um caso de doença neurológica avançada sem possibilidade de recuperação, em que parte da família deseja "fazer tudo", enquanto outra pede apenas conforto. A equipe facilita a conversa, apresentando cenários realistas e explorando os

valores que o próprio paciente expressava em vida, até que se construa uma decisão alinhada.

Portanto, comunicar más notícias, discutir limitações de tratamento ou introduzir o tema de diretivas de vontade exige preparo e sensibilidade. Mais do que informar, é necessário cuidar através da palavra, reforçando que, mesmo quando intervenções são retiradas, o paciente nunca será abandonado.

## *3 Conclusão*

Os cuidados paliativos no final da vida revelam, de forma única, os limites e as possibilidades da medicina. Mais do que protocolos e tecnologias, esse é um campo onde a ética se encontra com a humanidade.

Os dilemas bioéticos abordados – como a sedação paliativa, a limitação de tratamentos e a necessidade de comunicação clara – mostram que cuidar de quem está morrendo é tão importante quanto curar. O verdadeiro desafio não é apenas prolongar ou encurtar o tempo de vida, mas garantir qualidade, conforto e dignidade até o último momento[1, 5].

Refletir sobre esses temas é um convite para que estudantes e profissionais de saúde resgatem a essência do cuidado: olhar para o paciente como pessoa, não apenas como doença. Cada decisão deve ser pautada pelo respeito à autonomia, pela compaixão e pela escuta ativa, sempre lembrando que oferecer uma morte digna é também uma forma profunda de cuidado.

## *Referências*


1.Surges, S. M., Brunsch, H., Jaspers, B. *et al*. (2024). Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: an international Delphi study. *Palliat Med*, *38*(2), 213-228. DOI: 10.1177/02692163231220225.

2. Quill, C. M., Sussman, B. L., & Quill, T. E. (2015). Palliative Care, Ethics, and the Law in the Intensive Care Unit. *Crit Care Nurs Clin North Am*, *27*(3), 383-394. DOI: 10.1016/j.cnc.2015.05.007.

3. Bernat, J. L. (2001). Ethical and legal issues in palliative care. *Neurol Clin*, *19*(4), 969-87. DOI: 10.1016/s0733-8619(05)70056-6.

4. Siddiqui, S., Kretzer, L., & Metaxa, V. (2024). Caring for the dying patient in ICU. *Intensive Care Med*, *50*(8), 1335-1337. DOI: 10.1007/s00134-024-07442-3.

5. Vidal, E. I. O. *et al.* (2024). Posicionamento da Academia Nacional de Cuidados Paliativos sobre suspensão e não implementação de intervenções de suporte de vida no âmbito dos cuidados paliativos. *Crit Care Sci.*, *36*, e20240021pt. DOI: 10.62675/2965-2774.20240021-pt.

# Ética na cirurgia

*Ana Carolina Borlini*
*Amanda Cecchin Tondello*
*Bárbara de Lima Breitembach*

**Resumo:** Este artigo apresenta uma discussão crítica sobre a ética na cirurgia, enfocando os princípios bioéticos aplicados ao ato cirúrgico e os dilemas morais comuns na prática cirúrgica. Aborda-se o papel do cirurgião como responsável ético e moral e a importância de integrar ciência e humanismo em suas decisões. São apresentados os quatro princípios da bioética (beneficência, não maleficência, autonomia e justiça) e sua relevância e uso na cirurgia, bem como a necessidade de consentimento livre e esclarecido do paciente. Discute-se também como emergências clínicas e inovações tecnológicas impõem desafios éticos específicos. Conclui-se que a prática cirúrgica exige reflexão ética contínua e comunicação transparente entre cirurgião e paciente, de modo a garantir decisões responsáveis que conciliam avanços e inovações médicas com o compromisso moral.

**Palavras-chave:** ética cirúrgica; princípios bioéticos; bioética; consentimento; consentimento informado; decisão compartilhada; inovação médica; justiça no cuidado cirúrgico.

## *1 Introdução*

A cirurgia, por sua própria natureza invasiva e potencialmente decisiva para a vida do paciente, coloca o cirurgião em uma posição de grande responsabilidade ética. Segundo Restum e Fontes (2011, p. 355), "a ética médica, no âmbito da cirurgia, compreende a integração do paciente cirúrgico com a natureza do cirurgião"[1]. Isso significa que o processo cirúrgico é tanto um ato técnico quanto moral: não basta dominar a ciência (episteme) e a técnica (techne), é preciso aplicar o juízo ético (phronesis) em cada decisão. Ferreres (2024) destaca que a cirurgia é uma prática moral, no sentido de que o cirurgião atua como um agente fiduciário moral dos pacientes, devendo proteger seus direitos e interesses em todas as circunstâncias[2].

Além disso, a rápida evolução tecnológica e científica na Medicina aumenta a pressão sobre o cirurgião: cada nova técnica ou recurso demanda rigor ético adicional, para que o *primum non nocere* (primeiro não prejudicar) seja efetivamente preservado. Diante disso, este estudo busca examinar, sob a perspectiva da bioética, os principais dilemas éticos relacionados à prática cirúrgica. Serão discutidos os princípios fundamentais da bioética aplicados à cirurgia, o consentimento e a autonomia do paciente diante de decisões complexas e o impacto psicológico sobre o próprio profissional, bem como dilemas específicos em situações como emergências médicas e introdução de inovações tecnológicas.

## *2 Desenvolvimento*

### 2.1 Princípios bioéticos aplicados à cirurgia

A bioética, consolidada como campo de estudo no século XX, oferece quatro princípios centrais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Esses valores orientam a prática médica em geral, mas assumem contornos particulares no contexto cirúrgico.

A autonomia refere-se ao direito do paciente de tomar decisões sobre sua própria saúde, desde que esteja devidamente informado. Na cirurgia, respeitar a autonomia significa garantir que o paciente compreenda os riscos, benefícios e alternativas antes de consentir o procedimento. Essa comunicação deve ser clara, evitando termos técnicos excessivos que dificultem o entendimento[3]. Esse princípio tem respaldo legal e histórico: como afirmou o juiz Benjamin Cardozo, em 1914, "todo ser humano adulto e mentalmente capaz tem o direito de consentir o que será feito no seu próprio corpo". Na prática cirúrgica, a autonomia do paciente se concretiza por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento obrigatório que assegura o direito de escolha do paciente (aceitar ou recusar um procedimento proposto). Entretanto, um exemplo prático, é a confidencialidade de um paciente HIV positivo que omitiu seu estado de saúde às parcerias. Isso se torna um caso emblemático e um dilema bioético, visto que a Resolução CFM 1359/92 veta testagem compulsória, ilustrando conflitos entre sigilo, autonomia e proteção de terceiros.

A beneficência busca promover o bem do paciente. No contexto cirúrgico, isso se traduz na indicação de procedimentos que realmente tragam benefícios, evitando cirurgias desnecessárias ou de baixo impacto clínico[3].

A não maleficência orienta o profissional a evitar causar danos. Como toda cirurgia envolve riscos, cabe ao cirurgião avaliar cuidadosamente a relação risco-benefício e agir para minimizar complicações[3]. Nesse sentido, a célebre máxima hipocrática *primum non nocere* é um guia geral, ainda que se saiba que todo procedimento cirúrgico implica algum risco. Pantoja *et al.* (2023) ressaltam que seguir estritamente o lema "não prejudicar" não garante, por si só, a melhor decisão moral, já que muitas vezes salvar a vida exige assumir certos riscos calculados[4].

A justiça se refere à equidade no acesso e na distribuição dos recursos de saúde. Isso inclui a indicação de cirurgias quando realmente necessárias, evitando desperdícios e garantindo que todos os pacientes, independentemente de condição social, tenham acesso a cuidados adequados[3]. Embora Pantoja *et al.* (2023) não se aprofundem nesse princípio em específico, ele é amplamente reconhecido na literatura bioética como fundamental para evitar discriminação e injustiças no cuidado de saúde. Por exemplo, o sistema de triagem cirúrgica deve priorizar casos urgentes independentemente de aspectos não clínicos (*status* social, poder aquisitivo etc.), de modo a respeitar a dignidade de todos[4].

Esses princípios funcionam como guias práticos para que o cirurgião mantenha uma atuação ética, mesmo diante de pressões institucionais, expectativas dos pacientes e dilemas pessoais.

Os princípios éticos cirúrgicos estão descritos no Código de Ética Médica (CFM, 2019)[5], que destaca o consentimento informado (Art. 22), o dever de respeito e dignidade ao paciente (Arts. 23-24), a proibição de imperícia, imprudência ou negligência (Art. 29) e a responsabilidade pessoal do médico (Arts. 31-32). Esses preceitos reforçam o princípio hipocrático *primum non nocere* e são complementados por ferramentas como a WHO Safe Surgery Checklist (2009), que reduz erros cirúrgicos por meio de etapas de verificação e comunicação em equipe. O consentimento informado é central: o médico deve explicar diagnóstico, objetivos, alternativas terapêuticas e riscos, garantindo compreensão e decisão livre do paciente. A ausência de informação ou omissão torna

a prática eticamente inadmissível. O CFM reafirma esse dever e o Código Civil (Lei 10.406/2002, art. 186) assegura a responsabilidade civil do médico por danos decorrentes de erro ou conduta inadequada.

O erro médico é uma frequente causa de denúncias contra médicos no Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (Cremeb) e ocorre em geral por negligência em atendimento público e principalmente cirúrgico, não havendo diferença entre atendimento de urgência/emergência e eletivo. Os médicos denunciados são, em sua maioria, homens com idade média de 44 anos, sendo as especialidades mais frequentes Ginecologia e Obstetrícia (GO), Cirurgia Geral e Anestesia[6].

O conflito entre autonomia e paternalismo é central na ética médica. Antes, prevalecia o modelo paternalista; hoje, valoriza-se a decisão compartilhada, em que o paciente participa ativamente após receber informações claras. A recusa consciente de tratamento deve ser respeitada, entretanto, quando decorre de desinformação ou medo, o médico deve esclarecer e orientar. Em situações de urgência/emergência, quando não há possibilidade de consentimento, prevalece a beneficência, autorizando a intervenção imediata para salvar a vida. Após estabilização, deve-se informar paciente ou familiares, equilibrando autonomia, beneficência e confiança na relação médico-paciente. A responsabilidade profissional do cirurgião também carrega implicações éticas importantes. O cirurgião deve manter-se tecnicamente competente por meio de atualização contínua e reconhecer seus limites. Realizar um procedimento para o qual não está adequadamente treinado seria imperdoável pelo ponto de vista ético, pois exporia o paciente a riscos excessivos. Nesse sentido, Pantoja *et al*. (2023, p. 2) definem o "cirurgião competente" como aquele que "não se atém apenas ao ato cirúrgico e suas finalidades: deve transpassar confiança moral e ética a partir de seus posicionamentos"[4]. Ou seja, além de dominar a técnica, o cirurgião deve agir com integridade, honestidade e empatia. Quando ocorrem complicações ou resultados adversos, deve assumir a responsabilidade e comunicar o paciente aberta e honestamente, evitando ocultação ou distorção dos fatos. Esse comportamento reforça a confiança e permite a reparação de erros de forma transparente. A insatisfatória formação ética do médico

contribui para a ocorrência de desvios na conduta durante o exercício da profissão. Estes ocorrem principalmente em desfavor da população de baixa renda, visto que o sistema público de saúde oferece recursos técnicos precários e, sobretudo, uma demanda sufocante para o médico, criando as condições ideais para o ato médico adverso[7].

A incorporação de novas tecnologias na cirurgia trouxe avanços importantes, como menor dor pós-operatória e redução da internação. No entanto, a inovação pode gerar dilemas éticos, já que decisões de IA podem ser enviesadas e técnicas recentes podem carecer de evidências sólidas. Segundo Ferreres[2], a inovação nem sempre acompanha a ética. Assim, recomenda-se revisão crítica antes da adoção de novas práticas, avaliação rigorosa de riscos e benefícios, submissão de procedimentos experimentais a comitês de ética e informação clara ao paciente sobre o caráter inovador e os riscos envolvidos. No campo cirúrgico, surgem dilemas ligados à justiça distributiva, especialmente em sistemas de saúde com recursos limitados, nos quais é preciso definir critérios justos para uso de UTI, equipamentos caros ou vagas cirúrgicas, evitando favorecimentos. Além disso, destacam-se os desafios no fim de vida, quando deve-se avaliar se uma cirurgia traria benefício real ou apenas prolongaria o sofrimento. Nesse contexto, as diretivas antecipadas de vontade ganham relevância, devendo ser respeitadas quando o paciente competente expressa claramente suas preferências. A decisão de não intervir em casos terminais pode ser eticamente aceitável, desde que pautada em princípios bioéticos e no diálogo com paciente e família[2].

A prevenção do erro médico na formação exige fortalecer a relação médico-paciente, melhorar a comunicação com pacientes, familiares e equipes, valorizar o compromisso social, incentivar a educação continuada e o trabalho multidisciplinar, além de estimular o correto registro médico. O ensino de ética médica e bioética deve ser contínuo, baseado em casos concretos e com participação ativa dos alunos, indo além da mera exposição do Código de Ética. Relações marcadas por respeito, transparência e autonomia favorecem a confiança, reduzem conflitos e diminuem a chance de denúncias, já que muitos processos surgem mais de desentendimentos e hostilidades do que do erro em si[6].

## *3 Conclusão*

A ética na cirurgia é um ato que requer mais do que habilidade técnica, desse modo, "a ética deve estar na vida e conduta do cirurgião, de forma que todos os atos profissionais e de vida devam ser eticamente válidos" (2011, p. 355)[1]. Ela envolve respeito à autonomia do paciente mediante comunicação clara, priorizando sempre o consentimento livre e esclarecido antes dos procedimentos eletivos, busca pelo bem-estar, prevenção de danos, compromisso com a justiça social e equidade no cuidado. Ao mesmo tempo, lida com dilemas únicos, como decisões em situações de fim de vida, uso de tecnologias avançadas, garantindo que a inovação não se sobreponha à segurança e aos valores humanos e equilíbrio entre ensino e segurança.

O manejo ético também é o domínio técnico da humanização do cuidado, do diálogo sincero e do compromisso com o melhor interesse do paciente. A prática cirúrgica é um ato de confiança, sustentado por respeito, clareza, cuidado e responsabilidade, tornando a ética uma base fundamental da profissão. Deve-se respeitar a autonomia do paciente em procedimentos eletivos, agir pela benevolência em emergências e avaliar criticamente novas tecnologias para proteger a segurança e os valores humanos. A ética na cirurgia é uma postura contínua, que une ciência e reflexão moral, fortalece a relação médico-paciente e transforma o ato cirúrgico em um serviço verdadeiramente humanizado para a vida.

## *Referências*


1. Restum, E. A., & Fontes, T. M. P. (2011). Ética médica sob o viés da bioética: o exercício moral da cirurgia. *Rev Col Bras Cir*, *38*(5), 355-60.

2. Ferreres, A. R. (2024). Aspectos éticos da inteligência artificial na prática cirúrgica geral. *Rev Col Bras Cir*, *51*, e20243762.

3. McCormick, T. R. (s. d.). Principles of Bioethics. *Universidade de Washington*, Departament Of Bioethics and Humanities, Seattle (WA). https://depts.washington.edu/bhdept/ethics-medicine/bioethics-topics/articles/principles-bioethics

4. Pantoja, E. C. C., Sirqueira, B. P., Costalonga, A. S., Souza, G. L., Garcia, A. F., & Santos Filho, S. A. B. *et al.* (2023). Conceitos básicos sobre ética em

cirurgia. *In* E. C. C. Pantoja & J. A. C. da Silva (Eds.). *Bioética em cirurgia na Amazônia: conceitos, percepções e práticas* (pp. 1-12). Passo Fundo, RS: Atena.

5. Conselho Federal de Medicina (CFM). (2016). *Recomendação CFM nº 1/2016* (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Brasília: CFM. https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf

6. D'Avila, R. L. (2007). Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. *Rev Bras Educ Med*, *31*(3), 223-228. DOI: 10.1590/S0100-55022007000300004.

7. Gomes, J. C. M. (1996). O atual ensino da ética para os profissionais de saúde e seus reflexos no cotidiano do povo brasileiro. *Bioética*, *4*(1), 53-64.

8. Lampert, J. B. (2002). *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas*. São Paulo: Hucitec.

# Futilidade terapêutica e o limite da obstinação médica

*Jéssica Trevisan*

**Resumo:** A futilidade terapêutica representa um dos dilemas mais complexos da bioética contemporânea, especialmente no contexto da prática médica intensiva e paliativa. Este artigo discute os limites éticos da obstinação terapêutica à luz dos princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Por meio de revisão bibliográfica opinativa, de artigos selecionados em bases de dados online e do código de ética médica, analisam-se os conceitos fundamentais de futilidade, a influência das diretrizes do Conselho Federal de Medicina (CFM) e o papel da comunicação médico-paciente na tomada de decisões sobre o fim de vida. Argumenta-se que a insistência em tratamentos ineficazes não apenas prolonga o sofrimento, mas também distorce a finalidade moral da medicina. Conclui-se que reconhecer o limite da terapêutica é um ato de respeito à dignidade humana, sendo dever ético do médico atuar como cuidador e não como mero prolongador biológico da existência.

**Palavras-chave:** futilidade terapêutica; obstinação médica; bioética; cuidados paliativos; distanásia.

## *1 Introdução*

A medicina contemporânea, marcada por grandes avanços tecnológicos e possibilidade crescente do evitamento da morte, enfrenta um paradoxo ético: a capacidade de prolongar a vida nem sempre se traduz em promover o bem-estar do paciente. Nesse contexto, surge o debate sobre futilidade terapêutica, conceito que remete à utilização de recursos médicos sem expectativa razoável de benefício clínico, apenas para manter funções vitais de forma artificial[1].

O tema assumiu relevância bioética nas últimas décadas por desafiar os limites do princípio da beneficência e por ocasionar conflitos entre a necessidade de tratar e o dever de não causar dano[2]. Além disso, coloca em tensão os direitos de autonomia do paciente e as responsabilidades

do médico diante da finitude humana[3]. Este capítulo tem como objetivo discutir criticamente o conceito de futilidade terapêutica, seus aspectos éticos e legais e os limites da obstinação médica, defendendo uma prática centrada na dignidade e na proporcionalidade do cuidado.

A metodologia aplicada na construção do parágrafo baseia-se na análise criteriosa do Código de Ética Médica do CFM (Resolução nº 2.217/2018) e na revisão crítica de artigos encontrados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo), PubMed e Portal de Periódicos da Capes, utilizando-se os descritores "futilidade médica", "obstinação médica", "suspensão de tratamentos" e "distanásia".

## *2 Desenvolvimento*

### 2.1 Conceito e implicações éticas da futilidade terapêutica

A futilidade terapêutica pode ser definida como a aplicação de intervenções médicas que não oferecem benefícios significativos em termos de sobrevida, conforto ou qualidade de vida ao paciente[1]. De acordo com Clarke, um tratamento é considerado fútil quando não alcança os objetivos clínicos razoáveis, independentemente da vontade do profissional ou da família[4].

O conceito refere-se à realização de intervenções diagnósticas ou terapêuticas que não oferecem benefício significativo ao paciente, seja porque não alteram o curso da doença, não melhoram o bem-estar ou não alcançam os objetivos previamente estabelecidos do cuidado. Em outras palavras, são procedimentos que prolongam o sofrimento ou o processo de morrer sem perspectiva real de recuperação ou conforto. Exemplos práticos incluem a manutenção de suporte ventilatório invasivo em pacientes com falência orgânica múltipla e prognóstico irreversível, a reanimação cardiopulmonar em pacientes terminais com neoplasias metastáticas avançadas ou a indicação de diálise em pacientes com doença terminal sem possibilidade de reversão clínica. A identificação da futilidade médica é essencial para promover uma assistência ética, centrada na dignidade do paciente e alinhada aos princípios da bioética e dos cuidados paliativos.

No campo bioético, o conceito desafia os princípios fundamentais da prática médica. A beneficência e a não maleficência são diretamente

implicadas, uma vez que prolongar um sofrimento inevitável ou submeter o paciente a intervenções invasivas sem perspectiva de melhora pode violar ambos[5].

O Conselho Federal de Medicina define o princípio da beneficência como fundamento baseado em maximizar a promoção do bem do paciente. Já a não maleficência é definida como o dever de não infringir dano intencionalmente[2]. Os princípios são eticamente interligados e seu equilíbrio entra em conflito direto com intervenções inúteis que venham a postergar o sofrimento do paciente sem melhorar sua qualidade de vida[6].

A autonomia, por sua vez, impõe que o paciente, ou seu representante legal[4], tenha direito à informação adequada e à participação nas decisões sobre a continuidade ou interrupção de tratamentos desproporcionais[5]. A comunicação transparente e empática é, portanto, condição essencial para decisões éticas em contextos de fim de vida.

## 2.2 Obstinação terapêutica e a distorção do papel médico

A obstinação terapêutica, também chamada de distanásia, ocorre quando o profissional persiste em medidas agressivas que apenas prolongam o processo de morrer[6]. Essa prática, ainda frequente em unidades de terapia intensiva e em pacientes em estado paliativo, revela uma dificuldade cultural e emocional de aceitar a morte como parte natural da vida[7].

Segundo o Código de Ética Médica do CFM (Resolução nº 2.217/2018), é vedado ao médico prolongar a vida do paciente por meio de procedimentos inúteis ou obstinados, devendo priorizar o conforto e a dignidade do indivíduo[2].

Do ponto de vista bioético, a obstinação reflete uma má compreensão do princípio da beneficência, reduzindo-o à ideia de fazer "tudo o que é possível", em vez de "tudo o que é adequado". Apesar dos avanços na abordagem em cuidados paliativos, a formação médica ainda segue no modelo biomédico de saúde, com enfoque curativo e individualista, desconsiderando fatores psicossociais e emocionais envolvidos no processo do adoecimento.

Dessa forma, o cenário acadêmico replica a percepção enviesada do médico como "salvador", o que reforça nos profissionais o sentimento de frustração ao abrir mão de terapias que não agregam benefícios ao seu paciente. Por isso, o verdadeiro cuidado médico envolve discernimento, prudência e reconhecimento dos limites do corpo humano, da sua pequenez diante da finitude e da própria medicina[7].

## 2.3 Cuidados paliativos como alternativa ética e humanizada

Os cuidados paliativos surgem como resposta ética e técnica à futilidade terapêutica. O foco desses cuidados é aliviar o sofrimento físico, emocional e espiritual, respeitando a dignidade e a autonomia do paciente[8].

A partir de 1960, inicia-se uma discussão sobre o descaso com pacientes em estado terminal, que muitas vezes eram deixados isolados em seu leito de morte, devido à sua impossibilidade de cura[9]. O abandono por parte da equipe médica em casos irreversíveis reforçava a falha estrutural na condução dos tratamentos em saúde, em que o foco é a ausência de doença ao invés da promoção da saúde. Nesse contexto, surgem os cuidados paliativos como alternativa para entregar um final de vida digno aos pacientes em sofrimento, trazendo não apenas consolo como também uma emancipação sobre seus últimos momentos[8].

A introdução precoce dos cuidados paliativos não significa desistência, mas sim mudança de propósito: da cura para o conforto. Essa abordagem é respaldada por evidências que demonstram melhora na qualidade de vida e até aumento da sobrevida em certos casos[9].

Assim, reconhecer a futilidade terapêutica e optar por cuidados paliativos é um ato de coragem ética e compaixão médica. Implica compreender que a vida humana tem valor intrínseco, mas que a morte, quando inevitável, deve ser enfrentada com serenidade e respeito.

## 2.4 Reflexão opinativa: até onde podemos estender a vida? O limite como expressão de sabedoria ética

A medicina moderna, impulsionada pelo ideal tecnocrático de domínio sobre a morte, corre o risco de transformar o médico em mero

operador de máquinas, afastando-se de sua essência humanista. Todavia, ao mesmo tempo que desumaniza a figura médica, aproxima-a de uma figura divina, a qual tem o poder de decidir sobre até quando uma vida pode existir. Essa linha tênue é perigosa, pois a visão do "médico deus" tende a invalidar o paciente como agente atuante e responsável pelas decisões relacionadas à sua saúde, ao passo que sobrecarrega emocionalmente o profissional com às consequências de tais decisões.

A futilidade terapêutica, nesse contexto, é sintoma de uma sociedade que teme a finitude e confunde prolongar a vida com preservar a dignidade. É a falha não apenas de um indivíduo ou classe, mas da sociedade como um todo e da falta de reflexão sobre a própria finitude.

A posição defendida neste capítulo é que reconhecer o limite da terapêutica é reconhecer o limite da própria medicina e, portanto, sua dimensão ética mais nobre. A obstinação médica não é expressão de zelo, mas de negação da vulnerabilidade humana. O verdadeiro compromisso ético do médico é com o bem do paciente, não com a mera manutenção biológica da existência.

## *3 Conclusão*

A discussão sobre futilidade terapêutica e obstinação médica evidencia a necessidade de resgatar o sentido ético do cuidar. A prática médica deve ser pautada não apenas pela competência técnica, mas também pela sabedoria moral que reconhece quando o tratamento se torna agressão.

Superar a obstinação terapêutica exige formação ética sólida, comunicação empática e respeito à autonomia do paciente. Reconhecer o limite não é desistir, mas agir com prudência e humanidade diante da inevitabilidade da morte. Assim, a ética médica reafirma sua vocação primordial: promover o bem, aliviar o sofrimento e respeitar a dignidade até o último instante de vida.

## *Referências*

1. Schneiderman, L. J. (2011). Defining Medical Futility and Improving Medical Care. *J Bioethical Inq*, *8*(2). https://doi.org/10.1007/s11673-011-9293-3

2. Conselho Federal de Medicina. (2019). *Código de Ética Médica*. Brasília: Conselho Federal de Medicina. https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf

3. Gabbay, E., Calvo-Broce, J., Meyer, K. B., Trikalinos, T. A., Cohen, J., & Kent, D. M. (2010). The Empirical Basis for Determinations of Medical Futility. *J Gen Intern Med*, *25*(10), 1083-9. https://doi.org/10.1007/s11606-010-1445-3

4. Clarke, C. M. (2000). Do parents or surrogates have the right to demand treatment deemed futile? An analysis of the case of Baby L. *J Adv Nurs*, *32*(3), 757-63. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01537.x

5. Madani, M. (2013). Ethical considerations of futile care. *Iran J Med Ethics Hist Med*, *6*, 12. http://ijme.tums.ac.ir/article-1-5013-en.html

6. Kasman, D. L. (2004). When is medical treatment futile?. *J Gen Intern Med*, *19*(10), 1053-6. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40134.x

7. Schneiderman, L. J. (1990). Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications. *Ann Intern Med*, *112*(12), 949. https://doi.org/10.7326/0003-4819-112-12-949

8. Aghabarari, M., & Dehghan Nayeri, N. (2015). Futile Care: Challenges Of Applying Futility Concept In Caring Domain. *Hayat*, *21*(1), 1-5. https://sid.ir/paper/106017/en

9. Vergano, M., & Gristina, G. R. (2014). Futility in medicine. *Trends Anaesth Crit Care*, *4*(6), 167-9. https://doi.org/10.1016/j.tacc.2014.10.004

# Implicações éticas da terapia de substituição mitocondrial na prática

*Brenda Staehler Indicatti*
*Victoria Orlandin Santos*

**Resumo:** A terapia de substituição mitocondrial (TSM) foi desenvolvida para prevenir a transmissão materna de doenças do DNA mitocondrial, substituindo mitocôndrias afetadas por mitocôndrias saudáveis de uma doadora. Entretanto, essa intervenção requer análise à luz dos princípios bioéticos que orientam a prática médica. Entre os princípios bioéticos aplicáveis à TSM, destacam-se a beneficência, a autonomia e a justiça. A beneficência visa promover o bem-estar da criança e de sua família, ao possibilitar o nascimento de um indivíduo livre de doenças mitocondriais. Contudo, a técnica é recente, e seus efeitos a longo prazo permanecem incertos. A autonomia reprodutiva dos genitores, embora assegurada, pode conflitar com o direito do futuro indivíduo à integridade genética, gerando um dilema ético, já que o feto não pode consentir. Além disso, o acesso restrito à TSM, devido a custos elevados e barreiras legais em vários países, levanta questões de justiça distributiva, pois limita o uso da técnica a grupos socialmente privilegiados, aprofundando desigualdades na saúde reprodutiva e genética. A manipulação genética exige regulação ética rigorosa, que considere interesses individuais e impactos coletivos e intergeracionais. Conforme Potter (1971), o progresso científico deve servir à dignidade humana e à preservação da espécie, não apenas ao avanço técnico.

**Palavras-chave:** terapia de substituição mitocondrial; terapia genética; bioética germinativa.

## *1 Introdução*

Os avanços das terapias reprodutivas vêm transformando o cenário da medicina contemporânea, sobretudo no campo da genética germinativa. Nesse contexto, a terapia de substituição mitocondrial (TSM) surgiu como inovação destinada a prevenir a transmissão materna de doenças do DNA mitocondrial.

A técnica consiste na transferência do material nuclear de um oócito da mãe biológica para o citoplasma de um oócito doador com mitocôndrias saudáveis, resultando em um embrião que herda mate-

rial genético de três indivíduos. Embora essa terapia represente um marco promissor no estudo de doenças mitocondriais, levanta, ao mesmo tempo, profundas implicações éticas, exigindo análise à luz dos princípios bioéticos que norteiam a prática médica[1, 2].

Entre esses princípios, destacam-se a beneficência, não maleficência, autonomia, justiça, responsabilidade e respeito à dignidade humana. Assim, a TSM situa-se em uma linha tênue entre o avanço científico e os limites éticos dessa intervenção sobre a vida, demandando análise crítica[3, 4, 5].

## *2 Desenvolvimento*

### 2.1 DNA mitocondrial: o DNA revolucionário

As mitocôndrias são organelas presentes em células eucariontes, responsáveis pela produção de energia celular. Elas desempenham um papel importante no funcionamento fisiológico do corpo humano, sendo reconhecida, dessa forma, como uma verdadeira regente que orquestra a atividade celular. As mitocôndrias ainda carregam consigo características únicas: sua capacidade de autorreplicação e seu DNA próprio. O DNA mitocondrial difere do DNA herdado de ambos os genitores (DNA clonal), já que é herdado exclusivamente por via materna, uma vez que as mitocôndrias dos espermatozoides são destruídas após a fertilização[1, 6, 7, 8].

Nesse contexto, no que tange ao campo da genética, devido a tamanha importância das mitocôndrias, as suas disfunções transformaram-se em alvos de pesquisa a partir dos anos 1970, época na qual a história das doenças mitocondriais começou a ser observada mais profundamente. Um marco ímpar nessa linha do tempo foi a documentação do pesquisador Theodor Leber acerca das doenças hereditárias e congênitas do nervo óptico – atualmente conhecida como neuropatia óptica hereditária de LHON. Em seguida, o ano de 1988 foi singular na pesquisa mitocondrial após a descoberta de deleções únicas em larga escala em pacientes com miopatias mitocondriais. A partir desses avanços, surgiram estratégias genéticas germinativas destinadas a interromper a transmissão materna de mutações, culminando, nesse caso, com o desenvolvimento da TSM[1, 6, 7].

Essa é uma técnica genética de linhagem germinativa que visa prevenir a transmissão de doenças associadas ao DNA mitocondrial (mtDNA) de uma mãe clinicamente afetada ou portadora de um defeito no mtDNA para sua prole, e aplica-se para distúrbios mitocondriais (DMIs), que formam um grande grupo de doenças hereditárias. Esse grupo de doenças pode ser causado por mutações no DNA mitocondrial ou no DNA nuclear, sendo, na maioria das vezes, doenças multissistêmicas e progressivas. Atualmente, são conhecidas mais de 300 mutações patogênicas do mtDNA, tendo como prevalência estimada em 1:400. Com avanços decorrentes de mais olhares envoltos nessa ótica, houve a criação do primeiro banco de dados mitocondriais, em 1996, que abriu portas para o estudo de doenças mitocondriais com mais propriedade e embasamento. Atrelado a isso, na década de 2000, houve o implemento da tecnologia de sequenciamento genético, que começou a diagnosticar as doenças mitocondriais, surgindo, então, avanços significativos que impulsionaram o desenvolvimento de estratégias terapêuticas inclinadas a favor de intervenções nas desordens mitocondriais[1, 2, 9, 10].

A partir disso, as discussões sobre terapia mitocondrial tornaram-se extremamente relevantes, pois, dada a complexidade do DNA mitocondrial, seus desfechos, quando mutados, podem ser imprevisíveis, e a compreensão de fato ainda é estudada[1, 10, 11, 12].

## 2.2 Terapia de substituição mitocondrial

A terapia de substituição mitocondrial é uma técnica de fertilização *in vitro* (FIV) que permite que mulheres portadoras de mutação no DNA mitocondrial possam gerar filhos sem transmitir essa alteração. A técnica envolve a retirada do DNA nuclear de um oócito da futura mãe e a transferência para o oócito de uma doadora com o citoplasma saudável. O óvulo é fertilizado *in vitro* com o espermatozoide do genitor, e, caso o desenvolvimento embrionário ocorra de forma adequada, o resultado é um embrião livre de doenças mitocondriais[13, 14].

As técnicas para a substituição mitocondrial incluem a transferência de pronúcleo (TPN) e a transferência do fuso materno (TFM). A transferência de pronúcleo ocorre na meiose II, e o oócito da mulher

afetada é fertilizado *in vitro* com o espermatozoide do futuro pai, formando pronúcleos (que contém DNA nuclear). O oócito da mulher doadora também é fertilizado *in vitro* com o espermatozoide, formando o pronúcleo, que é extraído e descartado, sobrando apenas o oócito enucleado com mitocôndrias saudáveis. Então, os pronúcleos que foram constituídos pelos futuros pais biológicos são transferidos para o zigoto doador enucleado com mitocôndrias saudáveis. Assim, o zigoto é desenvolvido *in vitro* até atingir estado apropriado para transferência uterina[13, 14].

A segunda técnica, transferência do fuso materno, consiste em extrair os cromossomos e fuso do oócito da mulher afetada – cujas mitocôndrias contêm mutações no DNA mitocondrial – na meiose II. Nesse momento, também é retirado o fuso e os cromossomos do oócito da mulher doadora, que são descartados. É feita, então, a transferência do fuso e cromossomos da mulher afetada para o oócito hígido, e, após isso, ele é fecundado com espermatozoides *in vitro*. O zigoto é desenvolvido *in vitro* até atingir estado apropriado para transferência uterina[13, 14].

## 2.3 Cenários regulatórios

A Unidade de Fertilização Humana e Embriologia do Reino Unido (HFEA) é responsável pela supervisão das tecnologias reprodutivas, detendo a competência de regulamentar o que é permitido no campo da reprodução assistida. Em 2015, o Reino Unido ampliou a lei de 1990, permitindo o uso da terapia de substituição mitocondrial sob determinadas restrições. Primeiro, a Lei redefiniu o conceito de "óvulo e embriões permitidos", anteriormente, restrito àqueles que continham exclusivamente o DNA nuclear dos genitores biológicos. A partir da alteração, passou-se a admitir legalmente o uso de óvulos com DNA mitocondrial com a finalidade de prevenir a transmissão de doenças mitocondriais. Ainda, a Lei estabeleceu que os doadores de material mitocondrial não possuem quaisquer direitos parentais sobre os indivíduos gerados por meio da técnica. Por fim, a legislação determinou regras específicas de confidencialidade e acesso à informação, dispondo que crianças concebidas por TSM podem obter apenas dados limitados e não iden-

tificáveis acerca dos doadores, sem acesso a informações sobre outras crianças que compartilhem o mesmo material genético. De modo análogo, os doadores mitocondriais podem acessar apenas informações restritas e não identificáveis sobre os descendentes gerados a partir de suas doações[15].

Os Estados Unidos (EUA) não possuem uma agência especializada responsável pela reprodução assistida. Em 2014, a agência governamental Food and Drug Administration (FDA) solicitou ao Instituto de Medicina das Academias Nacionais de Ciências, Engenharia e Medicina que abordasse as preocupações mais amplas referentes à transferência mitocondrial. O relatório concluiu que, sujeita a algumas limitações, a TSM poderia ser justificável pelos seus benefícios no aumento das opções reprodutivas para mulheres portadoras de danos no DNA mitocondrial. No entanto, o relatório limitou os ensaios clínicos para mulheres com sérios riscos de transmissão da doença do DNA mitocondrial e apenas à transferência de embriões masculinos, o que levanta uma série de questões éticas. Além disso, a pesquisa da TSM está sujeita a limitações da emenda federal, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (HHS) proíbe o uso de financiamento para pesquisas nas quais os embriões são criados para fins de pesquisa e destruídos/descartados ou sujeitos a riscos sem perspectivas de benefício médico para o embrião. Dessa forma, diferente do Reino Unido, a TSM não é permitida nos EUA[14].

A Austrália regulamentou a terapia de substituição mitocondrial com a Lei Maeve em 2022, permitindo-a apenas em casos em que há riscos de transmitir doenças mitocondriais para a prole. Em 2023, lançou o programa para realizar ensaio clínico de cinco anos sobre a doação de mitocôndrias[16].

A transferência de pronúcleos é permitida no Brasil, todavia, com algumas condições. O Conselho Federal de Medicina (CFM) estabelece normas para a reprodução assistida, incluindo a utilização de técnicas de transferência de material genético, como a substituição mitocondrial. Essas técnicas são permitidas para evitar a transmissão de doenças genéticas graves, mas não para a escolha do sexo do bebê, por exemplo, exceto em casos de doenças ligadas aos cromossomos

sexuais. Entretanto, a TSM ainda não tem regulamentação específica no Brasil[17].

## 2.4 Implicações bioéticas

O desejo parental de tentar prevenir a transmissão de doenças mitocondriais levanta uma questão ética delicada, de modo que a terapia de substituição mitocondrial é considerada questionável. A declaração universal sobre bioética e direitos humanos é um documento que visa identificar princípios globais baseados em valores éticos, compartilhados tanto em tópicos bioéticos quanto biotecnológicos. Nesse sentido, os princípios mostram-se pertinentes à correlação com a análise da TSM[4].

Inicialmente, a beneficência significa agir em benefício do paciente, promovendo seu bem-estar, ou seja, implica que temos o dever de intervir para melhorar a qualidade de vida do paciente, que, na temática da TSM, cursaria com a indicação da terapia, uma vez que reduziria o risco de transmissão de doenças graves[5].

O conceito de não maleficência é não causar dano desnecessário, ou seja, evitar aplicar uma técnica cuja consequência não seja conhecida e afete a geração, a fim de não causar danos evitáveis ao paciente antes de promover benefícios[3, 4].

No âmbito da autonomia, observa-se dois pilares importantes para discussão: autonomia dos pais/genitores e a autonomia do futuro do indivíduo gerado. Nesse sentido, a TSM permite que casais com riscos genéticos tenham uma prole sem doenças comprometedoras, mas fere a autonomia do futuro indivíduo, uma vez que o procedimento altera seu DNA de forma irreversível[3, 4, 5].

Ainda, há um conceito primordial para explorar a implementação da técnica: a justiça. Tal conceito influi sobre o tratamento justo e equitativo de todos, baseando-se na justa distribuição dos recursos. Logo, isso cria desigualdade de acesso, uma vez que é uma terapia de alto custo e é disponibilizada em poucos centros do mundo, fazendo com que a oferta dessa terapia não seja disseminada igual e equitativamente[3, 4, 5].

Há outro princípio conivente com a discussão, o da responsabilidade, no qual se enfatiza o dever de proteção das futuras gerações das tecnologias atuais, levando em conta que a terapia altera o mtDNA, afeta o indivíduo nascido e seus futuros descendentes, é preciso ter responsabilidade acerca da utilização da terapia, pois não sabemos quais as consequências a longo prazo[3, 4, 5].

Por fim, o fundamento da dignidade humana, conforme proposto pela Unesco, visa promover o respeito pela dignidade humana – o respeito intrínseco ao ser –, que recai sobre a análise bioética acerca do equilíbrio entre a preservação e o respeito à dignidade e a incerteza científica associada a determinadas práticas[3, 4, 5].

A reflexão ética que se pode observar acerca dos princípios discutidos acima concentra-se em elencar argumentos contrários e a favor sobre a TSM. Como argumentos contrários, pode-se elencar: violação da liberdade individual da criança – fere o direito à autodeterminação e à autenticidade individual –; e negação do direito à ignorância – segundo Hans Jonas, ao criar um ser com um genoma previamente planejado, nega-se a esse indivíduo a possibilidade de desconhecer o próprio destino biogênico –. Há também um risco à dignidade da mulher, a necessidade de muitos ovócitos implica a mulher como instrumento; possíveis danos psicológicos à futura criança; parentalidade questionável, já que o indivíduo herda material genético de três pessoas; baixa eficácia do procedimento; e pouca evidência de sucesso a longo prazo[2, 3, 4, 8, 18].

Como argumentos favoráveis à técnica, tem-se: direito à liberdade reprodutiva – autores como Ronald Dworkin defendem que a clonagem pode ser uma expressão da autonomia pessoal –; e o potencial terapêutico futuro[2, 3, 4, 8, 18].

## *3 Conclusão*

Os avanços científicos no âmbito da reprodução assistida trazem consigo a necessidade de um novo olhar às implicações da edição genética na bioética médica. O emprego de um meio técnico destinado a um propósito eticamente legítimo pode, ao mesmo tempo, favorecer sua utilização para finalidades que ultrapassam os limites do aceitável sob

a perspectiva ética. Nesse sentido, é necessário considerar os desafios relacionados ao controle do uso da terapia de substituição mitocondrial (TSM), de modo que sua aplicação se restrinja às mulheres portadoras de doenças associadas ao DNA mitocondrial. Além disso, é fundamental refletir sobre a possibilidade de que essa tecnologia venha a ser utilizada com intenções não terapêuticas, como a seleção do sexo do embrião ou outras formas de manipulação reprodutiva, o que suscita importantes dilemas éticos acerca dos limites entre a intervenção médica legítima e a modificação deliberada da vida humana[19].

Logo, é imprescindível salientar que ainda não existem dados publicados provenientes de estudos longitudinais envolvendo indivíduos nascidos por meio da TSM. Diante dessa lacuna, surgem preocupações quanto à compatibilidade entre o DNA mitocondrial da doadora e o DNA nuclear da receptora, bem como questões éticas relacionadas à possibilidade de que essas crianças possam desenvolver problemas médicos a longo prazo[20].

Sob a perspectiva bioética, coloca-se em debate a legitimidade moral de submeter esses indivíduos a avaliações prolongadas ao longo da vida, considerando que seu consentimento não pôde ser obtido no momento da concepção. Ademais, impõe-se refletir se é eticamente justificável expor um grupo populacional específico a potenciais riscos à saúde, mesmo que com o propósito de avaliar a segurança e a eficácia de uma intervenção biomédica inovadora[19].

## *Referências*


1. Wen, H., Deng, H., Li, B., Chen, J., Zhu, J., & Zhang, X. (2025). Mitochondrial diseases: from molecular mechanisms to therapeutic advances. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, *10*, 9. https://www.nature.com/articles/s41392-024-02044-3

2. Saxena, N., Taneja, N., Shome, P., Mani, S. (2018). Mitochondrial donation: a boon or curse for the treatment of incurable mitochondrial diseases. *Journal of Human Reproductive Sciences*, *11*(1), 3-9. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5892101/

3. Greccia, E. (2007). *Manual de Bioética*. Madrid: BAC.

4. UNESCO. (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Brasília: BVS MS. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf

5. Blesa, J. R., Tudela Cuenca, J., & Aznar, J. (2016). Ethical aspects of nuclear and mitochondrial DNA transfer. *Linacre Q*, *83*(2), 179-191. DOI: 10.1080/00243639.2016.1180773. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5102202/

6. Committee on the Ethical and Social Policy Considerations of Novel Techniques for Prevention of Maternal Transmission of Mitochondrial DNA Diseases; Board on Health Sciences Policy; Institute of Medicine; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2016). *Mitochondrial Replacement Techniques: Ethical, Social, and Policy Considerations*. Washington (DC): National Academies Press. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK355458/

7. Kogelnik, A. M., Lott, M. T., Brown, M. D., Navathe, S. B., & Wallace, D. C. (1996). MITOMAP: a human mitochondrial genome database. *Nucleic Acids Research*, *24*(1), 177–179. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC145607/

8. Holmes, D. (2014). New IVF techniques put mitochondrial diseases in focus. *The Lancet Neurology*, *13*(1), 28-29. DOI: 10.1016/S1474-4422(13)70190-X.

9 Craven, L., Herbert, M., Murdoch, A., Murphy, J., Davies, J. L., & Turnbull, D. M. (2015). Research into Policy: A Brief History of Mitochondrial Donation. *Stem Cells*, *34*(2), 265-267. https://academic.oup.com/stmcls/article/34/2/265/6407455

10. ScienceDirect. (s. d.). *Mitochondrial replacement therapy*. https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/mitochondrial replacement-therapy

11. Craven, L., Tuppen, H. A., Greggains, G. D., Harbottle, S. J., Murphy, J. L., & Cree, L. M. *et al*. (2010). Pronuclear transfer in human embryos to prevent transmission of mitochondrial DNA disease. *Nature*, *465*(7294), 82-85. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20393463

12. Dimond, R. (2015). Social and ethical issues in mitochondrial donation. *British Medical Bulletin*, *115*(1), 173-182. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26351372/

13. Fraga, A. G. de, & Lazzari, V. M. (2021). Técnicas de substituição de DNA mitocondrial para reduzir a transmissão da Síndrome de Leigh. *Clin Biomed Res*, *41*(1), 65-74. https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/105256/pdf

14. Committee On The Ethical And Social Policy Considerations Of Novel Techniques For Prevention Of Maternal Transmission Of Mitochondrial Dna Diseases. (2016). *Mitochondrial Replacement Techniques: Ethical, Social, and Policy Considerations*. Washington, DC: National Academies Press. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK355458/

15. Castro, R. J. (2016). Mitochondrial replacement therapy: the UK and US regulatory landscapes. *J Law Biosci*, *3*(3), 726-735. DOI: 10.1093/jlb/lsw051. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5570689/#fn28

16. Dorofeyeva, U., Aydin, B., Lauber, S., Karimova, H., & Mokra, K. (2023). Global regulatory and clinical overview of mitochondrial replacement techniques in 2023. *The Journal of Reproduction*, *2*(3). https://www.researchgate.net/publication/376560311_Global_Regulatory_and_Clinical_Overview_of_Mitochondrial_Replacement_Techniques_in_2023_Regulatory_and_Clinical_Overview_of_MRT_in_2023

17. Estadão. Bebês com DNA de 3 "pais": nova técnica de fertilização evita doenças hereditárias em crianças. *O Estado de S. Paulo*, 17 jul. 2025. https://www.estadao.com.br/saude/bebes-com-dna-de-3-pais-nova-tecnica-de-fertilizacao-evita-doencas-hereditarias-em-criancas-nprm

18. Mcfarland, R., Hyslop, L. A., Feeney, C., Pillai, R. N., Blakely, E. L., Moody, E., Prior, M., Devlin, A., Taylor, R. W., Herbert, M., Choudhary, M., Stewart, J. A., & Turnbull, D. M. (2025). Mitochondrial Donation in a Reproductive Care Pathway for mtDNA Disease. *New England Journal of Medicine*, *393*(5), 461-468. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2503658

19. Blesa, J. R., Tudela, J., & Aznar, J. (2016). Ethical aspects of nuclear and mitochondrial DNA transfer. *Linacre Q*, *83*(2), 179-191. DOI: 10.1080/00243639.2016.1180773. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5102202/

20. Reznichenko, A. S., Huyser, C., & Pepper, M. S. (2016). Mitochondrial transfer: implications for assisted reproductive technologies. *Applied & Translational Genomics*, *11*, 40-47. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212066116300345

# Lobotomia: quando a ciência cruzou a linha ética

*Bianca Viecelli Bertassi*
*Vitor Betto Perottoni*

**Resumo:** A lobotomia foi um procedimento médico-psiquiátrico amplamente utilizado entre as décadas de 1930 e 1950, promovido como tratamento para transtornos mentais graves. Apesar de seu reconhecimento científico na época, incluindo a concessão de um Prêmio Nobel, a técnica envolvia a destruição de conexões cerebrais frontais e frequentemente resultava em graves sequelas, como apatia, perda de cognição, alterações de personalidade e até morte. Muitos pacientes submetidos à lobotomia pertenciam a grupos vulneráveis, como mulheres, crianças, indivíduos institucionalizados e pessoas com deficiência, que, em sua maioria, não tinham voz nem compreensão sobre o que seria feito. Nesse contexto, os princípios da bioética foram sistematicamente desrespeitados. A autonomia foi negada, visto que a maioria dos pacientes não consentiu livremente. A beneficência e a não maleficência foram comprometidas, uma vez que os danos causados superavam quaisquer benefícios esperados. Além disso, o princípio da justiça foi violado, pois a prática atingia desproporcionalmente grupos marginalizados, refletindo desigualdades sociais e institucionais. Analisar a lobotomia sob esse olhar bioético permite compreender como avanços científicos, quando não pautados pelo respeito à dignidade humana, podem gerar violações graves. A história da lobotomia é um alerta permanente para a importância da bioética na prática médica.

**Palavras-chave:** lobotomia; leucotomia; bioética; psicocirurgia.

## *1 Introdução*

A lobotomia, também conhecida como leucotomia pré-frontal, representa um dos capítulos mais controversos da história da medicina e da psiquiatria. Desenvolvida na primeira metade do século XX, essa técnica cirúrgica surgiu em um contexto de ausência de terapias eficazes para o tratamento de transtornos mentais graves, em uma época em que instituições psiquiátricas estavam sobrecarregadas e pacientes eram frequentemente submetidos a métodos de contenção

física ou terapias rudimentares. Assim, a lobotomia foi inicialmente recebida como um avanço promissor, despertando entusiasmo entre médicos e instituições ao redor do mundo[1].

Do ponto de vista bioético, entretanto, a prática logo se tornou alvo de intensas críticas. A realização indiscriminada de lobotomias, muitas vezes, sem consentimento adequado e motivada por pressões sociais ou familiares, expôs um grave desrespeito à autonomia e à dignidade dos pacientes. Além disso, a desproporcionalidade entre riscos e benefícios, somada ao uso da técnica mais como forma de controle social do que de tratamento real, levantou questionamentos profundos sobre a ética médica e a responsabilidade científica. Nesse sentido, a lobotomia consolidou-se não apenas como um marco histórico da neurocirurgia, mas também como um caso emblemático das consequências de intervenções médicas realizadas sem respaldo científico suficiente e sem adequada proteção dos direitos humanos[2].

Diante desse cenário, este artigo tem como objetivo analisar o desenvolvimento histórico da lobotomia, suas justificativas médicas e sociais, bem como os impactos bioéticos e humanos de sua aplicação em larga escala. Busca-se, ainda, refletir sobre a importância desse episódio para a consolidação de princípios éticos na prática médica contemporânea e para a valorização da segurança, autonomia e bem-estar do paciente na escolha de estratégias terapêuticas. Ao resgatar a trajetória da lobotomia, pretende-se não apenas compreender seu legado científico e social, mas também reforçar a necessidade de uma prática médica pautada pela ética, pela responsabilidade e pelo respeito à dignidade humana[1, 2].

## *2 Desenvolvimento*

Em 1935, durante o Congresso Neurológico Internacional em Londres, o neurologista português António Egas Moniz, que havia ganhado destaque pela criação da angiografia cerebral, tomou conhecimento dos experimentos conduzidos pelo fisiologista John Fulton com chimpanzés submetidos à lobectomia frontal, ou seja, a remoção cirúrgica parcial dos lobos frontais do cérebro, áreas responsáveis por funções cognitivas, controle emocional e comportamento social. Os primatas,

conhecidos como Lucy e Becky, apresentaram alterações cognitivas e comportamentais significativas: perderam parte da memória de curto prazo e passaram a se mostrar indiferentes a erros ou frustrações que antes provocavam agressividade. Impressionado com essas observações, Moniz acreditou ser possível transferir esse conhecimento para humanos, como forma de tratar transtornos mentais graves[3].

Retornando a Portugal, Moniz iniciou, em colaboração com o neurocirurgião Almeida Lima, a leucotomia pré-frontal em pacientes, um procedimento em que as conexões nervosas da substância branca dos lobos frontais eram cortadas[3]. Os primeiros grupos de pacientes, diagnosticados principalmente com esquizofrenia, apresentaram resultados que foram considerados promissores na época, consolidando Moniz como criador da técnica e rendendo-lhe, em 1949, o Prêmio Nobel de Fisiologia ou Medicina, estabelecendo a lobotomia como uma intervenção médica de grande notoriedade – e também de controvérsia futura[4].

Nos Estados Unidos, a lobotomia ganhou notoriedade a partir do trabalho do neurologista Walter Freeman e do neurocirurgião James Watts, que introduziram a leucotomia no país no final da década de 1930. Inspirados pela técnica de Moniz, eles passaram a realizar o procedimento em pacientes com transtornos mentais graves, apresentando-o como uma alternativa terapêutica para casos considerados sem outra perspectiva de tratamento. Freeman, em especial, destacou-se pela habilidade em divulgar e defender o método, buscando torná-lo acessível em larga escala[5].

Ao longo das décadas em que foi utilizada, a lobotomia foi realizada através de diferentes formas[6]. A técnica clássica era realizada por meio de orifícios de trepanação e consistia na separação do lobo frontal do resto do cérebro pela destruição das conexões de fibras nervosas brancas, com injeções de álcool nas primeiras tentativas, mas que foi rapidamente substituído pelo leucótomo, um instrumento desenvolvido para interromper essas conexões de forma mais direta[6, 7]. Também é importante ressaltar que, nesse primeiro momento, a cirurgia era sempre realizada com o paciente sob anestesia geral ou local[6, 8].

Com o passar do tempo, conforme essa terapia emergente tornava-se popular entre a comunidade médica, Freeman criou uma nova

abordagem transorbital, chamada de "método *icepick*", visando deixar o processo mais acessível e excluir a necessidade de um neurocirurgião para sua realização[8, 9]. Essa nova forma de realizar o procedimento, que foi responsável por popularizar o termo lobotomia, consistia na inserção de um orbitoclasto acima da pálpebra do paciente e na seção da substância branca através do teto orbital, com o auxílio de um martelo[7, 9]. Além de ser essencialmente ambulatorial e não necessitar de anestesia, apenas sedação, a nova técnica era menos invasiva e mais rápida, o que culminou em um aumento significativo do seu uso em hospitais e clínicas psiquiátricas no mundo todo, muitas vezes, de forma indiscriminada[7, 8, 9].

Originalmente, a lobotomia foi idealizada como uma forma de tratar distúrbios psiquiátricos graves e incapacitantes, especialmente esquizofrenia, depressão e agressividade excessiva[6]. Essa ideia, que parecia bastante revolucionária, surgiu em uma época marcada pela falta de compreensão acerca desses transtornos e pela escassez de terapias eficazes para o crescente número de pacientes hospitalares após o fim da Segunda Guerra Mundial[6, 8].

Embora seus efeitos iniciais fossem considerados promissores, esse procedimento passou a apresentar muitos efeitos colaterais e sequelas graves a longo prazo, como alterações irreversíveis na personalidade, apatia profunda, déficit cognitivo, convulsões, dores de cabeça, hemorragias intracranianas e, até mesmo, a morte[6, 8]. No entanto, mesmo sabendo dos diversos riscos e consequências da técnica, isso não foi suficiente para impedir que ela passasse a ser usada descontroladamente para o tratamento de inúmeras doenças psiquiátricas, muitas vezes sem indicação, por pressão da própria família e sem o devido consentimento dos pacientes envolvidos, evidenciando assim a falta de um regulamento e julgamento ético por parte dos médicos[6, 7].

Do ponto de vista ético, a lobotomia foi alvo de intenso debate, considerando que representa um exemplo grave de violação da autonomia de pacientes vulneráveis, visto que, em seu auge, era mais utilizada para mascarar os sintomas e facilitar a vida dos familiares do que como uma forma de curar os distúrbios em si[8]. A partir da década de 1950, após a técnica já ter sido amplamente utilizada, a comunidade médica passou a discutir suas implicações, reconhecendo o abuso da

prática como violação dos direitos humanos, dada sua eficácia e seus métodos questionáveis, além da ausência de avaliações objetivas, em que apenas resultados positivos eram destacados[6, 8].

A parcialidade do procedimento é evidenciada, por exemplo, pelo fato de que a proporção de mulheres submetidas à lobotomia foi significativamente superior a de homens, apesar de registros indicarem maior prevalência de transtornos psiquiátricos entre estes, o que indica que a realização da cirurgia nem sempre se fundamentava em critérios estritamente médicos[6, 2]. Somado a isso, a exposição cada vez maior dos efeitos adversos causados pelo procedimento, junto ao aumento da regulação de práticas médicas, acabou resultando em um grande declínio da popularidade da lobotomia, quando o ceticismo público passou a questionar se os resultados da técnica eram realmente melhores que os sintomas e condições que ela visava tratar[8, 9].

No Brasil, a lobotomia foi introduzida por volta da década de 1930 pelo médico Aloysio Mattos Pimenta, no Hospital Psiquiátrico do Juquery, em São Paulo, e posteriormente adotada em outras instituições do país. Embora inicialmente voltada ao tratamento de pacientes considerados agitados ou inadequados, sua aplicação refletia fortes vieses sociais e raciais, revelando o contexto psicossocial da época[2].

Da mesma forma como ocorreu nos Estados Unidos e Europa, os resultados da técnica foram questionáveis e frequentemente negativos, o que se somou ao fato de ser usada como forma de controle social, colocando o sofrimento humano em segundo plano[8, 2]. Esse manejo do procedimento acabou por torná-lo alvo de discussões éticas e diretrizes internacionais. Isso fez, por fim, com que a lobotomia fosse cada vez menos utilizada e restrita a casos específicos, à medida que novas terapias psiquiátricas surgiram[2].

Com o avanço da psicofarmacologia, principalmente após o descobrimento da Clorpromazina em 1951 e sua posterior comercialização mundial, foram surgindo cada vez mais abordagens terapêuticas menos invasivas, o que fez com que finalmente o uso da lobotomia em pacientes psiquiátricos entrasse progressivamente em desuso[6, 8]. Atualmente, considerações éticas são essenciais quando dizem respeito ao tratamento de transtornos psiquiátricos, mas, embora técnicas nos

moldes da lobotomia não sejam mais utilizadas, sua história e legado complexo ainda se fazem presentes nos campos de estudo médico[9].

Apesar de ter contribuído para o desenvolvimento de promissoras e verdadeiramente benéficas psicocirurgias, o procedimento foi provado como estando mais próximo de uma cirurgia experimental do que uma estratégia terapêutica propriamente dita, sendo lembrado como uma prática desumana e eticamente inaceitável, servindo como um alerta a respeito dos perigos e consequências do entusiasmo médico pela inovação sem a devida responsabilidade científica e ética[7]. Portanto, ao tratar pacientes com transtornos mentais, é essencial que os médicos considerem as possíveis terapias com cautela e que tenham preocupação com a segurança e bem-estar do paciente frente às opções. Dessa forma, é essencial que nunca se esqueça o questionamento de Nolan Lewis, diretor do Instituto Psiquiátrico do Estado de Nova Iorque durante o auge da lobotomia: "silenciar um paciente é curá-lo?"[10].

## *3 Conclusão*

Ainda que tenha surgido em um contexto de ausência de alternativas terapêuticas eficazes para transtornos mentais graves, a lobotomia revelou-se, ao longo do tempo, como um dos maiores exemplos de falhas éticas na história da medicina. O procedimento, inicialmente visto como promissor, acabou sendo marcado por graves violações dos princípios da autonomia, do compromisso com o cuidado, da prevenção de danos e da justiça, revelando um desejo já intrínseco da sociedade da época de silenciar aqueles que não se encaixavam nos padrões esperados. Os danos permanentes deixados em milhares de pacientes e a desproporcionalidade entre riscos e benefícios demonstram que o entusiasmo científico não foi acompanhado pela devida responsabilidade ética e humana[3].

Mesmo diante das mortes, das sequelas irreversíveis e dos riscos extremos a que os pacientes eram submetidos, a comunidade médica que promovia a lobotomia pouco se preocupou em discutir seus aspectos éticos. Os raros críticos da técnica foram desqualificados como "pessimistas", e a reflexão humanitária só ganhou força após o procedimento já estar em declínio. O apoio à prática foi sustentado por

justificativas frágeis e pela crença de que qualquer avanço científico justificaria o sacrifício humano, revelando um cenário em que a ciência se colocava acima da dignidade dos pacientes[2].

A ampla aceitação médica e institucional da lobotomia, somada à crença no poder da ciência para controlar o cérebro e o comportamento humano, permitiu sua difusão indiscriminada em grande escala. Esse contexto, permeado por abusos, brutalidades e legitimações pouco críticas, evidencia os riscos de uma prática médica realizada sem a devida reflexão ética. O legado da lobotomia deve servir como alerta permanente: a busca pelo progresso científico só é legítima quando acompanhada pela responsabilidade, pelo respeito incondicional à dignidade humana e pelo compromisso inegociável com a bioética[4].

## *Referências*


1. Toledo, E. T. (2022). *A circulação e aplicação da psicocirurgia no Hospital Psiquiátrico do Juquery, São Paulo: uma questão de gênero (1936-1956)*. Porto Alegre: EdiPUCRS.

2. Masiero, A. L. (2003). A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, *10*(2), 549-572. https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Lg63Lg8vPjHT4v3TLvYmpyG/?format=html&lang=pt

3. Torkildsen, Ø. (2022). Lessons to be learnt from the history of lobotomy. *Tidsskr Nor Laegeforen*, *142*(18), 1-9. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36511739/

4. Correia, M. (2006). O carácter histórico-social da violência: o exemplo da psicocirurgia. *Revista de História das Ideias*, *27*, 511-527. https://www.researchgate.net/publication/207984663_O_caracter_historico-social_da_violencia_o_ exemplo_da_psicocirurgia

5. Sousa-Muñoz, R. L. de, Fernandes Júnior, E. D., Pereira Neto, N. G., & Rocha, A. B. (2012). Psicocirurgia: revisão integrativa sob o prisma neuroético. *Revista Brasileira de Bioética*, *8*(1-4), 83-96. https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/8195/6715

6. Terrier, L. M., Lévêque, M., & Amelot, A. (2019). Brain Lobotomy: A Historical and Moral Dilemma with No Alternative? *World Neurosurgery*, *132*(1878-8750), 211–8. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878875019324222?via%3Dihub

7. Bauerle, L., Palmer, C., Salazar, C. A., Larrew, T., Kerns, S. E., Short, E. B., George, M. S., & Rowland, N. C. (2023). Neurosurgery for psychiatric disorders: reviewing the past and charting the future. *Neurosurgical Focus*,

*54*(2), E8. https://thejns.org/focus/view/journals/neurosurg-focus/54/2/article-pE8.xml

8. Mehta, S. S., Vadali, S., Singh, J., Sadana, S. K., & Singh, A. (2024). The Legacy of Egas Moniz: Triumphs and Controversies in Medical Innovation. *Cureus*, *16*(10), e72056. DOI: 10.7759/cureus.72056. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11578627/

9. Caruso, J. P., & Sheehan, J. P. (2017). Psychosurgery, ethics, and media: a history of Walter Freeman and the lobotomy. *Neurosurgical Focus*, *43*(3). https://thejns.org/focus/view/journals/neurosurg-focus/43/3/article-pE6.xml?tab_body=fulltext

10. Youngson, R., & Schott, I. (1996). Adventures W; ITH an ice pick. *The Independent*. https://www.independent.co.uk/arts-entertainment/adventures-w-ith-an-ice-pick-1340004.html

# Medicina defensiva, judicialização da saúde e a tensão entre ética clínica e responsabilidade jurídica

*Giulia Nava Andreazza*
*Adriéli de Lima Gonçalves*

**Resumo:** O avanço da judicialização da saúde e o aumento das demandas judiciais envolvendo profissionais da medicina têm impactado significativamente a prática clínica contemporânea. Nesse contexto, destaca-se a medicina defensiva, caracterizada pela adoção de condutas orientadas pelo receio de responsabilização jurídica e não exclusivamente pelo melhor interesse clínico do paciente. O presente artigo analisa criticamente esse fenômeno, abordando seu conceito, suas principais manifestações e sua relação com a judicialização da saúde e a responsabilidade médica. À luz dos princípios da bioética – beneficência, não maleficência, autonomia e justiça –, examinam-se os impactos da medicina defensiva sobre o sistema de saúde e o paciente, especialmente no que se refere ao aumento de custos, à restrição do acesso aos cuidados e ao enfraquecimento da relação médico-paciente. Por fim, discutem-se caminhos para conciliar a proteção jurídica do profissional de saúde com a preservação da ética clínica e do cuidado centrado na pessoa.

**Palavras-chave:** medicina defensiva; judicialização da saúde; bioética; responsabilidade médica; ética do cuidado.

## *1 Introdução*

O crescimento da judicialização da saúde, aliado ao aumento expressivo de demandas judiciais envolvendo profissionais da medicina, tem provocado transformações profundas na prática clínica contemporânea. A consolidação do direito à saúde como direito fundamental social[10] bem como a ampliação do acesso ao Poder Judiciário contribuíram para a intensificação de um cenário de insegurança jurídica na atuação médica[2]. Nesse contexto, ganha destaque o fenômeno da medicina defensiva, entendido como a adoção de condutas médicas orientadas não exclusivamente pelo melhor interesse clínico do paciente, mas, sobretudo, pelo receio de responsabilização civil, penal ou administrativa.

Tal prática suscita um dilema ético e jurídico relevante: a medicina defensiva constitui uma expressão legítima de cautela profissional ou representa uma distorção da ética do cuidado, fundada primordialmente no medo jurídico? Destarte, importa reconhecer que esse fenômeno não decorre apenas de escolhas individuais, mas configura uma resposta racional a um sistema jurídico frequentemente punitivista e a uma sociedade que, por vezes, demonstra baixa tolerância à falibilidade inerente ao ato médico.

A problemática ultrapassa o âmbito técnico da medicina e alcança dimensões bioéticas, jurídicas e sociais, envolvendo princípios como a dignidade da pessoa humana, a autonomia do paciente e a justiça distributiva. Diante desse cenário, o presente artigo propõe uma análise crítica da medicina defensiva, abordando seu conceito, suas manifestações e sua relação com a judicialização, buscando caminhos capazes de conciliar a proteção jurídica do profissional com a preservação de um cuidado verdadeiramente centrado na pessoa.

## *2 Desenvolvimento*

### 2. 1 Medicina defensiva: conceito e manifestações

A medicina defensiva pode ser definida como o conjunto de práticas médicas adotadas com o objetivo primordial de reduzir o risco de litígios judiciais, ainda que tais condutas não sejam estritamente indicadas sob o ponto de vista clínico ou baseadas na melhor evidência científica disponível. Trata-se de um fenômeno complexo, situado na intersecção entre a prática médica, o sistema jurídico e as expectativas sociais em torno do cuidado em saúde, especialmente em contextos marcados pela judicialização crescente e pela responsabilização individual do profissional.

A literatura especializada distingue duas manifestações centrais desse fenômeno. A medicina defensiva positiva caracteriza-se pela solicitação excessiva de exames complementares, procedimentos diagnósticos e encaminhamentos, muitas vezes com baixo valor clínico agregado, com a finalidade de produzir um registro documental robusto que possa servir como meio de defesa em eventual demanda judicial. Embora tais condutas sejam frequentemente justificadas sob

o argumento da cautela, elas podem gerar riscos adicionais ao paciente, além de custos desnecessários ao sistema de saúde.

Concomitantemente, a medicina defensiva negativa manifesta-se pela evitação deliberada de pacientes, procedimentos ou especialidades considerados de maior risco jurídico, o que pode resultar na restrição do acesso a determinados serviços de saúde, especialmente em áreas como obstetrícia, cirurgia e emergências. Estudos empíricos evidenciam a elevada prevalência dessa prática. Uma pesquisa clássica conduzida por Studdert *et al.* (2005) revelou que mais de 90% dos médicos de especialidades de alto risco relataram adotar algum tipo de medicina defensiva[3]. No contexto brasileiro, Minossi e Silva (2013) demonstram que essa conduta tem sido incorporada à rotina médica como estratégia de autoproteção diante da insegurança jurídica percebida[4].

Nesse cenário, a relação médico-paciente sofre profunda transformação, passando a ser permeada por desconfiança, de modo que o prontuário deixa de ser um instrumento primordial de cuidado para assumir a função de peça de defesa antecipada. É imperativo notar que, ao transformar o paciente em um potencial adversário processual, a essência da aliança terapêutica – baseada na confiança, no diálogo e na corresponsabilidade – é severamente comprometida.

## 2.2 Judicialização da saúde e responsabilidade médica

A judicialização da saúde refere-se ao fenômeno da crescente transferência de decisões relacionadas à assistência médica, à organização do sistema de saúde e à responsabilização profissional para o Poder Judiciário. No Brasil, esse processo intensificou-se a partir da Constituição Federal de 1988, que consagrou o direito à saúde como direito fundamental social, ampliando o espaço de atuação judicial na tutela desse direito.

Embora a atuação judicial seja essencial para a garantia de direitos e para a correção de falhas estruturais do sistema, o uso excessivo ou inadequado da via judicial pode produzir distorções relevantes na prática médica. No campo da responsabilidade civil médica, observa-se um aumento significativo de ações fundadas em alegações de erro médico, falhas no dever de informação ou omissões de conduta, muitas

vezes analisadas sem a devida consideração das limitações inerentes à prática clínica.

Esse contexto contribui para a sensação de insegurança jurídica vivenciada pelos profissionais da saúde, incentivando o exercício da medicina sob a lógica do risco jurídico, muitas vezes em detrimento de critérios científicos e éticos. A obra *Medicina defensiva: problema ou solução*, já alertava, ainda na década de 1990, para os efeitos nocivos da judicialização sobre a autonomia médica e a qualidade do cuidado[5].

Do ponto de vista normativo, a responsabilidade médica encontra fundamento tanto no Código Civil[6] quanto no Código Penal[7], ampliando o espectro de possíveis sanções. Soma-se a isso a construção de precedentes judiciais obrigatórios, analisada por Lima (2021)[8], que, embora busque conferir previsibilidade ao sistema, intensifica a preocupação do médico com as consequências jurídicas de sua atuação. Nesse contexto, emerge o que se pode denominar "pena do processo", na qual o simples temor do litígio, aliado ao desgaste emocional, financeiro e reputacional inerente ao trâmite judicial, já se mostra suficiente para modificar a conduta clínica e retrair a resolutividade profissional.

## 2.3 Análise bioética da medicina defensiva

Sob a perspectiva da bioética, a medicina defensiva tensiona princípios fundamentais que orientam a prática em saúde. O princípio da beneficência, que impõe ao médico o dever de agir no melhor interesse do paciente, é comprometido quando exames e procedimentos desnecessários são realizados com finalidade predominantemente autoprotetiva. De modo semelhante, o princípio da não maleficência é ameaçado diante do aumento do risco de danos iatrogênicos decorrentes de intervenções excessivas ou inadequadas.

A autonomia do paciente também é afetada, uma vez que as decisões clínicas passam a ser orientadas pelo receio de responsabilização, e não por um processo genuíno de diálogo, esclarecimento e decisão compartilhada. Ademais, a justiça distributiva sofre impacto direto, na medida em que os custos adicionais gerados pela medicina defensiva comprometem a alocação equitativa de recursos no sistema de saúde, especialmente em contextos de escassez.

Beauchamp e Childress (2002) ressaltam que a prática médica deve ser orientada por princípios éticos consistentes, e não por estratégias de autoproteção jurídica[9]. No campo do biodireito, Sá e Naves (2025) defendem que a tutela dos direitos deve ocorrer de forma equilibrada, evitando tanto a impunidade quanto o excesso punitivo[10]. A generalização da medicina defensiva, nesse sentido, revela um enfraquecimento da confiança, elemento essencial da relação terapêutica, substituído por uma lógica de vigilância e autopreservação. Sob uma análise crítica, percebe-se que a medicina defensiva constitui sintoma de uma crise institucional, na qual o profissional não se sente plenamente amparado nem pela ciência nem pelo Direito.

## 2.4 Consequências para o sistema de saúde e para o paciente

As consequências da medicina defensiva são amplas e multifacetadas. Para o sistema de saúde, destacam-se o aumento expressivo dos custos assistenciais, a sobrecarga de serviços diagnósticos e a redução da eficiência na utilização de recursos, o que compromete o acesso de outros pacientes a cuidados necessários e agrava desigualdades no atendimento.

Para o paciente, os impactos incluem maior exposição a riscos evitáveis, ansiedade decorrente da realização excessiva de exames e, paradoxalmente, dificuldades de acesso a cuidados especializados quando médicos evitam casos considerados juridicamente complexos. Estudos publicados na *Revista Bioética* questionam se a medicina defensiva atua efetivamente em favor do paciente ou se atende prioritariamente à autoproteção profissional, muitas vezes em detrimento da qualidade e da humanização do cuidado[11].

Nesse contexto, a assistência torna-se tecnicamente inflada, porém humanamente empobrecida, marcada por uma formalização excessiva que enfraquece o vínculo entre médico e paciente. O resultado final é um cuidado fragmentado, no qual o foco se desloca da atenção integral à saúde para a mitigação de riscos processuais.

### 2.5 Caminhos possíveis: entre a proteção jurídica e a ética clínica

Diante desse cenário, impõe-se a necessidade de buscar soluções que conciliem a legítima proteção jurídica do profissional com a preservação da ética clínica. Entre os caminhos possíveis, destacam-se o fortalecimento da formação bioética e jurídica dos profissionais de saúde e a valorização do consentimento informado como processo dialógico, contínuo e centrado na pessoa, e não meramente formal ou documental.

No âmbito institucional, a adoção de protocolos clínicos baseados em evidências, políticas de segurança do paciente e mecanismos alternativos de resolução de conflitos pode reduzir a litigiosidade e oferecer respaldo técnico coletivo ao médico. Do ponto de vista jurídico, a construção de precedentes mais sensíveis às especificidades da prática médica, em consonância com a perspectiva de Sarlet (2011) sobre a eficácia dos direitos fundamentais[12], pode contribuir para mitigar o medo que alimenta a medicina defensiva.

É fundamental que Direito e Medicina se reencontrem sob a lógica da proporcionalidade, reconhecendo que o risco é inerente à prática em saúde e que a responsabilização deve incidir sobre condutas efetivamente negligentes, e não sobre a inevitável incerteza que acompanha o cuidado humano.

## *3 Conclusão*

A medicina defensiva configura-se como um fenômeno complexo, situado na intersecção entre medicina, direito e bioética. Embora possa ser compreendida como uma resposta racional ao aumento da judicialização e à insegurança jurídica, sua adoção indiscriminada compromete princípios bioéticos fundamentais, onera o sistema de saúde e fragiliza a relação médico-paciente.

Mais do que uma solução, a medicina defensiva revela-se como um sintoma de desequilíbrios estruturais e de uma sociedade que enfrenta dificuldades em lidar com a incerteza e a limitação próprias da condição humana. Superar esse cenário exige uma abordagem integrada, que valorize a ética do cuidado, promova uma segurança jurídica propor-

cional e reafirme o compromisso da medicina com a dignidade da pessoa humana, garantindo que o medo da toga jamais se sobreponha ao dever fundamental de cuidar.

## *Referências*


1. Barroso, L. R. (2020). *A judicialização da vida e o papel do Supremo Tribunal Federal*. Belo Horizonte: Fórum.

2. Sarlet, I. W., Veneral, D. C., & Pagliarini, A. C. (orgs.). (2022). *Jurisdição e filosofia dos direitos humanos e fundamentais*. Curitiba: InterSaberes; Madrid: Marcial Pons.

3. Studdert, D. M., Mello, M. M., Sage, W. M., DesRoches, C. M., Peugh, J., & Zapert, K. *et al*. (2005). Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*, *293*(21), 2609-17.

4. Minossi, J. G., & Silva, A. L. (2013) Medicina defensiva: uma prática necessária?. *Rev Col Bras Cir.*, *40*(6), 494-501.

5. Associação Médica do Rio Grande do Sul. (1996). *Medicina defensiva: problema ou solução*. Porto Alegre: AMRIGS.

6. Brasil. (2002). Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil. *Diário Oficial da União*.

7. Brasil. (1940). Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*.

8. Lima, H. F. C. A. (2021). *Da judicialização da vida aos precedentes judiciais obrigatórios*. Rio de Janeiro: Processo.

9. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2002). *Princípios de ética biomédica*. 4. ed. São Paulo: Loyola.

10. Sá, M. F. F., & Naves, B. T.O. (2025). *Bioética e biodireito*. 7. ed. São Paulo: Foco.

11. Vale, H. M. D., & Miyazaki, M. C. O. (2019). Medicina defensiva: uma prática em defesa de quem? *Rev Bioet*, *27*(4), 747-55.

12. Sarlet, I. W. (2011). *A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional*. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado.

# Edição genética em embriões humanos: análise bioética do caso CRISPR

*Samuel Pedrotti Camassola*
*Tiago Hauser Farina*

**Resumo:** Este artigo realiza uma análise bioética aprofundada sobre a aplicação da tecnologia CRISPR-Cas9 na edição genética de embriões humanos, utilizando como referência o caso do cientista chinês He Jiankui, divulgado em 2018. Por meio de uma revisão bibliográfica, são abordados os fundamentos da técnica, suas vantagens e limitações, bem como os riscos associados à modificação do genoma germinal, incluindo mutações indesejadas, efeitos fora do alvo, mosaicismo e consequências hereditárias imprevisíveis. O caso He Jiankui, amplamente condenado pela comunidade científica, revelou sérias falhas éticas relacionadas ao consentimento informado, à transparência e à ausência de supervisão adequada, expondo a necessidade de uma governança internacional mais rigorosa. Além disso, são discutidos os principais dilemas bioéticos – como o equilíbrio entre risco e benefício, a autonomia dos envolvidos, a justiça distributiva e o risco de eugenia – que permeiam a aplicação clínica dessa tecnologia. Conclui-se que, embora o CRISPR-Cas9 represente um avanço revolucionário na biotecnologia e possua potencial terapêutico promissor, sua utilização em embriões humanos deve ser conduzida com extrema prudência. É indispensável o estabelecimento de um consenso ético e jurídico internacional que assegure o uso responsável, seguro e voltado à preservação da dignidade humana e dos princípios fundamentais da bioética.

**Palavras-chave:** edição genética; bioética; CRISPR-Cas9.

## *1 Introdução*

As tecnologias de edição genética, especialmente a técnica de repetições palindrômicas curtas agrupadas e regularmente interespaçadas (CRISPR), revolucionaram as possibilidades de edição do genoma a partir de cortes precisos e baratos de regiões específicas no DNA. Desde suas primeiras demonstrações em células humanas, tem se mostrado uma tecnologia promissora para terapias gênicas somáticas e correção de mutações, entretanto, quando aplicada em embriões humanos envolve não apenas riscos, mas profundas aplicações bioéticas[1].

Em dezembro de 2018, o cientista chines He Jiankui revelou o nascimento de duas crianças geneticamente modificadas pelo CRISPR. O episódio foi amplamente condenado pela comunidade internacional, expôs lacunas de consentimento e transparência, além de levantar questionamentos sobre a responsabilidade individual e coletiva no uso de tecnologias emergentes[1].

Nesse contexto, a presente revisão bibliográfica busca analisar os aspectos bioéticos relacionados à edição genética em embriões humanos, tomando o caso CRISPR como estudo emblemático, bem como discutir os limites bioéticos envolvidos na edição genética[1].

## *2 Desenvolvimento*

### 2.1 Fundamentos e limitações técnicas da edição de embriões

A tecnologia CRISPR representa um dos maiores avanços da biotecnologia contemporânea, permitindo a modificação de sequências genéticas com rapidez, precisão e um baixo custo. Inspirada em um mecanismo natural de defesa bacteriana contra vírus, a técnica utiliza o sistema CRISPR em conjunto com a proteína Cas9, que é direcionada por um RNA guia até um local específico do DNA para realizar um corte da dupla hélice, possibilitando a deleção, inserção ou correção de um gene defeituoso[2]. Entretanto, o uso em embriões humanos enfrenta desafios técnicos severos: efeitos fora do alvo (*off-target*), mosaicismo (quando apenas parte das células é editada) e falhas no reparo desejado do DNA são ocorrências documentadas em estudos experimentais[3].

Mesmo em modelos não humanos ou células somáticas, a CRISPR vem mostrando avanços promissores, mas também alerta para riscos remanescentes[4]. Num contexto embrionário humano, por exemplo, modificações não intencionais podem gerar mutações deletérias ou epigenéticas imprevistas, com consequências imprevisíveis aos descendentes[3].

Defende-se que, até que haja robustez técnica e previsibilidade comprovada, é imprudente avançar para a aplicação clínica de edição germinal humana. A ciência deve respeitar seus limites e reconhecer quando os riscos ultrapassam os benefícios potenciais.

## 2.2 O caso He Jiankui e suas repercussões éticas

O anúncio do pesquisador chinês He Jiankui, em 2018, que afirmou ter gerado bebês com embriões editados via CRISPR, foi um choque para a comunidade científica mundial[5, 6]. Seu experimento visava desativar o gene CCR5 para conferir suposta resistência ao HIV, mas foi conduzido em segredo e sem clareza nos processos de consentimento ou supervisão ética[5].

No artigo "CRISPR'd *babies*", Greely oferece uma análise crítica sobre o experimento, argumentando que ele merece condenação inequívoca por violar princípios fundamentais de pesquisa responsável, transparência e proteção dos sujeitos envolvidos (embriões, famílias)[5]. Também se levantou a acusação de que os supostos certificados de revisão ética apresentados por He eram frágeis ou possivelmente forjados[7].

Observa-se que o caso He Jiankui ilustra uma falha de autorregulação científica ao evidenciar que, sem marcos robustos e fiscalização externa, pesquisadores com visão ativista podem arriscar vidas humanas em nome da novidade ou da ambição. Embora a inovação deva ser estimulada, ela não justifica saltos morais e de segurança. A comunidade científica global deve aprender que a liberdade de pesquisa não é sinônimo de impunidade ética.

## 2.3 Principais argumentos bioéticos

Numa revisão sistemática recente, identificaram-se seis grandes temas nos debates sobre edição de embriões humanos: risco/dano, benefício potencial, supervisão, consentimento informado, justiça/uso social e eugenia[8].

**Risco/dano:** o argumento mais unânime é que a edição germinal humana acarreta riscos, muitos ainda desconhecidos – efeitos *off-target*, mosaicos indetectáveis, mutações deletérias latentes e impacto multigeracional desconhecido –, contrariando o princípio de "não causar dano"[3, 8].

**Benefício potencial:** o argumento favorável é que, em casos extremos, a edição germinal poderia prevenir doenças genéticas graves, eliminando portadores de mutações que seriam inevitavelmente transmitidas[8].

**Autonomia e consentimento informado:** em embriões humanos, não há agente para dar consentimento. Assim, a autorização recai sobre os pais (ou doadores), o que gera problemas: como garantir que pais compreendam os riscos incertos? Em casos como o de He Jiankui, argumenta-se que o consentimento foi falho ou enganoso[7, 8].

**Justiça e uso social:** outro ponto crítico é que a tecnologia, se aplicada clinicamente, tende a agravar desigualdades – apenas os ricos poderiam ter acesso a melhorias genéticas, criando uma "disparidade genética" entre classes sociais. Além disso, quem decide o que é "normalidade" ou "melhoria" reflete vieses culturais, e isso pode levar a pressões de conformidade genética[8].

Acredita-se que qualquer proposta de edição germinal deve ser precedida por um consenso social amplo e por comitês independentes que ponderem não apenas utilitarismos genéticos, mas também valores de dignidade, equidade e precaução.

## 2.4 Governança, marcos normativos e desafios regulatórios

A reação internacional ao caso He impulsionou reformas regulatórias e políticas em diferentes países, bem como a elaboração de guias de governança global. Na China, por exemplo, novas regras éticas para pesquisas com embriões e temas relacionados foram adotadas para fechar "lacunas éticas" expostas pelo episódio[9].

Artigos recentes apontam que o campo carece de harmonização entre países sobre permissões, fiscalização, sanções e padrões mínimos[9]. Alguns defendem moratórias temporárias até que a ciência prove segurança, outros propõem marcos regulatórios estritos que permitam progressos controlados[8]. Por exemplo, o debate jurídico de Human germline editing in the era of CRISPR-Cas interroga sob quais condições intervenções germinais podem ser legitimadas terapeuticamente[10].

A melhor solução é um modelo híbrido: uma moratória regulada global que suspenda aplicações clínicas até que parâmetros técnicos, éticos e normativos estejam maduros, porém que permita pesquisas supervisionadas e estritamente controladas (isolamento, registros, transparência) para avanço gradual, sempre com controle internacional.

### 2.5. Desafios, dilemas e perspectivas futuras

Mesmo com avanço técnico e regulação, persistem dilemas inevitáveis, por exemplo: até que ponto "melhoria genética" é aceitável? Se a edição germinal for bem-sucedida para prevenir doenças hereditárias, poderia ser usada para aprimoramentos estéticos, cognitivos ou atléticos – o que leva o debate para o risco de eugenia[8].

Outro desafio é o controle do uso indevido da tecnologia (editoras comerciais, mercado negro genético). A existência de mercados genéticos pode provocar desigualdade e pressão social para modificações voluntárias[8].

Para as gerações futuras, permanece o dilema da "não identidade": se a criança nasce com as modificações, sendo geneticamente diferente, pode-se dizer que ela foi beneficiada, mesmo que sofra efeitos adversos não previstos, complexificando as noções tradicionais de dano e responsabilidade[11].

Por isso, o futuro da edição genética germinal deve avançar com cautela: progressos técnicos devem ser almejados, mas nunca sem forte respaldo ético, social e regulatório. A prudência, o diálogo político e a fiscalização internacional devem ser tão importantes quanto a inovação científica.

## *3 Conclusão*

A discussão sobre a edição genética em embriões humanos por meio da tecnologia CRISPR-Cas9 evidencia a complexa interseção entre o avanço científico e os limites éticos da manipulação da vida. Ficou claro que, embora o CRISPR represente um marco revolucionário no campo biomédico, sua aplicação em linhagens germinativas propõe preocupações legítimas relacionadas à segurança, à imprevisibilidade dos resultados e, sobretudo, às implicações morais de se alterar o patrimônio genético humano de forma hereditária.

As diferentes perspectivas analisadas demonstram que o progresso científico não pode ser dissociado de uma reflexão ética rigorosa e de um controle social responsável. A busca pelo aperfeiçoamento genético, mesmo que motivada por fins terapêuticos, exige prudência,

transparência e respeito aos princípios fundamentais da bioética – especialmente os da não maleficência, justiça e dignidade humana.

Dessa forma, defende-se que, antes da consolidação de qualquer uso clínico da edição genética em embriões humanos, é imprescindível um consenso internacional ético e jurídico que estabeleça limites claros e assegure que a tecnologia seja empregada exclusivamente em benefício da humanidade, e não como instrumento de desigualdade ou eugenia moderna. A ciência deve servir à vida e não o contrário.

## *Referências*


1. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). *Human Genome Editing: Science, Ethics, and Governance*. Washington, D.C.: National Academies Press. https://www.nap.edu/read/24623/chapter/3

2. Ma, Y., Zhang, L., & Huang, X. (2014). Genome modification by CRISPR/Cas9. *FEBS J*, *281*(23), 5186-93.

3. Ayanoğlu, F. B., Elçin, A. E., & Elçin, Y. M. (2020). Bioethical issues in genome editing by CRISPR-Cas9 technology. *Turk J Biol*, *44*(2), 110-120.

4. Musunuru, K. (2017). The Hope and Hype of CRISPR-Cas9 Genome Editing: A Review. *JAMA*, *2*(8), 914-919.

5. Greely, H. T. (2019). CRISPR'd babies: human germline genome editing in the 'He Jiankui affair'. *J Law Biosci*, *6*(1), 111-183.

6. Li, J. R., Walker, S., Nie, J. B., & Zhang, X. Q. (2019). Experiments that led to the first gene-edited babies: the ethical failings and the urgent need for better governance. *J Zhejiang Univ Sci B*, *20*(1), 32-38.

7. Chen, Q., Ma, Y., Labude, M., Schaefer, G. O., Xafis, V., & Mills, P. (2021). Making sense of it all: Ethical reflections on the conditions surrounding the first genome-edited babies. *Wellcome Open Res*, *5*, 216.

8. Wiley, L., Cheek, M., LaFar, E., Ma, X., Sekowski, J., Tanguturi, N., & Iltis, A. (2025). The Ethics of Human Embryo Editing via CRISPR-Cas9 Technology: A Systematic Review of Ethical Arguments, Reasons, and Concerns. *HEC Forum*, *37*(2), 267-303.

9. Zou, Y., Li, Y., & Tao, Y. (2025). Regulatory framework of human germline and heritable genome editing in China: a comparison with the United States and the United Kingdom. *J Law Biosci*, *12*(1), lsaf007.

10. Gumer, J. M. (2019). The Wisdom of Germline Editing: An Ethical Analysis of the Use of CRISPR-Cas9 to Edit Human Embryos. *New Bioeth*, *25*(2), 137-152.

11. Alonso, M., & Savulescu, J. (2021). He Jiankui's gene-editing experiment and the non-identity problem. *Bioethics*, *35*(6), 563-573.

# Procedimentos estéticos dermatológicos invasivos, bioética e segurança do paciente: uma análise dos riscos da atuação profissional sem formação médica

*Laiana Manoela Trisch Fabro*
*Leandro Baptistella Casagrande*

**Resumo:** O crescimento da demanda por procedimentos estéticos dermatológicos tem sido acompanhado pela ampliação de sua oferta por diferentes categorias profissionais, suscitando importantes questionamentos éticos, clínicos e jurídicos. Este artigo tem como objetivo analisar os riscos associados à realização de procedimentos estéticos invasivos por profissionais sem formação e competência compatíveis com sua complexidade, à luz da bioética, da legislação brasileira e das evidências científicas. Foi realizada revisão bibliográfica de documentos institucionais da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) e do Conselho Federal de Medicina (CFM), além de artigos científicos indexados nas bases PubMed e SciELO. As evidências demonstram que procedimentos frequentemente divulgados como "minimamente invasivos" podem apresentar complicações relevantes, incluindo infecções, necroses, alterações de pigmentação, embolizações vasculares, cicatrizes permanentes e, em determinadas circunstâncias, eventos potencialmente fatais. Esses riscos estão relacionados não apenas à execução técnica, mas também à necessidade de avaliação clínica, adequada informação ao paciente e capacidade de manejo das intercorrências. Sob a perspectiva bioética, a realização inadequada desses procedimentos pode comprometer os princípios da não maleficência, da beneficência e da autonomia. Conclui-se que a segurança na dermatologia estética depende de competência profissional, avaliação individualizada, informação adequada e condições apropriadas para prevenção e manejo de complicações, tendo como finalidade primordial a proteção da saúde, da dignidade e da segurança do paciente.

**Palavras-chave:** dermatologia estética; procedimentos invasivos; segurança do paciente; bioética; ato médico.

## *1 Introdução*

Nas últimas décadas, a dermatologia estética expandiu-se impulsionada pelo aumento da demanda por procedimentos voltados à aparência, pela influência das redes sociais e pela disseminação de padrões estéticos idealizados. Nesse contexto, procedimentos classificados ou divulgados como "minimamente invasivos" podem ser percebidos pelo público como intervenções simples e de baixo risco, favorecendo decisões baseadas em expectativas estéticas, estratégias de marketing e informações incompletas sobre possíveis complicações. A avaliação adequada dessas práticas exige, portanto, não apenas conhecimento técnico, mas também reflexão sobre os limites da atuação profissional, a segurança do paciente e os princípios que orientam a assistência em saúde.

A crescente valorização social da aparência também contribui para a ampliação da procura por intervenções estéticas. A literatura bioética destaca que a influência de padrões de beleza disseminados pelas mídias e pelas redes sociais pode interferir na percepção que o indivíduo possui sobre seu próprio corpo e sobre a necessidade de intervenção. Nesse cenário, procedimentos eletivos voltados à estética devem ser analisados com especial atenção, uma vez que o benefício pretendido está diretamente relacionado à expectativa do paciente e não, em regra, ao tratamento de uma condição clínica que exija intervenção imediata[6].

A bioética oferece um importante referencial para essa análise, especialmente por permitir examinar a relação entre benefícios pretendidos, riscos previsíveis, autonomia do paciente e responsabilidade profissional. Em procedimentos estéticos eletivos, nos quais não existe, em regra, uma necessidade imediata de intervenção, a ponderação entre riscos e benefícios assume particular relevância. Nesse cenário, a proteção da dignidade e da integridade física e psíquica do paciente deve permanecer como elemento central da tomada de decisão.

## *2 Desenvolvimento*

### 2.1 Procedimentos estéticos, segurança do paciente e competência profissional

Com base no dossiê elaborado pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), em conjunto com entidades médicas, a realização de procedimentos estéticos por profissionais sem formação e competência compatíveis com a complexidade da intervenção pode expor os pacientes a riscos significativos. Complicações como infecções, necroses cutâneas, reações inflamatórias, embolizações vasculares, queimaduras e cicatrizes permanentes estão descritas na literatura e em documentos relacionados à segurança desses procedimentos. A gravidade dessas intercorrências pode ser ampliada quando não há capacidade adequada para seu reconhecimento precoce e tratamento oportuno[2].

Embora frequentemente divulgados como "simples" ou "minimamente invasivos", diversos procedimentos estéticos exigem conhecimentos de anatomia, fisiopatologia, farmacologia, avaliação clínica e manejo de complicações. Dessa forma, competência profissional não deve ser entendida apenas como a capacidade de executar uma técnica, mas como o conjunto de conhecimentos e habilidades necessários para avaliar o paciente, identificar contraindicações, realizar adequadamente a intervenção, acompanhar sua evolução e responder às possíveis intercorrências[2].

A segurança do paciente, portanto, envolve todas as etapas da assistência, desde a indicação até o acompanhamento posterior. A revisão sistemática sobre segurança em cirurgia plástica destaca a importância da formação profissional, da avaliação prévia, do consentimento informado, da documentação clínica e da existência de condições adequadas para prevenção e manejo de complicações[7]. Em procedimentos estéticos eletivos, essa preocupação assume especial relevância, uma vez que o paciente geralmente busca um benefício predominantemente estético, e, portanto, a relação entre riscos e benefícios deve ser cuidadosamente ponderada.

## 2.2 Não maleficência, beneficência e autonomia

Sob a perspectiva da bioética, a exposição do paciente a riscos previsíveis e potencialmente evitáveis, sem adequada avaliação e estrutura para o manejo de complicações, pode representar afronta ao princípio da não maleficência. Esse princípio não pressupõe que toda intervenção seja isenta de riscos, mas exige que eles sejam reconhecidos, ponderados e reduzidos de maneira responsável. Em procedimentos estéticos eletivos, a busca por um benefício predominantemente cosmético não deve justificar a exposição desnecessária a riscos desproporcionais.

A beneficência, por sua vez, exige que a atuação profissional esteja efetivamente orientada para o bem-estar do paciente. Na dermatologia estética, isso ultrapassa a obtenção do resultado cosmético pretendido e envolve avaliação clínica individualizada, identificação de contraindicações, escolha adequada da intervenção, acompanhamento e capacidade de resposta diante de complicações. Assim, a intenção de proporcionar um benefício estético não é suficiente, por si só, para caracterizar uma prática eticamente benéfica[6]. A perspectiva principialista permite compreender que beneficência e não maleficência devem ser analisadas conjuntamente. Um procedimento pode apresentar potencial benefício estético e, simultaneamente, riscos relevantes. Cabe, portanto, ao profissional avaliar a proporcionalidade entre esses elementos e considerar alternativas menos arriscadas quando disponíveis[6]. A autonomia também ocupa posição central nessa discussão. O consentimento para um procedimento estético somente pode ser considerado verdadeiramente autônomo quando o paciente compreende sua natureza, seus benefícios esperados, riscos, limitações e alternativas. A apresentação de procedimentos invasivos como intervenções "simples" ou "sem riscos" pode produzir percepção distorcida da relação entre benefícios e danos. Nesse contexto, o consentimento informado não deve ser reduzido à assinatura de um documento, mas compreendido como um processo de comunicação. Cabe ao profissional apresentar informações claras e suficientes para que o paciente possa decidir de maneira esclarecida. A literatura bioética sobre intervenções estéticas ressalta que o dever de informar assume particular importância quando a intervenção é

realizada em indivíduos saudáveis e destinada predominantemente à modificação da aparência[6].

## 2.3 Procedimentos invasivos, complicações e limites legais

A realização de procedimentos estéticos invasivos, como aplicação de toxina botulínica, preenchimentos, bioestimuladores, utilização de PMMA, eletrocauterização, endolaser e determinados peelings químicos, deve ser analisada à luz das competências profissionais exigidas e do ordenamento jurídico brasileiro. A Lei nº 12.842/2013, conhecida como Lei do Ato Médico, estabelece, em seu art. 4º, inciso III, como atividade privativa do médico a indicação da execução e a execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, observadas as definições e exceções previstas no próprio diploma legal[1].

A discussão, portanto, não deve ser reduzida à oposição entre médicos e profissionais não médicos, mas considerar a natureza do procedimento, sua classificação legal, as competências necessárias para sua execução e os limites estabelecidos para as diferentes profissões de saúde. Quando determinado procedimento se enquadra nas atividades privativas previstas em lei, sua execução fora dos limites legalmente estabelecidos representa também uma questão de proteção e segurança do paciente. A necessidade de conhecimento anatômico e capacidade de manejo das intercorrências torna-se particularmente evidente nos procedimentos injetáveis. Complicações associadas a preenchimentos com ácido hialurônico podem envolver comprometimento vascular e, em situações específicas, isquemia ocular e perda visual. A literatura destaca a complexidade anatômica de determinadas regiões da face e a possibilidade de complicações graves decorrentes de intervenções inadequadas[2]. Outro exemplo é o polimetilmetacrilato (PMMA), material permanente utilizado em determinados procedimentos estéticos. Na revisão publicada na *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, identificaram-se complicações associadas ao seu uso, incluindo necrose tecidual, nódulos, infecções, granulomas, migração do material, cegueira e embolia[8].

O peeling químico profundo com fenol constitui outro exemplo relevante. A literatura descreve complicações cardiovasculares, como

arritmias cardíacas, relacionadas à absorção sistêmica do fenol, além de potencial toxicidade sistêmica[3, 9]. Dessa forma, procedimentos envolvendo fenol exigem avaliação adequada, seleção criteriosa dos pacientes, aplicação controlada e condições apropriadas de monitorização e resposta a possíveis intercorrências. O exemplo demonstra que finalidade estética não é sinônimo de baixo risco e que determinados procedimentos podem exigir estrutura assistencial proporcional à sua complexidade.

## 2.4 Formação, ambiente e responsabilidade profissional

A segurança dos tratamentos dermatológicos depende de competências que ultrapassam a execução mecânica de uma técnica. É necessário fornecer informações prévias, avaliar o paciente, identificar contraindicações, selecionar adequadamente os candidatos ao procedimento, executar corretamente a intervenção e realizar acompanhamento posterior. Também é indispensável reconhecer e manejar possíveis complicações, incluindo infecções, lesões cutâneas e outras intercorrências[4].

O ambiente no qual o procedimento é realizado constitui igualmente componente da segurança. Formação adequada, infraestrutura, documentação clínica, consentimento informado e recursos para prevenção e manejo de complicações contribuem para reduzir riscos e melhorar a resposta diante de eventos adversos[7]. Dessa maneira, a responsabilidade pela segurança não se encerra no momento da execução técnica, abrangendo indicação, avaliação, acompanhamento e disposição para intervir diante de complicações. A procura por profissionais não médicos para determinados procedimentos estéticos pode estar relacionada a fatores como menor custo, indicação de pessoas próximas, localização e facilidade de acesso. Um estudo realizado com pacientes e médicos associados à American Society for Dermatologic Surgery identificou maior ocorrência de queimaduras e alterações de pigmentação nos procedimentos realizados por não médicos, além de apontar preço, indicação de amigos e localização como fatores relacionados à escolha do profissional[5]. Esses resultados reforçam a

importância da formação adequada e das condições de segurança na realização de procedimentos estéticos.

É importante ressaltar, contudo, que a presença de um profissional médico não elimina completamente a possibilidade de complicações. Todo procedimento invasivo apresenta riscos inerentes, mesmo quando realizado de acordo com padrões técnicos e científicos adequados. A questão bioética central, portanto, não consiste em afirmar que a atuação médica torna o procedimento isento de risco, mas em reconhecer que competência clínica, avaliação individualizada, informação adequada e capacidade de manejo das intercorrências são elementos fundamentais para reduzir riscos e proteger o paciente. Nesse sentido, a atuação profissional responsável não deve ser compreendida como tentativa de impedir o acesso da população aos procedimentos estéticos. Trata-se de uma medida de proteção para o próprio paciente. O objetivo não é eliminar o risco inerente à prática em saúde, o que seria impossível; é garantir que os riscos sejam conhecidos, proporcionais, tecnicamente manejáveis e assumidos mediante decisão verdadeiramente esclarecida. A prática estética em saúde deve, portanto, permanecer orientada pelo princípio de que o resultado pretendido jamais deve se sobrepor à proteção da saúde, da dignidade e da segurança daquele que recebe o cuidado.

## *3 Conclusão*

A realização de procedimentos estéticos invasivos exige competências que ultrapassam a execução técnica, envolvendo avaliação clínica individualizada, conhecimento adequado, informação ao paciente e capacidade de prevenção e manejo de complicações. Evidências relacionadas a procedimentos injetáveis, ao uso de PMMA e ao peeling de fenol demonstram que intervenções frequentemente percebidas como "minimamente invasivas" podem apresentar complicações relevantes e, em determinadas situações, potencialmente fatais.

Sob a perspectiva bioética, os princípios da não maleficência, beneficência e autonomia devem orientar a tomada de decisão, assegurando a adequada ponderação entre riscos e benefícios e permitindo que o paciente exerça sua autonomia mediante informação clara e suficiente.

No âmbito jurídico, a Lei nº 12.842/2013 estabelece como atividade privativa do médico a indicação da execução e a execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, observadas as definições e exceções previstas no próprio diploma legal[1]. Assim, a segurança na dermatologia estética resulta da integração entre competência profissional, avaliação clínica, consentimento esclarecido, estrutura adequada e responsabilidade diante das possíveis intercorrências, de modo que a busca pelo resultado estético jamais se sobreponha à preservação da saúde, da dignidade e da segurança do paciente.

## *Referências*


1. Brasil. (10 jul., 2013). *Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013*. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm

2. Conselho Federal de Medicina; Sociedade Brasileira de Dermatologia; Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. (2024). *Dossiê de complicações de procedimentos estéticos invasivos realizados por profissionais não habilitados.* Brasília, DF: CFM.

3. Marçon, C. R. (2025). Phenol in dermatology: updated evidence on efficacy and safety. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, *100*(5), 501200. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40857991/

4. Haedersdal, M. (2005). Potential risks of non-physicians use of lasers and intense pulsed light in dermatology. *Ugeskrift for Læger*, *167*(43), 4095-4097. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16251098/

5. Rossi, A. M., Wilson, B., Hibler, B. P., & Drake, L. A. (2019). Nonphysician practice of cosmetic dermatology: a patient and physician perspective of outcomes and adverse events. *Dermatologic Surgery*, *45*(4), 588-597. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30946699/

6. Gracindo, G. C. L. (2015). A moralidade das intervenções cirúrgicas com fins estéticos de acordo com a bioética principialistas. *Revista Bioética*, *23*(3). https://www.scielo.br/j/bioet/a/7hsPhHvX5N45655F95gJPsc/

7. Saucedo, O. H. M., Ribeiro, E. R., Muller, J. C., & Coelho, I. C. M. M. (2020). Segurança do paciente em cirurgia plástica: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, *35*(2). https://www.scielo.br/j/rbcp/a/xBYBKBMLCR3gCfcSD78JPSx/

8. Cruz, H. C. da *et al.* (2025). Complicações do uso de polimetilmetacrilato em procedimentos estéticos: uma revisão. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, *40*. https://www.scielo.br/j/rbcp/a/c6tFcbvY4KbZ8LfkFJMmRzL/

9. Botta, S. A., Straith, R. E., & Goodwin, H. H. (1988). Cardiac arrhythmias in phenol face peeling: a suggested protocol for prevention. *Aesthetic Plastic Surgery*, *12*(2), 115-117. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3389240/

# O enfraquecimento da relação médico-paciente: implicações bioéticas na comunicação, autonomia e segurança clínica



*Júlia Marques da Silva*

**Resumo:** O presente trabalho analisa o enfraquecimento da relação médico-paciente e suas implicações bioéticas, especialmente no que se refere à comunicação clínica, à autonomia do paciente e à segurança no cuidado em saúde. Nas últimas décadas, mudanças estruturais nos sistemas de saúde, como a crescente demanda por atendimentos, a pressão por produtividade e a redução do tempo disponível para consultas, têm contribuído para a fragilização desse vínculo. Esse cenário pode comprometer a qualidade da comunicação entre médico e paciente, dificultando a compreensão adequada do diagnóstico, das opções terapêuticas e dos riscos envolvidos no tratamento. A partir de uma revisão bibliográfica em bases científicas, o estudo evidencia que falhas na comunicação podem limitar a participação do paciente nas decisões sobre sua própria saúde, afetando diretamente o princípio bioético da autonomia. Além disso, a escuta insuficiente e a superficialidade da anamnese podem levar à omissão de informações relevantes, aumentando o risco de erros diagnósticos e de falhas terapêuticas. Esses fatores também podem comprometer a adesão ao tratamento e gerar insatisfação por parte dos pacientes. Sob a perspectiva da bioética, tais problemas representam desafios importantes para a prática médica contemporânea, pois podem violar princípios fundamentais como autonomia, beneficência e não maleficência. Dessa forma, o fortalecimento da relação médico-paciente, por meio de uma comunicação clara, empática e centrada no paciente, torna-se essencial para promover decisões compartilhadas, melhorar os desfechos clínicos e garantir uma assistência em saúde mais ética, segura e humanizada.

**Palavras-chave:** relação médico-paciente; comunicação; autonomia; erros de diagnóstico; bioética.

## *1 Introdução*

A relação médico-paciente representa um dos pilares fundamentais da prática médica e é considerada determinante para a qualidade do cuidado em saúde. Contudo, as transformações estruturais na organização dos serviços, como a pressão por produtividade, a fragmentação assistencial e o tempo reduzido de consultas, têm fragilizado esse vínculo[1]. Esse enfraquecimento repercute de maneira significativa na comunicação clínica, na adesão ao tratamento e na segurança do paciente. A literatura demonstra que a comunicação inadequada influencia diretamente a compreensão do paciente sobre seu tratamento e afeta a efetividade do consentimento[2]. A escassez de diálogo compromete a autonomia, pois o paciente não participa lucidamente do processo decisório[3]. Além disso, a perda de confiança leva à omissão de sintomas, ao abandono terapêutico e a erros de diagnósticos decorrentes de anamnese incompleta, ocasionando, lamentavelmente, em falhas terapêuticas[4, 5]. Diante disso, a análise bioética se mostra essencial para compreender como tais fatores violam princípios como autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Esta revisão bibliográfica discute os impactos da relação médico-paciente enfraquecida e propõe caminhos para reconstruir um cuidado centrado no paciente.

## *2 Desenvolvimento*

### 2.1 Tempo reduzido de consulta e seus impactos na compreensão do tratamento

A diminuição do tempo de consulta, infelizmente cada vez mais comum em sistemas de saúde sobrecarregados, compromete a qualidade da comunicação e limita a capacidade do médico de oferecer explicações adequadas sobre diagnóstico, tratamento e riscos. Estudos mostram que a percepção de pressa por parte do paciente prejudica tanto a confiança quanto a compreensão das recomendações[1].

Embora o tempo de consulta não seja o único indicador de qualidade, sua redução impede que o paciente faça perguntas, expresse preocupações e participe ativamente do plano de cuidado. Além disso, a comunicação eficaz está diretamente associada à maior adesão ao

tratamento, e sua ausência constitui um importante fator de risco para falhas terapêuticas[6].

Ademais, a brevidade da consulta contribui para a superficialidade na anamnese, o que reduz a qualidade do raciocínio de diagnóstico e aumenta o risco de omissões clínicas[5]. Sob a ótica bioética, essa limitação fere os princípios da beneficência e da não maleficência, que falam sobre agir em benefício do outro, a fim de colaborar para o seu bem-estar, e não causar danos ou prejuízos ao paciente – pilar importante dentro da prática médica –, uma vez que um cuidado apressado pode resultar em dano evitável.

## 2.2 Falta de diálogo e prejuízos ao consentimento informado

O consentimento informado é mais do que fornecer dados técnicos e, por esse motivo, necessita de um diálogo bidirecional, o que significa garantir uma linguagem acessível e a verificação de sua compreensão pelo paciente. Quando o médico assume uma postura diretiva ou utiliza explicações rápidas e inacessíveis, o paciente não consegue compreender plenamente o tratamento, tornando o consentimento eticamente inválido[3].

A falha durante essa comunicação essencial ocasiona divergências entre médico e paciente sobre a gravidade dos sintomas, o impacto da doença a curto ou longo prazo ou as expectativas quanto ao tratamento, podendo levar ao abandono terapêutico ou ao seguimento inadequado do plano de cuidado[4]. Com isso, observa-se que a falta de diálogo constitui uma violação direta da autonomia, pois o paciente não participa da decisão e sua vontade é substituída pelo desejo unilateral do profissional, caracterizando um retorno ao paternalismo clínico. Esse tipo de prática invalida não apenas os valores, expectativas e experiências individuais do paciente, mas também ignora seu papel ativo na construção do plano terapêutico, contribuindo para a menor adesão ao tratamento[3]. Quando a comunicação é limitada, o paciente torna-se mero receptor de orientações, sem espaço para expressar dúvidas, receios ou preferências, reduzindo a consulta a um processo verticalizado. Em razão disso, é de extrema importância a capacidade

de adequar a linguagem em seu discurso clínico para que profissionais da área da saúde tenham um diálogo satisfatório com o paciente.

## 2.3 A autonomia prejudicada pela escuta incompleta

A autonomia – que é, por definição da bioética, o princípio de respeitar a capacidade de um indivíduo para tomar decisões informadas e conscientes sobre seu próprio bem-estar – pressupõe participação ativa do paciente, compreensão e liberdade para escolher entre alternativas terapêuticas sugeridas pelo profissional. Entretanto, quando o médico não pratica escuta ativa ou não reserva tempo para compreender expectativas e necessidades do paciente, sua vontade torna-se meramente formal e é desvalorizada[3].

A escuta incompleta gerada por diversas variáveis impossibilita a expressão plena das necessidades reais do paciente e interfere no processo decisório, tanto da parte do médico, em escolher uma conduta, quanto da parte do paciente, em aderir à proposta terapêutica. Além disso, reduz a qualidade da anamnese e limita o entendimento do contexto biopsicossocial, fundamental para decisões e intervenções individualizadas.

Do ponto de vista bioético, essa conduta infringe não apenas a autonomia, mas também a justiça, uma vez que pessoas com menor repertório comunicativo ou sociocultural tendem a ser mais prejudicadas. A carência de diálogo acentua ainda mais desigualdades preexistentes, pois indivíduos com menor nível de escolaridade ou pertencentes a grupos socialmente vulneráveis possuem maiores dificuldades para expressar suas necessidades, questionar condutas e interpretar informações médicas. Segundo Silva (2015), a autonomia só pode ser plenamente exercida quando há condições reais de compreensão e participação. Quando essas condições não são oferecidas, o processo decisório torna-se desigual e excludente.

Outrossim, pesquisas sobre comunicação clínica apontam que os profissionais tendem, mesmo que inconscientemente, a realizar explicações mais rápidas ou complexas com pacientes considerados "difíceis" ou com baixo domínio da linguagem técnica, o que evidencia ainda mais a desigualdade da relação[5]. Esse comportamento, ao invés

de promover equidade, reforça ainda mais a desigualdade no acesso à informação, dificultando que certos grupos, como pessoas pouco escolarizadas e idosos com perda de lucidez, entendam opções terapêuticas e tenham voz ativa no tratamento.

## 2.4 Confiança, omissão de sintomas e abandono do tratamento

A confiança é elemento central na relação médico-paciente. Estudos mostram que, em situações nas quais o paciente percebe falta de interesse do profissional, pressa ou ausência de empatia, tende a omitir, mesmo que inconscientemente, informações importantes, comprometendo diretamente o raciocínio clínico[5].

A literatura também evidencia que a falta de alinhamento entre a percepção do médico e do paciente sobre a queixa clínica gera comportamentos prejudiciais, como não retorno às consultas e abandono do tratamento[4]. Essa dinâmica cria um ciclo vicioso: comunicação ineficiente → diminuição da confiança → omissão de sintomas → diagnóstico incompleto → falhas terapêuticas. Portanto, comprometer a confiança impacta a própria essência da prática médica e fere o princípio da não maleficência.

## 2.5 Reconstruindo a relação médico-paciente centrada no paciente

A reconstrução da relação terapêutica requer medidas estruturais e individuais. A literatura aponta estratégias essenciais para a reestruturação desse princípio da prática médica, conforme é apresentado a seguir.

### *2.5.1 Treinamento em comunicação clínica*

A capacitação em comunicação ajuda o médico a conduzir conversas mais claras, empáticas e organizadas, permitindo identificar dúvidas, expectativas e preocupações do paciente[6].

*2.5.2 Tempo adequado de consulta*

Consultas com tempo suficiente colaboram para explicações detalhadas e claras, permitem que o paciente descreva sintomas com calma e garantem uma anamnese mais detalhada[1].

*2.5.3 Decisão compartilhada*

Envolve apresentar opções de condutas terapêuticas, ouvir preferências do paciente e deliberar em conjunto sobre a alternativa mais benéfica. Esse processo contribui para a autonomia e resulta em maior adesão[3].

*2.5.4 Continuidade do cuidado*

Quando o paciente é acompanhado por um longo tempo pelo mesmo médico ou equipe, há maior chance de construir vínculo, compreender seu contexto psicossocial e garantir coerência na conduta terapêutica.

*2.5.5 Postura ética e empática*

Permite reconhecer o paciente com seus valores e vivências próprias. Uma postura acolhedora contribui para a expressão de emoções e sintomas e cria um ambiente seguro para decisões complexas e sensíveis.

Tais estratégias reforçam a centralidade do paciente e buscam restabelecer a integridade da relação médico-paciente que foi, lamentavelmente, enfraquecida com o passar do tempo.

## *3 Conclusão*

A relação médico-paciente fragilizada compromete fundamentos bioéticos indispensáveis e impacta negativamente a segurança e os desfechos clínicos. O tempo reduzido de consulta, a escuta incompleta e a comunicação insuficiente comprometem a compreensão do tratamento, o consentimento informado e a autonomia, prejudicando a adesão e a realização plena da conduta terapêutica. Além disso, a perda de confiança favorece omissões clínicas importantes e erros de diagnósticos, colocando o bem mais precioso do paciente em risco, a vida.

Em razão disso, a resolução desse cenário exige múltiplas ações, como: reorganização institucional, capacitação em comunicação, valorização do tempo de consulta e adoção de decisões compartilhadas. Somente por meio de uma relação ética, transparente e dialogada será possível garantir um cuidado de qualidade centrado no bem-estar do paciente.

## *Referências*


1. Litchfield, I. *et al.* (2016). Reassessing the balance between patient experience and consultation length: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*, *66*(652), e460–6.

2. Sydney, H., Epstein, R., & Howard A. (1999). Patient-physician communication and health outcomes. *J Gen Intern Med*, 14, 279–89.

3. Silva, P. H. D. *et al.* (2015). Entre normas e práticas: tomada de decisão e autonomia no processo saúde-doença. *Physis*. 2015;25(1):33–49.

4. Lyratzopoulos, G. *et al.* (2019). The role of communication in symptom appraisal and healthcare seeking: a video-based observational study. *BMJ Qual Saf*, *28*(1), 1-9.

5. McDaniel, S. H., Beckman, H. B., & Kudrez, J. (1999). Communication skills of physicians. *JAMA*, *282*(7), 567–74.

6. Zolnierek, K. B., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence: a meta-analysis. *Med Care*, *47*(8), 826-34.

# Sobrevida e sofrimento: dilemas éticos no manejo da leucemia mieloide aguda de prognóstico reservado

*Isabela Reginato Pilatti*
*Larissa Pioner Canali*
*Pedro Brochetto Soldatelli*

**Resumo:** A leucemia mieloide aguda (LMA) configura uma neoplasia hematológica de evolução abrupta, marcada por elevada mortalidade e por significativa carga de sofrimento, sobretudo em contextos de prognóstico reservado, nos quais a tomada de decisão clínica se entrelaça a desafios éticos complexos. Este capítulo examina criticamente tais dilemas à luz da bioética contemporânea, considerando a interface entre autonomia, proporcionalidade terapêutica, comunicação prognóstica e cuidados paliativos. A metodologia consistiu em uma revisão bibliográfica narrativa, que reuniu diretrizes internacionais, estudos qualitativos, ensaios clínicos e revisões recentes sobre prognóstico, impacto terapêutico, estratégias de enfrentamento e comunicação entre médico e paciente. A síntese da literatura evidencia que a vulnerabilidade cognitivo-emocional, típica do momento diagnóstico, compromete a autonomia plena, exigindo processos decisórios continuados, consentimento informado longitudinal e comunicação adaptada ao estado emocional do paciente. Destacam-se as tensões entre metas biomédicas de remissão e prioridades subjetivas de qualidade de vida, justificando a incorporação de PROMs na deliberação. O papel dos cuidados paliativos precoces emerge como eixo ético imprescindível, demonstrando capacidade de reduzir sofrimento físico, psicológico e existencial, além de orientar escolhas terapêuticas proporcionais. A análise também aborda o risco de intervenções clinicamente desnecessárias e a necessidade de deliberação compartilhada para definição de limites de tratamento. Conclui-se que o cuidado ético na LMA exige integração entre rigor técnico, sensibilidade moral e centralidade no paciente, assegurando decisões alinhadas à dignidade, aos valores individuais e à prática clínica responsável.

**Palavras-chave:** leucemia mieloide aguda; bioética; cuidados paliativos.

## *1 Introdução*

A leucemia mieloide aguda (LMA) refere-se a uma neoplasia hematológica agressiva determinada pela proliferação descontrolada de blastos mieloides na medula óssea, levando à falência da hematopoiese e à rápida deterioração clínica[1]. Caracteriza-se como o tipo de leucemia mais frequente em adultos, tendo uma incidência aumentada

com o avanço da idade. Além disso, a prevalência é ligeiramente maior em homens, sendo a sobrevida aproximada de 5 anos[2]. Apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos, a LMA permanece vinculada a altas taxas de mortalidade, especialmente em pacientes idosos ou com comorbidades pré-existentes[3], nos quais o prognóstico costuma ser reservado, isto é, não existem elementos clínicos suficientes para prever com segurança se haverá deterioração rápida ou alguma recuperação possível.

Dessa maneira, os impactos funcional e emocional da doença somam-se aos efeitos adversos dos tratamentos intensivos, como as quimioterapias de indução e o transplante de células-tronco hematopoiéticas[4], criando um cenário de sofrimento para o paciente e para a sua rede de apoio. Nesse prisma, à medida que a medicina orientada por valores se consolida na contemporaneidade, cresce junto a ela a necessidade de integrar princípios bioéticos às decisões relacionadas ao prolongamento e à qualidade de vida, levando-se em consideração que, em muitos casos, intervenções agressivas deixam de oferecer benefícios clínicos, levantando dilemas quanto à continuidade de terapias potencialmente desproporcionais ao estado clínico e às possibilidades de cura. É nesse cenário, pois, que os cuidados paliativos assumem um papel essencial, priorizando o alívio de sintomas, o suporte emocional, a tomada de decisões bilaterais e a elaboração de uma travessia de cuidado alinhada aos valores e às preferências do paciente.

Este capítulo tem como objetivo integrar evidências científicas recentes a respeito de sobrevida, qualidade de vida e sofrimento em pacientes com LMA aos principais referenciais bioéticos que orientam o cuidado desses indivíduos. Busca-se articular dados clínicos, perspectivas de pacientes e familiares e princípios da bioética, de modo a oferecer uma análise abrangente sobre a tomada de decisão em contextos de prognóstico reservado, amparando-se em pesquisas que abordam experiências subjetivas dos pacientes, valores atribuídos à sobrevida, qualidade de vida, prognóstico e controvérsias éticas, além da incorporação precoce de cuidados paliativos, as quais convergem para a necessidade de uma abordagem mais humana, centrada no paciente e fundamentada em princípios éticos sólidos.

## *2 Desenvolvimento*

### 2.1 A experiência subjetiva do diagnóstico e o impacto bioético da vulnerabilidade

Em primeiro plano, nota-se, na literatura qualitativa, uma prevalência frequente de sentimentos como medo e choque perante o diagnóstico de LMA, os quais representam uma experiência traumática para os indivíduos ao receberem tal infeliz notícia. No estudo de LeBlanc *et al.* (2017)[5], pacientes relatam confusão, desorientação e dificuldade em compreender o volume e a velocidade de informações médicas recebidas. Em razão da agressividade da doença, decisões terapêuticas precisam ser tomadas abruptamente, o que compromete a autonomia plena e expõe os pacientes a vulnerabilidades cognitivas e emocionais.

Sob esse viés, a autonomia relacional reconhece que a capacidade decisória do indivíduo é influenciada por um contexto emocional instável, redes de apoio e condições de saúde desfavoráveis. Desse modo, Friis *et al.* (2003)[6] já evidenciavam, há duas décadas, que pacientes com LMA apresentam pautas informacionais complexas, reforçando a urgência de comunicação empática, clara e adaptada ao nível de compreensão e ao estado emocional.

Nessa etapa, exige-se que a equipe multidisciplinar reconheça que o consentimento informado não é um evento isolado, mas um processo contínuo que precisa ser reavaliado à medida que a compreensão do paciente evolui e a sua condição psicológica se restabelece parcialmente. O não reconhecimento dessa dinâmica constitui violação dos princípios de autonomia e não maleficência.

### 2.2 Entre sobrevida e qualidade de vida

O dilema entre prolongamento e manutenção da qualidade de vida é uma das questões centrais na bioética da LMA. Diante disso, a análise de LeBlanc *et al.* (2022)[7] demonstra que pacientes, familiares e médicos muitas vezes possuem perspectivas distintas no que tange à extensão da vida: enquanto estes tendem a valorizar metas objetivas, como remissão hematológica e sobrevida global, muitos pacientes valorizam pontos

como independência funcional, comunicação preservada, ausência de dor e possibilidade de retornar ao convívio familiar.

O supracitado, então, cria um panorama divergente, o qual abre espaço para conflitos éticos. Isso porque, se as decisões quanto à sucessão do caso forem apenas baseadas nos parâmetros médicos, há uma possível violação da autonomia do paciente, além de que decisões pautadas exclusivamente na subjetividade podem comprometer a beneficência e a proporcionalidade terapêutica. Assim, percebe-se que é de suma importância que a decisão acerca do prognóstico seja compartilhada, sendo não apenas uma técnica comunicativa, mas também uma obrigação ética.

Nessa conjuntura, Ramos *et al.* (2023)[8] reforçam essa perspectiva ao mostrar que medidas tradicionais de sobrevida não são capazes de deter o real impacto da doença na vida dos pacientes. Dessa forma, há uma defesa dos autores pela inclusão sistemática de PROMs (*patient-reported outcome measures*) nos processos decisórios. Sob a perspectiva bioética, isso se alinha diretamente à autonomia e à justiça, garantindo que as decisões sejam guiadas não apenas por marcadores técnicos, mas também – e principalmente – por parâmetros que reflitam a experiência real do paciente.

O estudo retrospectivo de Domínguez *et al.* (2024)[9], a partir disso, complementa esse cenário ao demonstrar que a sobrevida é amplamente influenciada por idade, por comorbidades e por citogenética. Pacientes idosos podem apresentar benefício terapêutico limitado com quimioterapia intensiva e sofrem alta carga de toxicidade. Tais resultados reforçam o imperativo ético da proporcionalidade terapêutica, o qual exige intervenções adequadas ao potencial de benefício real, evitando tratamentos irrelevantes ou desumanizantes[10].

## 2.3 Cuidados paliativos precoces e o manejo do sofrimento

As diretrizes da American Society of Clinical Oncology (2024)[11] estabelecem que os cuidados paliativos devem ser introduzidos precocemente em pacientes com câncer, incluindo LMA. Essa recomendação está pautada em evidências sólidas de que cuidados paliativos melho-

ram qualidade de vida, reduzem sintomas emocionais e promovem decisões mais alinhadas aos valores do paciente.

À vista disso, a revisão de Niscola *et al.* (2025)[12] reforça essa necessidade, especialmente em pacientes idosos, em decorrência da maior vulnerabilidade e da menor tolerância terapêutica desse grupo. O suporte paliativo precoce se torna, portanto, uma expressão direta dos princípios de beneficência e de não maleficência, sendo o sofrimento emocional tão relevante quanto o sintomático, e mitigá-lo é responsabilidade ética da equipe.

## 2.4 As vertentes do sofrimento e os desafios éticos avançados

Embora frequentemente ofuscado por discussões sobre toxicidade, protocolos terapêuticos e taxas de remissão, o sofrimento existencial apresenta-se como uma dimensão intrínseca da experiência de pacientes com LMA, não se limitando ao corpo, mas à identidade e ao sentido de futuro. Dessa maneira, revisões sobre ética clínica, como *Ethical Issues in Patients with Leukemia* (2017/2018)[13], ressaltam que medo da morte, perda de identidade e incerteza sobre o que acontecerá são dimensões que exigem abordagem sensível, contínua e interdisciplinar. Ignorar esferas emocionais e existenciais constitui, pois, violação do dever de beneficência e descaracteriza abundantemente o cuidado integral tão abordado na atualidade.

## 2.5 A comunicação de más notícias e a construção de autonomia

Na prática hematológica, os desafios acerca do futuro do paciente com LMA estão relacionados à comunicação de prognóstico, aos limites terapêuticos e às possibilidades de falha terapêutica, representando um momento muito delicado e de incerteza receptiva. Estudos qualitativos[5, 6], desse modo, demonstram que falhas na comunicação costumam elevar a ansiedade, prejudicando a compreensão e comprometendo a autonomia – o direito do paciente de refletir e decidir com compreensão, suporte emocional e tempo adequado. Por esses fatores, uma fala marcada pela clareza e pela veracidade permite que pacientes e familiares compreendam realisticamente riscos, benefícios e limites das

intervenções, evitando tratamentos desproporcionais e preservando a autonomia decisional.

A literatura analisada demonstra que decisões do final de vida em LMA são frequentemente tardias, muitas vezes, quando o paciente já está incapaz de participar ativamente[8] de escolhas que competem a si mesmo. Logo, a incorporação prévia de conversas sobre valores, preferências e limites terapêuticos é ética, necessária e baseada em evidências.

### 2.6 Limites do tratamento

A discussão sobre limites terapêuticos se torna inevitável em um cenário mundial marcado por alta mortalidade, especialmente em subgrupos de risco (como os idosos). Nesse sentido, estudos de prognóstico recentes[10] demonstram que alguns pacientes apresentam probabilidade extremamente reduzida de remissão sustentada e que, portanto, propor quimioterapia intensiva nesses casos pode configurar violência clínica e ferir os princípios de não maleficência e proporcionalidade.

Sob esse prisma, a revisão ética[8] destaca que decisões sobre suspensão de tratamentos agressivos, limitação de suporte avançado de vida e adequação terapêutica devem ser construídas por meio de deliberação conjunta entre equipe, paciente e família, com clareza e sensibilidade, exaltando valores como a empatia.

## *3 Conclusão*

A LMA configura um dos cenários mais complexos da hemato-oncologia contemporânea, não apenas por sua agressividade biológica, mas pela intensidade de sofrimento físico, emocional e existencial que impõe aos pacientes. A análise integrada da literatura evidencia que a prática clínica ética nessa doença exige muito mais do que precisão diagnóstica e domínio terapêutico: requer sensibilidade moral, competência comunicacional e compromisso com a dignidade humana em todas as fases da doença.

Os estudos revisados ressaltam exponencialmente o impacto e a importância de uma medicina centrada na pessoa, em que sejam incorporadas, para um cuidado personalizado, medidas de qualidade

de vida, de expectativas e de valores pessoais, tendo em vista que a sobrevida, quando analisada de forma isolada, torna-se insuficiente para orientar decisões terapêuticas. Nessa perspectiva, a integração precoce dos cuidados paliativos, o reconhecimento dos limites terapêuticos e a comunicação franca sobre prognóstico emergem como práticas que não apenas mitigam sofrimento, mas também promovem autonomia substantiva, fortalecem a relação médico-paciente e evitam intervenções desnecessárias.

Destarte, este capítulo reafirma que o cuidado ético do paciente com LMA não se limita ao manejo farmacológico ou ao prolongamento da vida a qualquer custo: ele se realiza plenamente quando ciência e humanidade caminham lado a lado, permitindo que cada decisão clínica seja, antes de tudo, uma decisão moralmente responsável, alinhada à singularidade de cada paciente. Aqui, reforçam-se os princípios que regem a medicina desde os primeiros momentos do curso: "curar quando possível, aliviar quando necessário e consolar sempre". É indispensável que o atendimento e o cuidado oferecidos sejam, ao mesmo tempo, tecnicamente assertivos e profundamente humanos.

## *Referências*


1. Ferri, F. F. (2024). Acute Myeloid Leukemia. *StatPearls Publishing*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507875/

2. Arber, D. A., & Stein, E. M. (2025). Acute myeloid leukemia in adults: Overview. *UpToDate*. https://www.uptodate.com

3. Lopes, G. E. K, Mappa, L. S. A. B., Perdigão, R. M. C., Abreu, A. B. J., Lopes, M. R., Silva, F. F. *et al*. (2024). Aspectos contemporâneos da Leucemia Mieloide Aguda: da epidemiologia à abordagem terapêutica. *Braz J Health Ver*, *8*(4), 1-12.

4. Lopes, L. P., Santos, C. S., Severino, G. S., Freitas, T. R., Caetano, I. M., Varotti, F. P., & Andrade, S. N. (2022). Abordagens do tratamento da leucemia mieloide aguda: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*, *8*(2), 9586-9601.

5. LeBlanc, T. W., Williams, A., Donnell, R. F., O'Donnell, P. V., & Mamonkin, M. *et al*. (2017). Patient experiences of acute myeloid leukemia: A qualitative study. *Support Care Cancer*, *25*, 1–9.

6. Friis, L. S., Elverdam, B., & Schmidt, K. G. (2003). A qualitative study of acute myeloid leukaemia patients' information needs and experiences. *Eur J Cancer Care (Engl)*, *12*(3), 178–84.

7. LeBlanc, T. W., Fish, L. J., & Bloomfield, H. E. *et al.* (2022). Patient, family member, and physician perspectives on the value of extending life in older adults with acute myeloid leukemia. *Blood Adv*, *6*(1), 84–92.

8. Ramos, F., Estey, E., & Kantarjian, H. *et al.* (2023). Survival outcomes and health-related quality of life in acute myeloid leukemia. *J Pers Med*, *13*(7), 1021.

9. Domínguez, I., Rodríguez, A., Martín, R. *et al.* (2024). Survival in patients with acute myeloid leukemia: A 2024 update. *Leuk Res*, *137*, 107050.

10. Tinsley, S. M., Peterson, B. A., & Kurtin, S. (2020). A quality of life comparison in acute myeloid leukemia: Patient-reported outcomes and clinical correlations. *Leuk Lymphoma*, *61*(6), 1384–92.

11. El-Jawahri, A., Greer, J. A., & Temel, J. S. (2024). Palliative care for patients with cancer: ASCO clinical practice guideline. *J Clin Oncol*, *42*(5), 456–74.

12. Niscola, P., Piccioni, D., & Giovannini, M. (2025). Palliative care interventions and their early integration in older adults with acute myeloid leukemia: A narrative review. *Hematology*, 2025, *30*(1), 1–12.

13. Sekeres, M. A., & Stone, R. M. (2017). Ethical issues in patients with leukemia: Practice points and educational topics. Journal of Clinical Research & Bioethics, *2017*(1), 560–6.

# Publicação de imagens cirúrgicas nas mídias sociais sob a ótica da bioética: diretrizes, limites e implicações

*Roberta Rampazzo Coltro*
*Rafaela Jacoby Rombaldi*

**Resumo:** Analisa-se, a partir de revisão bibliográfica, a crescente adesão ao uso de plataformas digitais por profissionais e acadêmicos da área da saúde e à publicação de imagens cirúrgicas nas mídias sociais, observando sua influência na consolidação da autoridade médica no cenário atual. Sob a ótica bioética, a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça são tensionadas por condutas desprovidas de responsabilidade ética, evidenciando dilemas quanto à privacidade e ao consentimento dos pacientes. Ademais, elucidam-se as diretrizes que regulamentam a divulgação de imagens cirúrgicas nas redes sociais, assegurando sua finalidade informativa e a proteção dos direitos dos pacientes. Conclui-se que a utilização responsável, ética e alinhada às normativas legais das plataformas digitais é fundamental para a promoção de um ambiente digital ético e seguro.

**Palavras-chave:** mídias sociais; imagens cirúrgicas; publicidade médica; ética.

## *1 Introdução*

As mídias sociais integram cada vez mais o cotidiano contemporâneo, e, consequentemente, as relações pessoais e profissionais vêm migrando para o ambiente digital. No contexto médico, essas plataformas consolidam-se gradualmente como um espaço voltado à divulgação de serviços, procedimentos e promoção de informações, sendo canal complementar de comunicação entre o profissional de saúde e seus pacientes[1]. Nesse cenário, a divulgação de procedimentos cirúrgicos nas redes sociais, representa um campo sensível, no qual se entrelaçam interesses de caráter educativo, promocional e mercadológico, o que suscita reflexões éticas sobre a privacidade, confidencialidade e finalidade das publicações[2].

O uso das mídias sociais na prática médica, embora ofereça possibilidades de educação em saúde, divulgação científica e maior interação

com a comunidade, levanta questões bioéticas relevantes. A autonomia pode ser comprometida quando o consentimento para o uso de imagens não é plenamente esclarecido; a beneficência e a não maleficência são tensionadas pela possibilidade de que conteúdos divulgados causem mais danos do que benefícios ao paciente; e a justiça exige que a comunicação em saúde seja responsável, evitando a propagação de informações enganosas ou superficiais. Assim, a reflexão bioética torna-se indispensável para assegurar que a presença médica nas redes sociais esteja alinhada com os valores centrais da medicina.

Diante desse panorama, objetiva-se analisar criticamente as implicações éticas associadas à divulgação de conteúdos médicos em mídias sociais, discutindo suas interfaces com a bioética e destacando a necessidade de regulamentações que orientem os profissionais a adotar condutas responsáveis, preservando a privacidade e o bem-estar dos pacientes.

## *2 Desenvolvimento*

### 2.1 Uso das mídias sociais na prática cirúrgica

Na conjuntura atual, a utilização de ferramentas digitais é intrínseca à rotina de cirurgiões, residentes e acadêmicos, influenciando na construção da visibilidade e relevância profissional. As plataformas também possibilitam o compartilhamento de conteúdos voltados à comunidade médica, com intuito de demonstrar novas técnicas ou registrar vivências dentro do universo cirúrgico, prática evidenciada principalmente em publicações de cunho acadêmico e em perfis de profissionais em formação. Desse modo, a difusão de fotografias e vídeos cirúrgicos no meio digital tornou-se recorrente e com diferentes objetivos, dependendo do público ao qual se destina.

As mídias sociais introduziram novos parâmetros para a consolidação do profissional como referência em sua área de atuação. A visibilidade do médico, antes pautada fundamentalmente pelas indicações de seus pacientes e pelo seu repertório formativo, passou a incorporar outros aspectos, como o alcance e o número de seguidores de seu perfil.

Ademais, a avaliação do paciente, que antes se restringia ao seu círculo social, atualmente é amplificada pela possibilidade da avaliação online do profissional, o que influencia diretamente a sua reputação médica, com potencial tanto para fortalecê-la quanto fragilizá-la.

Portanto, a exposição de imagens trans e pós-operatórias, com o intuito de demonstrar técnicas e resultados cirúrgicos, é parte da construção de um posicionamento estratégico e publicitário nas mídias sociais[4].

Dentro desse panorama, os cirurgiões das especialidades estéticas destacaram-se como pioneiros no uso de recursos digitais como ferramenta de divulgação, promovendo suas técnicas através da publicação de fotografias comparativas entre o "antes e depois" dos procedimentos. Assim, os pacientes avaliam de forma objetiva os resultados estéticos alcançados por diferentes cirurgiões, o que pode influenciar na escolha do profissional. Nesse cenário, perfis relevantes nas mídias apresentam vantagem na captação de novos pacientes, uma vez que mecanismos pesquisa online, como o Google, conferem maior destaque às páginas com elevado número de seguidores e engajamento, posicionando-as entre os primeiros resultados da busca, em detrimento dos critérios tradicionais de valorização médica, como formação e trajetória profissional. Dessa forma, evidencia-se o impacto do meio digital na projeção dos cirurgiões, em especial da área estética, ao considerar que muitos pacientes utilizam as redes como um dos instrumentos para a seleção de seus especialistas[3, 4].

Além disso, enquanto profissionais utilizam estratégias de marketing digital para promover e fortalecer a sua imagem perante o mercado, acadêmicos e residentes também publicam fotografias e vídeos de procedimentos cirúrgicos em suas redes sociais, porém, com o objetivo de registrar e compartilhar suas experiências dentro do bloco cirúrgico com outros médicos em formação. Há também profissionais que publicam imagens cirúrgicas em suas plataformas com foco acadêmico, voltadas à disseminação do conhecimento médico. Desse modo, o compartilhamento de imagens cirúrgicas no meio digital abrange diferentes propósitos e contextos, de promoção pessoal e profissional a fins acadêmicos[2].

## 2.2 Publicação de imagens cirúrgicas sob a ótica da bioética

A presença das mídias sociais na prática cirúrgica, tem ampliado as formas de interação entre médicos, pacientes e sociedade. Entretanto, a divulgação de cirurgias em redes sociais é muitas vezes marcada pela ausência de regulamentações, pela fusão de perfis pessoais e profissionais e por situações de exposição inadequada de informações sensíveis[2, 5].

A bioética, como espaço de reflexão crítica sobre as práticas em saúde, oferece subsídios essenciais para analisar como a exposição de procedimentos cirúrgicos em plataformas digitais pode afetar a dignidade do paciente, a relação médico-paciente e a credibilidade médica.

A autonomia do paciente está diretamente relacionada à sua capacidade de consentir de forma livre e esclarecida sobre sua própria vida e corpo, sem coerção e influência indevida. Todavia, em muitos contextos clínicos e educacionais, as autorizações sobre o uso de sua imagem são verbais, pouco detalhadas ou obtidas em situações de vulnerabilidade[5]. Nesses casos, o consentimento não garante efetivamente que o paciente compreenda a dimensão da divulgação digital – incluindo a permanência do conteúdo na rede, seu alcance ilimitado e a possibilidade de usos futuros não previstos. Ademais, pesquisas nacionais destacam que estudantes de saúde relatam registrar e compartilhar imagens em ambientes clínicos sem autorização formal, evidenciando lacunas no ensino ético e no preparo para lidar com as novas demandas da era digital[5]. Diante disso, é evidente que a autonomia do paciente, embora reconhecida como princípio fundamental, é frequentemente fragilizada no ambiente digital.

Além disso, a exposição digital pode comprometer a beneficência que, como princípio orientador das práticas médicas, exige que a divulgação de conteúdos tenha clara finalidade de promoção da saúde ou de educação da população. De fato, o uso das redes sociais pode aproximar informações científicas da comunidade e ampliar a transparência sobre procedimentos cirúrgicos. Contudo, para que a divulgação seja eticamente aceitável, deve-se garantir que o material produzido traga benefícios concretos, como esclarecimento de dúvidas frequentes ou estímulo à prevenção de doenças. As publicações que priorizam apenas

a autopromoção profissional dificilmente cumprem esse requisito, já que não respondem ao interesse coletivo, mas a objetivos individuais.

Outrossim, o princípio bioético da não maleficência demanda que os profissionais evitem causar danos aos pacientes. No contexto digital, esse dano pode ser psicológico (pela exposição da intimidade), social (pela estigmatização gerada em comentários públicos) ou jurídico (pela violação de direitos de imagem e privacidade). Assim, frente a tantos prejuízos à saúde e ao bem-estar do paciente, é imperioso o cuidado com essas publicações, pois, mesmo quando há tentativa de anonimização, informações contextuais podem permitir identificação, ampliando os riscos[6]. Ademais, a prática conhecida como *medutainment*, em que cirurgias são transformadas em entretenimento, fere diretamente esse princípio, visto que instrumentaliza a vulnerabilidade do paciente para gerar engajamento e visibilidade[5].

Outro aspecto relevante refere-se à justiça, entendida como responsabilidade na comunicação em saúde. A divulgação de informações incompletas ou distorcidas nas redes sociais pode reforçar desigualdades no acesso ao conhecimento e favorecer práticas de marketing enganosas, induzindo pacientes a decisões mal informadas ou a busca por procedimentos sem real indicação clínica. Também é necessário considerar que as redes sociais privilegiam conteúdos que geram maior engajamento, o que pode favorecer a espetacularização da cirurgia em detrimento de informações mais técnicas e responsáveis.

Nesse sentido, recomenda-se que publicações sejam orientadas por critérios de rigor científico e compromisso social, evitando a propagação de conteúdos que priorizem visibilidade em detrimento da qualidade da informação. Assim, a publicação de imagens de práticas cirúrgicas em redes sociais não deve ser reduzida a estratégia de marketing ou autopromoção. Trata-se de um dilema ético complexo, que exige discernimento crítico e compromisso com os direitos dos pacientes. O caminho bioético convida a transformar a presença digital da medicina em espaço de informação responsável, cuidado e respeito, evitando que a busca por visibilidade se sobreponha à essência do ato médico.

## 2.3 Diretrizes e implicações legais diante da divulgação de imagens cirúrgicas nas redes sociais

Reconhecendo a divulgação de fotografias e vídeos de procedimentos cirúrgicos em plataformas digitais como prática que se consolida, sobretudo, na propaganda e publicidade médica, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução nº 2.336/2023, busca regulamentar as postagens em perfis médicos, que, por muito tempo, ocorreram sem respaldo normativo, já que tal exposição era vedada por resoluções anteriores. As diretrizes visam mitigar a banalização desse conteúdo e alinhar o ambiente virtual às boas práticas éticas da medicina. A resolução atual estabelece critérios específicos para o compartilhamento de imagens médicas, com ênfase na proteção da privacidade do paciente e da autenticidade do conteúdo. As normas reiteram que o uso de imagens só é permitido mediante consentimento expresso do paciente, preservando sua identidade e garantindo que sejam utilizadas com finalidade educativa ou informativa[7].

Ademais, orienta-se que as imagens divulgadas sejam fiéis aos resultados cirúrgicos, sem edições ou manipulações que possam gerar interpretações equivocadas. Devem ser anexadas informações complementares, como as indicações, as contraindicações e as possíveis complicações do procedimento, propiciando maior transparência nas publicidades médicas. No que se refere aos perfis acadêmicos ou de médicos em formação, as mesmas normas se aplicam, assegurando que o compartilhamento de experiências no bloco cirúrgico não ultrapasse os limites éticos, impedindo a identificação do paciente e a publicação de imagens que poderiam causar-lhe constrangimento, mesmo mediante consentimento[7].

O descumprimento dessas normas pode implicar responsabilidades civis e legais, incluindo ações judiciais por violação de privacidade e sanções previstas pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), que classifica os dados de saúde como sensíveis[8]. Assim, a adesão às diretrizes do Conselho Federal de Medicina (CFM) não somente protege os pacientes, como resguarda os profissionais de consequências éticas e jurídicas, tornando a disseminação de conteúdos médicos muito mais responsável, transparente e segura.

## *3 Conclusão*

A crescente utilização de mídias sociais por cirurgiões e médicos em formação reflete a mudança na construção da visibilidade profissional e na disseminação do conhecimento técnico. A prática do compartilhamento de imagens e vídeos cirúrgicos, apesar de estratégica do ponto de vista mercadológico, expõe desafios relacionados à ética, privacidade e responsabilidade na divulgação de mídias no ambiente digital. Assim, a presença médica no meio virtual deve ser pautada por critérios claros, equilibrando o interesse acadêmico e educativo com a proteção do paciente e a manutenção da credibilidade profissional.

Sob a ótica bioética, a análise da publicação de mídias cirúrgicas nas redes sociais evidencia riscos ao paciente que não podem ser ignorados. A aplicação dos subsídios bioéticos – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – torna evidente que o uso indiscriminado das plataformas digitais para disseminar imagens de procedimentos médicos gera mais prejuízos do que benefícios aos pacientes expostos. Diante desse cenário, as diretrizes estabelecidas pelo CFM sobre a presença de imagens e vídeos cirúrgicos nas redes sociais definem critérios para a proteção da privacidade do paciente e o formato de publicação, que deve ter finalidade informativa e ser isento de manipulações. A resolução busca assegurar, por meio da regulamentação dessa prática, o cumprimento rigoroso da legislação, promovendo um ambiente digital seguro e ético.

Portanto, a publicação de mídias cirúrgicas nas redes sociais deve ser guiada não apenas pelo desejo de visibilidade, mas pelo compromisso indispensável da medicina com a dignidade humana, a confidencialidade e a responsabilidade social e legal. Somente assim será possível equilibrar os benefícios do ambiente digital para o ensino médico com a preservação dos valores centrais da prática médica, transformando-o em uma ferramenta de cuidado e educação, e não de exposição ou banalização da experiência cirúrgica.

## *Referências*

1. Atsbeha, B. W. (2024). Exploring social media adoption for marketing purpose among healthcare professionals in Gondar town, central

Gondar zone: a facility-based cross-sectional survey. *SAGE Open Med*, *12*, 20552076241259872. DOI: 10.1177/20552076241259872.

2. Oliveira, R. S. C., Iankoski, J. S., Niemeyer, C. A. L., Andrade, M. P., Sasso, G. T. M. D., & Lanzoni, G. M. *et al.* (2025). Ética na divulgação de cirurgia nas mídias sociais: revisão de escopo. *Rev Bioét.*, *33*, e3788PT.

3. Dorfman, R. G., Mahmood, E., Ren, A., Turin, S. Y., Vaca, E. E., & Fine, N. A. *et al.* (2018). Google ranking of plastic surgeons values social media presence over academic pedigree and experience. *Aesthet Surg J*, *39*(4), 447-51.

4. Kataoka, A. C., Guimarães, N. C., Saada, R. C., & Rita, M. R. (2024). A influência das mídias sociais na decisão pela cirurgia plástica. *Rev Bras Cir Plást*, *39*(2). https://www.scielo.br/j/rbcp/a/6m9vjSCQJZ4jDYx8RpLd7Qq/?lang=pt

5. Bennett, K. G. *et al.* (2018). The ethical and professional use of social media in surgery: a systematic review of the literature. *Plast Reconstr Surg*, *142*(3), 388e-398e.

6. Nascimento, D. B. (2016). *Análise bioética da utilização de imagens de pacientes em mídias sociais eletrônicas*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Bioética, Universidade de Brasília. Brasília, Brasil.

7. Conselho Federal de Medicina. (2023). CFM moderniza resolução da publicidade médica. *Portal do Conselho Federal de Medicina*, Brasília. https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-atualiza-resolucao-da-publicidade-medica

8. Superior Tribunal de Justiça (Brasil). Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). *STJ*, Brasília. https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Leis-e-normas/lei-geral-de-protecao-de-dados-pessoais-lgpd

# Publicidade médica na oftalmologia e seus dilemas bioéticos

*Carolina Meneguzzi Haiduck*

**Resumo:** A intensificação do marketing médico na oftalmologia, impulsionada por avanços tecnológicos e pela lógica de mercado, tem levantado importantes questionamentos éticos. Este artigo tem como objetivo analisar os dilemas bioéticos relacionados à publicidade médica, com enfoque especial na área da oftalmologia. Através de uma revisão bibliográfica, baseada em artigos científicos, resoluções do Conselho Federal de Medicina e referenciais clássicos da bioética, examina-se criticamente o processo de transformação da visão em uma mercadoria, destacando como discursos publicitários podem fragilizar o consentimento informado e comprometer a autonomia do paciente. Discutem-se, ainda, os conflitos de interesse decorrentes da pressão tecnológica, nos quais pressões financeiras e estratégias de valorização comercial de procedimentos tensionam os princípios da não maleficência e da justiça. A análise evidencia que a banalização dos riscos e a promessa de resultados ideais tendem a transformar o paciente em consumidor, enfraquecendo a confiança na relação médico-paciente. Conclui-se que a publicidade médica deve ser compreendida como extensão inseparável do ato médico, exigindo comunicação ética baseada na transparência, na prudência e na responsabilidade profissional, de modo a preservar a integridade da prática oftalmológica e a centralidade do cuidado com a saúde ocular.

**Palavras chave:** bioética; publicidade médica; oftalmologia.

## *1 Introdução*

A oftalmologia ocupa um lugar singular na medicina, não apenas pela sofisticação técnica de seus recursos, mas pela centralidade da visão na experiência humana. Por lidar com o sentido que media a maior parte da interação do indivíduo com o mundo, a especialidade atua em uma zona de alta vulnerabilidade emocional: o medo da perda visual e o desejo de uma visão perfeita. É nesse cenário sensível que a publicidade médica tem se intensificado, impulsionada por uma lógica

de mercado que, progressivamente, busca converter a saúde ocular em bem de consumo e o paciente em consumidor.

Embora a divulgação de informações em saúde seja fundamental para o empoderamento do paciente, a publicidade contemporânea na oftalmologia frequentemente ultrapassa a barreira educativa. O avanço de tecnologias diagnósticas e terapêuticas, especialmente no campo dos procedimentos eletivos, trouxe consigo estratégias de marketing agressivas. Promessas de "liberdade total dos óculos" ou de "rejuvenescimento do olhar" tendem a banalizar a complexidade do ato médico, induzindo expectativas irreais e minimizando a percepção dos riscos inerentes a qualquer intervenção biológica.

Essa dinâmica tensiona os pilares fundamentais da bioética. Ao influenciar o desejo do paciente antes mesmo do encontro clínico, a publicidade comercial pode comprometer a autonomia, fragilizando o consentimento informado ao baseá-lo em informações incompletas ou distorcidas. Simultaneamente, a pressão econômica para amortizar investimentos em tecnologias de ponta cria conflitos de interesse que desafiam a não maleficência e a justiça, especialmente quando a indicação médica passa a ser mediada por interesses financeiros ou metas de produtividade, e não exclusivamente pela necessidade clínica.

Diante desse panorama, o presente artigo tem como objetivo analisar os dilemas bioéticos suscitados pela publicidade médica na oftalmologia. Busca-se discutir os riscos da mercantilização do cuidado e a responsabilidade do oftalmologista na mediação entre o imperativo tecnológico e a integridade ética da profissão. A partir de uma revisão bibliográfica e de uma abordagem reflexiva, o texto propõe que a ética na comunicação não é um apêndice burocrático, mas um componente essencial da excelência médica.

## *2 Desenvolvimento*

A publicidade médica consolidou-se como um vetor onipresente na medicina contemporânea, impulsionada pela transformação digital e pela progressiva aproximação do cuidado em saúde da lógica de mercado. Na oftalmologia, esse fenômeno adquire contornos particularmente sensíveis. Diferentemente de especialidades em que o

apelo é predominantemente estético ou preventivo, a oftalmologia lida com um sentido essencial para a autonomia e a interação humana: a visão. A publicidade oftalmológica atua em um espaço de elevada vulnerabilidade emocional, no qual o medo da cegueira ou o desejo de "uma vida sem óculos" torna o paciente especialmente suscetível a promessas de resultados que a biologia nem sempre pode assegurar.

No Brasil, as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) estabelecem que a divulgação de serviços médicos deve ter caráter estritamente informativo, vedando promessas de resultados, o uso de imagens sensacionalistas, garantias implícitas de sucesso terapêutico e a omissão de riscos relevantes[1]. Tais diretrizes não se limitam a um controle formal da comunicação profissional, mas refletem uma preocupação ética mais ampla com a proteção do paciente frente a práticas potencialmente enganosas.

Apesar da clareza normativa, observa-se uma fragilidade significativa no conhecimento médico acerca dos limites éticos da publicidade profissional. Estudo realizado com médicos brasileiros em 2021 evidenciou que 62,9% dos participantes relataram dificuldades relacionadas à publicidade médica por desconhecimento das normas vigentes, enquanto 94,5% reconheceram a necessidade de atualização sobre o tema[2]. Esses dados sugerem que, mesmo diante de regulamentação consolidada, persistem lacunas formativas que comprometem a aplicação prática dos princípios bioéticos no cotidiano da medicina, colocando em risco a autonomia e a segurança do paciente.

Na oftalmologia, esse descompasso entre norma deontológica e prática cotidiana torna-se evidente na dinâmica das redes sociais e da comunicação digital. A progressiva "comoditização" da especialidade transforma procedimentos cirúrgicos complexos em produtos de prateleira, tensionando princípios bioéticos fundamentais, como autonomia, não maleficência e justiça[3]. Embora esse fenômeno também se manifeste em outras áreas marcadas por elevado número de procedimentos eletivos, como dermatologia e cirurgia plástica, a oftalmologia se destaca como um campo paradigmático, dada a centralidade funcional da visão e o impacto subjetivo das promessas terapêuticas.

O primeiro ponto crítico dessa dinâmica reside na cirurgia refrativa. A publicidade massiva em torno de técnicas como LASIK e PRK

recorrentemente utiliza *slogans* como "livre-se dos óculos" ou "conquiste liberdade total de forma rápida e indolor". Do ponto de vista bioético, essa abordagem é problemática, pois desloca o foco dos "meios" (o ato cirúrgico) para um "fim" (a visão perfeita) que não pode ser contratualmente assegurado[4]. Ao minimizar riscos como síndrome do olho seco severo, halos noturnos ou ectasia corneana em prol de uma narrativa mercadológica, compromete-se o consentimento informado. O paciente não consente plenamente com a intervenção real, mas com a expectativa construída pela publicidade, o que fragiliza sua autonomia.

Estudos conduzidos no âmbito do LASIK Quality of Life Collaboration Project, em colaboração com a U.S. Food and Drug Administration (FDA), demonstraram que até 46% dos participantes que não apresentavam sintomas visuais antes da cirurgia relataram o surgimento de novos sintomas, como halos e *glare*, no período de três meses após o procedimento. Dentre esses pacientes, até 4% classificaram tais sintomas como muito ou extremamente incômodos, achado associado a níveis relativos de insatisfação com o resultado visual[5]. Esse dado é eticamente relevante não apenas como indicador clínico, mas como evidência de expectativas inadequadamente construídas ao longo do processo decisório, muitas vezes influenciado por discursos publicitários excessivamente otimistas.

Outro dilema relevante emerge na cirurgia de catarata com a oferta das lentes intraoculares (LIOs) *premium*, como multifocais, tóricas ou de foco estendido. Embora os avanços tecnológicos sejam inegáveis, a forma como essas lentes são apresentadas no ambiente clínico tem gerado conflitos éticos importantes. Observa-se, com preocupante regularidade, a desqualificação das lentes monofocais padrão, funcionalmente adequadas e cobertas por planos de saúde, como "obsoletas" ou "inferiores", com o objetivo de induzir o paciente à aquisição de lentes de alto custo. Tal prática fere o princípio da justiça e expõe o paciente, muitas vezes idoso, a ônus financeiro desproporcional, baseado em informação distorcida.

A incorporação crescente da estética na oftalmologia, especialmente por meio da oculoplástica, adiciona novos desafios. A exposição de pacientes em redes sociais, ainda que autorizada, comumente atende mais à autopromoção profissional do que à educação em saúde. O uso

de imagens editadas, filtros e recortes seletivos do pós-operatório cria assimetrias informacionais relevantes, comprometendo a beneficência e corroendo a confiança social na medicina.

Por fim, destaca-se a responsabilidade do oftalmologista diante do imperativo tecnológico. A pressão da indústria pela rápida adoção de novos lasers, aparelhos de diagnóstico e tecnologias terapêuticas frequentemente se associa à publicidade médica como instrumento de criação de demanda. Isso pode levar à indicação desnecessária de exames e procedimentos (*overdiagnosis* e *overtreatment*), em que o paciente é submetido a intervenções guiadas não pela necessidade clínica, mas pela necessidade do médico de amortizar o investimento tecnológico.

A análise bioética revela, portanto, que a publicidade médica na oftalmologia está longe de ser um elemento neutro de comunicação. Quando desprovida de rigor ético, ela instrumentaliza o paciente, transforma a relação médico-paciente em consumo e substitui a prudência clínica pela audácia comercial. O desafio contemporâneo não reside na proibição da publicidade, mas na construção de uma comunicação que fortaleça a autonomia do paciente e respeite sua vulnerabilidade.

Em última instância, a discussão sobre publicidade médica na oftalmologia remete ao próprio sentido ético do exercício da medicina em um contexto de crescente tecnificação e mercantilização do cuidado. Conforme propõe Hans Jonas, o avanço tecnológico amplia o poder de intervenção do profissional, impondo-lhe responsabilidade proporcional sobre as consequências de seus atos[6]. Nesse sentido, a publicidade médica, como extensão do ato médico, deve submeter-se aos mesmos critérios éticos de prudência, responsabilidade e respeito à dignidade humana. Preservar a autonomia, evitar danos e promover o bem não se restringem ao momento da intervenção clínica, mas se iniciam na forma como o cuidado é apresentado, comunicado e ofertado.

## *3 Conclusão*

A análise da publicidade médica na oftalmologia evidencia que a comunicação profissional, muito além de uma ferramenta de mercado, constitui um território ético onde se define a qualidade da relação

médico-paciente. Em um cenário marcado pela rápida incorporação de tecnologias, das lentes intraoculares de alta complexidade aos *lasers* de última geração, a publicidade carrega o poder de moldar expectativas e decisões. Contudo, quando submetida exclusivamente à lógica comercial, ela corre o risco de converter a saúde ocular em mercadoria e o paciente em consumidor, comprometendo princípios basilares da bioética como a autonomia, a justiça e a não maleficência.

Diante desse cenário, a publicidade médica na oftalmologia deve ser rigorosamente compreendida como extensão inseparável do próprio ato médico. Isso implica reconhecer que a ética da comunicação exige a mesma prudência, transparência e responsabilidade demandadas no contexto clínico e cirúrgico. O oftalmologista, mais do que gestor de tecnologias ou prestador de serviços, atua como guardião de um sentido vital, e sua comunicação deve servir para reduzir a vulnerabilidade do paciente por meio da informação qualificada, e não para explorá-la por meio de estratégias de sedução mercadológica.

Em suma, equilibrar inovação tecnológica, interesses de mercado e integridade ética constitui um dos maiores desafios da oftalmologia contemporânea. Restabelecer a primazia do cuidado sobre o lucro e da verdade sobre o marketing representa uma exigência deontológica e condição essencial para preservar a confiança social na especialidade e honrar a dignidade da pessoa humana que confia sua visão aos cuidados médicos.

## *Referências*


1. Conselho Federal de Medicina. (2023). Resolução CFM nº 2.336, de 13 de julho de 2023. Dispõe sobre publicidade e propaganda médica. *Diário Oficial da União*, Seção 1, Brasília, p. 119. https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2023/2336

2. Schmidt, A. C. F. D. A., Manfredini, G. B., Brito, L. C., Penido, M. S., Buch, P. H., & Purim, K. S. M. (2021). Publicidade médica em tempos de medicina em rede. *Rev Bioét*, *29*(1), 115-27. https://www.scielo.br/j/bioet/a/JwTkfyWwgd4pfMffJzWMvHq

3. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of Biomedical Ethics. 8. ed. New York: Oxford University Press.

4. Yu, M. (2020). LASIK Surgery: Do the Advertising and Risk Disclosures Reflect the True Risk of Complication? *Voices in Bioethics*, *6*. https://academiccommons.columbia.edu/doi/10.7916/d8-y55w-tn56

5. Eydelman, M., Hilmantel, G., Tarver, M. E., Hofmeister, E. M., May, J., Hammel, K. *et al*. (2017). Symptoms and Satisfaction of Patients in the Patient-Reported Outcomes With LASIK (PROWL) Studies. *JAMA Ophthalmol*, *135*(1), 13-22. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27893066/

6. Fonseca, L. S. G. (2024). Medicina entre a arte e a responsabilidade: Hans Jonas e sua contribuição à ética médica. *Poliética*, *12*(2), 34-50. https://revistas.pucsp.br/index.php/PoliEtica/article/view/68284

# Bioética, autonomia e a nova jurisprudência: a recusa transfusional em testemunhas de Jeová no Brasil

*Victor Basso Gomes*
*Gabriel Ficagna Zaccaron*

**Resumo:** A recusa transfusional por testemunhas de Jeová representa um complexo conflito bioético entre o dever médico de beneficência e a autonomia do paciente. Historicamente, a medicina brasileira adotava uma postura paternalista, impondo a transfusão em situações de risco de morte. Contudo, o cenário legal sofreu uma ruptura paradigmática com a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) no Tema 1069, em setembro de 2024. A Corte firmou o entendimento de que pacientes adultos e capazes possuem o direito constitucional de recusar hemocomponentes por motivos religiosos, mesmo diante de risco de óbito, desde que a decisão seja livre e esclarecida. Além de validar a recusa, a jurisprudência impõe ao Sistema Único de Saúde (SUS) o dever de garantir acesso a tratamentos alternativos. Nesse contexto, o Patient Blood Management (PBM) consolida-se como imperativo técnico e ético. Estratégias como o uso de eritropoietina, antifibrinolíticos e recuperação intraoperatória de sangue permitem o manejo seguro sem transfusão alogênica, alinhando a competência científica ao respeito à dignidade humana. Conclui-se que a segurança jurídica e ética do médico reside agora na superação da "beneficência coativa" em favor de uma autonomia compartilhada, materializada no respeito às Diretivas Antecipadas de Vontade.

**Palavras-chave:** bioética; testemunhas de Jeová; transfusão de sangue; autonomia pessoal.

## *1 Introdução*

A medicina contemporânea, particularmente no contexto de emergência e trauma, frequentemente depende da terapia transfusional como um recurso vital para o manejo do choque hemorrágico, sendo a hemorragia a causa mais comum de choque em vítimas de trauma. Protocolos internacionalmente reconhecidos, como o Advanced Trauma Life Support (ATLS), indicam considerar o emprego precoce de hemocomponentes para evitar o desenvolvimento de coagulopatia e trombocitopenia quando não há resposta adequada à reposição inicial

com cristaloides[1]. Nesse cenário, o sangue não é apenas um tecido, mas uma ferramenta terapêutica desenhada para restaurar a homeostase biológica e impedir o óbito iminente.

No centro desse debate bioético, encontram-se as testemunhas de Jeová, um grupo religioso em expansão que conta com um contingente expressivo no Brasil[2]. A recusa à transfusão de sangue por esse grupo não deve ser confundida com o "direito de morrer" ou uma busca pelo martírio; trata-se de uma obediência estrita a um mandamento religioso baseado na interpretação literal das Escrituras Sagradas. A fundamentação teológica reside em passagens bíblicas como Gênesis 9:3-4, Levítico 17:10-16 e Atos 15:28-29, que determinam a abstenção do sangue. Para a testemunha de Jeová, aceitar uma transfusão implica violação da lei divina e perda da integridade espiritual, sendo a recusa uma afirmação de respeito à santidade da vida sob a ótica da fé[2].

Esse posicionamento precipita um conflito bioético clássico decorrente da colisão entre dois imperativos: o dever médico de beneficência, traduzido no compromisso de salvar a vida biológica, e o direito do paciente à autonomia, que garante a liberdade de autogoverno sobre seu corpo e valores[3]. O médico, treinado para combater a morte, enfrenta um dilema moral e legal ao ver um paciente recuperável sob risco de óbito por recusar o tratamento padrão, gerando um impasse na definição de "bem": enquanto para o médico o bem é a manutenção da vida física; para o paciente, o bem maior é a preservação de sua consciência e relação com o divino.

Recentemente, o cenário médico-legal brasileiro atravessou uma mudança de paradigma decisiva, abandonando a tradição paternalista – que impunha a preservação da vida biológica como imperativo absoluto – em favor da supremacia da autonomia individual. Esse novo entendimento cristalizou-se em setembro de 2024, com o julgamento do Tema 1069 pelo Supremo Tribunal Federal (STF). A corte estabeleceu que testemunhas de Jeová adultas e capazes possuem o direito constitucional de recusar transfusões sanguíneas por motivos religiosos, mesmo diante de risco de morte[4, 5]. Além de validar a recusa, a decisão impôs ao Sistema Único de Saúde (SUS) o dever de oferecer terapias alternativas, como o gerenciamento de sangue do paciente (PBM),

assegurando inclusive o custeio de tratamento fora do domicílio caso a unidade de origem não disponha da tecnologia necessária[4].

A análise ética da recusa transfusional fundamenta-se no modelo principialista de Beauchamp e Childress, no qual a autonomia assume centralidade na relação médico-paciente contemporânea. Compreendida como a capacidade de autogoverno, a autonomia não se restringe à mera autorização de procedimentos, mas reflete o direito do indivíduo de exercer sua autodeterminação baseada em valores pessoais e crenças religiosas[3]. Para o paciente testemunha de Jeová, a definição de "bem-estar" transcende a higidez física, englobando a integridade moral e espiritual; portanto, o respeito à sua decisão é uma validação direta da dignidade da pessoa humana[2].

Esse exercício de autonomia precipita um conflito axiológico com os princípios da beneficência (o dever de atuar em prol do paciente) e da não maleficência (o dever de não causar danos). O dilema bioético reside na interpretação da natureza do dano: sob a ótica biomédica estrita, a omissão da transfusão diante do risco de morte configura uma falha no dever de cura (maleficência). Contudo, sob a perspectiva do paciente, a imposição de um tratamento que viola seus dogmas sagrados constitui uma agressão à sua identidade e consciência. Nesse contexto, a transfusão compulsória, embora biologicamente benéfica, torna-se eticamente maléfica ao ignorar que a saúde, em sua concepção ampla, inclui o bem-estar psíquico e espiritual[3].

Historicamente, a resolução desse conflito no Brasil pautava-se numa interpretação paternalista do Código de Ética Médica (CEM). O Artigo 31 do CEM, embora vede o desrespeito à decisão do paciente, estabelece uma ressalva para situações de "iminente risco de morte". Essa cláusula sustentou, por décadas, a prerrogativa médica de intervir compulsoriamente em emergências, sob a justificativa de que o direito à vida, sendo o bem jurídico tutelado supremo, sobrepunha-se à liberdade de crença.

Entretanto, o ordenamento bioético e jurídico brasileiro atravessou recentemente uma mudança paradigmática decisiva, transicionando da tutela absoluta da vida biológica para a primazia da liberdade individual. Normativas como a Resolução CFM nº 2.232/2019 já pavimentaram esse caminho ao reconhecer que o tratamento forçado poderia

caracterizar ilícito, sinalizando que o respeito à recusa terapêutica deveria sobrepor-se à intervenção paternalista[6]. Essa nova perspectiva foi definitivamente consolidada pelo Supremo Tribunal Federal em setembro de 2024, no julgamento do Tema 1069, que fixou a tese de repercussão geral sobre a matéria[4]. A Corte firmou o entendimento de que a autonomia do paciente adulto e capaz é soberana, devendo prevalecer inclusive diante do risco de morte, desde que a decisão seja inequívoca, livre e esclarecida[5]. Assim, a bioética contemporânea rejeita a prática de uma "beneficência coativa", exigindo que a preservação da vida ocorra estritamente em harmonia com os valores e a dignidade que fundamentam a existência do paciente.

## *2 Desenvolvimento*

A bioética médica não se restringe à reflexão filosófica; ela impõe um imperativo de competência técnica e atualização científica. O Código de Ética Médica determina que o profissional não deve poupar esforços para usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente. Nesse contexto, documentos e pareceres recentes dos conselhos de medicina enfatizam que o domínio das estratégias de gerenciamento de sangue do paciente (PBM – *patient blood management*) é fundamental para alinhar a prática médica à segurança do paciente e ao respeito à autonomia[7]. O PBM não é apenas uma alternativa para grupos religiosos, mas uma abordagem baseada em evidências que visa otimizar o uso do sangue e minimizar a exposição desnecessária a transfusões alogênicas.

As estratégias de "medicina sem sangue" (*bloodless medicine*) ou PBM são implementadas através de uma abordagem multidisciplinar que abrange todo o período perioperatório. No preparo pré-operatório, o foco recai sobre a identificação precoce e o tratamento de anemias, utilizando recursos como a suplementação de ferro e o uso de eritropoietina para otimizar a massa eritrocitária e a hemoglobina do paciente antes da intervenção cirúrgica. Já as técnicas intraoperatórias visam minimizar a perda sanguínea, incluindo a hemostasia cirúrgica rigorosa, o uso de fármacos antifibrinolíticos (como o ácido tranexâmico) e tecnologias de preservação e recuperação intraoperatória de

sangue (*cell saver*), que permitem a reinfusão das próprias células do paciente[7].

É crucial destacar que a implementação do PBM transcende a questão religiosa. Revisões sistemáticas e metanálises indicam que essa abordagem está associada à redução significativa de complicações graves, como insuficiência renal aguda, infecções, eventos tromboembólicos e mortalidade, além de diminuir o tempo de internação hospitalar[7]. Além dos desfechos clínicos superiores, o PBM propicia economias substanciais de recursos financeiros para o sistema de saúde. Portanto, os protocolos isentos de sangue beneficiam não apenas as testemunhas de Jeová, mas a totalidade dos pacientes, mitigando os riscos inerentes à imunomodulação e às lesões por estocagem associadas à transfusão.

Por fim, a bioética reconhece que a autonomia não é exclusiva do paciente. O médico possui o direito à objeção de consciência, podendo recusar-se a realizar atos que contrariem seus ditames morais, mesmo que permitidos por lei[6]. Caso o profissional não se sinta confortável em assumir o risco de tratar um paciente sem a possibilidade de transfusão, ele tem o direito e o dever ético de renunciar ao atendimento, desde que encaminhe o paciente a outro colega capacitado e disposto a realizar o tratamento conforme a vontade do doente. Contudo, essa transferência de cuidados deve ser segura, não sendo permitido o abandono do paciente, especialmente em situações de vulnerabilidade ou emergência sem a devida sucessão terapêutica.

Fixados pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em setembro de 2024, os recursos extraordinários (RE) abordam dois aspectos importantes na tomada de decisão. O RE 979742 afirma que testemunhas de Jeová adultos podem recusar procedimento médico que envolva a transfusão de sangue, com base na autonomia individual e na liberdade religiosa[4]. Além disso, o RE 1212272 reafirma que é permitido ao paciente recusar-se a se submeter a procedimentos de saúde por motivos religiosos, sabendo que essa recusa é condicionada à decisão inequívoca, livre e esclarecida do paciente, inclusive quando veiculada por meio de diretiva antecipada de vontade[5].

A Constituição Federal brasileira de 1988 afirma, em seu 5º Artigo, que "todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a

inviolabilidade do direito à vida"[8]. Com base nisso, pode-se inferir que, para todos os brasileiros, o direito à vida é fundamental. Nesse sentido, pode-se pensar que, quando algum paciente está com problemas e corre risco de vida, a sua decisão será anulada, visto que se deve garantir a vida. Contudo, a Resolução nº 2.232/2019 do Conselho Federal de Medicina (CFM) reconhece o direito do paciente de recusar tratamentos terapêuticos, desde que seja de forma informada e respeitando os limites éticos e legais[6]. Cabe ao médico respeitar a autonomia do paciente, explicar as consequências da sua decisão e fornecer cuidados adequados, mesmo que o paciente tenha recusado a terapia.

Nesse cenário, é possível observar que pacientes testemunha de Jeová, quando adultos e capazes, têm a total autonomia de se recusar a alguma terapêutica que venha ferir seus princípios religiosos. Isso não é só assegurado pela Resolução nº 2.232/2019 do Conselho Federal, como também é afirmada pelos RE 979742 e RE 1212272 [4, 5, 6]. Logo, nesses casos, cabe ao médico não anular a decisão que o paciente testemunha de Jeová toma correndo risco de vida. Além disso, de uma forma ilustrativa, o CRM-SC publicou o Parecer CRM-SC nº 09/2025, que, em síntese, diz que o médico deve sempre buscar uma outra forma de realizar o procedimento que possa sem ferir as crenças de testemunha de Jeová[7]. Ademais, deve-se buscar formas de melhorar o desfecho desses pacientes, como prevenir anemias e diminuir sangramentos.

## *3 Conclusão*

Portanto, é preciso considerar o dever médico de salvar a vida biológica e o direito do paciente testemunha de Jeová à autonomia. Com isso, o poder de escolha do paciente, a opção de terapias alternativas e o cuidado da relação médico-paciente são fatores essenciais que contribuem para um bom atendimento e melhor qualidade de vida de testemunhas de Jeová.

## *Referências*

1. American College of Surgeons. (2018). *Advanced Trauma Life Support (ATLS): Student Course Manual*. 10th ed. Chicago: American College of Surgeons.

2. Rodrigues, Q. P. S., Lins, S. M. S. B., Peres, E. M., Andrade, P. C. D. S. T, Moraes, E. B., & Campos, T. D. S. (2022). Transfusão de sangue e

hemocomponentes para as Testemunhas de Jeová: revisão de escopo. Rev Enferm UERJ, 30(1), e65063. https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/65063/43407

3. Sato, P. (2023). Os limites da autonomia da vontade do paciente: uma análise jurídico-ética. *Jusbrasil*. https://www.jusbrasil.com.br/artigos/os-limites-da-autonomia-da-vontade-do-paciente/1892580876

4. Supremo Tribunal Federal. (2024, 25 de setembro). Testemunhas de Jeová têm direito de recusar procedimento que envolva transfusão de sangue, decide STF. Portal de Notícias STF. https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/testemunhas-de-jeova-tem-direito-de-recusar-procedimento-que-envolva-transfusao-de-sangue-decide-stf/

5. Supremo Tribunal Federal. (2024). Recurso Extraordinário 1.212.272 Alagoas. Relator: Min. Gilmar Mendes. Inteiro Teor do Acórdão. *STF*, Brasília. https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE1.212.272.Testemunhad ejeova769_vAO__r.pdf

6. Conselho Federal de Medicina. (2019). Resolução CFM nº 2.232, de 17 de julho de 2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. *Diário Oficial da União*. https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232

7. Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina. (2025). Parecer CRM-SC nº 09/2025. Assunto: Hemotransfusão em pacientes Testemunhas de Jeová. *CRM-SC*, Florianópolis. https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/SC/2025/9_2025.pdf

8. Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

# Sigilo médico: fundamento ético e legal na relação médico-paciente no mundo globalizado

*Bianca Branco*
*Gabriela Casagrande*
*Luiza Delazzari Barella*

**Resumo:** O presente artigo discute o sigilo médico como fundamento ético e legal essencial para a manutenção da confiança e do respeito na relação médico-paciente, especialmente no contexto do mundo globalizado e digital. A partir de uma abordagem qualitativa e de revisão bibliográfica, foram selecionados artigos disponíveis nas bases de dados SciELO e PubMed, que abordam a importância do sigilo na prática médica e suas implicações éticas na contemporaneidade. O estudo discute aspectos históricos, morais e formativos da confidencialidade médica, bem como os desafios atuais decorrentes da informatização dos prontuários, da telemedicina e da exposição nas redes sociais. Observa-se que, embora os avanços tecnológicos tenham aprimorado a comunicação e a assistência, também ampliaram os riscos de violação da privacidade. Assim, reforça-se que o sigilo não deve ser visto apenas como obrigação legal, mas como um compromisso ético que reafirma o valor do cuidado humano. Conclui-se que preservar o sigilo é preservar a própria essência da medicina, uma prática que se sustenta na empatia, na confiança e no respeito mútuo.

**Palavras-chave:** sigilo médico; bioética; relação médico-paciente.

## *1 Introdução*

O sigilo médico é um dos pilares mais antigos e fundamentais da prática médica, representando a base ética que sustenta a relação entre o médico e o paciente. Trata-se de um princípio que vai além da obrigação legal, sendo a expressão do respeito à intimidade, à confiança e à dignidade humana.

Na bioética, o sigilo é compreendido como um valor indispensável para garantir a autonomia do paciente e o caráter humanizado do cuidado. Ele permite que a relação médico-paciente se construa sobre

a confiança, proporcionando um ambiente seguro para a escuta, o acolhimento e o exercício pleno da liberdade individual. Ao preservar a confidencialidade, o médico protege não apenas informações clínicas, mas também aspectos íntimos da história e da identidade do paciente.

No contexto atual, marcado pela globalização e pela tecnologia, o sigilo médico enfrenta novos desafios. O avanço da telemedicina, a informatização dos prontuários e a presença crescente dos profissionais de saúde nas redes sociais ampliam o acesso à informação, mas também aumentam o risco de exposição de dados sensíveis. Em um mundo onde a circulação de informações é imediata, a ética médica precisa se adaptar sem perder seu caráter essencialmente humano.

O presente trabalho tem como objetivo analisar o sigilo médico como fundamento ético e legal da relação médico-paciente, destacando sua relevância no cenário contemporâneo e as consequências de sua violação. Desse modo, busca-se compreender como esse princípio se mantém atual e indispensável mesmo diante das transformações tecnológicas e sociais que redefinem a prática médica.

## *2 Desenvolvimento*

Segundo Hipócrates, "tudo o que eu vejo ou ouço na vida dos meus pacientes, seja em conexão com minha prática profissional ou não, que não deva ser falado externamente, manterei em segredo, pois considero todas essas coisas como privadas"[1].

O sigilo médico é um dos fundamentos mais sólidos e permanentes da prática médica. Sua existência acompanha a história da medicina desde os seus primórdios, consolidando-se como expressão da confiança que sustenta a relação entre médico e paciente. Resguardar as informações obtidas durante o cuidado não é apenas uma formalidade ética, mas um compromisso moral que reafirma o respeito pela intimidade e pela dignidade humana. Desde o juramento de Hipócrates, o sigilo se mantém como um valor essencial que transcende culturas, épocas e sistemas de saúde.

Na prática, o sigilo funciona como um elo de confiança entre médico e paciente, sendo o que permite que este se abra de forma verdadeira sobre suas dores, fragilidades e vivências. O paciente que procura

atendimento não espera apenas a cura de sua doença, mas também ser ouvido e respeitado em sua totalidade. A confidencialidade, nesse contexto, é o que garante a liberdade de expressão do paciente e possibilita uma relação terapêutica baseada no respeito e na empatia. O sigilo é um mecanismo de proteção do paciente quanto aos seus valores e experiências, fundamentando a confiança necessária à relação médico-paciente. Quando essa confiança é rompida, seja por descuido ou descaso, abala-se toda a estrutura da relação clínica e do vínculo terapêutico.

A importância desse princípio torna-se ainda mais evidente quando ele é violado. Conversas nos corredores, exposição de prontuários ou relatos indevidos de casos clínicos são exemplos comuns de desrespeito à intimidade do paciente[2]. A quebra do sigilo é uma das infrações éticas mais recorrentes e menos reconhecidas na rotina hospitalar, muitas vezes banalizada por gestos cotidianos. Essa banalização é perigosa, pois retira do sigilo seu verdadeiro sentido moral: o de proteger o ser humano em seu momento de maior vulnerabilidade. A ética profissional exige que toda a informação obtida em contexto médico seja tratada com a máxima discrição, não devendo ser compartilhada fora do ambiente de cuidado. Nessas situações, o sigilo deixa de ser um princípio abstrato e se revela como um ato de respeito que depende diretamente da postura do profissional. A ética médica se manifesta no modo como o médico lida com o que lhe é confiado, mantendo a discrição e a empatia mesmo diante da rotina e da pressão do trabalho.

Conforme o Código de Ética Médica, estabelecido pela Resolução CFM nº 2.217/2018, o sigilo profissional constitui dever essencial no exercício da medicina. Tal afirmação é de tamanha importância que confere um capítulo só para si. O documento determina que o médico não pode "revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão" (CFM, 2018, p. 32), salvo por justa causa, dever legal ou consentimento expresso do paciente. A regulamentação busca equilibrar a proteção da privacidade individual com o interesse coletivo, especialmente em situações de saúde pública e uso de sistemas eletrônicos de informação.

A formação médica exerce papel essencial na construção dessa consciência ética. O entendimento sobre o sigilo evolui ao longo da

graduação, mas ainda é desigual entre os estudantes[3]. A educação bioética precisa ir além da teoria, incorporando experiências de empatia e responsabilidade. O aprendizado técnico deve caminhar junto ao desenvolvimento moral, pois é no contato com o paciente que o estudante compreende o verdadeiro significado do sigilo, não o vendo como uma obrigação, mas sim como demonstração de respeito e humanidade.

A formação ética é essencial porque o sigilo não se sustenta apenas em leis ou códigos, mas na consciência de quem o pratica. Ser médico implica assumir a confiança que o paciente deposita e entender que toda informação revelada é um ato de entrega. A ética do sigilo surge da capacidade de perceber o outro como alguém que confia, e não apenas como um objeto de estudo. Quando a relação médico-paciente é tratada com respeito, a confidencialidade se torna genuína; quando há descuido, ela se perde em gestos que parecem pequenos, mas que podem marcar profundamente o paciente.

O mundo globalizado e tecnológico ampliou os desafios éticos do sigilo. A medicina atual é atravessada por novas formas de comunicação, registros eletrônicos e práticas digitais que transformaram a maneira de armazenar e compartilhar dados. A informatização trouxe benefícios inegáveis, como uma maior integração entre serviços e a facilidade de acesso às informações clínicas, assim como elevou o risco de violação de privacidade. Mesmo com o avanço da informatização, ainda é difícil estabelecer com clareza quem pode acessar as informações do paciente e como garantir que elas sejam preservadas. Dessa forma, a confidencialidade precisa ser compreendida também em sua dimensão digital[2].

A questão se torna ainda mais complexa com a expansão das redes sociais e da cultura da exposição. O que antes era uma conversa restrita entre médico e paciente pode se tornar, em segundos, um conteúdo público. Rotineiramente, comentários, imagens e descrições de casos clínicos são divulgados de forma inadequada, o que compromete a ética profissional e expõe o paciente a constrangimentos desnecessários. O sigilo, nesse cenário, exige vigilância e bom senso, sendo também uma prova de caráter. Essa banalização da intimidade é um reflexo de uma sociedade que valoriza a visibilidade mais do que o silêncio, e cabe à medicina resistir a essa tendência.

Nesse sentido, o sigilo médico também pode ser entendido como uma forma de resistência ética diante de um mundo que se acostumou a compartilhar tudo. Atualmente, ser discreto é um ato de responsabilidade e proteger o que foi confiado é reafirmar o valor da palavra dada, o compromisso com o humano e a integridade do ato médico. O sigilo não pertence apenas ao campo da lei, mas à esfera do cuidado: cuidar é, antes de tudo, proteger.

A confidencialidade também é indispensável para o exercício da autonomia do paciente[3]. O respeito ao sigilo é uma das condições que permitem que o paciente tome decisões de forma livre e consciente. Quando o médico demonstra ser digno de confiança, o paciente se sente seguro para expressar seus sentimentos, suas dúvidas e até suas recusas. Essa liberdade só é possível quando há certeza de que tudo o que for dito permanecerá protegido. Assim, o sigilo é, ao mesmo tempo, uma ferramenta ética e um instrumento terapêutico, pois contribui diretamente para a qualidade da relação.

Dessa forma, a medicina contemporânea exige que o profissional da saúde aprenda a equilibrar dois mundos, o técnico e o humano. De um lado, estão os avanços científicos, a digitalização e o fluxo rápido de informações. De outro, está o encontro entre pessoas, em que cada palavra dita pode ter um peso emocional imenso. O médico precisa transitar entre esses dois mundos sem perder de vista o propósito da profissão, e, por isso, o sigilo é o fio que une o conhecimento técnico à sensibilidade moral.

O sigilo médico, portanto, representa mais do que uma obrigação; é um reflexo da relação de respeito entre seres humanos que compartilham fragilidades distintas. O segredo é do paciente, e o médico é apenas o guardião de algo que não lhe pertence, mas que lhe é confiado[2]. Essa ideia traduz a essência do cuidado ético, em que o reconhecimento de que o outro tem o direito à sua própria história, ao seu silêncio e à preservação de sua intimidade.

Em um mundo globalizado, tecnológico e acelerado, manter o sigilo é reafirmar a importância do humano na medicina. A ética não é uma barreira ao progresso, mas sim o que garante que o avanço não destrua o sentido do cuidado. A confidencialidade continua sendo o alicerce da relação médico-paciente, e preservá-la é manter viva a essência da

medicina, uma prática que, antes de ser ciência, é um encontro entre pessoas.

## *3 Conclusão*

O sigilo médico permanece como um dos valores mais significativos e indispensáveis à medicina. Ele é o elo que sustenta a confiança entre médico e paciente, garantindo que o cuidado seja exercido com ética, respeito e humanidade. Mais do que um dever previsto em códigos e leis, o sigilo é um compromisso moral que reafirma o reconhecimento da vulnerabilidade do outro e a responsabilidade de quem o escuta.

Em um mundo globalizado e digital, onde a informação circula com velocidade e a exposição se tornou parte da rotina social, o sigilo adquire novos significados. Ele se transforma em um ato de resistência ética, capaz de preservar o caráter humano da medicina diante das exigências da tecnologia e do imediatismo.

Ademais, é necessário que instituições de formação médica e os conselhos profissionais promovam a educação ética concomitante ao ensino técnico, capacitando os futuros médicos não apenas para cuidar, mas também proteger os pacientes.

Conclui-se que o verdadeiro exercício do sigilo está na consciência ética de cada profissional. Manter o que foi confiado em segredo é proteger o sentido do cuidado, é reafirmar o compromisso com a vida e com a dignidade humana. Em meio às inovações e à globalização, o sigilo permanece como o limite ético que impede que a técnica se sobreponha à humanidade.

## *Referências*


1. Hippocrates. The Hippocratic Oath. (2020). *National Library of Medicine*. https://www.nlm.nih.gov/hmd/topics/greek-medicine/index.html

2. Villas-Bôas, M. E. (2015). O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. *Rev. bioétic. 23*(3), 513-23.

3. Soares, A. A. S., & Batista, C. B. (2023). Sigilo profissional na relação médico--paciente: conhecimento de estudantes de medicina. *Rev. bioét.*, *31*, 1-11.

4. Conselho Federal de Medicina (BR). (2018). Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica [Internet]. *CFM*, Brasília. https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf

# Cuidar do coração ou da pessoa? Desafios éticos da cardiologia contemporânea

*Jerônimo Dotta Grasseli*
*Leandro Baptistella Casagrande*
*Xaiane Peretti Comin*

**Resumo:** O presente trabalho analisa os desafios éticos da prática cardiológica na era da hipertecnologização da medicina, marcada pela expansão contínua de recursos diagnósticos e terapêuticos de alta complexidade. Partindo de uma abordagem bioética, especialmente personalista, o texto discute o impacto da tecnologia sobre o processo decisório clínico, o risco de reducionismo biológico e a emergência das situações-limite na cardiologia contemporânea. Destacam-se os princípios da proporcionalidade terapêutica e da recusa da obstinação terapêutica, bem como o papel da prudência médica como virtude essencial para o discernimento ético. Defende-se, por fim, a centralidade do bem integral da pessoa humana como critério orientador das decisões clínicas, mesmo diante das possibilidades técnicas mais avançadas.

**Palavras-chave:** cardiologia; tecnologia médica; proporcionalidade terapêutica; prudência médica; dignidade da pessoa humana.

## *1 Introdução*

A cardiologia figura entre as áreas da medicina que mais rapidamente incorporaram avanços tecnológicos nas últimas décadas. Procedimentos minimamente invasivos, dispositivos de assistência circulatória, terapias de suporte avançado e métodos diagnósticos cada vez mais precisos transformaram radicalmente o prognóstico de inúmeras doenças cardiovasculares. Tal progresso, inegavelmente benéfico, ampliou a capacidade de intervir sobre o corpo humano e prolongar a vida, mesmo em contextos clínicos outrora considerados irreversíveis.

Entretanto, o crescimento exponencial das possibilidades técnicas trouxe consigo novos dilemas éticos. A simples disponibilidade de uma intervenção passou, em muitos casos, a ser confundida com sua indicação moral. Surge, assim, uma questão central para a bioética aplicada

à cardiologia: até que ponto intervir significa verdadeiramente cuidar? Ou, dito de outro modo, quando o "fazer tudo" deixa de ser expressão de beneficência para se tornar obstinação terapêutica? Responder a essa pergunta exige superar uma visão meramente tecnicista da prática cardiológica e recuperar uma compreensão integral da pessoa humana, na qual a tecnologia ocupe o lugar de instrumento a serviço do bem do paciente, e não de critério último da decisão clínica.

## *2 Desenvolvimento*

A cardiologia contemporânea encontra-se profundamente marcada pelo fenômeno da hipertecnologização da medicina. Nas últimas décadas, avanços diagnósticos e terapêuticos redefiniram os limites da intervenção clínica, alterando de modo significativo a relação entre doença cardiovascular, prognóstico e mortalidade[1, 2]. O que antes era considerado inexorável passou a ser tecnicamente manejável, transformando quadros outrora fatais em condições potencialmente controláveis. Contudo, essa ampliação das possibilidades terapêuticas não ocorre sem ambivalências, pois frequentemente implica intervenções complexas, invasivas e prolongadas, que nem sempre se traduzem em benefício proporcional para o paciente.

Tecnologias como angioplastias multivasculares, implantes valvares percutâneos, cardiodesfibriladores implantáveis, terapias de ressincronização cardíaca, Oxigenação por Membrana Extracorpórea (ECMO) e dispositivos de assistência ventricular de longa duração tornaram-se progressivamente acessíveis em centros especializados[3, 4]. Esses recursos ampliaram de forma inédita a capacidade de prolongar a vida biológica, inclusive em contextos de falência cardíaca avançada. Ao mesmo tempo, passaram a deslocar o limiar entre tratamento e prolongamento artificial da vida, criando zonas de incerteza clínica e ética cada vez mais frequentes na prática cardiológica cotidiana.

Esse progresso técnico, contudo, não se limita à introdução de novos meios terapêuticos; ele modifica profundamente a própria racionalidade médica. A prática cardiológica contemporânea é cada vez mais orientada por algoritmos decisórios, escores prognósticos, protocolos institucionais e indicadores de desempenho, o que tende a reforçar

uma visão instrumental da clínica[5]. Embora tais instrumentos sejam úteis para padronizar condutas e reduzir variabilidades injustificadas, existe o risco de que o julgamento clínico seja substituído por uma aplicação quase automática de diretrizes, enfraquecendo o espaço da deliberação ética individual.

Nesse contexto, a hipertecnologização favorece um progressivo reducionismo biológico, no qual o paciente é compreendido prioritariamente a partir de parâmetros hemodinâmicos, imagens diagnósticas e dados laboratoriais, em detrimento de sua condição existencial e biográfica[6]. O coração tende a ser tratado como um sistema mecânico passível de correções sucessivas, enquanto a pessoa que nele vive – com seus valores, limites e expectativas – corre o risco de desaparecer do centro da decisão clínica. Tal deslocamento antropológico compromete a integralidade do cuidado e empobrece o sentido ético da prática médica.

Esse fenômeno é agravado pela crescente fragmentação do cuidado. A alta especialização cardiológica, embora tecnicamente necessária, com frequência, conduz a uma divisão excessiva de responsabilidades, na qual nenhum profissional se reconhece plenamente responsável pela decisão global sobre o melhor interesse do paciente[7]. A tecnologia, nesse cenário, tende a assumir um papel quase normativo: se uma intervenção é tecnicamente possível e disponível, presume-se que deve ser realizada, a despeito de uma avaliação ética mais ampla.

É precisamente nesse ponto que a bioética se apresenta como instância crítica indispensável. Como afirmam diversos autores da ética médica contemporânea, a possibilidade técnica não constitui, por si só, critério suficiente de legitimidade moral[8]. A cardiologia hipertecnológica exige, portanto, uma reavaliação constante dos fundamentos éticos da decisão clínica, sob pena de converter o cuidado em mera gestão de procedimentos, esvaziando sua dimensão propriamente humana.

Além disso, a ampliação do arsenal tecnológico impacta profundamente a experiência subjetiva do adoecimento cardiovascular. Pacientes submetidos a múltiplas intervenções podem vivenciar longos períodos de hospitalização, dependência crônica de dispositivos e perda progressiva da autonomia funcional, sem que isso se traduza em

melhora proporcional da qualidade de vida[9]. Essas situações levantam questionamentos éticos relevantes sobre o real benefício das intervenções e sobre o significado de prolongar a vida em condições marcadas por sofrimento persistente e limitação existencial.

Diante desse cenário, torna-se evidente que a cardiologia enfrenta não apenas um desafio técnico, mas sobretudo um desafio antropológico e moral. A tecnologia, quando absolutizada, tende a obscurecer a finitude humana e a fragilidade constitutiva da condição do paciente cardíaco. Recuperar uma visão integral da pessoa implica reconhecer que o cuidado autêntico não se mede exclusivamente pela sofisticação dos meios empregados, mas pela fidelidade ao bem global do paciente, considerado em sua totalidade corporal, psíquica e moral[10].

É nesse horizonte que se insere o princípio da proporcionalidade terapêutica. Tal princípio pressupõe uma avaliação prudencial entre os benefícios razoavelmente esperados de uma intervenção e os ônus que ela impõe ao paciente, não apenas em termos fisiológicos, mas também existenciais, psicológicos e morais[11]. Trata-se de um juízo ético concreto, inseparável das circunstâncias clínicas, do prognóstico realista e da singularidade da pessoa assistida.

Na bioética personalista, especialmente na formulação de Elio Sgreccia, esse discernimento está ancorado na noção de *bonum integrale personae*, segundo a qual a moralidade do ato médico não se reduz à eficácia técnica, mas deve ser avaliada à luz do bem global da pessoa humana[10]. Assim, um tratamento é eticamente proporcionado quando oferece uma esperança razoável de benefício integral, sem impor sofrimentos excessivos ou desproporcionais à condição concreta do paciente. Essa perspectiva exige a distinção clássica entre meios terapêuticos ordinários e extraordinários, amplamente reconhecida na tradição ética médica e nos documentos contemporâneos deontológicos[12]. Os meios ordinários são aqueles que, em determinado contexto clínico, oferecem benefício significativo e são razoavelmente suportáveis. Já os meios extraordinários caracterizam-se por baixo impacto positivo, elevado ônus ou pela tendência a prolongar artificialmente o processo de morrer, sem real promoção da vida pessoal.

Essas categorias assumem particular relevância nas situações-limite da prática cardiológica, sobretudo em pacientes com insuficiência

cardíaca avançada, múltiplas comorbidades e deterioração funcional progressiva. Nesses contextos, a repetição de intervenções complexas – como revascularizações sucessivas, suporte circulatório mecânico prolongado ou ECMO sem perspectiva de recuperação – pode resultar em prolongamento da vida biológica dissociado de qualquer melhora proporcional da qualidade de vida[13].

A literatura ética e clínica reconhece que tais intervenções podem configurar situações de futilidade terapêutica, quando não oferecem benefício clinicamente relevante ou quando os ônus superam claramente os possíveis ganhos[14]. Persistir nessas condutas não representa necessariamente cuidado, mas pode configurar obstinação terapêutica, especialmente quando a tecnologia passa a substituir o discernimento clínico e ético individual.

A recusa da obstinação terapêutica, entretanto, não deve ser confundida com abandono do paciente. Ao contrário, trata-se de uma forma qualificada de cuidado, que reconhece os limites da medicina e reafirma a centralidade da pessoa humana no processo decisório. Suspender ou não iniciar intervenções desproporcionais pode expressar profundo respeito pela dignidade do paciente, sobretudo quando acompanhado de medidas de conforto, acompanhamento clínico atento e integração precoce dos cuidados paliativos.

Nesse contexto, a prudência médica emerge como virtude essencial da prática cardiológica contemporânea. Herdada da tradição aristotélico-tomista e amplamente incorporada à ética médica moderna, a prudência consiste na capacidade de deliberar retamente sobre os meios mais adequados para alcançar um bom fim, em circunstâncias concretas frequentemente marcadas pela incerteza[15]. Na cardiologia de alta complexidade, a prudência protege o médico tanto do intervencionismo acrítico quanto da omissão injustificada.

A prudência exige, ainda, escuta atenta, diálogo com o paciente e seus familiares e integração efetiva do trabalho multiprofissional[16]. Decisões tomadas em isolamento técnico tendem a empobrecer o julgamento moral, ao passo que a deliberação compartilhada favorece escolhas mais equilibradas, responsáveis e humanizadas. Ao integrar proporcionalidade terapêutica, análise das situações-limite e prudência médica, a bioética oferece à cardiologia um critério sólido para resistir

à absolutização da tecnologia. Reconhecer que nem tudo o que é tecnicamente possível é eticamente desejável não diminui a medicina; ao contrário, reconduz a prática cardiológica à sua vocação mais autêntica: cuidar da pessoa humana em sua totalidade, inclusive quando a cura já não é possível[17].

## *3 Conclusão*

A cardiologia contemporânea, marcada pela hipertecnologização da prática médica, encontra-se diante do desafio de integrar excelência técnica e responsabilidade ética sem reduzir o cuidado à mera aplicação de procedimentos. O extraordinário avanço dos recursos diagnósticos e terapêuticos ampliou as possibilidades de intervenção, mas também tornou mais frequentes as situações-limite em que o prolongamento da vida biológica já não corresponde ao bem integral da pessoa. Nesse contexto, a bioética – especialmente em sua abordagem personalista – oferece critérios sólidos para orientar a decisão clínica, ao articular proporcionalidade terapêutica, reconhecimento da futilidade e recusa da obstinação terapêutica. A prudência médica emerge, assim, como virtude indispensável para discernir, em cada caso concreto, não apenas o que é tecnicamente possível, mas o que é eticamente devido. Reconhecer os limites da medicina, escutar a singularidade do paciente e preservar sua dignidade mesmo diante da incurabilidade não representa fracasso terapêutico, mas expressão da forma mais elevada de cuidado na prática cardiológica contemporânea.

## *Referências*


1. American Heart Association. (s. d.). History of cardiology. *American Heart Association*, Dallas (TX). https://www.heart.org
2. European Society of Cardiology. (s. d.). Innovation in cardiology. *European Society of Cardiology*, Sophia Antipolis. https://www.escardio.org
3. European Society of Cardiology. (s. d.). Advanced cardiac therapies Sophia Antipolis. *European Society of Cardiology*. https://www.escardio.org
4. American Heart Association. (s. d.). Advanced heart failure management. *American Heart Association*, Dallas. https://professional.heart.org
5. SciELO Brasil. (s. d.). Bioética clínica e tecnologia. *SciELO*, São Paulo. https://www.scielo.br

6. Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1988). *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*. New York: Oxford University Press.

7. Stanford Encyclopedia of Philosophy. (2015). Philosophy of medicine. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Stanford (CA). https://plato.stanford.edu

8. American Medical Association. (s. d.). Medical futility. *AMA Journal of Ethics*. https://journalofethics.ama-assn.org

9. Journal of Medical Ethics. (s. d.). Futility and quality of life. *BMJ Publishing Group*, London. https://jme.bmj.com

10. Sgreccia, E. (2007). *Manuale di bioetica: Fondamenti ed etica biomedica*. 4. ed. Milano: Vita e Pensiero.

11. American Medical Association. (s. d.). Medically ineffective interventions. *AMA*, Chicago (IL). https://www.ama-assn.org

12. Conselho Federal de Medicina. (s. d.). Limites éticos da terapêutica. *CFM*, Brasília (DF). https://portal.cfm.org.br

13. National Library of Medicine (US). (s. d.). Futility in cardiology. *PubMed*. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

14. Journal of Medical Ethics. (s. d.). Medical futility. *BMJ Publishing Group*, London. https://jme.bmj.com

15. Stanford Encyclopedia of Philosophy. (2018). Virtue ethics. *Stanford University*, Stanford. https://plato.stanford.edu

16. World Health Organization. (s. d.). Ethics and clinical decision-making. *World Health Organization*, Geneva. Disponível em: https://www.who.int

17. Pellegrino, E. D. (2008). *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader*. Washington (DC): Georgetown University Press.

# O papel da bioética na decisão cirúrgica: do cirurgião ao paciente

*Julia Ferreira Gums*

**Resumo:** Este capítulo tem como objetivo discutir a importância da bioética na prática cirúrgica contemporânea, evidenciando como os princípios fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça devem orientar as decisões médicas, desde a escolha terapêutica até a relação com o paciente. Trata-se de uma revisão bibliográfica desenvolvida por meio de pesquisa em bases de dados científicas, como SciELO e PubMed, utilizando descritores relacionados à bioética e à cirurgia. A partir da análise teórica, foram selecionados aspectos da prática cirúrgica para exemplificar a aplicação dos princípios bioéticos em situações reais e recorrentes na rotina médica. Discute-se, por exemplo, a transição do modelo médico paternalista para uma medicina baseada na autonomia e no consentimento informado; os desafios em equilibrar riscos e benefícios em procedimentos invasivos; e os dilemas relacionados à desigualdade de acesso a tecnologias cirúrgicas no sistema de saúde brasileiro, que compromete o princípio da justiça. Conclui-se que a atuação do cirurgião deve estar profundamente alinhada aos valores éticos, não apenas como complemento da técnica, mas como fundamento da prática médica responsável. A bioética, nesse sentido, representa uma ponte indispensável entre o saber científico e o respeito à dignidade humana, sendo essencial para garantir uma assistência mais consciente e humanizada no contexto cirúrgico.

**Palavras-chave:** cirurgia; bioética; ética.

## *1 Introdução*

A cirurgia é uma especialidade médica reconhecida pelos seus preceitos de decisão, precisão e resolutividade. É uma área em que a técnica é supervalorizada, sendo preponderante sobre todas as outras competências que um médico deve ter para exercer a sua profissão. É inegável a importância desse requisito, dada a responsabilidade de acessar o interior do corpo humano em busca da cura ou alívio do sofrimento[1]. Contudo, sabe-se que, de forma isolada, de nada vale

dominar essa habilidade com excelência sem a existência dos princípios bioéticos, que devem nortear a vida profissional e, sobretudo, a pessoal.

A palavra bioética é formada a partir dos radicais gregos *bio* (vida) e *ethos* (conduta), sendo uma área interdisciplinar entre biologia, medicina e filosofia, pautada em estudar sistematicamente as dimensões morais das ciências da vida e da atenção à saúde[2]. Ela permite uma reflexão crítica sobre as implicações morais das práticas biomédicas, identificando os valores e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida, a qual deve ser aplicada de forma responsável e eticamente orientada. O termo emergiu no século XX frente à crescente complexidade das decisões em saúde. No livro *Bioética: ponte para o futuro*, o médico oncologista e humanista Van Rensselaer Potter escreveu que, apesar de a ética e a ciência marcharem por caminhos diferentes, a bioética deve ser a ponte que as interliga, unindo o conhecimento técnico aos valores humanos[1].

Nesse contexto de transformações, em 1978, a Comissão de Belmont estabeleceu os princípios de autonomia, beneficência e justiça, com o intuito de promover padrões éticos no campo da pesquisa científica da época. Anos mais tarde, os eticistas Beauchamp e Childress acrescentaram à tríade o princípio da não maleficência[1]. Desde então, o estudo da bioética se tornou inseparável da prática médica, e os seus princípios constituem a base que rege todos os setores da saúde. No âmbito da cirurgia, o componente ético é ainda mais crítico e exige a aplicação de princípios bem fundamentados, visto que a intensidade dos dilemas enfrentados diariamente é ainda maior.

Este capítulo tem como objetivo principal evidenciar que o campo cirúrgico, em todas as suas dimensões, está imerso nos princípios da bioética. A ética deve estar integrada à natureza do cirurgião, estando presente na sua formação e qualificação, na sua relação com o paciente, em suas condutas, sempre pautadas na responsabilidade moral, humildade e respeito à dignidade humana[1]. Além de destacar os desafios éticos da especialidade, oriundos da complexidade do exercício adequado da profissão, a autonomia do paciente, do debate sobre os avanços tecnológicos e da distribuição justa dos recursos de saúde[1, 2], partiremos da análise de cada princípio bioético, aplicando-os ao cenário contemporâneo, com foco nos dilemas vivenciados no cotidiano

da prática cirúrgica. Afinal, a ética não se encerra na sala de cirurgia, ela deve acompanhar o profissional igualmente em outros domínios[1].

## *2 Desenvolvimento*

### 2.1 Autonomia

Desde o século V, a especialidade cirúrgica assumiu uma postura paternalista, em que o cirurgião possuía uma posição autoritária, e suas decisões eram soberanas, principalmente sobre a opinião do paciente, quando os questionamentos acerca da conduta ainda eram incomuns. O cirurgião carregou esse título por muitos séculos, sendo ainda possível reconhecer traços nos comportamentos de alguns médicos atualmente, que ainda não se desvencilharam desse modelo tradicional e ultrapassado[1]. Entretanto, esse título está cada vez mais enfraquecido na contemporaneidade, em decorrência da mudança no padrão da relação médico-paciente, em que a autoridade inquestionável está perdendo espaço para uma medicina com decisão compartilhada, em que o paciente tem mais acesso à informação e mais permissividade de questionar e fazer parte das decisões a respeito de sua saúde, a partir das possibilidades existentes propostas pelo médico, usufruindo de seu livre arbítrio. Esse novo funcionamento decorre de esforços feitos por bioeticistas durante anos, na promoção da autodeterminação do paciente, a partir do consentimento informado[3].

O pioneirismo do processo de consentimento iniciou ainda no século XVII por eticistas britânicos, de maneira rudimentar, e foi tomando formas mais aprimoradas até o documento que hoje conhecemos, fazendo parte da boa prática médica[5, 6]. O termo de consentimento é um documento fornecido pelo médico ao paciente ou seu representante legal sempre que este for submetido a um procedimento invasivo, devendo estar descrito o que foi discutido verbalmente, como o que será feito, quando e como, além dos riscos existentes e o prognóstico esperado. É a representação formal do pacto entre médico e paciente, que precisa conter a assinatura de ambos[2]. Esse documento é um dever legal, que representa o cumprimento do princípio de autonomia.

No entanto, um discurso repleto de termos técnicos, aliado a explicações excessivamente simplificadas[3], compromete a autonomia do

paciente. Isso pode ocorrer tanto por limitações comunicativas do cirurgião, ao não adaptar sua linguagem à realidade cultural, intelectual ou linguística do paciente, quanto pela submissão aos modelos atuais de funcionamento dos serviços de saúde, que priorizam a produtividade em detrimento da qualidade do cuidado[6]. Soma-se a isso o uso termos de consentimento padronizados, que apresentam os procedimentos de forma genérica e impessoal, esvaziando o caráter individualizado da decisão. Como resultado, o paciente é privado do pleno exercício da sua autonomia.

Apesar dos esforços para uma prática mais horizontal nas decisões de condutas médicas, esse processo ainda apresenta muitas deficiências. Autores evidenciaram que, apesar do aumento das capacidades terapêuticas dos médicos, o respeito e a confiança na relação médico-paciente se deterioraram nos últimos anos, isso porque a medicina está cada vez mais fragmentada, episódica e impessoal[7]. Dessa forma, esse paradigma exige que o cirurgião forneça uma escuta ativa, adeque o seu vocabulário de acordo com a capacidade intelectual de cada paciente e estabeleça uma relação de confiança, para promover uma medicina genuinamente compartilhada.

## 2.2 Beneficência e não maleficência

Conceitualmente, esses princípios possuem significados distintos, mas as definições se sobrepõem. Enquanto o princípio de beneficência visa exclusivamente promover benefícios por meio das intervenções, o princípio de não maleficência refere-se ao dever de não causar prejuízos ao paciente. Ambos são fundamentais na tomada de decisão cirúrgica, sendo utilizados para ponderar se os benefícios superam os riscos do procedimento[4].

A complexidade na tomada de decisão de um cirurgião, ao escolher realizar ou não a cirurgia e qual a melhor técnica a ser utilizada, reflete na importância de os princípios existirem como a base que guiam a conduta médica. Dessa forma, os médicos saberão que estão partindo de um pressuposto ético e íntegro, afastando-se de possíveis conflitos de interesse, protegendo-se das intrusões dos gestores de saúde e não sendo influenciados somente pelas expectativas do paciente.

A partir do exercício do raciocínio ético, é possível construir um julgamento clínico baseado em suas qualificações, com a clareza de que elas possuem um significado consistente e sustentado cientificamente, orientado pelas repercussões que suas ações podem gerar na vida do paciente[7].

Assim, destituídos de meras opiniões, da intuição e dos exercícios arbitrários da autoridade institucional, os profissionais poderão agir com humildade (virtude que os coloca em contato com suas fraquezas e os torna conscientes dos próprios limites) e com responsabilidade, que oportuniza a previsão dos efeitos de uma atitude e a possibilidade de corrigi-la previamente[5, 2].

## 2.3 Justiça

Os empecilhos éticos enfrentados na especialidade cirúrgica não partem somente do indivíduo cirurgião, a saúde pública está diretamente envolvida, principalmente na garantia do princípio da justiça. Esse princípio preza pela distribuição justa e igualitária dos recursos de saúde do tratamento dos pacientes. Entretanto, a realidade brasileira está distante de atingir essa equidade, considerando a desigualdade do funcionamento dos sistemas de saúde entre os estados, as disparidades estruturais, da segregação no acesso aos recursos, como as tecnologias cirúrgicas, em que o médico não pode decidir pela técnica que garante o melhor desfecho, mas precisa optar por aquela que está disponível. Todos esses fatores atuam de maneira sinérgica, ferindo o princípio de justiça distributiva.

É evidente que há um desenvolvimento massivo de novas tecnologias, que determinam maior reflexão na escolha do método operatório[1]. Ademais, é reconhecido que a cirurgia videolaparoscópica, em comparação com a cirurgia convencional, é menos invasiva, reduzindo o tempo de internação, com uma menor incidência de complicações pós-operatórias e uma recuperação mais rápida[8]. No entanto, há uma grande disparidade no acesso à cirurgia laparoscópica no Brasil, sendo bem documentada na literatura. Um estudo nacional sobre apendicectomia demonstrou que fatores sociais, como raça branca, maior status socioeconômico, estrutura hospitalar avançada e regiões Sul e Sudeste,

são preditores independentes para a escolha dessa técnica, reforçando a desigualdade de acesso às cirurgias minimamente invasivas no país[9].

Os ganhos oriundos dos avanços tecnológicos no cenário cirúrgico são inegáveis, contudo, desencadeiam questionamentos éticos complexos se forem observados sob a perspectiva de que somente uma pequena parcela da população desfruta dessas inovações. O cirurgião se encontra em uma posição delicada, pois reconhece que existem métodos que promovem melhores desfechos, mas que não são disponibilizados para todos[10]. Tais questões são mazelas existentes na saúde pública que se referem diretamente ao princípio da justiça.

## *3 Conclusão*

A atuação do cirurgião, mais do que uma habilidade técnica, é um exercício constante de julgamento ético. A bioética, ao permear a prática cirúrgica, resgata a centralidade do ser humano em meio à complexidade das decisões clínicas e aos avanços tecnológicos. O respeito à autonomia, ao permitir que o paciente participe ativamente de sua trajetória terapêutica, representa um rompimento com o modelo médico paternalista e reforça a importância de uma comunicação clara, acessível e empática.

Do mesmo modo, os princípios de beneficência e não maleficência exigem que cada decisão cirúrgica seja sustentada por critérios técnicos, mas também morais, ponderando riscos, benefícios e os limites da intervenção médica. Já o princípio da justiça, especialmente no contexto da saúde pública brasileira, impõe desafios que ultrapassam a sala de cirurgia, evidenciando as desigualdades no acesso a tecnologias, recursos e condições adequadas de tratamento.

Nesse cenário, cabe ao cirurgião não apenas executar procedimentos, mas refletir sobre o impacto de suas escolhas na vida dos pacientes, reconhecendo os limites do sistema e buscando, dentro de suas possibilidades, práticas mais equitativas.

## *Referências*

1. Silva, M., Souza, A., & Pereira, F. *et al.* (2011). A ética médica sob o viés da bioética: o exercício moral da cirurgia. *Rev Col Bras Cir, 38*(5).

2. CREMERJ. (2006). *Bioética e Medicina*. Rio de Janeiro: CREMERJ.

3. Schwarze, M. L., Arnold, R. M., Clapp, J. T., & Kruser, J. M. (2024). Better Conversations for Better Informed Consent. *Hastings Cent Rep*, *54*(3), 11-14.

4. Emanuel, E. J., Wendler, D., & Grady, C. (2000). What Makes Clinical Research Ethical? *JAMA*, *283*(20), 2701-2711.

5. McCullough, L. B., & Jones, J. W. (2009). Unravelling ethical challenges in surgery. *Lancet*, *374*(9695), 1058-1059.

6. Convie, L. J., Carson, E., McCusker, D., Clarke, M., Mulvin, D., & Tierney, S. (2020). The patient and clinician experience of informed consent for surgery: a systematic review of the qualitative evidence. *BMC Med Ethics*, *21*(1), 58.

7. Torjuul K, Nordam A, Sørlie V. Ethical challenges in surgery as narrated by practicing surgeons. BMC Med Ethics. 2005. 6:2.

8. Pizzol, D., Trott, M., & Grabovac, I. *et al*. (2021). Laparoscopy in low-income countries: 10-yearexperience and systematic literature review. *Int J Environ Res Public Health*, *18*(11), 5796.

9. Gerk, A., Moreira Melo, P. H., & Amoei, M. *et al*. (2025). Determinants of surgical approach to pediatric appendicitis in Brazil. *Pediatr Surg Int*, *41*(1), 141.

10. Arjomandi Rad, A., Vardanyan, R., Athanasiou, T., Maessen, J., & Sardari Nia, P. (2025). The ethical considerations of integrating artificial intelligence into surgery: a review. *Interdiscip Cardiovasc Thorac Surg*, *40*(3), 192.

# O papel do médico frente à gestação tardia a partir da perspectiva dos princípios da bioética

*Júlia Posser*
*Luiza Dresch Panazzolo*

**Resumo:** A gestação tardia apresenta maior complexidade biológica, com aumento dos riscos maternos e fetais, incluindo complicações obstétricas, alterações cromossômicas e maior incidência de condições clínicas como hipertensão e diabetes. Nesse contexto, o papel do médico torna-se essencial, não apenas na assistência técnica, mas também no âmbito ético, assumindo a responsabilidade de conduzir a gestação de forma segura e humanizada. A aplicação dos princípios da bioética, especialmente a beneficência, a não maleficência, a justiça e a autonomia profissional do médico, orienta a tomada de decisões clínicas, garantindo que os cuidados priorizem a preservação da saúde materna e fetal, evitando danos e promovendo o bem-estar. A metodologia deste trabalho envolveu pesquisa em sites acadêmicos e científicos, como o PubMed, além da integração de conteúdos e aprendizados obtidos nas aulas de bioética, permitindo uma análise fundamentada e crítica sobre a gestação tardia. Ao longo do artigo, será abordada a atuação médica frente à gestação tardia, com ênfase, ao final, na análise e discussão dos valores da bioética que fundamentam uma prática ética, responsável e humanizada.

**Palavras-chave:** gestação tardia; papel do médico; bioética; autonomia profissional; acompanhamento médico.

## *1 Introdução*

O momento de vivenciar a maternidade tem mudado ao longo do tempo. Se, em outras gerações, a gravidez costumava ocorrer mais cedo, atualmente é cada vez mais comum que mulheres optem por adiar esse projeto de vida, seja pela dedicação aos estudos e à carreira, pela busca de estabilidade financeira ou pelos avanços da medicina reprodutiva. Nesse contexto, a gestação tardia, tradicionalmente definida como aquela que ocorre a partir dos 35 anos, tornou-se uma realidade cada vez mais presente na prática médica[1, 2].

Essa mudança, entretanto, traz consigo uma questão que vai além da própria gestação. Com o avanço da idade materna, aumentam alguns

riscos para a mãe e para o feto, pedindo um acompanhamento médico mais cuidadoso e especializado. Ao mesmo tempo, trata-se de uma escolha reprodutiva que envolve a autonomia da mulher. Surge, então, um desafio para a medicina: como oferecer a melhor assistência diante de uma gestação de maior complexidade sem deixar de respeitar as escolhas e a autonomia da paciente?

É nesse ponto que a bioética se faz essencial. A atuação do médico não se limita à identificação de riscos e à indicação de condutas, mas requer também orientar, prevenir, esclarecer e acompanhar a paciente de forma responsável. Os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça fornecem importantes bases para equilibrar o conhecimento técnico do profissional, a proteção da saúde materno-fetal e o respeito à paciente.

Dessa forma, este trabalho busca analisar o papel do médico frente à gestação tardia, considerando os aspectos clínicos envolvidos e a aplicação dos princípios da bioética na condução dessa realidade.

## *2 Desenvolvimento*

Primeiro, é fundamental esclarecer que a gestação tardia é um fenômeno diretamente ligado às mudanças sociais e aos novos papéis assumidos pela mulher na sociedade contemporânea. O prolongamento do tempo dedicado aos estudos, a inserção e a consolidação no mercado de trabalho e a busca por autonomia financeira fazem com que muitas mulheres optem por adiar a maternidade para um momento considerado mais estável de suas vidas. Esse adiamento, embora represente uma escolha legítima e autônoma, acaba deslocando a experiência da gravidez para uma fase biologicamente mais sensível, que merece atenção e cuidados especiais por parte dos profissionais da saúde, especialmente os obstetras. Após os 35 anos de idade, o organismo feminino passa por transformações fisiológicas naturais associadas ao processo de envelhecimento, especialmente no âmbito do sistema reprodutivo, o que confere mais complexidade biológica à gestação tardia. Observa-se, nesse período, a redução progressiva da fertilidade, decorrente da diminuição quantitativa e qualitativa dos oócitos[2], bem como alterações graduais no equilíbrio hormonal, que

podem influenciar a regularidade do ciclo menstrual. Ademais, verifica-se o aumento da incidência de condições clínicas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, capazes de impactar o curso gestacional[3]. Em razão desses fatores, eleva-se o risco de intercorrências obstétricas, incluindo pré-eclâmpsia, parto prematuro e alterações cromossômicas fetais (maior chance de a criança nascer com Síndrome de Down), além de uma recuperação pós-parto potencialmente mais prolongada e a necessidade de realizar cesariana por ser parto de risco[4]. Tais aspectos reforçam a relevância do acompanhamento médico especializado e da tomada de decisões fundamentadas em informações claras, à luz dos princípios da bioética.

O papel do médico frente à gestação tardia vai além do acompanhamento clínico convencional, assumindo uma função preventiva, educativa e ética. Diante do aumento dos riscos maternos e fetais associados à gravidez após os 35 anos, o profissional deve solicitar exames essenciais para monitorar a saúde da mãe e do bebê, como hemograma, glicemia, avaliação da pressão arterial, ultrassonografias periódicas, exames hormonais e testes de rastreamento genético, quando indicados[5]. Além disso, o médico deve orientar a gestante sobre cuidados importantes para reduzir complicações, enfatizando a necessidade de manter uma alimentação equilibrada, evitar o consumo de álcool e tabaco, praticar atividades físicas compatíveis com seu estado de saúde e seguir corretamente as orientações de suplementação, como ácido fólico e vitaminas.

Dessa forma, a atuação médica se torna fundamental para promover uma gestação mais segura e saudável, prevenindo intercorrências e fortalecendo a responsabilidade da paciente em adotar hábitos que favoreçam o bem-estar materno e fetal. Diante dos desafios impostos pela gestação tardia, o médico ginecologista assume um papel bastante significativo, que vai além do acompanhamento clínico tradicional, configurando-se como um agente ético essencial no processo de tomada de decisões reprodutivas. Sua atuação deve estar pautada na oferta de informações científicas atualizadas e acessíveis, permitindo que a mulher compreenda, de forma realista, tanto os benefícios quanto os riscos envolvidos na gravidez após os 35 anos. Nesse sentido, o ginecologista deve promover o diálogo e o consentimento informado,

respeitando a autonomia da paciente sem desconsiderar os princípios da beneficência e da não maleficência. Além disso, é responsabilidade desse profissional indicar exames adequados, encaminhar para acompanhamento multiprofissional quando necessário e garantir vigilância contínua ao longo da gestação, reduzindo possíveis intercorrências.

Os princípios da bioética orientam a conduta do médico para que a assistência à gestante seja realizada de forma ética, responsável e fundamentada em critérios científicos. Nesse contexto, a autonomia profissional do médico é essencial para a tomada de decisões clínicas, permitindo que ele avalie, com base em seu conhecimento técnico e científico, os riscos e benefícios envolvidos na gestação tardia. Cabe ao profissional conduzir o cuidado de forma prudente, explicando a situação clínica de maneira clara e acessível, ao mesmo tempo em que define as condutas mais adequadas para a preservação da saúde materna e fetal. Ademais, o princípio da beneficência orienta o médico a atuar sempre em busca do melhor desfecho possível para a mãe e o bebê, adotando medidas que promovam o bem-estar e reduzam potenciais complicações, especialmente em uma gestação que exige mais vigilância e acompanhamento contínuo.

Ao mesmo tempo, é possível notar que o princípio da não maleficência reforça a obrigação do médico de evitar causar danos, o que implica a necessidade de sempre agir com cautela na indicação de exames, medicamentos e procedimentos, evitando intervenções desnecessárias que possam trazer riscos para a gestante e para o bebê. Por fim, o princípio da justiça exige que a gestante receba um atendimento igualitário, sem discriminação ou julgamentos relacionados à idade, garantindo acesso adequado aos cuidados de saúde disponíveis. Dessa forma, ao aplicar esses princípios de maneira conjunta, o médico contribui para uma assistência mais segura, humana e ética, respeitando a mulher e promovendo uma gestação acompanhada com responsabilidade e respeito.

Portanto, embora a gestação tardia esteja associada a riscos aumentados para a mãe e para o bebê, como maior chance de complicações clínicas e obstétricas, esses fatores não devem ser encarados como impedimentos absolutos à maternidade. Com um acompanhamento médico adequado, baseado em conhecimento científico, vigilância cons-

tante e condutas éticas, é possível identificar precocemente possíveis intercorrências e adotar medidas preventivas que reduzam significativamente esses riscos. O papel do médico, portanto, é indispensável para transformar uma gestação biologicamente mais complexa em um processo mais seguro e consciente, oferecendo suporte técnico e emocional à gestante. Assim, a atuação responsável e orientada de forma bioética do profissional de saúde permite conciliar os avanços sociais que levaram ao adiamento da maternidade com a preservação da saúde materno-fetal, garantindo uma assistência mais segura, humanizada e respeitosa.

## *3 Conclusão*

Diante do exposto, conclui-se que a gestação tardia é um fenômeno cada vez mais presente na sociedade contemporânea, resultado de transformações sociais, culturais e científicas que ampliaram a autonomia feminina e redefiniram o momento da maternidade. Embora esse tipo de gestação esteja associado a maiores riscos maternos e fetais, tais desafios não devem ser interpretados como impedimentos absolutos, mas como condições que exigem maior atenção, preparo e acompanhamento especializado. Nesse cenário, o papel do médico mostra-se essencial, não apenas no âmbito técnico, mas também ético, atuando como mediador entre conhecimento científico e as decisões da paciente.

Assim, cabe ao profissional de saúde fornecer informações claras e acessíveis, promover o bem-estar materno e fetal e evitar danos desnecessários, sempre guiado pelos princípios da bioética. Além disso, é indispensável garantir um atendimento justo, livre de preconceitos relacionados à idade, assegurando à gestante acesso adequado aos cuidados de saúde. Dessa forma, a atuação médica ética, humanizada e fundamentada em evidências científicas, possibilita uma condução mais segura da gestação tardia, conciliando o direito reprodutivo da mulher com a preservação da sua saúde e da do bebê.

## *Referências*


1. Pinheiro, R. L., Areia, A. L., Mota Pinto, A., & Donato, H. (2019). Advanced maternal age: adverse outcomes of pregnancy, a meta-analysis. *Acta Med Port*, *32*(3), 219-226. DOI: 10.20344/amp.11057.

2. Eftekhari Moghadam, A. R., Taheri Moghadam, M., Hemadi, M., & Saki, G. (2022). Oocyte quality and aging. *JBRA Assist Reprod*, *26*(1), 105-122. DOI: 10.5935/1518-0557.20220015.

3. Pinheiro, R. L., Areia, A. L., Mota Pinto, A., & Donato, H. (2019). Advanced maternal age: adverse outcomes of pregnancy, a meta-analysis. *Acta Med Port*, *32*(3), 219-226. DOI: 10.20344/amp.11057.

4. Ecker, J. L., Chen, K. T., Cohen, A. P., Riley, L. E., & Lieberman, E. S. (2001). Increased risk of cesarean delivery with advancing maternal age: indications and associated factors in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol*, *185*(4), 883-887.

5. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2022). Pregnancy at Age 35 Years or Older. *ACOG*. https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2022/01/pregnancy-at-age-35-years-or-older

# Doação de córneas: desafios éticos, sociais e bioéticos

*Alana Markiewicz*
*Leandro Baptistella Casagrande*

**Resumo:** Este artigo, elaborado a partir de uma revisão bibliográfica, tem o objetivo de refletir sobre os impasses éticos, legais e sociais que envolvem a doação de córneas no Brasil, sob a ótica da bioética. Foram analisados estudos recentes e dados da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) e do Ministério da Saúde, que evidenciam avanços na área, mas também desafios como a recusa familiar, a falta de informação e as desigualdades regionais no acesso aos transplantes. A discussão baseia-se nos princípios bioéticos de Beauchamp e Childress: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Conclui-se que a doação de córneas é um ato de solidariedade, que devolve a outras pessoas a capacidade de enxergar e dar um novo significado à vida, sendo essencial o fortalecimento da bioética nas práticas médicas e nas políticas públicas, além da implementação de ações educativas e campanhas que incentivem a conscientização social sobre a importância da doação.

**Palavras-chave:** córneas; bioética; doação.

## *1 Introdução*

A doação de órgãos é um ato de solidariedade que possibilita salvar e transformar vidas e representa um dos maiores avanços da medicina moderna. No entanto, esse processo está permeado por diversos impasses éticos, legais e sociais que desafiam profissionais de saúde, familiares e a sociedade como um todo. Entre esses desafios, destacam-se a recusa familiar, a falta de informação e conscientização, as crenças culturais e religiosas e as dificuldades de igualdade no acesso aos transplantes.

A bioética busca orientar condutas humanas diante dos avanços biomédicos, e é fundamental para compreender e enfrentar os impasses presentes atualmente. Pode-se afirmar que os princípios bioéticos elaborados por Beauchamp e Childress – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – oferecem base para decisões mais humaniza-

das e responsáveis no processo de doação. Por exemplo, a autonomia garante o respeito à vontade do doador e de sua família; a beneficência e a não maleficência visam a ações que promovem o bem sem causar danos; e a justiça garante a distribuição igualitária dos órgãos e o acesso aos transplantes[1].

Assim, refletir sobre a doação de córneas, sob a ótica bioética, significa reconhecer que a técnica e a ciência devem caminhar juntas, com o respeito à dignidade humana, fomentando o equilíbrio entre os direitos individuais e o bem coletivo.

## *2 Desenvolvimento*

A doação de córneas é um dos procedimentos mais promissores em meio aos transplantes de tecidos, pois permite restabelecer ou melhorar a visão de milhares de pessoas. No Brasil, o cenário é bom, entretanto, desafiador. Conforme dados divulgados pelo Ministério da Saúde, em 2024, foram realizados 17.107 transplantes de córnea no Brasil – considerando o cenário nacional e não exclusivamente os procedimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) –, enquanto 32.349 pessoas aguardavam por esse tipo de transplante, o que evidencia a persistente demanda por córneas no país[1].

Apesar desse número significativo de procedimentos, estudos de longa duração revelam que o Brasil não tem conseguido suprir totalmente as necessidades da população. Entre 2002 e 2016, o número de transplantes de córnea foi de cerca de 4.976 para mais de 14.534 por ano[2], o que significa um aumento significativo, mas ainda insuficiente para garantir cobertura plena. Além disso, a desigualdade regional é evidente, visto que algumas regiões realizam transplantes em taxas muito superiores a outras.

Unindo os dados supracitados à reflexão bioética, compreende-se que a doação de córneas necessita de um entendimento dos princípios éticos que orientam a prática de saúde e transplantes. A bioética principialista, nesse sentido, sustenta-se em quatro pilares: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Conforme Beauchamp e Childress, o princípio da autonomia refere-se ao direito que cada pessoa tem de decidir sobre seu próprio corpo e vontade. Por conse-

guinte, a beneficência exige que as ações no âmbito da saúde visem ao bem do outro, promovendo a melhoria da qualidade de vida. A não maleficência estabelece que não sejam causados danos ou prejuízos ao paciente – *"primum non nocere"*. Por fim, o princípio da justiça aborda a necessidade de acesso igualitário aos recursos de saúde e distribuição justa dos benefícios[3].

Assim, no contexto da doação de córneas, esses princípios se manifestam de diferentes maneiras: por exemplo, em relação à autonomia, o doador possui o direito de optar ou não pela doação, bem como a sua família. Sob a ótica da beneficência, considera-se o benefício que o receptor possui em receber as córneas. Apesar dos benefícios para o receptor, partindo do princípio da não maleficência, deve haver o cuidado para que o processo de retirada e transplante não cause dano à dignidade do doador ou à integridade do corpo. No que tange à justiça, deve haver a garantia de que os receptores de diferentes regiões tenham igual oportunidade de acesso a esse recursoEmbora conhecidos os benefícios, a doação de córneas ainda enfrenta inúmeros impasses e dilemas éticos que desafiam a sua execução. Um dos principais entraves é a recusa familiar, frequentemente associada à falta de informação, ao desconhecimento da vontade do falecido e a crenças religiosas ou culturais que dificultam o consentimento. Além disso, associa-se ainda o curto intervalo de tempo para a captação das córneas após o óbito, atribuindo uma pressão emocional sobre familiares em um momento de luto e também sobre as equipes médicas, que precisam agir com sensibilidade e ética. Outro dilema é o equilíbrio entre o respeito à autonomia familiar e o direito coletivo à vida e à visão, especialmente em um país com milhares de pessoas na fila de espera[4].

Diante dos fatos apresentados, superar os impasses que envolvem a doação de córneas requer uma abordagem científica, ética e humana. Para isso, é necessário promover ações voltadas à conscientização da população sobre a importância da doação de órgãos e tecidos, visto que a falta de informação ainda é uma das principais causas da recusa familiar. Apenas por meio de campanhas permanentes, apoiadas em valores de solidariedade e empatia, será possível transformar a cultura da doação em um hábito social consolidado. Essas campanhas devem envolver escolas, universidades, comunidades religiosas e meios de

comunicação, utilizando linguagens simplificadas que destaquem o impacto positivo da doação na vida dos receptores.

Não obstante, é essencial investir na formação ética e emocional dos profissionais de saúde. O momento da entrevista familiar exige sensibilidade, preparo psicológico e domínio dos princípios bioéticos, pois a forma como a equipe aborda a família pode influenciar diretamente na decisão sobre a doação. A adoção de protocolos humanizados e o fortalecimento dos Comitês de Ética em Pesquisa e Transplantes contribuem para garantir que o processo seja conduzido com respeito, empatia e transparência.

Outro aspecto a ser destacado é a gestão eficiente e justa do sistema nacional de transplantes. A transparência nos critérios de seleção e distribuição dos órgãos é um ato ético e legal que intensifica a confiança da sociedade no sistema público. A igualdade no acesso aos transplantes de córneas deve ser uma prioridade das políticas públicas, o que inclui: o amparo aos bancos de tecidos oculares, a modernização dos sistemas de registro e o incentivo à integração entre centros de captação e hospitais.

Portanto, as soluções para os dilemas éticos da doação de córneas não se restringem a aspectos técnicos, mas envolvem uma mudança de mentalidade coletiva. É necessário incentivar a criação de uma sociedade mais consciente de que doar é um ato de amor, cidadania e respeito ao outro. A bioética, nesse contexto, não é apenas um campo de reflexão teórica, mas uma ferramenta para orientar decisões que unam o avanço da medicina com a compaixão e a justiça social.

A doação de córneas representa um dos mais belos gestos de solidariedade humana, capaz de devolver a visão e a esperança a milhares de pessoas. No entanto, como demonstrado ao longo deste trabalho, esse ato ainda é impactado por impasses éticos, legais e sociais que demandam reflexão crítica e ação conjunta. A análise sob a ótica da bioética revelou que princípios como autonomia, beneficência, não maleficência e justiça devem orientar todas as etapas do processo de doação, partindo da decisão do doador e de sua família até a destinação justa e transparente dos tecidos.

Sob uma visão filosófica, o olhar é uma das mais profundas expressões da existência humana. Por meio dele, não apenas vemos o mundo,

mas reconhecemos e somos reconhecidos. Jean-Paul Sartre, por exemplo, ao refletir sobre "o olhar do outro", revela que é por meio dele que descobrimos nossa própria humanidade, pois ao sermos vistos, existimos de maneira mais plena. Além de Sartre, Emmanuel Lévinas também reflete sobre o olhar. Ele o considera como um chamado ético, ou seja, um convite ao cuidado e à responsabilidade. Dessa forma, sob uma perspectiva filosófica levinasiana, pensar a doação de córneas é pensar o significado do olhar como herança e transcendência: quando alguém doa suas córneas, doa a possibilidade de ver e de ser visto, refletindo sua presença em outro ser humano. Nesse contexto, o olhar deixa de ser apenas visão biológica e torna-se um ato filosófico de continuidade, em que a vida, mesmo após a morte, segue iluminando o mundo através dos olhos de quem recebeu o dom de ver[5].

## *3 Conclusão*

A doação de córneas representa um avanço da medicina moderna, já que possibilita a restauração da visão e a transformação da vida de milhares de pessoas. Entretanto, esse processo vai além do aspecto técnico, abordando dimensões éticas, legais e sociais que ainda desafiam a sociedade como um todo. Entre os principais desafios, destacam-se a recusa familiar, a falta de informação e os tabus culturais e religiosos, o que evidencia a necessidade de uma abordagem mais humanizada e educativa sobre o tema.

Nesse contexto, a bioética surge como um campo essencial para orientar as decisões e condutas envolvidas na doação de córneas. Seus princípios fornecem uma base para práticas mais responsáveis e solidárias. A autonomia garante o respeito à vontade do doador e de sua família; a beneficência e a não maleficência orientam ações que promovem o bem sem causar danos; e a justiça garante a igualdade no acesso aos transplantes. Aplicar esses princípios no cotidiano dos serviços de saúde fortalece a confiança da sociedade no sistema de doação e transplante, além de promover um ambiente mais ético e transparente.

Finalmente, compreende-se a doação de córneas como um ato de solidariedade e cidadania, reconhecendo que a vida ganha novo sen-

tido quando compartilhada. No entanto, faz-se necessário superar os impasses éticos e sociais, com investimentos em educação, capacitação de profissionais e políticas públicas que ampliem a cultura da doação no país. Doar é um gesto de empatia que reforça o valor da vida e o compromisso coletivo com o bem comum. Assim, cada ato de doação torna-se uma oportunidade de transformar a dor em esperança e de dar continuidade, por meio de outro olhar, à luz da vida humana.

Sob a perspectiva dos autores do presente artigo, a doação de córneas é um ato nobre, visto que devolve a outra pessoa a capacidade de enxergar o mundo e de reconectar-se com a vida em sua totalidade. Esse gesto traduz um compromisso ético com a solidariedade e com o respeito à dignidade humana. Entretanto, apesar de sua importância, a prática ainda enfrenta barreiras relacionadas à desinformação, às crenças culturais e à falta de preparo na abordagem familiar, o que compromete o aumento das doações e o atendimento à demanda existente.

Nesse cenário, a bioética deveria exercer papel mais ativo e influente nas decisões que envolvem a doação de córneas. Seus princípios oferecem uma base de qualidade para orientar a conduta de profissionais e instituições, assegurando que as decisões sejam baseadas no respeito, na empatia e na igualdade. O fortalecimento da bioética na prática médica e nas políticas públicas poderia contribuir para um processo de doação mais humano, transparente e justo, em que tanto o desejo do doador quanto as necessidades do receptor sejam considerados de forma ética e equilibrada.

## *Referências*


1. Ministério da Saúde. (2025). Brasil bate recorde de transplantes e anuncia medidas para modernizar sistema e aumentar doações. *Ministério da Saúde*, Brasília. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/junho/brasil-bate-recorde-de-transplantes-e-anuncia-medidas-para-modernizar-sistema-e-aumentar-doacoes

2. Almeida, H. G., Kara-José, N., Hida, R. Y., & Kara-Júnior, N. (2018). Revisão de 15 anos de transplante de córnea no Brasil. *Eye & Contact* Lens, *44*(Suppl 2), S376-S381. https://journals.lww.com/claojournal/fulltext/2018/11002/a_15_year_review_of_corneal_transplant _in_brazil.64.aspx

3. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1989). *Principles of Biomédicas Ethics*. 3. ed. New York: Oxford University Press.

4. Roza, B. A. *et al*. (2024). Razões para a recusa de doação de órgãos e tecidos: uma revisão de escopo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *48*, e115. https://www.scielosp.org/article/rpsp/2024.v48/e115/

5. Reali, G., & Tisseri, D. A. (2018). *História da filosofia: período contemporâneo*. 3. ed. São Paulo: Paulus.

# Do preconceito ao descaso: os desafios de transexuais e travestis no contexto médico

*Gabriela Lorbitzki Girardi*

**Resumo:** A população transexual e travesti enfrenta, historicamente, elevados índices de violência, discriminação e exclusão social no Brasil, cenário que se reflete de forma preocupante no contexto médico. Este artigo discute os desafios bioéticos envolvidos na assistência à saúde de pessoas trans, abordando desde a construção conceitual contemporânea de gênero – que distingue sexo biológico e identidade de gênero – até as implicações práticas dessa distinção e do preconceito na relação médico-paciente. São analisadas evidências científicas, históricas e normativas que demonstram como o preconceito, o despreparo profissional e a fragilidade na aplicação de políticas públicas resultam em negligência, constrangimento e barreiras de acesso aos serviços de saúde, inclusive no Sistema Único de Saúde (SUS). O texto examina o impacto do estigma associado à população LGBT+, em conjunto com a persistente vinculação desse grupo ao HIV, bem como as limitações estruturais do processo transexualizador no Brasil. Por fim, ressalta-se a importância da formação ética e técnica dos profissionais da saúde, do respeito ao nome social, da promoção de um atendimento humanizado e da valorização da autonomia e dignidade dessas pessoas, reafirmando o compromisso fundamental da medicina com o cuidado integral, equitativo e livre de discriminação.

**Palavras-chave:** transgênero; preconceito; negligência; medicina; desafios.

## *1 Introdução*

Sabe-se que o Brasil lidera os índices globais de assassinato a transexuais e travestis há 16 anos consecutivos[1], ou seja, não é novidade alguma que possuímos uma população fortemente preconceituosa. No contexto médico, percebe-se certo grau de negligência e discriminação com essa população no país, além da dificuldade manifestadas pelos profissionais e por nós, acadêmicos de medicina, no que se refere ao tratamento social dessas pessoas e em relação ao conhecimento de suas necessidades específicas.

A questão bioética de transexuais no contexto médico é de extrema relevância e certamente um tanto polêmica. Como nos referimos a eles? Como prosseguir se falta instrução para esses casos? Como eles se sentem ao ver-nos recuados ou inseguros na anamnese e no exame físico? Como eles se sentem ao sofrerem preconceito até mesmo no local onde deveriam estar sendo protegidos? Como esse preconceito e/ou falta de instrução podem afetar a relação médico-paciente e aumentar o risco de erros?

As perguntas são vastas, e as respostas, pouco difundidas, o que torna a abordagem desse assunto urgente. Não se trata apenas de garantir direitos a uma parcela da população, mas de resgatar a essência da medicina – o compromisso com o ser humano, em toda sua diversidade. Embora seja improvável que consigamos erradicar de vez a discriminação, quanto maior a visibilidade desse tópico, melhores serão os entendimentos sobre esses desafios e maiores as chances de reduzirmos o preconceito e os erros. Esse caso requer respostas, que busco expor ao longo do presente artigo.

## *2 Desenvolvimento*

A teoria contemporânea que melhor explica o gênero recebeu contribuição de diversos pensadores, desde a década de 1950 até a atualidade. John Money, psicólogo e sexólogo norte-americano, foi responsável por introduzir o termo "gênero" na literatura científica, distinguindo-o do sexo biológico. Ele propôs que o termo sexo deve ser atribuído para características físicas, enquanto gênero deve se referir a aspectos psicológicos e sociais, sendo este possível de ser moldado pela criação e educação do indivíduo[2].

Todavia, atualmente, com o avanço da neuroimagem, foram apresentados outros pontos importantes sobre o tema, que não negam completamente a ideia proposta na década de 50, mas a reformulam. Por exemplo, Garcia-Falgueras e Swaab[3] descrevem que a diferenciação sexual[2] do cérebro humano ocorre em um estágio mais tardio do desenvolvimento fetal do que a diferenciação dos órgãos genitais, sendo influenciada principalmente pela exposição hormonal pré-natal. Essa dissociação temporal permite que a organização cerebral relacionada

à identidade de gênero não corresponda necessariamente ao sexo biológico determinado no início da gestação.

Em suma, apesar de ser uma questão ainda muito contestada, já há consideráveis evidências sobre a existência dessa distinção entre sexo biológico e gênero. Nesse sentido, vale ressaltar que o pensamento de que ser transgênero é uma patologia já é ultrapassado, mesmo que, infelizmente, seja difícil para diversos brasileiros aceitarem isso. Em meio a estatísticas vergonhosas do Brasil já apresentadas na introdução, temos um tópico importante a ser abordado: a medicina para essa população.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios fundamentais a universalização, a integralidade e a equidade, sendo esse último o mais desrespeitado quando se fala na população trans. Experienciamos problemas em reconhecimento de necessidades particulares, insuficiência e/ou inefetividade de políticas específicas e, muitas vezes, discriminação estrutural.

Além disso, a associação entre HIV e pessoas LGBT+, sobretudo na década de 1980, durante a epidemia dessa doença, foi e ainda é um estigma forte. Sendo à época noticiado como "peste gay" e "câncer gay", o HIV foi relacionado às pessoas LGBT+, que foram consideradas como grupo de risco, conceito hoje científica e estatisticamente descartado. Ainda assim, essa associação é frequente no contexto médico, no qual a maioria das políticas públicas para essa população é relacionada à prevenção e ao tratamento de infecções sexualmente transmissíveis[4].

Retornando um pouco mais na história, desta vez, analisando os séculos XIX e XX, é possível perceber que a assistência médica oferecida a pessoas trans e travestis foi muitas vezes marcada pela supressão de direitos e próxima a práticas de tortura e humilhação. Isso porque eram comuns (e ainda há quem defenda) tratamentos que prometiam fazer a pessoa retornar à "suposta normalidade" e "aceitar" o gênero a ela imposto pelo nascimento. Ainda quando se respeitava a legitimidade do pertencimento ao gênero autodeclarado, eram exigidos protocolos de diagnóstico e conduta muito rígidos, que ignoravam vivências particulares e a autonomia do sujeito, estabelecendo e impondo (novos) padrões[4].

Em meio a tantas dificuldades vivenciadas nos séculos passados, foram criadas algumas políticas públicas voltadas para a população LGBT+. Em 2004, o Ministério da Saúde criou o primeiro programa nacional de combate à violência e à discriminação contra GLTB[3] e de promoção da cidadania homossexual, intitulado *Brasil sem homofobia*, que tinha como programa de ações, dentre outras, criar e/ou fortalecer os direitos humanos e apoiar e reforçar a participação de pessoas GLTB no Conselho Nacional de Combate à Discriminação[5].

Em 2011, ficou explicito, na "Carta dos direitos dos usuários da saúde", o dever dos profissionais dessa área de realizar um atendimento acolhedor na rede de seus serviços, de forma humanizada e livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de, entre outras características alvos de preconceito, orientação sexual e identidade de gênero, garantindo a todos a identificação pelo nome e sobrenome, devendo existir um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, sendo assegurado o uso do nome de preferência[6].

Instituído no SUS em 2008 e ampliado em 2013, o processo transexualizador tem por objetivos, entre outros, atender às demandas e necessidades específicas em saúde das pessoas LGBT+, ampliar o acesso desse grupo aos serviços do SUS e qualificar essa rede para atenção e cuidado integral dessa população[7]. Contudo, mesmo com os direitos básicos dos cidadãos e aqueles específicos voltados à população LGBT+, percebemos que a teoria segue bastante distante da prática. Infelizmente, os objetivos das políticas públicas contra discriminação, sobretudo, quanto às pessoas trans, ainda não foram alcançados.

Corroborando a proposição apresentada, segundo pesquisa realizada pelo Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT do Estado de Minas Gerais em 2014, das 141 mulheres transexuais e travestis entrevistadas pelo grupo, 58,87% delas deixaram de procurar atendimento médico por diferentes motivos, sendo ainda a automedicação apontada como forma de evitar o constrangimento. Ainda, 93% relatam não ter iniciado seu processo transexualizador no SUS[8].

Ademais, durante a 22ª Parada do Orgulho LGBT de Belo Horizonte, em 2019, foi realizada uma pesquisa a partir de entrevistas com os participantes. De acordo com o estudo, "31,8% das pessoas trans e travestis entrevistadas responderam que não utilizam o nome social

quando atendidas pelo SUS, enquanto 45,4% disse que usa o nome social nessas situações. 13,6% não quis responder à pergunta"[9].

Dentre os motivos da não utilização do nome social no Sistema Único de Saúde, nos deparamos com respostas diversas entre os respondentes. Dentre elas, destacamos: o desrespeito ao uso (14,1%), o medo de discriminação e/ou constrangimento (14,1%), a transfobia na saúde (14,1%), a opção de não falar o nome social nesses espaços e de, apesar de ter retificado o nome, não o utilizar (14,1%) e a necessidade de mudar a carteira de identidade (14,1%). Por fim, 28,5% não quis responder. Entre transexuais e travestis que responderam utilizar o nome social, 20% afirmou que isso já lhes proporcionou algum constrangimento ou desconforto nos atendimentos médicos, enquanto 60% responderam que não tiveram problema[9].

Ainda conforme essa pesquisa, "18,1% das(os) entrevistas(os) trans e travestis afirmou já ter sofrido algum tipo de violência em postos de saúde e hospitais motivados pela sua identidade de gênero (transfobia), sendo mais recorrentes a violência verbal e a psicológica, com 18,8% cada uma"[9]. Além disso, "45,5% das pessoas transexuais e travestis entrevistadas disse se sentir nada (9,1%) ou pouco (36,4%) acolhida(o) em postos de saúde e hospitais. 31,8% afirmou sentir-se acolhida(o) e 22,7 % afirmou se sentir muito acolhida(o) nesses ambientes (todas as pessoas do grupo responderam essa questão)"[9].

Outro grande problema atual em relação à saúde da população transgênero no Brasil é a distribuição dos centros especializados de acordo com o processo transexualizador do SUS. São poucos hospitais que participam do plano integralmente, isto é, no âmbito ambulatorial (acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia) e hospitalar (realização de cirurgias especializadas). O grupo listado engloba apenas o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS), o Hospital Universitário Pedro Ernesto (RJ), o Hospital de Clínicas da FMUSP (SP) e o Hospital das Clínicas da UFG (GO)[10].

Além disso, o despreparo de profissionais da saúde é uma pauta de extrema relevância quando se trata de pessoas trans. Segundo uma revisão sistemática publicada em 2023 na Revista de Saúde Pública[11], profissionais da saúde, com destaque para a área de enfermagem, não

estão devidamente qualificados para acolher e cuidar de pessoas transgênero nos serviços de saúde.

Na visão deles, "o despreparo para a atenção à saúde desse público específico é decorrente da frágil abordagem das questões sobre diversidade de gênero e sexualidade durante o processo de formação profissional. [...] Ademais, a ausência de ações educativas permanentes, que divulguem as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral LGBT e que qualifiquem os cuidados às travestis e transexuais no SUS, faz com que profissionais de enfermagem perpetuem estigmas e continuem a limitar o cuidado a essas pessoas, desrespeitando-as e pautando as suas práticas de atenção somente em ações curativas"[11].

Dessa forma, percebemos enormes falhas profissionais quando observamos que, por vezes, o preconceito somado ao receio de lidar com pessoas trans gera um exame mal feito ou até incompleto, além de possíveis danos psicológicos a essa população. Ao atendermos esse grupo, é comum duvidarmos sobre como devemos nos referir a eles e ter certo grau de incerteza ao realizar seu exame físico. Porém, isso não deveria ser normal, e devemos quebrar esse estigma o quanto antes.

## *3 Conclusão*

Desse modo, percebo que estamos diante de um tema bem atual, que vem se manifestando há anos e, aos poucos, conquistando mais visibilidade e direitos para as pessoas transexuais e travestis. Também podemos notar que, apesar de já terem ultrapassado algumas barreiras, as pessoas transgênero ainda sofrem preconceito e, muitas vezes, não recebem o auxílio necessário nos locais que mais deveriam estar ajudando-as: os centros de saúde.

Outrossim, é injusto com essas pessoas a realização de atendimentos preconceituosos e/ou mal feitos simplesmente por serem elas mesmas, assim como isso é péssimo para qualquer parcela da população. Quando falamos, por exemplo, em não tratar os transgêneros pelo seu nome social, devemos pensar em constrangimento público e rejeição de sua identidade, sentimentos pelos quais, acredito, ninguém gostaria de passar.

Vimos também que a prática de políticas públicas não é realizada integralmente no Brasil, pelo contrário, as necessidades específicas de pessoas transgênero ainda não são amplamente conhecidas e aplicadas no SUS. Além disso, a forte associação do grupo LGBT+ ao HIV ainda dificulta o cuidado profissional sem estigmas e intensifica uma ideia rasa e pouco empática sobre essa parcela da população.

Por fim, acredito que, em um cenário ideal, haveria uma maior visibilidade para todo esse contexto apresentado, sobretudo, para a difusão de que transexualidade não é doença, e as pessoas que assim se identificam não compõem o grupo de risco de HIV. É muito relevante saber também que elas sejam tratadas pelo nome social e que podem possuir determinadas necessidades específicas, como terapia hormonal e cirurgia de redesignação sexual, além dos cuidados em torno disso. E, por último, mas não menos importante, elas não merecem ter seu atendimento e exame prejudicados por serem quem são. O simples ato de não discriminar pode salvar vidas.

## *Referências*


1. Narcisa, T. & Bonets, V. (2025). Brasil é o país que mais mata pessoas trans e travestis, aponta dossiê. *CNN Brasil*. https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/brasil-e-o-pais-que-mais-mata-pessoas-trans-e travestis-aponta-dossie/

2. Money, J., Hampson, J. G., & Hampson, J. L. (1955). Hermaphroditism: recommendations concerning assignment of sex, change of sex and psychologic management. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, *97*(4), 284–300. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13260819/

3. Swaab, D. F., & Garcia-Falgueras, A. (2009). Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Functional neurology*, *24*(1), 17-28. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19403051/

4. Dias, M. T. F., & Pedra, C. B. (2024). Travestis e transexuais no Sistema Público de Saúde: obstáculos impostos pela realidade brasileira. *Direito. UnB*, Brasília, *8*(2), 91-128. https://periodicos.unb.br/index.php/revistadedireitounb/article/view/91-128

5. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. (2004). *Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde. https://www.cfess.org.br/arquivos/brasil_sem_homofobia.pdf

6. Brasil. (2021). Carta de direitos dos usuários do SUS. *Gov.br.* Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. https://www.gov.br/hubrasil/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufs/acesso-a-informacao/programas-e-projetos/carta-de-direitos-dos-usuarios-do-sistema-unico-de-saude-sus

7. Ministério da Saúde. (2014). *Saude.gov.br.* https://www.ba.gov.br/saude/sites/site-sesab/files/migracao_2024/arquivos/wp-content/uploads/2022/05/Portaria-de-Consolidacao-GM_MS-no-02_28.09.2017.pdf

8. Minas Gerais. (2020). *Deliberação CIB-SUS/MG n. 3.202, de 14 de agosto de 2020.* Política Estadual de Saúde Integral LGBT. Secretaria de Estado de Saúde. https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2025/01/Del-3202-1.pdf

9. Ramos, M. M., Nicoli, P. A. G., Morais, G. de, & Pimenta, I. J. (2020). *Relatório de violências contra pessoas LGBT+: pesquisa da 22ª Parada do Orgulho LGBT de Belo Horizonte — 2019*. Belo Horizonte: Diverso UFMG, Núcleo Jurídico de Diversidade sexual e de gênero. https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/smasac/2024/2019-relatorio-parada.pdf

10. Brasil. (2025). Processo Transexualizador no SUS. InfoSUS. *Sc.gov.br.* http://infosus.saude.sc.gov.br/index.php?title=Processo_Transexualizador_no_SUS& mobileaction=toggle_view_desktop

11. Lima, R. R. T. de, Flor, T. B. M, & Noro, L. R. A. (2023). Revisão sistemática sobre a atenção à saúde para travestis e transexuais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, *57*, 19. https://www.scielosp.org/article/rsp/2023.v57/19/pt/

# Suicídio assistido: análise bioética do caso Diane-Quill

*Manuela Gregoletto Mossmann*
*Fernanda Haupt Canello*

**Resumo:** Este artigo analisa um dos marcos mais relevantes do debate bioético contemporâneo acerca do suicídio assistido e do direito de morrer com dignidade, tendo como referência o caso Diane-Quill, divulgado publicamente em 1991 pelo Dr. Timothy Quill no *New England Journal of Medicine*[1]. O caso voltou a ganhar repercussão em 1997, quando os tribunais do estado de Nova York passaram a diferenciar juridicamente o suicídio assistido da retirada ou não instituição de suporte vital, contribuindo para a consolidação do debate. O objetivo deste capítulo é analisar o referido caso à luz dos princípios da bioética, especialmente os de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça[2]. Trata-se de uma paciente adulta, plenamente capaz, diagnosticada com leucemia mielocítica aguda, que recusou o tratamento quimioterápico após avaliação criteriosa dos riscos e benefícios, solicitando auxílio médico para pôr fim à própria vida. O médico assistente, Dr. Timothy Quill, forneceu a medicação utilizada, fato que desencadeou amplo debate jurídico e ético[1]. Com base nisso, discute-se a distinção entre omissão terapêutica, retirada de suporte vital e suicídio assistido, bem como o papel da autonomia do paciente e os limites da atuação médica. Defende-se que, diante das circunstâncias específicas do caso e desde que observados critérios éticos rigorosos, a conduta do Dr. Quill pode ser considerada eticamente justificável, sobretudo, em razão do respeito à autonomia da paciente e da proporcionalidade ética da intervenção médica.

**Palavras-chave:** bioética; suicídio assistido; eutanásia; caso Diane-Quill; processo de morte.

## *1 Introdução*

Os avanços que a medicina sofreu e vem sofrendo durante os últimos anos possibilitaram a ampliação da sobrevida de pacientes com doenças graves e incuráveis, principalmente por meio de tecnologias de suporte à vida e mais intenso controle de sintomas, a partir de tratamentos mais complexos. Contudo, mesmo que esses progressos sejam significativos e tenham apresentado grandes conquistas para o

meio médico, com a sua implementação, surgiram diversos dilemas bioéticos relacionados ao prolongamento da vida, processo de morte e autonomia do paciente durante esse momento de intenso sofrimento[3]. Assim, as decisões médicas no fim da vida deixaram de ser questões apenas clínicas e passaram a ter implicações éticas e morais mais profundas.

O caso Diane, que teve repercussão internacional, é um ótimo retrato dessa nova fase da medicina moderna. Na década de 1990, a paciente procurou auxílio do médico, Timothy Quill[1], para realizar o seu processo de morte diante de um câncer terminal, após se recusar a realizar o tratamento proposto, buscando que seu desejo de cessar o seu sofrimento fosse atendido. O episódio provocou grande repercussão jurídica e ética, ressaltando principalmente os princípios da autonomia, beneficência e não maledicência quanto às práticas médicas no fim da vida.

Nesse contexto, a presente revisão bibliográfica tem como objetivo analisar os aspectos bioéticos envolvidos no caso Diane, considerando-o como estudo emblemático para a discussão sobre autonomia do paciente, desafios éticos relacionados às decisões que precisam ser tomadas no fim da vida e limites da atuação médica nesses casos.

## *2 Desenvolvimento*

### 2.1 Limitações da medicina no tratamento e fim da vida

São significativos os avanços da medicina moderna no processo de prolongamento da vida, retardo da progressão de doenças e controle de sintomas. Contudo, mesmo com o aprimoramento de técnicas cirúrgicas, tratamentos mais complexos, maior aporte farmacológico e de suporte vital, esses recursos encontram limites técnicos e clínicos quando os seus benefícios não são mais tão superiores aos malefícios da comorbidade, passando apenas a prolongar o sofrimento físico e psicológico do enfermo[3].

Assim, no contexto de fim da vida, os tratamentos podem gerar a diminuição da qualidade de vida, visto que, por muitas vezes, são extremamente invasivos e potentes, resultando em dores ou desconfortos persistentes, além da diminuição da autonomia do doente. Até mesmo

com cuidados paliativos, certas condições seguem refratárias, gerando questionamentos sobre a viabilidade da manutenção artificial da vida nesses casos[5]. Nesse sentido, torna-se um desafio para a medicina reconhecer até onde vão os seus limites, fazendo-se necessário diferenciar o curar, melhorar a condição do enfermo ou apenas prolongar o processo doloroso da morte.

No caso Diane, ao ser diagnosticada com leucemia mielocítica aguda em fase terminal, de modo que todas as possibilidades terapêuticas não apresentavam mais perspectiva de reversão ou controle da doença, a paciente procurou auxílio médico para interromper o seu sofrimento[1]. Tendo como exemplo esse cenário que evidencia o abismo entre o limite de atuação médica e o dever ético de aliviar o sofrimento humano, torna-se claro que, a partir do momento em que a medicina não é mais capaz de promover benefícios ao doente, insistir em tentativas comprovadamente falhas ou sem perspectivas de auxílio real ao paciente pode contrariar os princípios bioéticos fundamentais.

## 2.2 Argumentos bioéticos envolvidos no caso Diane-Quill

O caso Diane apresenta diversos aspectos que frequentemente são discutidos no contexto ético do fim da vida, em especial, os princípios de autonomia, beneficência e não maleficência.

A autonomia sustenta que pacientes capazes devem ter direito a decidir sobre os passos de suas próprias vidas[2]. Sob essa ótica, Diane era plenamente capaz, informada e consistente expressando o seu desejo de maneira livre de encerrar o seu sofrimento, fortalecendo o argumento do médico que respeitou a sua decisão.

A beneficência e a não maleficência são princípios que buscam maximizar os benefícios ao paciente e não prejudicá-lo de maneira intencional[2]. Nesse ponto, surge a maior controvérsia quanto ao auxílio ao suicídio, questionando-se se esse ato pode configurar dano ou pode ser considerado uma forma de cuidado em certas condições. Autores como Beauchamp e Childress argumentam de forma que, em situações específicas, respeitar o desejo do paciente, preservando a sua dignidade, pode se encaixar como uma forma de não maleficência, interpretada de forma mais flexibilizada[2]. Assim, o auxílio do Dr. Quill ao suicídio de sua

paciente foi compreendido por ele como a melhor forma de minimizar o sofrimento de Diene, visto que sua dor se tornaria intolerável e não haveria mais nada que pudesse melhorar o seu prognóstico, não sendo um ato impulsivo ou negligente do médico, mas sim a melhor alternativa, respeitando os interesses de Diane e seus próprios valores[1].

## 2.3 Distanásia, ortotanásia e recusa a tratamentos fúteis

No debate bioético acerca do fim da vida, é fundamental distinguir os conceitos de distanásia e ortotanásia, especialmente em contextos nos quais as intervenções médicas deixam de oferecer benefícios proporcionais ao paciente. A distanásia refere-se à manutenção artificial da vida por meio de tratamentos fúteis ou desproporcionais, que apenas prolongam o processo de morrer, frequentemente à custa de intenso sofrimento físico e psicológico[4]. Já a ortotanásia consiste em permitir que a morte ocorra em seu tempo natural, mediante a suspensão ou não instituição de medidas extraordinárias, preservando a dignidade do paciente[4]. A recusa de tratamentos por parte do paciente insere-se nesse contexto como uma expressão legítima da autonomia individual, sobretudo, quando tais intervenções não oferecem perspectiva real de cura ou melhora significativa da qualidade de vida[2].

No caso Diane-Quill, a paciente recusou a quimioterapia após avaliação criteriosa de seus riscos e benefícios, reconhecendo que o tratamento representaria apenas a extensão de um sofrimento inevitável[1]. Essa decisão não pode ser interpretada como abandono terapêutico, mas como rejeição de medidas desproporcionais, alinhadas ao respeito à vontade da paciente.

## 2.4 O papel ético do médico diante do sofrimento extremo

O caso Diane-Quill provoca reflexões profundas sobre o papel do médico diante do sofrimento extremo e irreversível. Para além de sua função técnica, o médico atua como agente moral, confrontado constantemente com dilemas que envolvem valores, deveres e responsabilidades éticas[3]. Nessas situações, o profissional enfrenta o conflito entre o dever de preservar a vida e o dever de aliviar o sofrimento,

especialmente quando os recursos disponíveis já não oferecem benefícios reais ao paciente[5].

A conduta do Dr. Timothy Quill evidencia esse conflito ao demonstrar que sua decisão não foi impulsiva ou negligente, mas resultado de um processo reflexivo fundamentado no respeito à autonomia da paciente e na avaliação do impacto ético de suas ações[1]. Ao compreender que a continuidade das intervenções médicas não alteraria o prognóstico e apenas intensificaria o sofrimento, o médico interpretou o auxílio solicitado como a alternativa que melhor atendia aos interesses da paciente, respeitando sua dignidade e seus valores.

## *3 Conclusão*

Diante do exposto, conclui-se que o caso Diane-Quill evidencia a profunda complexidade dos dilemas bioéticos envolvidos no final da vida, desafiando interpretações simplistas acerca do papel do médico em situações clínicas extremas. Embora o suicídio assistido permaneça um tema eticamente controverso, a análise cuidadosa do caso em questão sugere que, em contextos excepcionais – caracterizados por sofrimento intenso, ausência de alternativas terapêuticas curativas e plena autonomia do paciente –, a conduta do Dr. Timothy Quill pode ser considerada eticamente defensável[1, 2].

Mais do que oferecer respostas definitivas, esse caso convida à reflexão sobre a necessidade de equilibrar os princípios fundamentais da bioética, reconhecendo que a dignidade humana não se restringe à preservação da vida biológica a qualquer custo, mas envolve o respeito aos valores, às preferências e ao modo como cada indivíduo compreende o próprio processo de morrer[2, 3]. Nesse sentido, a bioética se afasta de posturas absolutistas e propõe uma abordagem prudente, contextualizada e sensível à singularidade de cada situação.

É importante destacar que, na prática contemporânea, os avanços e a consolidação dos cuidados paliativos ampliaram de forma significativa as possibilidades de manejo do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual no fim da vida[5]. Assim, o fortalecimento do cuidado paliativo deve ser compreendido como uma prioridade ética, capaz de minimizar

conflitos e evitar que o suicídio assistido seja percebido como única alternativa diante do sofrimento.

Por fim, a bioética cumpre seu papel ao fornecer instrumentos teóricos e práticos para uma tomada de decisão prudente frente à finitude humana, reafirmando que o compromisso da medicina deve ser não apenas com a vida, mas também com o cuidado, o alívio do sofrimento e o respeito à dignidade da pessoa até o fim[3, 5].

## *Referências*


1. Quill, T. E. (1991). Death and dignity: a case of individualized decision making. *N Eng J Med*, *324*(10), 691-694.

2. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. 4. ed. New York: Oxford, 1994.

3. Kovács, M. J. (2003). Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicologia USP*, *14*(2), 115–167.

4. Gonzalez, M. V. S., Costa, B. L. C. (2025). Eutanásia, distanásia, mistanásia, suícidio assistido e ortotanásia. *Revista Brasileira de Filosofia do Direito*, *10*(2).

5. Bravo, M. R. *et al*. (2023). Bioética: direito a vida digna e suicídio assistido. *Revista Multidisciplinar do UniSantaCruz*, *1*(3), 515–535.

# Transplante de órgãos e bioética: desafios éticos na doação e na prática médica

*Julia Serafini Da Luz*
*Vitória Sirtoli*

**Resumo:** Este artigo tem o objetivo de demonstrar a importância da bioética em medicina, principalmente na doação de órgãos. Trata-se de uma revisão bibliográfica que enfatiza os quatro pilares, que são: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Ademais, serão abordados obstáculos que privam a população de usufruir desses princípios. A bioética dos transplantes transcende a sua relevância clínica, pois garante a confiança por parte da família, segurança aos pacientes e credibilidade aos profissionais.

**Palavras-chave:** transplante; bioética; justiça; igualdade.

## *1 Introdução*

O transplante de órgãos é uma das maiores conquistas da medicina moderna, possibilitando a reabilitação de pacientes com insuficiência terminal de órgãos, pacientes com doenças congênitas ou pacientes que apresentam lesões irreversíveis, oferecendo novas perspectivas de vida para eles[13]. Desde o primeiro transplante bem-sucedido, na década de 1950, essa prática vem se fortalecendo como uma alternativa terapêutica essencial, principalmente em casos de insuficiência hepática, renal, cardíaca e pulmonar[13]. No entanto, o avanço tecnológico e científico que possibilitou o sucesso dos transplantes trouxe também uma série de questionamentos éticos, legais e sociais, tornando indispensável a análise sob a perspectiva da bioética[2]. Esta, como área de conhecimento integrada, propõe reflexões morais diante dos dilemas decorrentes da evolução médica. Fundamenta-se em quatro princípios – autonomia,

beneficência, não maleficência e justiça – que orientam decisões clínicas e políticas de saúde[1]. A aplicação desses princípios ao contexto do transplante de órgãos é indispensável para garantir que o processo de doação, captação e transplante ocorra de forma ética, respeitando tanto os direitos dos doadores quanto os dos receptores[8].

## *2 Desenvolvimento*

O transplante é definido como a substituição de um órgão ou tecido doente por outro saudável, proveniente de um doador vivo ou falecido [13]. No Brasil, essa prática é regulamentada pela Lei nº 9.434/1997, que estabelece critérios para a remoção e o transplante de órgãos humanos, bem como orientações para a autorização e o consentimento dos familiares[3]. O país possui um dos maiores sistemas públicos de transplantes do mundo, coordenado pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT), que atua sob a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)[4, 9].

Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil realiza mais de 20 mil transplantes por ano, sendo referência mundial em transplantes de rim e fígado[5, 6]. Apesar disso, milhares de pacientes permanecem em lista de espera – no ano de 2024, mais de 40 mil pessoas aguardavam por um órgão compatível[6]. Essa diferença entre oferta e procura denota um dilema ético de grande relevância, sendo necessário assegurar o direito à vida e à saúde a todos os cidadãos, fortalecer o sistema público, reduzir desigualdades e garantir acesso igualitário a todos[15].

O princípio da autonomia refere-se ao direito do indivíduo de tomar decisões livres e conscientes sobre o próprio corpo[1]. No contexto dos transplantes, esse princípio se manifesta na decisão do indivíduo de doar seus órgãos e no consentimento dado para esse ato[14]. No Brasil, a legislação estabelece que a família deve autorizar a doação após a morte[3], o que reforça a importância do diálogo prévio e da conscientização da população sobre esse assunto.

O respeito à autonomia exige que tanto doadores vivos quanto familiares de doadores falecidos recebam informações claras sobre os riscos e os benefícios da doação[14]. A falta de informação ou a pressão emocional podem comprometer a escolha, caracterizando uma violação ética[8]. Assim, promover campanhas educativas e assegurar o

consentimento livre e bem esclarecido é essencial para garantir que a decisão seja realmente autônoma e ética.

Além disso, a autonomia está diretamente ligada à dignidade humana, que é o conceito central da bioética moderna[1]. Assim, nenhum indivíduo deve ser tratado apenas como meio para beneficiar outro, mas sim ser respeitado por aquilo que é, por seu valor intrínseco[8]. Dessa forma, mesmo diante da urgência em salvar vidas, o processo de doação deve respeitar a liberdade e os valores de cada pessoa e família envolvida. O consentimento deve ser livre de qualquer tipo de pressão, seja ela econômica, social ou emocional.

Quando o doador é vivo, o respeito à autonomia se torna ainda mais importante, pois a doação envolve riscos diretos à sua saúde[12]. Por isso, a equipe médica deve realizar avaliações clínicas e psicológicas completas, assegurando que a decisão seja plenamente consciente e livre de pressões externas[12]. Esse cuidado ético protege o doador e reafirma o compromisso da medicina com a preservação da vida.

Já a beneficência e a não maleficência são princípios complementares que orientam os profissionais de saúde a agir sempre em benefício do paciente, evitando causar-lhe prejuízo[1]. No transplante de órgãos, esses princípios aparecem tanto na tentativa de garantir o melhor benefício ao receptor quanto na obrigação de não causar nenhum risco ou prejuízo desnecessário ao doador.

O princípio da beneficência exige que o transplante seja indicado apenas quando houver grande taxa de sucesso e melhora significativa na qualidade de vida do paciente[12]. A decisão deve considerar aspectos clínicos, psicológicos e sociais, e não apenas o desejo de prolongar a vida a qualquer custo[8]. A medicina moderna, ao integrar a bioética, reconhece que viver com dignidade é tão importante quanto viver mais tempo.

Já o princípio da não maleficência reflete o dever de evitar o dano e minimizar os riscos[1]. Ele se aplica tanto à cirurgia quanto ao acompanhamento pós-transplante. É papel da equipe médica avaliar as condições do órgão, os riscos de rejeição, infecção e complicações e agir com prudência em cada decisão. Esse princípio também fundamenta a luta contra práticas antiéticas – comércio ilegal de órgãos e manipulação de listas de espera[2].

A união entre beneficência e não maleficência exige do profissional de saúde uma postura responsável e tecnicamente competente. O respeito a esses princípios fortalece a confiança da sociedade na medicina e faz com que o transplante seja uma prática guiada não apenas pelo avanço científico, mas também pela conduta ética e pela compaixão.

O transplante de órgãos é uma prática que vai além do campo técnico da medicina, ultrapassando o âmbito ético, social e jurídico. A análise dos princípios da autonomia, beneficência e não maleficência demonstram que o sucesso de um transplante não depende somente de técnicas cirúrgicas mais avançadas, mas também de decisões éticas baseadas no respeito ao ser humano.

No contexto bioético, o princípio da justiça refere-se à distribuição equitativa dos recursos em saúde, assegurando que todos os pacientes tenham acesso equânime aos meios terapêuticos disponíveis[8]. No cenário dos transplantes, esse princípio assume grande relevância, uma vez que a escassez de órgãos impõe a necessidade de critérios rigorosos para a priorização dos receptores[9]. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça que a justiça distributiva deve orientar as decisões, de forma que o critério médico seja o principal determinante para a alocação, evitando influências socioeconômicas, culturais ou políticas que possam descredibilizar o processo[10, 11].

O Ministério da Saúde, seguindo os parâmetros éticos internacionais e as diretrizes da OMS, estrutura listas de espera baseadas em critérios como gravidade e urgência clínica, tempo na lista de espera, região geográfica e compatibilidade imunológica[9, 10]. De acordo com o Código de Ética Médica, o médico deve atuar com imparcialidade, vedando qualquer forma de discriminação ou favoritismo na indicação ou na seleção de receptores. Assim, a comunidade médica busca assegurar que cada paciente seja tratado com igualdade de oportunidade, especialmente em um sistema em que os recursos são escassos.

No entanto, ainda persistem desafios que colocam à prova a efetividade desse princípio. As regiões com menor infraestrutura hospitalar apresentam índices reduzidos de notificações e captação de órgãos, isso acontece devido ao menor número de habitantes na região, mas também devido ao menor poder financeiro do centro de transplante. Dessa maneira, criam-se desigualdades geográficas na oferta e na

realização de transplantes. Essas disparidades reforçam a necessidade de investimentos em políticas públicas que fortaleçam centros de captação, transporte e segurança logística, garantindo que a justiça não seja apenas um ideal, mas um princípio efetivamente aplicável[12].

A complexidade crescente da prática transplantadora trouxe novos questionamentos éticos, muitos deles impulsionados pelos avanços biotecnológicos e pela globalização da medicina[8, 12]. Um dilema emergente envolve o uso de tecnologias como a xenotransplantação e a engenharia de órgãos por bioimpressão. Embora apresentem potencial para mitigar a escassez, ainda não há consenso ético sobre riscos, impactos imunológicos e implicações sociais dessas técnicas. A experimentação humana precoce nesses campos suscita preocupações relacionadas à segurança, à previsibilidade dos resultados e à responsabilidade moral das equipes envolvidas. Assim, o debate ético contemporâneo exige uma postura cautelosa, pautada pelo equilíbrio entre inovação, segurança e respeito à dignidade humana.

Além disso, a redefinição dos critérios de morte encefálica, regulamentada no Brasil pela Resolução CFM nº 2.173/2017, também é objeto frequente de debate[7]. Embora amplamente aceito na comunidade científica, ainda existem questionamentos sociais e culturais sobre o momento correto para a retirada de órgãos. Tais controvérsias ressaltam a importância da transparência e do esclarecimento nas decisões médicas e da comunicação humanizada com as famílias, evitando que a prática se torne motivo de desconfiança ou insegurança[13]. Muitos protocolos médicos se tornam cotidianos para a equipe médica, entretanto, para a família do paciente, é uma experiência única em um momento de sofrimento, todos esses fatores aumentam a complexidade da situação.

A construção de um sistema de transplantes eticamente robusto depende da articulação entre princípios bioéticos e políticas públicas eficientes, mas principalmente da confiança da população no sistema. O Brasil enfrenta desafios estruturais que impactam diretamente na efetivação desses princípios: a desigualdade regional afeta o princípio da justiça; a baixa taxa de notificação de potenciais doadores e a falta de equipes treinadas são obstáculos que privam a igualdade de oportunidade[14].

Dito isso, a inclusão social é um elemento ético fundamental. Historicamente, pacientes de regiões periféricas ou de baixa renda não enfrentam problemas somente no acesso ao transplante, mas no acompanhamento pré-transplante, no transporte até centros especializados e na adesão ao tratamento pós-operatório[15]. Assim, políticas que reduzam essas barreiras, como telemedicina, custeio integral de deslocamento e ampliação de centros transplantadores, constituem instrumentos indispensáveis para garantir a aplicação concreta do princípio da justiça.

Do ponto de vista bioético, políticas públicas devem assegurar que os transplantes ocorram dentro de um sistema que garanta equidade, transparência e integralidade do cuidado. Isso exige investimento em capacitação profissional, ampliação de campanhas de conscientização sobre doação, fortalecimento da infraestrutura e atualização contínua dos critérios de alocação. Os sistemas bem-sucedidos são aqueles que integram educação populacional, gestão clínica e fiscalização rigorosa.

Garantir que cada fase, desde a decisão de doar até a realização da cirurgia, seja mediada pelos princípios acima citados é o que confere legitimidade à prática médica e fortalece a confiança da sociedade no processo de transplantes. Portanto, a reflexão bioética não atua apenas como um acréscimo, mas como uma parte fundamental para que o progresso científico aconteça de forma responsável e justa.

Assim, compreender os transplantes por meio de uma perspectiva bioética é reconhecer que cada órgão transplantado representa não somente uma vitória médica, como também um ato de solidariedade humana e de respeito à vida. O verdadeiro avanço da medicina se mede pela capacidade de salvar corpos e pela habilidade de preservar valores éticos que são pilares da existência humana.

## *3 Conclusão*

A análise bioética do transplante de órgãos revela que essa prática permanece profundamente dependente de fundamentos éticos sólidos para sua legitimidade e segurança para os pacientes. A primeira parte deste artigo abordou os princípios da autonomia, beneficência e não maleficência, evidenciando que cada etapa do processo deve respeitar

a dignidade humana, a segurança do paciente e o compromisso moral do médico em promover o bem e evitar o dano. A segunda etapa do desenvolvimento discutiu o princípio da justiça, destacando a necessidade de uma distribuição equitativa dos órgãos e de políticas públicas que promovam igualdade no acesso ao transplante. Analisaram-se ainda os dilemas éticos contemporâneos e o papel das políticas públicas na consolidação de um sistema de transplantes ético, transparente e socialmente responsável.

Dessa forma, ao retomar os quatro princípios da bioética, observa-se que não atuam de maneira isolada. Eles compõem um conjunto integrado que orienta decisões clínicas, políticas e sociais. O transplante de órgãos só alcança sua plena legitimidade quando todos esses princípios são respeitados de forma simultânea, garantindo que o avanço científico se mantenha aliado ao respeito humano.

Conclui-se, portanto, que o verdadeiro progresso na área de transplantes depende de inovação tecnológica e da incorporação contínua da bioética como pilar da prática médica e das políticas públicas. É essa integração entre ciência, ética e justiça social que assegura que cada transplante represente não apenas uma vitória terapêutica, mas também um exercício de solidariedade, dignidade e compromisso com a vida.

## *Referências*


1. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of Biomedical Ethics. *The American Journal of Bioethics*, *19*(11), 9–12. https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15265161.2019.1665402

2. Caplan, A. (2014). Bioethics of organ transplantation. *Cold Spring Harb Perspect Med*, *4*(3), a015685. DOI: 10.1101/cshperspect.a015685.

3. Brasil. (1997). Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.

4. Brasil. (2017). Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017. Regulamenta o Sistema Nacional de Transplantes. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.

5. Brasil. (s. d.). Sistema Nacional de Transplantes – Relatórios e boletins oficiais. *Ministério da Saúde*. https://www.gov.br/saude/

6. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). (s. d.). Registro Brasileiro de Transplantes. *Associação Brasileira de Transplante de Órgãos*. https://www.abto.org.br/

7. Conselho Federal de Medicina (CFM). (2017). Resolução CFM nº 2.173/2017. Dispõe sobre critérios para diagnóstico de morte encefálica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.

8. Zhang, Z. (2021). Ethical Dilemmas and Principles in Organ Transplantation. *Acta Bioethica*, *27*(2), 181-190. https://www.scielo.cl/pdf/

9. Ministério da Saúde. (2025). Sistema Nacional de Transplantes. *Ministério da Saúde*, Brasília. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/snt

10. World Health (2022). *Organization. Human organ and tissue transplantation: report by the Director-General.* Geneva: World Health Organization.

11. World Health Organization. (2024). *Increasing availability, ethical access and oversight of transplantation of human cells, tissues and organs.* Geneva: World Health Organization.

12. Bunnik, E. M. (2023). Ethics of allocation of donor organs. *Curr Opin Organ Transplant*, *28*(3), 192-196. DOI: 10.1097/MOT.0000000000001058.

13. Freeman, R. B., & Bernat, J. L. (2012). Ethical issues in organ transplantation. *Prog Cardiovasc Dis*, *55*(3), 282-9.

14. Silveira, P. V. P., Silva, A. A. da, Oliveira, A. C. S., Alves, A. J., Quaresemin, C. R., & Dias, C. de M. *et al.* (2009). Aspectos éticos da legislação de transplante e doação de órgãos no Brasil [Internet]. *Revista Bioética*, *17*(1). https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/80

15. Victorino, J. P., & Wilson, D. M. (2020). Investigating moral distress over a shortage of organs for transplantation. *Revista Bioética*, *28*(1), 83-88. https://doi.org/10.1590/1983-80422020281370

# Entre o possível e o justificável: a fragilidade como determinante ético na cirurgia oncológica

*Ramon da Silva Rosario*

**Resumo:** O envelhecimento populacional e o refinamento contínuo das técnicas operatórias criaram um paradoxo na medicina moderna: a capacidade técnica de ressecar tumores complexos em pacientes com reserva fisiológica mínima. O objetivo deste artigo é analisar a síndrome de fragilidade (*frailty*) não apenas como um preditor clínico de risco, mas como um determinante ético fundamental na cirurgia oncológica. Através de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo e crítico, discute-se o limite tênue entre o princípio da beneficência (intenção curativa) e a futilidade terapêutica, popularmente associada à distanásia cirúrgica. A partir do cruzamento entre a bioética principialista e a ética das virtudes, o trabalho argumenta que a decisão técnica de não operar deve ser aliada à prudência aristotélica (*phronesis*). Defende-se que a abstenção cirúrgica, quando devidamente fundamentada, não constitui uma omissão ou fracasso, mas sim um ato de precisão e julgamento clínico avançado. Conclui-se que a integração de dados objetivos de fragilidade no processo de decisão compartilhada empodera o cirurgião, protegendo o paciente de intervenções desproporcionais e assegurando que o imperativo tecnológico não se sobreponha à autonomia e à qualidade de vida do indivíduo.

**Palavras-chave:** cirurgia oncológica; bioética; fragilidade clínica.

## *1 Introdução*

A evolução da técnica operatória nas últimas décadas atingiu um patamar que permite ao cirurgião oncológico transpor fronteiras anatômicas antes consideradas intransponíveis. Contudo, essa proficiência técnica encontra seu maior desafio contemporâneo não na complexidade intrínseca do tumor, mas na vulnerabilidade biológica do hospedeiro. A síndrome de fragilidade (*frailty*) é definida como uma condição clínica de vulnerabilidade fisiológica aumentada, associada

à redução da reserva homeostática e a um maior risco de desfechos adversos frente a estressores, como o trauma cirúrgico[1].

No cenário do paciente oncológico frágil, o exercício da cirurgia transcende a habilidade manual e se consolida na sofisticação do julgamento clínico. A decisão pela abstenção cirúrgica, longe de representar uma capitulação diante da patologia, emerge como um ato de rigorosa precisão ética e técnica – a manifestação da prudência (*phronesis*) aristotélica aplicada à oncologia. É nesse limiar que o cirurgião exerce seu papel de protetor da autonomia e da qualidade de vida do paciente. Este artigo tem como objetivo analisar a função da fragilidade como determinante ético na decisão cirúrgica oncológica. Para atingir tal propósito, realizou-se uma revisão narrativa de literatura, embasada em artigos indexados em bases de dados como o PubMed, cruzando os descritores de cirurgia oncológica, bioética e tomada de decisão. A partir desse levantamento, emerge a seguinte questão: até que ponto a possibilidade técnica de ressecção justifica sua indicação em pacientes frágeis?

## *2 Desenvolvimento*

### 2.1 O limite da objetividade e as calculadoras de risco na cirurgia oncológica

A transição histórica de um modelo médico paternalista para uma prática baseada em evidências impulsionou a adoção de ferramentas de avaliação de risco (RATs – *risk assessment tools*) na rotina cirúrgica, a exemplo do ACS NSQIP (American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program), POSSUM e do Charlson Comorbidity Index[2, 3]. No contexto oncológico, essas calculadoras prometem mitigar vieses cognitivos inerentes ao julgamento humano, quantificando de forma neutra o impacto de comorbidades. Contudo, a dependência exclusiva dessas métricas revela uma miopia clínica: o limite da objetividade reside na incapacidade algorítmica de mensurar a síndrome de fragilidade em sua completude, a qual transcende a fisiologia e engloba a "vida biográfica" do indivíduo[4].

A literatura demonstra que essas calculadoras podem não superar consistentemente o julgamento clínico em cenários complexos[3]. O

ato operatório é dinâmico. Variáveis como a capacidade de resposta a instabilidades hemodinâmicas, a proficiência técnica do cirurgião frente a complicações intraoperatórias ou o suporte nutricional do paciente afetam drasticamente os desfechos. Ignorar o fator humano em prol de um escore estatístico fere o princípio da beneficência e flerta com a não maleficência[5]. Portanto, a avaliação de risco objetiva deve atuar como um instrumento auxiliar, e não como um veredito final que autoriza a incisão. Aceitar que certos pacientes não suportarão o trauma cirúrgico exige do médico a coragem de assumir o seu julgamento clínico, reafirmando que nem tudo o que é tecnicamente factível é eticamente justificável.

Entretanto, é imperativo alertar que o uso dessas calculadoras não deve desaguar no niilismo terapêutico ou em um etarismo velado. A constatação da fragilidade não pode atuar como uma sentença burocrática para negar tratamento a pacientes idosos que, com o suporte adequado, poderiam se beneficiar da intervenção. Idealmente, a identificação da *frailty* deve disparar protocolos de pré-habilitação cirúrgica – otimização nutricional, motora e clínica pré-operatória –, garantindo que a eventual recusa da cirurgia seja baseada na irreversibilidade biológica real e não em um preconceito estatístico[3].

## 2.2 O imperativo tecnológico e a virtude da prudência (*phronesis*)

Na oncologia cirúrgica contemporânea, a "tirania do possível" cria um dilema ético constante: o fato de um tumor ser tecnicamente ressecável não torna a intervenção obrigatoriamente indicada ou clinicamente benéfica[3]. O avanço tecnológico sistemático gerou o "imperativo cirúrgico" – uma predisposição de intervir movida pelo viés de ação (*commission bias*). Trata-se da falácia cognitiva de que a inação sistêmica é sempre um fracasso terapêutico e de que intervir cirurgicamente, mesmo com chances mínimas de sucesso, é moralmente superior a não intervir.

Em pacientes com alta carga de fragilidade, ceder a esse viés coloca o princípio da beneficência em colisão direta com a não maleficência[5]. Operar um indivíduo cuja reserva fisiológica é incapaz de suportar a

cascata inflamatória e o trauma cirúrgico frequentemente resulta em distanásia – o prolongamento artificial e desproporcional do processo de morrer a partir da obstinação terapêutica. Nesses casos, a cirurgia pode até ser bem-sucedida em extirpar a neoplasia, porém condena o paciente a um declínio funcional irreversível, restrito a uma unidade de terapia intensiva sob suporte avançado, às custas de dor severa e da supressão completa de sua dignidade e vida biográfica[4].

Diante dessa encruzilhada clínica, o cirurgião deve resgatar a sabedoria prática (*phronesis*). Na ética aristotélica aplicada à medicina, o cirurgião moralmente excelente não é definido apenas pela sua destreza manual e conhecimento anatômico, mas pela sua capacidade de discernimento crítico sobre os limites de sua própria arte[3]. A *phronesis* exige a maturidade cirúrgica de reconhecer que a abstenção de um procedimento curativo de alto risco não constitui omissão, negligência ou covardia. É uma intervenção clínica ativa, deliberada e eminentemente protetora.

Nesse contexto, a prudência não dita o abandono automático do bisturi. Ela exige a readequação rigorosa do seu propósito. Enquanto tentar uma gastrectomia total ampliada em um hospedeiro frágil e com múltiplas comorbidades configura futilidade, intervir cirurgicamente para confeccionar uma derivação gastrojejunal ou uma ostomia que alivie uma obstrução mecânica alinha-se de forma impecável ao princípio da proporcionalidade[5]. Na cirurgia com finalidade estritamente paliativa, o risco operatório é eticamente justificado, porque o alvo não é curar a doença de base, mas mitigar um sintoma refratário incapacitante, garantindo conforto imediato e preservando a autonomia restante do paciente.

Por fim, além de proteger o paciente vulnerável, essa postura prudencial resguarda a saúde mental e moral da própria equipe assistencial. A insistência sistêmica em cirurgias curativas fúteis é um dos principais gatilhos documentados para o sofrimento moral (*moral distress*) entre cirurgiões auxiliares, anestesiologistas e equipes de enfermagem intensivista, que frequentemente se veem obrigados a implementar medidas invasivas sem perspectiva de benefício real[3]. No Brasil, a recusa em realizar intervenções cirúrgicas desproporcionais possui sólido amparo legal e deontológico no Código de Ética Médica, que

proíbe formalmente a obstinação terapêutica e estabelece o dever do médico de ofertar todos os cuidados paliativos disponíveis para a prevenção e alívio do sofrimento[6].

## 2.3 Tomada de decisão compartilhada e proteção da vida biográfica

O reconhecimento da futilidade cirúrgica conduz ao desafio da comunicação. Historicamente, o paternalismo médico ditava a conduta de forma unilateral, omitindo riscos em prol de um otimismo terapêutico muitas vezes injustificável[3]. Na cirurgia oncológica moderna, o respeito ao princípio da autonomia exige a tomada de decisão compartilhada, estabelecendo uma aliança terapêutica entre o cirurgião, o paciente e seus familiares. É nesse cenário relacional que as ferramentas de avaliação de risco (RATs) encontram sua verdadeira e mais nobre utilidade, não como oráculos matemáticos limitantes, mas como instrumentos de letramento em saúde. A literatura demonstra que apresentar os dados objetivos de morbimortalidade e fragilidade de forma visual e clara facilita a compreensão da gravidade do quadro, reduzindo a ansiedade familiar e mitigando expectativas irreais de cura[2, 3].

O objetivo central dessa deliberação, mais do que expor estatísticas, é proteger a "vida biográfica" do paciente oncológico vulnerável. A bioética impõe uma distinção fundamental entre a manutenção puramente fisiológica do organismo (vida biológica) e a preservação da história, dos valores, das relações e da identidade do indivíduo (vida biográfica)[4]. Quando uma cirurgia oncológica de grande porte ameaça extirpar de forma definitiva a independência de um paciente idoso e frágil, a intervenção atenta contra a sua biografia.

Por exemplo, em um paciente idoso diagnosticado com câncer de cólon avançado associado a uma alta carga de fragilidade (sarcopenia severa e dependência para atividades instrumentais), a decisão compartilhada ancorada nesses dados pode culminar na recusa da ressecção curativa de alto risco. Opta-se, em conjunto com a família, por um suporte paliativo exclusivo, priorizando o controle sintomático. O dever fiduciário do médico é garantir que a agressão operatória não

desfigure a narrativa final da vida do paciente[4]. No contexto brasileiro, essa proteção possui amparo por meio da Resolução nº 1.995/2012, do Conselho Federal de Medicina, que garante o cumprimento das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), resguardando o direito do paciente de recusar terapias invasivas[7]. Ao utilizar a avaliação de risco em conjunto com as DAV, o cirurgião medeia o luto antecipatório da família com dados concretos, demonstrando que o suporte paliativo de excelência honra a biografia de quem está sob seus cuidados.

## *3 Conclusão*

O presente artigo demonstrou que a decisão na cirurgia oncológica contemporânea transcende a exequibilidade técnica, consolidando-se no julgamento clínico e ético. A síndrome de fragilidade baliza o limite entre a beneficência e a futilidade terapêutica. Na prática clínica, isso implica incorporar rotineiramente a avaliação objetiva de fragilidade nos fluxogramas pré-operatórios e priorizar a tomada de decisão compartilhada. Conclui-se que a abstenção cirúrgica devidamente embasada representa um exercício avançado de sabedoria prática (*phronesis*). Ao alinhar ferramentas de risco, limites fisiológicos e diretivas antecipadas, o cirurgião atua como o principal garantidor da autonomia do paciente, assegurando que o foco do cuidado permaneça na proteção irrestrita de sua qualidade de vida e de sua biografia.

Olhando para o futuro da especialidade, a crescente intersecção entre algoritmos preditivos avançados e a medicina de precisão exigirá diretrizes institucionais cada vez mais claras. Contudo, a essência do cuidado permanecerá inalterada: a tecnologia pode refinar a probabilidade matemática do desfecho, contudo o julgamento ético da proporcionalidade continuará sendo o domínio exclusivo e inegociável do cirurgião.

## *Referências*

1. Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., & Gottdiener, J. *et al.* (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, *56*(3), M146-56.

2. Bilimoria, K. Y., Liu, Y., Paruch, J. L., Zhou, L., Kmiecik, T. E., & Ko, C. Y. *et al.* (2013). Development and evaluation of the universal ACS NSQIP surgical

risk calculator: a decision aid and informed consent tool for patients and surgeons. *J Am Coll Surg*, *217*(5), 833-42.

3. Peterson, A. S., & Pilkington, B. (2026). Balancing objectivity and humanity: ethical challenges and considerations in surgical candidacy decisions. *HEC Forum*, *38*(2), 175-189. DOI: 10.1007/s10730-025-09565-6.

4. President's Council on Bioethics (US). (2005). *Taking care: ethical caregiving in our aging society*. Washington (DC): President's Council on Bioethics.

5. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press.

6. Conselho Federal de Medicina. (2018). Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. *Código de Ética Médica*. Brasília: CFM. https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf

7. Conselho Federal de Medicina. (2012). Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União*, seção I, 269-270. https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995

# A dimensão espiritual no cuidado integral: desafios bioéticos na saúde pública e na formação médica

*Elizabeth Luanna Melchior*
*Ramon da Silva Rosario*

**Resumo:** Este capítulo analisa a integração da espiritualidade na prática médica e no Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva da bioética, superando o modelo estritamente biomédico em prol do cuidado integral. A despeito da laicidade do Estado, evidencia-se uma vulnerabilidade espiritual nas instituições de saúde, gerada pela hegemonia de matrizes religiosas específicas, o que fere o princípio da justiça distributiva e desampara grupos minoritários. No âmbito da prática clínica, a espiritualidade atua como determinante na resiliência e na tomada de decisão do paciente. Para o manejo adequado, defende-se a escuta sensível e o emprego de ferramentas de anamnese estruturadas, como os protocolos FICA e HOPE. Diante de dilemas éticos, como na recusa terapêutica fundamentada na fé, o texto destaca a necessidade de mediação dialógica, garantindo o respeito à autonomia em equilíbrio com a beneficência e a não maleficência. Por fim, como estratégias de mitigação, propõe-se a implementação de capelanias plurais nas instituições e a inclusão obrigatória do letramento religioso nas diretrizes curriculares médicas. Conclui-se que o acolhimento à diversidade de crenças não constitui mera concessão institucional, mas um imperativo bioético indispensável para a dignidade humana e para a consolidação de uma medicina centrada na pessoa.

**Palavras-chave:** bioética; espiritualidade; Sistema Único de Saúde; relação médico-paciente; autonomia pessoal.

## *1 Introdução*

Por muito tempo, a medicina enxergou o corpo humano de forma dividida, focando quase exclusivamente na doença física. Hoje, a prática médica entende que isso não basta: o cuidado exige olhar o paciente de forma integral, unindo corpo, mente, contexto social e espírito. É a partir dessa compreensão que a espiritualidade ganha destaque. Muito além de pertencer a uma religião específica, ela é a forma como o ser humano busca sentido, propósito e força diante das adversidades. Reconhecer essa dimensão não é apenas um detalhe cultural, mas

um passo fundamental para tratar o paciente com a dignidade que ele merece.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem o compromisso de atender a todos com igualdade e cuidado integral. Porém, quando analisamos o acolhimento espiritual sob a perspectiva da bioética, percebemos um descompasso. Embora o Estado seja laico e a lei garanta a assistência religiosa nos hospitais, a prática diária mostra o predomínio de algumas poucas crenças. Isso acaba deixando pacientes de religiões de matriz africana, minorias religiosas ou pessoas sem religião desamparados justamente no momento de maior fragilidade. Essa falha no sistema gera um novo tipo de vulnerabilidade que precisa ser discutido como uma questão de justiça.

Esse problema, que começa na gestão hospitalar, afeta diretamente o dia a dia na beira do leito. Cuidar de alguém exige uma escuta verdadeira e sensível. Se o profissional de saúde ignora a fé do paciente ou desrespeita seus rituais, ele não apenas fere a autonomia dessa pessoa, como quebra o vínculo de confiança necessário para o tratamento. A forma como o paciente enxerga sua própria espiritualidade muda a maneira como ele lida com o diagnóstico, como toma decisões e se ele vai, ou não, aderir à terapia proposta. Muitas vezes, surgem conflitos difíceis entre o protocolo técnico e as crenças do paciente, exigindo do médico muito mais do que conhecimento científico.

Diante disso, este capítulo propõe uma reflexão sobre como a bioética pode orientar os profissionais de saúde a lidar com a diversidade de crenças. Partindo de um olhar sobre a justiça e o acolhimento no SUS, o texto avança para a prática clínica diária. O objetivo é apresentar caminhos éticos para incluir a espiritualidade na consulta de forma respeitosa, mediar conflitos de forma humanizada e garantir que a medicina seja, de fato, centrada na pessoa.

## *2 Desenvolvimento*

### 2.1 Justiça e vulnerabilidade no Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi estruturado sobre o princípio da integralidade[1]. Isso significa que o Estado tem o dever de enxergar

o paciente não apenas como um corpo doente, mas como um indivíduo complexo, atravessado por questões sociais, psicológicas e espirituais. Recentes discussões na saúde pública reforçam que o alívio do sofrimento humano é multidimensional[2]. Portanto, quando a estrutura hospitalar negligencia a dimensão espiritual do cuidado, ela ignora um traço cultural, o que configura falha na garantia dessa integralidade.

Embora o Brasil seja um Estado laico e a legislação assegure a assistência religiosa em hospitais, a realidade nas enfermarias costuma ser diferente. Na prática, observa-se uma hegemonia estrutural de poucas matrizes religiosas dominantes. Essa dinâmica cria um ambiente onde o cuidado espiritual se torna um privilégio na maioria das vezes. Pacientes de religiões de matriz africana, minorias religiosas ou pessoas sem religião frequentemente se veem silenciadas ou constrangidas no momento de maior fragilidade de suas vidas. É aqui que surge o conceito de vulnerabilidade espiritual: o paciente, já fragilizado pela doença e pelas desigualdades sociais, sofre um novo abandono institucional ao perceber que sua visão de mundo não é acolhida pelo sistema que deveria protegê-lo[2].

Sob a perspectiva da bioética, especialmente apoiada no princípio da justiça distributiva, essa assimetria é inaceitável. A equidade no SUS exige que os recursos e o acolhimento sejam distribuídos de acordo com as necessidades específicas de cada grupo. Oferecer suporte espiritual apenas para quem segue a fé majoritária fere a equidade e exclui as populações periféricas. A bioética de intervenção, muito presente no cenário latino-americano, lembra que é dever do sistema de saúde atuar ativamente para proteger os mais vulneráveis contra qualquer tipo de coerção ou apagamento invisível dentro dos hospitais[3].

Por fim, a raiz dessa injustiça muitas vezes se encontra na própria base da formação médica. A literatura aponta que a dimensão espiritual ainda é amplamente negligenciada nas diretrizes curriculares das faculdades de medicina[4]. Sem o devido letramento religioso durante a graduação, os futuros médicos chegam à prática clínica sem as ferramentas necessárias para lidar com a pluralidade do povo brasileiro. Para que o SUS seja verdadeiramente justo, a mudança precisa começar na educação, garantindo que o cuidado espiritual deixe de ser visto

como um favor confessional e passe a ser compreendido como um direito humano inalienável.

## 2.2 A espiritualidade na prática clínica e a anamnese estruturada

A incorporação da espiritualidade na prática clínica tem sido reconhecida amplamente como componente essencial no cuidado integral, sendo alinhada aos fundamentos bioéticos[5]. Distanciando-se de uma compreensão restrita à religiosidade, a espiritualidade atua de maneira mais abrangente, buscando propósito e conexão, especialmente nos cenários de adoecimento, sofrimento e finitude do ser humano. A integração junto à prática clínica não configura um acréscimo acessório. Trata-se de uma ampliação do olhar terapêutico, capaz de articular aspectos biológicos, psicológicos e existenciais.

Do ponto de vista bioético, a espiritualidade alinha-se de maneira consistente aos princípios clássicos da prática clínica[6]. O princípio da autonomia, por exemplo, exige o reconhecimento das crenças, valores e narrativas individuais que orientam as decisões do paciente, incluindo os de natureza espiritual. Ignorar os valores espirituais do paciente não é apenas uma falha comunicacional, visto que é um desrespeito à própria capacidade do indivíduo de deliberar sobre seu cuidado com base em suas referências de sentido. A beneficência, por sua vez, considera que o bem-estar não se restringe à falta de doença, englobando também um conforto existencial e a atribuição de significado à experiência do adoecimento. Nessa mesma direção, a não maleficência convoca o médico a não negligenciar a dimensão espiritual ao evitar intervenções inadequadas, como imposição de crenças ou práticas que não correspondem aos valores do paciente.

Na prática clínica, a espiritualidade se manifesta por meio da escuta sensível, entendida como escuta qualificada, empática e não diretiva, capaz de acolher as expressões subjetivas do paciente, sem reduzi-las a categorias médicas. Nessa perspectiva, o médico não assume o papel de orientador espiritual, mas de facilitador do conforto existencial, oferecendo um espaço seguro e de validação das experiências do paciente. Essa postura contribui para o fortalecimento do vínculo

terapêutico e para a construção de um cuidado centrado na pessoa, no qual as decisões clínicas são tomadas em consonância com os valores e significados do indivíduo.

A operacionalização da espiritualidade na clínica pode ser realizada por meio de ferramentas estruturadas de anamnese espiritual, especialmente os protocolos FICA e HOPE, que auxiliam o profissional na abordagem[7]. O protocolo FICA é composto por quatro eixos: *faith or belief* (fé ou crença), *importance* (importância ou influência), *community* (comunidade) e *address in care* (abordagem ou ação no cuidado); já o protocolo HOPE organiza a anamnese em quatro outros componentes: H – *sources of hope* (fontes de esperança), O – *organized religion* (religião organizada), P – *personal spirituality and practices* (espiritualidade e práticas pessoais) e E – *effects on medical care* (efeitos no cuidado médico). Esses instrumentos devem ser usados de maneira flexível, orientando a escuta qualificada e favorecendo a identificação de demandas relevantes para o cuidado integral. A competência ética do profissional exige reconhecer quando e como abordar a espiritualidade, garantindo que essa dimensão seja integrada ao cuidado sem ultrapassar os limites do papel clínico.

## 2.3 Resiliência, adesão terapêutica e mediação de conflitos éticos

A espiritualidade, entendida como dimensão constitutiva da experiência humana que envolve sentidos, valores e sistemas de crenças na prática clínica, tem adquirido relevância no campo da saúde contemporânea, tanto na literatura científica quanto em diretrizes de cuidado centrado na pessoa. Estudos recentes indicam que a fé e a espiritualidade podem atuar como importantes recursos de resiliência, modulando respostas emocionais, influenciando a adesão terapêutica e contribuindo para a qualidade de vida em condições agudas e crônicas[8]. A espiritualidade tem operado como mediadora de esperança, de enfrentamento de sentido e aliviando o sofrimento existencial associado ao adoecimento, gerando um fortalecimento no engajamento do processo terapêutico.

Entretanto, da mesma maneira que potencializa a cura, pode gerar dilemas clínicos quando determinadas doutrinas ou interpretações produzem resistência aos tratamentos. A recusa a procedimentos médicos, como na recusa terapêutica a transfusões sanguíneas, terapias oncológicas, vacinas ou intervenções de suporte avançado de vida, constitui relevante desafio na prática contemporânea[9]. O conflito entre espiritualidade e prática médica gera um cenário de tensão, visto que o profissional encontra-se diante de um dilema ético complexo, no qual deve equilibrar a promoção do bem-estar e a prevenção de danos, respeitando a autonomia do paciente.

O processo de mediação bioética nessas situações exige uma postura dialógica e culturalmente competente, na qual o cuidado deve permanecer centrado na pessoa, implicando a compreensão da espiritualidade como elemento legítimo do processo de tomada de decisão clínica, e não como obstáculo de adesão. A escuta qualificada, a investigação sensível dos valores e a negociação terapêutica constituem estratégias fundamentais para a construção de consenso terapêutico. Do ponto de vista bioético, cabe ao médico assegurar que a decisão do paciente seja autônoma, livre de coerção e tomada com compreensão plena do quadro clínico e suas implicações em caso de recusa terapêutica. A autonomia, entretanto, não deve ser vista de maneira isolada; ela deve ser complementada pelos princípios da beneficência, não maleficência e justiça. O Código de Ética Médica brasileiro orienta que o profissional respeite a vontade do paciente, desde que não haja risco iminente à vida em situações nas quais este não está apto para decidir[10]. Quando há capacidade decisória preservada, mesmo escolhas que contrariem recomendações técnicas devem ser respeitadas.

A literatura destaca que abordagens interdisciplinares, especialmente com a participação de capelãos hospitalares, psicólogos, equipes de bioética e comitês de ética assistencial, podem auxiliar na elaboração de soluções culturalmente sensíveis e clinicamente seguras[11]. O objetivo é a redução de conflitos e a proteção da autonomia, garantindo que o tratamento seja coerente com os valores fundamentais do paciente, sem comprometer a integridade moral do profissional.

## 2.4 Estratégias institucionais e diretrizes na formação médica

A incorporação da dimensão espiritual no cuidado em saúde tem avançado significativamente, ganhando destaque recente no debate brasileiro voltado ao fortalecimento da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Diante dos conflitos éticos e das vulnerabilidades apresentadas, evidencia-se a necessidade de estruturar estratégias institucionais que articulem o cuidado espiritual à formação profissional[2]. O grande desafio contemporâneo é garantir que essa integração seja pautada por princípios bioéticos robustos, preservando de forma inegociável a laicidade do Estado e a autonomia dos usuários.

A implementação de capelanias plurais ou ecumênicas constitui uma proposta indispensável para o SUS. O objetivo é assegurar um suporte estruturado, interdisciplinar e, acima de tudo, culturalmente sensível às minorias, protegendo, por exemplo, pacientes de matrizes africanas ou indivíduos sem religião formal. Modelos internacionais demonstram que a atuação de capelãos profissionalizados, com preparo inter-religioso e treinamento clínico, contribui ativamente para a redução do sofrimento existencial, facilitando a comunicação e apoiando processos de tomada de decisão terapêutica complexa[5]. Para a realidade brasileira, a adoção desse modelo exige diretrizes públicas claras sobre credenciamento e delimitação de atribuições, evitando que o espaço hospitalar se torne palco para coerção institucional ou proselitismo disfarçado de cuidado.

Paralelamente à reestruturação hospitalar, a qualificação das equipes multiprofissionais configura-se como o pilar de sustentação dessa mudança. A ausência de uma formação acadêmica sistemática sobre o tema aumenta drasticamente os riscos de abordagens iatrogênicas. Quando o profissional age baseado apenas em impressões pessoais ou estereótipos, ele ultrapassa os limites éticos do cuidado e esbarra em tentativas de aconselhamento não solicitado. Essa conduta não apenas fere a autonomia do paciente, mas viola diretamente o princípio da não maleficência, configurando abuso de poder na relação médico-paciente[6].

Por essa razão, a inserção do letramento religioso e espiritual nas diretrizes curriculares dos cursos de medicina deixou de ser optativa

e tornou-se uma urgência ética[4]. Educar o futuro médico não significa instruí-lo teologicamente, mas sim desenvolver competências transversais baseadas na escuta empática e no respeito absoluto à alteridade. O treinamento prático com ferramentas validadas de anamnese, como os protocolos FICA e HOPE, deve ser instituído desde o ciclo básico até o internato[5], garantindo que o profissional seja capaz de identificar as demandas espirituais de seu paciente sem jamais impor suas próprias convicções.

## *3 Conclusão*

A espiritualidade na medicina vai muito além de questões religiosas: ela é parte essencial da dignidade humana e da verdadeira integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Sob a perspectiva da bioética, o cuidado espiritual não é um "favor" ou caridade. É uma exigência dos princípios de justiça e autonomia.

Na saúde pública, o Estado tem o dever de garantir que o hospital seja um espaço seguro para todas as crenças – ou para a ausência delas. A criação de capelanias plurais, por exemplo, é uma medida prática para corrigir a desigualdade estrutural. Isso evita que grupos minoritários sofram com o abandono ou com a imposição de uma fé hegemônica em seu momento de maior fragilidade.

Para que tudo isso funcione na prática, a mudança precisa começar na faculdade. Incluir o letramento religioso na formação médica é a forma mais eficaz de preparar[7] profissionais capazes de lidar com a diversidade do povo brasileiro. Afinal, uma medicina verdadeiramente ética entende que, por trás de toda doença, existe uma biografia, e honrar essa história é a forma mais justa de se exercer a não maleficência.

## *Referências*


1. Brasil. (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.

2. Esperandio, M. R. (2021). A inserção da espiritualidade na prática clínica: um imperativo bioético e de saúde pública. *Rev Bioet*, *29*(2), 234-44.

3. Garrafa, V., & Porto, D. (2006). Bioética de intervenção. *In*: V. Garrafa, M. Kottow, & A. Saada (Eds.). *Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano* (pp. 111-126). São Paulo: Gaia.

4. Reginato, V., & Turato, E. R. (2021). A espiritualidade/religiosidade como desafio ao cuidado integral: aspectos regulatórios na formação médica brasileira. *Physis*, *31*(3), e310318.

5. Lucchetti, G. *et al*. (2010). Espiritualidade na prática clínica: evidências e implicações. *Rev Bras Educ Med*, *34*(1), 159-67.

6. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2015). *Princípios de ética biomédica*. 4. ed. São Paulo: Loyola.

7. Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med*, *17*(6), 642-56.

8. Puchalski, C. *et al*. (2022). Spirituality, chaplaincy and health systems: new directions for integrative care. *J Palliat Med*, *25*(4), 567-79.

9. Puchalski, C., & Ferrell, B. (2020). *Making health care whole: integrating spirituality into patient care.* 2nd ed. West Conshohocken: Templeton Press.

10. Conselho Federal de Medicina. (2018). Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. *Código de Ética Médica*. Brasília: CFM.

11. Ferreira, M., & Siqueira, J. E. (2023). Capelania plural e ética do cuidado espiritual no SUS: desafios e avanços. *Rev Bioet*, *31*(2), 89-103.

# Bioética na anestesiologia: entre a teoria e a decisão no centro cirúrgico

*Enrico Torresini Ribeiro*
*Gabriel Wirtti Balbinotti*
*Maria Gabriela Paniz Bacedo*

**Resumo:** A anestesiologia é uma especialidade médica fundamental que, embora muitas vezes atue nos bastidores do ato cirúrgico, envolve decisões clínicas e éticas de alta complexidade e impacto direto na segurança do paciente. O presente trabalho tem como objetivo discutir a relação intrínseca entre a bioética e a prática anestesiológica, concentrando-se especificamente no desafio do consentimento informado em cenários de urgência e emergência. Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter opinativo, na qual são analisados os quatro princípios fundamentais do principialismo – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – e sua aplicabilidade prática no ambiente do centro cirúrgico. A partir da análise de casos clínicos típicos de emergência, como o atendimento a pacientes politraumatizados e inconscientes, o estudo discute o frequente conflito entre a autonomia do paciente e o dever de beneficência do médico. Destaca-se que, na rotina da anestesia, nem sempre é factível seguir rigidamente todos os preceitos éticos em sua forma ideal, dada a limitação de tempo e a incapacidade decisória momentânea do indivíduo. Nesses contextos críticos, a doutrina do consentimento presumido torna-se um pilar de sustentação para a prática, permitindo que o profissional priorize a preservação da vida e a manutenção da homeostase fisiológica. Conclui-se que a tomada de decisão em situações de risco iminente tende a relativizar a autonomia em favor da proteção do bem maior do paciente, reforçando que a bioética deve servir como um guia interpretativo e uma ferramenta de reflexão, e não apenas como um conjunto de regras fixas.

**Palavras-chave:** bioética; anestesiologia; consentimento informado; autonomia; emergência.

## *1 Introdução*

A prática médica está longe de ser apenas técnica. Em muitas situações, especialmente dentro do ambiente hospitalar, o médico precisa tomar decisões que vão além de protocolos e diretrizes. A bioética surge justamente como uma ferramenta para orientar essas escolhas, principalmente quando há conflitos de valores[1].

Na anestesiologia, assim como nas outras especialidades, a bioética se baseia nos quatro princípios clássicos do principialismo, dos quais nenhum é consistentemente superior ao outro [2, 3]. No entanto, apresenta desafios éticos únicos, devido à natureza da especialidade, que visa prevenir dor física e psicológica, aliviar ansiedade e manter a homeostase fisiológica, para que outros cuidados possam progredir com segurança. Diferentemente de outros especialistas, o anestesiologista frequentemente lida com pacientes em condições críticas, muitas vezes sem possibilidade de diálogo direto, em que o tempo de decisão pode ser extremamente curto, o que dificulta a aplicação "ideal" de conceitos como o consentimento informado.

Diante disso, discutir bioética dentro da anestesiologia não é apenas teórico, é algo que se aproxima bastante da realidade prática. Este trabalho busca explorar a relação da bioética dentro da anestesia, avaliando desafios éticos específicos.

## *2 Desenvolvimento*

Os quatro princípios clássicos da bioética – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – são amplamente ensinados durante a formação médica, devendo ser usados como base para fornecer cuidado eticamente apropriado aos pacientes. No entanto, na prática, especialmente em cenários críticos, esses princípios frequentemente entram em conflito.

A autonomia, na anestesiologia, manifesta-se principalmente no processo de consentimento informado, quando os anestesiologistas enfrentam desafios éticos, práticos e relacionais, especialmente em situações de vida ou morte, nas quais o paciente não tem condições para tomada de decisão[4]. A beneficência envolve a obrigação de agir de acordo com o melhor interesse do paciente, oferecendo intervenções que proporcionem benefício significativo dentro do contexto da narrativa de vida dele. Na prática anestesiológica, isso significa compreender o paciente não apenas biologicamente, mas também biograficamente, entendendo o que dá significado à sua existência e qual qualidade de vida seria compatível com seu nível de funcionamento.

O princípio da não maleficência é particularmente relevante na anestesiologia, na qual as intervenções carregam riscos inerentes, e os anestesiologistas devem constantemente equilibrar os benefícios potenciais e os riscos. As intervenções oferecidas devem ser tanto clinicamente apropriadas, quanto eticamente proporcionais[5]. A justiça refere-se à distribuição equitativa de recursos e tratamento justo para os pacientes. Na anestesiologia, isso se manifesta em decisões sobre alocação de recursos escassos, cancelamento de cirurgias e acesso a cuidados perioperatórios[6].

A anestesiologia apresenta desafios éticos, principalmente em situações de urgência, relacionados ao consentimento informado limitado pelo tempo, capacidade decisória comprometida, necessidade de recorrer a representantes para a tomada de decisões e o equilíbrio entre autonomia do paciente e beneficência em contextos de risco de vida[7]. As situações de emergência exigem que os anestesiologistas tomem decisões rápidas enquanto mantêm os princípios éticos fundamentais.

Respeitar a vontade do paciente é, em teoria, obrigatório. Isso se concretiza por meio do consentimento informado. Porém, a anestesiologia apresenta um problema evidente, que é quando o paciente não pode decidir, devendo o médico equilibrar a necessidade de informação adequada com a urgência temporal[8].

Um exemplo comum é o paciente politraumatizado que chega ao hospital inconsciente, com necessidade imediata de cirurgia. Nesse contexto, o anestesiologista precisa agir rapidamente para garantir via aérea, estabilidade hemodinâmica e condições para o procedimento. Não há tempo, nem possibilidade de explicar riscos, alternativas ou obter consentimento formal. Nessa situação, insistir na autonomia, no sentido estrito, seria inviável. Esperar poderia significar piora clínica ou até morte. É aí que entra o princípio da beneficência, que, na prática, acaba se sobrepondo. O médico age buscando o melhor interesse do paciente, mesmo sem autorização explícita.

A tomada de decisão do médico, diante da impossibilidade de consentimento do paciente, apesar de amplamente aceita, não deixa de gerar desconforto. Existe sempre a possibilidade de o paciente, se estivesse consciente, não concordar com determinadas intervenções.

Ainda assim, a prática médica e a própria legislação entendem que, em situações de risco iminente, há um consentimento presumido[9].

O consentimento presumido é uma doutrina legal e ética que permite aos anestesiologistas proceder com tratamento em situações de emergência sem obter consentimento explícito do paciente, baseando-se na presunção de que a pessoa consentiria o tratamento se pudesse ser consultada, sendo fundamental para o manejo de emergências médicas, quando o atraso no tratamento pode resultar em morte ou incapacidade significativa. Na anestesia, especificamente, o consentimento presumido aplica-se, principalmente, em situações como: intubação de emergência em pacientes inconscientes ou com via aérea comprometida; indução anestésica para cirurgias de emergência em pacientes incapacitados e manejo de via aérea difícil em situações de impossibilidade de ventilar e intubar[10].

Outro ponto que chama atenção é o grau de vulnerabilidade do paciente anestesiado. Após a indução anestésica, o paciente perde completamente sua capacidade de decisão, comprometendo o consentimento informado e a sua autonomia e podendo gerar conflitos entre beneficência e não maleficência em decisões de tempo crítico e na tomada de decisão substituta[11].

Uma vez que a anestesiologia funciona em simbiose com o cuidado cirúrgico; sua missão é blindar o paciente contra o estresse psicológico e a dor, mantendo o equilíbrio do organismo para permitir o progresso seguro do tratamento clínico. Os padrões éticos perianestésicos estabelecem que o profissional deve fornecer cuidado a cada paciente, preservando a dignidade humana, a autonomia, a confidencialidade e o valor; protegendo direitos do paciente; e apoiando seu bem-estar[12, 13]. Desse modo, o paciente fica totalmente dependente da equipe, o que coloca o anestesiologista em uma posição de grande responsabilidade, não apenas técnica, mas também ética[14].

No fim das contas, a impressão que fica é que a bioética, na prática anestésica, funciona mais como um guia do que como uma regra fixa. O médico precisa interpretar o contexto e tomar decisões mesmo sem ter todas as respostas.

## *3 Conclusão*

A anestesiologia evidencia, de forma bastante clara, os limites da aplicação rígida dos princípios bioéticos. Situações de urgência mostram que nem sempre é possível respeitar plenamente a autonomia do paciente, especialmente quando há risco imediato à vida. Nesses casos, a beneficência e a não maleficência tendem a orientar a conduta, ainda que isso gere certo conflito do ponto de vista teórico.

Mais do que seguir regras, o anestesiologista precisa exercer julgamento clínico e responsabilidade ética. Assim, a bioética não deve ser vista como um conjunto de respostas prontas, mas como um instrumento de reflexão. Na prática, cada situação exige uma análise própria, e muitas decisões acabam sendo tomadas em cenários de incerteza.

## *Referências*


1. Diniz, D., Guilhem, D., & Schücklenk, U. (Eds.). (2018). *Bioética: pesquisa, cuidado e políticas públicas*. 2. ed. Brasília: LetrasLivres.

2. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press.

3. Gillon, R. (1994). Medical Ethics: Four Principles Plus Attention to Scope. *BMJ*, *309*(6948), 184-8. DOI: 10.1136/bmj.309.6948.184.

4. Waisel, D. B., Lamiani, G., & Sandrock, N. J. *et al*. (2009). Anesthesiology Trainees Face Ethical, Practical, and Relational Challenges in Obtaining Informed Consent. *Anesthesiology*, *110*(3), 480-6.

5. Vergano, M., Magavern, E., & Zamperetti, N. (2018). Clinical Ethics: What the Anesthesiologist and the Intensivist Need to Know. *Minerva Anestesiologica*, *84*(4), 515-522.

6. Denholm, L., Lal, A., Henderson, M., & McConnell, P. (2020). Bioethics: Cancelling Patient Operations. *Current Opinion in Anaesthesiology*, *33*(2), 211-217.

7. Cushman, T., Waisel, D. B., & Treggiari, M. M. (2021). The Role of Anesthesiologists in Perioperative Limitation of Potentially Life-Sustaining Medical Treatments: A Narrative Review and Perspective. *Anesthesia and Analgesia*, *133*(3), 663-675.

# Cuidados paliativos e bioética: uma busca por compaixão, qualidade de morte e consolidação

*Camila Martin Biancho*

**Resumo:** A bioética garante que os pacientes sejam respeitados a partir dos seguintes princípios: beneficência, maleficência, justiça e autonomia e, os cuidados paliativos têm como objetivo amparar pacientes diagnosticados com doença que ameaça a continuidade da vida, isto é, quando não há possibilidade de tratamento curativo. A prática paliativista integra a terapia biopsicossocial, ou seja, cuida do físico e da mente, além de atentar-se ao social. Contextualizando, os cuidados paliativos surgiram na Idade Média, a partir dos hospices, que acolhiam viajantes, o que influenciou na idealização moderna. Entretanto, no Brasil, a prática iniciou apenas no século XX, fazendo com que a população desconheça o significado do paliativismo e da existência da bioética por trás de cada tomada de decisão. Além disso, pouco se fala sobre morte, inclusive nas universidades, o que não contribui para o rompimento desse paradigma, levando a um fim de vida silente e havendo poucos profissionais capacitados. Vale lembrar que muitos profissionais da área da saúde empatizam com pacientes que necessitam desse cuidado, mas não se sentem seguros por não ter aprendido o suficiente sobre o assunto ou porque as próprias emoções tomam conta, ficando sozinhos diante situações consideradas difíceis pela sociedade. Dessa forma, depreende-se que o paliativismo ainda não se concretizou no Brasil, devido à falta de políticas públicas, aos significados errôneos vinculados e à dificuldade da população ao viver o luto e a morte.

**Palavras-chave:** hospices modernos; cuidados paliativos; bioética.

## *1 Introdução*

A partir das contribuições deixadas pela Idade Média, foi possível estruturar e praticar os cuidados paliativos em hospitais e hospices. O marco inicial foi o surgimento do St. Luke's House, "casa de morrer" que acolhia pacientes em terminalidade, que recebeu o título por dedicar-se, especialmente, aos cuidados do fim da vida. Restringindo o paliativismo ao Brasil, é possível perceber a tardia chegada dos cuidados aos doentes graves e sem perspectiva de melhora, o que explica as dificuldades citadas ao longo deste capítulo. Referindo-se à bioética,

é importante ressaltar a necessidade de ter uma área destinada aos questionamentos que surgem na prática médica, pois é a bússola dos médicos, direcionando condutas respeitosas aos pacientes.

## *2 Desenvolvimento*

### 2.1 Morte, bioética e cuidados paliativos

Segundo Rilke, em *Cartas a um jovem poeta*, a morte é a situação em que as palavras não chegam. Logo, depreende-se a dificuldade que a maioria dos indivíduos têm para aceitá-la. Morte é uma transição para quem partiu e para quem ficou. Dessa forma, é possível compreender a dor e o medo de quem está envolvido.

Por isso, diante da morte, diversas situações e dúvidas podem surgir, porém, existe uma certeza: respeitar o paciente. Comunicar-se com ele e entes próximos faz parte de um conjunto de ações da bioética, as quais visam proporcionar dignidade. O paliativismo é o que traz conforto para uma longa internação, acolhe a dor e se atenta às profundezas de frente com uma certeza que ainda é muito amarga.

### 2.2 Empatia e compaixão

Empatia é a capacidade de se colocar no lugar do outro e sentir. Compaixão é a capacidade de ajudar quem está sofrendo a transformar aquela dor em algo que faça sentido, sem ser paralisado pelo sentimento. Ainda é importante conceitualizar, pois a falta de conhecimento sobre cuidados paliativos impacta o dia a dia dos profissionais de saúde, dificultando a expressão de acolhimento. Para exemplificar, a escritora Ana Claudia Arantes, no início da faculdade, se perguntava: "como eu lido com a dor do outro sem tomá-la pra mim?" (Arantes, 2016, p. 14)

### 2.3 O que o paciente precisa?

Para responder essa pergunta é importante perguntar ao paciente. Diversas vezes a necessidade do médico de encontrar uma solução para a doença do paciente é tão grande que o olhar, a expressão corporal e o tom de voz passam despercebidos. Num contexto paliativo, não há mais a perspectiva de cura, ou seja, é hora de diminuir o sofrimento, de promover o maior bem-estar possível naquele momento, conversar

e, especialmente, escutar. Frequentemente, pacientes relatam que o médico não deu tanta atenção - às vezes, depois de esperar por horas em um leito. Médicos veem muitos pacientes no mesmo dia, mas nenhum sofrimento igual. Por isso, não se pode esquecer: hospital não é estacionamento rotativo.

## 2.4 O que o médico precisa?

Para envolver-se e trabalhar com cuidados paliativos, é necessário que o profissional se conheça, tenha autocuidado e saiba seus limites. Um profissional que está cansado, irritado ou que segura todas as emoções terá dificuldade para promover bem-estar e diminuir o sofrimento dos pacientes. Conforme J. J. Camargo, a verdadeira ajuda não consiste em disfarçar, mas em compartilhar o sofrimento, por isso, o grande desafio do profissional é aprender a demonstrar e ser compassivo.

## 2.5 A perspectiva dos profissionais brasileiros




Fonte: Orth *et al.* (2019).

De acordo com o gráfico acima, a grande maioria da população que participou da pesquisa não tem conhecimento suficiente sobre cuidados paliativos e, assim como Ana Claudia Quintana Arantes relatou no livro *A morte é um dia que vale a pena viver*, existe uma distância muito grande entre o que os alunos precisam aprender e o que eles aprendem, afinal, precisa-se de profissionais capacitados para aqueles que um dia vão morrer, ou seja, todos. Logo, depreende-se que continuaremos

tendo médicos que não abandonam a doença do paciente, mas que, na impossibilidade de curar, dizem: "não tenho mais o que fazer".

## 2.6 A perspectiva do paliativista

Ao relatar sua visão, Ana Claudia Arantes (2016, p. 43) expressa "a vida tem que valer a pena". Acrescenta que o paciente costuma questionar o porquê da ocorrência desse desconforto – que pode ter a rota modificada a partir do acolhimento – e que, muitas vezes, sente que a única companhia são suas dores. Por fim, diz que alguns têm medo da morte, outros querem morrer para acabar com o sofrimento.

No seu livro, a autora expressa: se você disser o que habita em você, isso irá salvá-lo. Mas se você não expressar o que habita em você, isso irá destruí-lo. Dessa forma, é possível compreender que o tabu precisa ser quebrado para aliviar a dor e encontrar conforto no partir.

## 2.7 Aceitação, conforto e qualidade de morte

Conforme Arantes (2013), muitos pacientes buscam médicos para ter saúde; muitos médicos buscam somente tratar a doença. Parafraseando a médica, muitos pacientes também buscam conforto, o que é precedido pela aceitação, pilar da Terapia Cognitivo Comportamental Dialética – DBT, fundada pela psicóloga Marsha Linehan, a qual traz alívio àqueles que se encontram em grande sofrimento. Portanto, conforto precede qualidade de morte.

## 2.8 Aceitar difere-se do concordar

O processo de aceitação, muitas vezes, é confundido com concordar com a chegada da morte. Porém, o pressuposto é abrir o coração para encontrar a autocompaixão, encontrando conforto em meio à dificuldade. Aceitar é parar de lutar contra – o que aumenta a dor e torna-se vicioso. Aceitar é, também, praticar *mindfulness*, observando emoções, pensamentos e sensações físicas, sem alimentar a dor. Mas isso requer energia e pode ser aversivo no início. Por isso, é extremamente relevante a presença de psicólogos e psiquiatras nos cuidados paliativos, pois têm as ferramentas necessárias para alcançar a aceitação, o conforto e a qualidade de morte.

## *3 Conclusão*

Em suma, os cuidados paliativos surgiram por causa do desinteresse dos hospitais em cuidar dos pobres em terminalidade. Felizmente, com o passar dos séculos, o atendimento passou a abranger a chamada rede social. O surgimento e o desenvolvimento foram marcados por dificuldades e, em países como o Brasil, ainda é. No início do movimento, o acolhimento era voltado para a espiritualidade e, hoje, para a integralidade.

Restringindo-se ao Brasil, a partir das informações obtidas, depreende-se que as políticas públicas são essenciais para a efetivação dos cuidados paliativos. É preciso investir em profissionais de diferentes áreas (psicóloga, fisioterapeuta, enfermeira, nutricionista, terapeuta ocupacional, médica), para que os pacientes recebam cuidados dignos. Além disso, é preciso inserir no currículo das áreas da saúde o ensino sobre terminalidade e as intervenções assertivas, para proporcionar qualidade de vida aos pacientes.

Por fim, é preciso ressaltar a eficácia e o efeito positivo do paliativismo para os doentes crônicos a partir da informação de que o tempo de vida aumenta em cinco meses. E, embora seja difícil para o profissional não ter tratamento que cure e salve um paciente, é importante que exista acolhimento e o mesmo olhar atento, porque, dessa maneira, estará seguindo os pilares da bioética.

## *Referências*


1. Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2010). Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospices modernos. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*, *17*(supl. 1), 165-180. https://doi.org/10.1590/S01045970201000050010

2. Saint Luke's Health System. (s. d.). *Saint Luke's Hospice House*. Kansas City (MO): Saint Luke's Health System. https://www.saintlukeskc.org/locations/saint-lukes-hospice-house

3. Rilke, R. M. (2001). *Cartas a um jovem poeta*. São Paulo: Martin Claret.

4. Arantes, A. C. Q. (2016). *A morte é um dia que vale a pena viver.* 1. ed. São Paulo: Sextante.

5. Camargo, J. J. (2018). *A tristeza pode esperar.* 1. ed. Porto Alegre: Dublinense.

6. Orth, L. C., Haragushiku, E. Y., Freitas, I. S., Hintz, M. C., Marcon, C. M, & Teixeira, J. F. (2019). Conhecimento do acadêmico de Medicina sobre cuidados paliativos. *Rev Bras Educ Med*, *43*(supl. 1), 286-295. https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190039SciEL

7. Mendes, P. B., Oliveira, J. R., & Pereira, A. A. (2022). Perfil do médico que atua em cuidados paliativos no Brasil. *Rev Bioét*, *30*(4). https://doi.org/10.1590/1983-80422022304574PT

8. Kurogi, L. T., Vieira, C. A. L. G., Ramalho, R. M., & Silva, A. W. da. (2022). Implantação e implementação de serviços em cuidados paliativos. *Revista Bioética*, *30*(4), 825-836. https://doi.org/10.1590/1983-80422022304573PT

9. Linehan, M. M. (2018). *Treinamento de habilidades DBT para pacientes: manual de terapia comportamental dialética*. Porto Alegre: Artmed.

10. Brach, T. (2016). *Aceitação radical: como acolher sua vida com o coração de um Buda*. Rio de Janeiro: Sextante.

# “Cão que ladra não morde.” Será? Refletindo sobre suicídio e ideação suicida

*Pedro Lucas Carneiro Ferreira*
*Luciana Zanchetta Pistore*
*Jocimar Romio*

**Resumo:** Este capítulo problematiza o lugar do suicídio e da ideação suicida na contemporaneidade, argumentando que o gesto autodestrutivo – mais que um fato individual – é sintoma de uma falha coletiva de cuidado. Com base em pesquisa teórica e reflexões dos autores, discutem-se fatores sociais (isolamento, individualismo, desigualdades), clínicos (depressão, transtornos do humor, abuso de substâncias) e culturais (banalização da morte, relativização de valores) que se entrelaçam na produção da desesperança, principal determinante do comportamento suicida. Defende-se uma leitura bioética crítica que reconheça a multiplicidade de causas sem naturalizar o ato como escolha livre e moralmente simples. Em contraponto às respostas puramente penalizadoras ou puramente autonomistas, propõe-se um paradigma de prevenção ancorado na ética do cuidado: políticas públicas de saúde mental, redução do estigma, fortalecimento de redes familiares e comunitárias e práticas pastorais que promovam esperança e pertença. A proteção da vida e a promoção do cuidado não conflitam com a compreensão empática das dores subjetivas; ao contrário, exigem articulação interdisciplinar entre saúde, educação e espiritualidade para reconstruir sentidos e reduzir riscos. O capítulo propõe também ações concretas: triagem ativa, formação de profissionais, campanhas educativas e acesso ampliado a tratamentos. Conclui-se que “cão que ladra, não morde” é uma falsa tranquilidade diante da ideação suicida: ruídos, sinais e pedidos de socorro devem ser ouvidos como chamados éticos à ação preventiva e solidária. A esperança, nesse contexto, não é discurso vazio, mas prática política e pastoral que salva vidas, reconecta pessoas e restaura a dignidade social.

**Palavras-chave:** suicídio; ideação suicida; ética do cuidado; esperança; saúde pública.

## *1 Introdução*

O ditado “cão que ladra não morde” costuma ser usado para minimizar alertas, sugerindo que quem ameaça agir dificilmente o faz. No entanto, quando aplicado à ideação suicida, esse pensamento se torna

perigoso e eticamente irresponsável. O silêncio diante de sinais é, muitas vezes, o que transforma o "latido" em tragédia.

O suicídio, um dos temas mais delicados da bioética contemporânea, envolve questões que transcendem o campo médico: diz respeito à liberdade, à dor, ao sentido da vida e à responsabilidade coletiva de cuidar do outro. A relevância bioética do tema está justamente na tensão entre o direito individual e o dever social de proteger a vida.

Neste capítulo, apresenta-se uma reflexão crítica e opinativa sobre o suicídio e a ideação suicida, a partir de leituras teológicas, filosóficas e psicológicas. O objetivo é triplo: (I) compreender o suicídio como fenômeno humano complexo, atravessado por determinantes sociais e espirituais; (II) discutir a insuficiência das respostas tradicionais – ora moralistas, ora excessivamente liberais –; e (III) apresentar uma proposta de abordagem ética do cuidado, que conjugue ciência, empatia e esperança como instrumentos de prevenção. Mais do que descrever o problema, busca-se provocar reflexão: até que ponto o silêncio social diante do sofrimento não constitui também uma forma de negligência ética?

## *2 Desenvolvimento*

### 2.1 O suicídio como espelho da sociedade

O suicídio deve ser compreendido não apenas como ato individual, mas como sintoma de uma sociedade que adoece coletivamente. O isolamento, o individualismo competitivo e a perda de referenciais comunitários corroem vínculos que antes sustentavam a existência. O sujeito contemporâneo, pressionado pela performance e pelo sucesso, passa a medir sua dignidade pela utilidade e, quando se sente inútil, perde o sentido da vida.

Diversos estudos demonstram que o suicídio é multifatorial: envolve predisposições psicológicas, experiências traumáticas, sofrimento mental e contextos socioculturais que amplificam o desespero. Contudo, a dimensão ética e espiritual não pode ser esquecida. Quando a esperança se apaga, a vida perde o horizonte. O desafio bioético é, portanto, restaurar o sentido da vida em um mundo que banaliza a morte.

## 2.2 Ideação suicida: pedido de socorro, não ameaça

A ideação suicida costuma ser interpretada de forma equivocada. Muitos a consideram chantagem emocional; outros, mero sintoma de fragilidade. Ao contrário, trata-se de um grito ético – uma forma de comunicação do sofrimento quando as palavras já não bastam.

A escuta atenta e a acolhida empática são atos bioéticos. Não se trata de tolerar o sofrimento passivamente, mas de intervir com presença e responsabilidade. Aquele que fala em morrer está, muitas vezes, pedindo para viver de outro modo.

A frase "cão que ladra não morde" desconsidera essa dimensão relacional do sofrimento. Transformar o alerta em indiferença representa uma falha ética grave. A ideação suicida exige não julgamento e cuidado ativo – familiar, comunitário e institucional.

## 2.3 Entre a autonomia e a tutela: o impasse bioético

O debate sobre o suicídio frequentemente oscila entre dois extremos: de um lado, a condenação moral que transforma o suicida em pecador ou criminoso; de outro, a defesa radical da autonomia, que desobriga qualquer intervenção. Ambos os polos ignoram a vulnerabilidade humana.

A bioética do cuidado propõe um caminho intermediário: reconhecer o sofrimento sem legitimar a desistência da vida. É possível respeitar a autonomia sem abandonar a pessoa à própria dor. Cuidar é interferir com amor, não impor controle.

A ética do cuidado entende o cuidado como essência do ser humano. A omissão diante da dor alheia, ainda que em nome da liberdade, é moralmente inaceitável. A prevenção do suicídio deve partir da compaixão ativa, não do julgamento.

## 2.4 Esperança como prática bioética

A esperança não é conceito abstrato ou privilégio religioso: é força existencial que move o sujeito para a vida. Ela se constrói nas relações, na escuta e na possibilidade real de mudança.

Defende-se que políticas públicas e práticas institucionais incluam a dimensão da esperança como elemento terapêutico. Os serviços de

saúde mental precisam oferecer mais do que medicamentos: devem reconstruir vínculos, dar sentido à existência e criar espaços de pertencimento.

Educar para a esperança significa também combater o estigma: falar sobre suicídio com responsabilidade, reconhecer o sofrimento e oferecer recursos de apoio. O silêncio e o tabu são, muitas vezes, cúmplices da morte.

### 2.5 Propostas práticas

Com base nas reflexões teóricas e nas experiências pastorais e acadêmicas dos autores, podem-se indicar algumas ações concretas:

- formação ética e emocional de profissionais de saúde, capacitando-os para lidar com pacientes em risco sem julgamentos;
- triagem ativa e protocolos de acolhimento humanizado nas unidades básicas de saúde;
- programas escolares de prevenção e educação emocional desde o Ensino Fundamental;
- campanhas públicas que abordem o suicídio de forma ética, sem sensacionalismo;
- apoio pastoral e espiritual às famílias e sobreviventes, respeitando todas as crenças;
- criação de redes comunitárias de apoio, capazes de escutar, orientar e acompanhar pessoas em sofrimento.

Essas medidas concretizam o princípio bioético do cuidado, transformando empatia em ação.

## *3 Conclusão*

O suicídio e a ideação suicida colocam a sociedade diante de uma encruzilhada moral: escolher entre a indiferença e o compromisso ético com o outro. Quando se repete o ditado "cão que ladra não morde", busca-se proteger da dor de ouvir o sofrimento alheio, mas o silêncio custa vidas.

A bioética convida à escuta, à compreensão e à ação. Defender a vida não é apenas impedir a morte, mas oferecer condições para que viver valha a pena.

A esperança deve ser cultivada como prática cotidiana nas políticas públicas, nas instituições, nas famílias e nas comunidades de fé. O cuidado é, em última instância, um ato político, espiritual e humano.

Cuidar é escutar o latido antes que a mordida aconteça.

## *Referências*


1. Romio, J. (2009). *O suicídio e a fé cristã: a teologia diante do suicídio na sociedade atual*. Monografia de Bacharelado em Teologia, PUCRS. Porto Alegre, Brasil.

2. Angerami, V. A. (1997). *Suicídio: fragmentos de psicologia existencial*. São Paulo: Pioneira.

3. Hennezel, M., & Leloup, J.-Y. (1999). *A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade*. Petrópolis: Vozes.

4. Boff, L. (2000). *Saber cuidar: ética do humano — compaixão pela terra*. 5. ed. Petrópolis: Vozes.

5. Lipovetsky, G. (2005). *A era do vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo*. Barueri: Manole.

6. Meneghel, S. N., Victora, C. G., Faria, N. M. X., Carvalho, L. A. de, & Falk, J. W. (2004). Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*, *38*(6), 804–810. https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000600008

7. Tosta, M. C. (2003). *Um ato de violência: tentativa de suicídio entre adultos*. Porto Alegre: PUCRS.

8. Nodari, P. C. (2007). Breves considerações filosóficas acerca da morte. *In*: L. Brustolin (org.) *Morte: uma abordagem para a vida*. Porto Alegre: EST.

9. Organização Mundial da Saúde (OMS). (2006). *Prevenção do Suicídio — Um recurso para conselheiros*. Genebra: OMS. https://www.saude.df.gov.br/documents/d/saude/oms-manual-de-preven-c3-a7-c3-a3o-do-suic-c3-addio-para-conselheiros

10. Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006*. Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio. Brasília: Ministério da Saúde.

# Limites éticos dos *saviour siblings*

*Marina De Carli Sonda*
*Carolina de Filippis Fochesato*

**Resumo:** Este artigo analisa os dilemas bioéticos e jurídicos inerentes à concepção de *saviour siblings*, ou "bebês-medicamento", gerados mediante seleção genética para servir como doadores compatíveis a irmãos enfermos. Dentro do referencial kantiano, investiga-se se tal prática configura uma instrumentalização da vida humana, violando o princípio da dignidade ao tratar a criança como um meio terapêutico em vez de um fim em si mesma. O estudo aborda o conflito entre a autonomia reprodutiva e a proteção do doador, destacando os impactos físicos, principalmente, psicológicos – como o encargo emocional e a percepção de falta de escolha – além do perigo da "ladeira escorregadia" (*slippery slope*) em direção a práticas eugênicas.

**Palavras-chave:** *saviour sibling*; bioética; proteção legal; seleção genética.

## *1 Introdução*

### 1.1 Contextualização do tema

O avanço da biotecnologia reprodutiva, especialmente o uso da fertilização *in vitro* (FIV) e do diagnóstico genético pré-implantacional (DGPI), abriu portas para o desenvolvimento de uma prática médica de alta complexidade e questões bioéticas entre dilema moral e legal: a concepção do *savior sibling*. O irmão salvador é um bebê concebido e selecionado geneticamente com o propósito de ser um doador de células-tronco compatível (HLA) para o tratamento do irmão mais velho com doença genética grave. O primeiro caso descrito na literatura foi o de Adam e Molly Nash, que será abordado mais adiante neste artigo.

### 1.2 Problema e justificativa

Por meio de uma seleção genética, salvar a vida do filho doente representa uma violação da dignidade do ser ao instrumentalizar e objetificar a criança como um "milagre" para tratamento de terceiros ou trata-se de um ato legítimo de solidariedade familiar e uso terapêutico da biotecnologia? O principal ponto de justificação deste trabalho reside na necessidade de debater o limite ético da autonomia reprodutiva parental quando ela resulta na criação de um ser humano com um propósito funcional pré-definido. O caso do *saviour sibling* é o paradigma do conflito entre a forte motivação do amor e do desespero parental e a fundamental vedação à instrumentalização humana. O estudo é crucial para entender se a vida do "bebê-medicamento" está sendo reduzida à sua utilidade biológica em detrimento de sua dignidade intrínseca como pessoa.

### 1.3 Objetivos e metodologia

Analisar quais são os limites éticos e jurídicos em relação à concepção do bebê salvador bem como o biopsicossocial da criança em questão, buscando determinar se o uso da tecnologia genética para fins terapêuticos configura uma violação aos direitos e a dignidade do ser humano prestes a nascer com um propósito já estabelecido. O presente trabalho caracteriza-se com uma pesquisa bibliográfica do tipo exploratória e descritiva, englobando a revisão de artigos encontrados em plataformas de indexação científica. Foram priorizados os trabalhos e documentos que discutiam o conflito entre a autonomia parental e a vedação à instrumentalização humana. O processo de análise é qualitativo, possibilitando a composição crítica de fatos e argumentos para sustentar a principal tese deste artigo.

## *2 Desenvolvimento*

### 2.1 Fundamentação teórica

#### *2.1.1 Conceitos-chave*

O que é um *saviour sibling*, irmão salvador ou "bebê-medicamento"? São os termos utilizados para uma criança planejada e desenvolvida

geneticamente de modo histocompatível com um irmão mais velho, cujo objetivo daquela é salvar este de doenças genéticas graves que afetam o sistema hematopoiético, ou neoplasias malignas (como leucemias), ou neoplásica que necessita de transplantes de medula óssea, células troncos vindas do cordão umbilical ou sangue periférico, para serem tratadas[1].

O processo pode ser feito de maneira natural, porém, com 25% de chance de compatibilidade ou pelo diagnóstico genético pré-implantacional (DGPI). Esse último método foi criado para possibilitar a prevenção de transmissões de mutações genéticas responsáveis por doenças hereditárias, combinando a fertilização *in vitro* com a citogenética[1]. Assim, de modo a garantir a histocompatibilidade com o irmão doente, é tipificado o HLA (antígenos leucocitários humanos) – principal complexo de histocompatibilidade –, conjunto de proteínas que auxilia o sistema imunológico na identificação de células próprias[2].

O primeiro caso realizado no mundo e descrito na literatura foi a família Nash. Molly, a única filha do casal, nasceu com anemia de Fanconi (AF), um distúrbio sanguíneo hereditário com alto risco neoplásico. A menina recebeu uma previsão em que não conseguiria ultrapassar os dez anos de idade pela probabilidade de ter falência de medula óssea, síndrome mielodisplásica ou leucemia. Nos anos 1990, poucos eram os que sobreviviam sem o transplante de medula óssea de um irmão(a) compatível, então, após debates éticos, em 1994, o Dr. John Wagner propôs uma nova opção: a seleção de embriões. A técnica visava a um embrião que não seria afetado pela AF e que também pudesse ser um doador compatível com HLA[3].

A família, desesperada para salvar sua filha, abraçou a ideia e, no ano 2000, nasceu Adam Nash. O irmão possibilitou que Molly fizesse seu transplante de medula óssea e vivesse uma vida que, de outra forma, seria impossível. Contudo, assim, inaugurou-se o intenso debate bioético global sobre a instrumentalização da vida humana e a dignidade do chamado "bebê-medicamento"[3].

*2.1.2 Manipulação genética e engenharia genética*

A prática do *saviour sibling* insere-se em um contexto mais amplo de aplicação do diagnóstico genético pré-implantacional (DGPI), associado à tipagem HLA para fins terapêuticos. Nesse processo, não há edição direta do genoma humano, mas sim a escolha, entre vários embriões possíveis, daqueles que carregam determinadas características consideradas desejáveis, sobretudo, a ausência da doença genética em questão e a compatibilidade imunológica com o irmão enfermo. Ainda que essa prática não configure, tecnicamente, engenharia genética no sentido estrito, ela requer decisões com valores profundos, uma vez que implica a escolha de quais embriões serão implantados e quais serão simplesmente descartados[4, 5]. Sob essa perspectiva, o debate se aproxima diretamente de questões clássicas de eugenia negativa, na medida em que embriões classificados como "geneticamente inadequados" deixam de ser vistos como possíveis vidas e passam a ser tratados como material descartável[4, 5].

Estudos recentes sobre as implicações éticas do DGPI mostram que, em geral, pacientes e famílias tendem a aceitar essa técnica quando o objetivo é evitar doenças graves e potencialmente fatais. No entanto, observa-se maior resistência quando o uso do DGPI se direciona-se à seleção de características não médicas, como traços estéticos ou características ligadas ao desempenho físico e intelectual. Essa diferença de percepção, a nosso ver, é central: ela evidencia que as pessoas intuitivamente sentem que há um limite moral que separa o uso terapêutico da tentativa de "projetar" bebês de acordo com certas expectativas de perfeição[5, 6].

Nesse contexto, as discussões sobre engenharia genética e sobre as futuras possibilidades de edição de genes tendem a amplificar preocupações bioéticas que já existem, principalmente quanto à autonomia, à igualdade e à dignidade da pessoa como um ser humano. Tecnologias cada vez mais precisas podem aprofundar desigualdades de acesso a esse tipo de inovação e reforçar uma visão utilitarista na qual o valor de uma vida parece ser medido conforme certos padrões genéticos desejáveis. Portanto, aceitar esse caminho sem barreiras estabelecidas

significa correr o risco de normalizar, de uma forma silenciosa, uma hierarquia entre vidas "aceitáveis" e vidas "toleradas"[5, 6].

*2.1.3 Princípios fundamentais da bioética*

Os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça são amplamente consolidados na bioética clínica, especialmente na formulação de Beauchamp e Childress[14].

Dentro das decisões reprodutivas, a autonomia costuma aparecer, primeiro, como autonomia parenteral, associada ao direito de planejar a família e de recorrer às tecnologias reprodutivas com o objetivo de tratar ou prevenir doenças graves. No entanto, pesquisas recentes sobre o uso do DGPI e sobre intervenções genéticas mostram que não é mais suficiente olhar apenas para a vontade dos pais; é preciso considerar também a autonomia da futura criança que vai nascer a partir dessas escolhas. Decisões que foram tomadas ainda no período pré-natal podem impor expectativas, riscos e até obrigações (como a realização de doações potencialmente[4] invasivas) que o *saviour sibling* talvez não aceitaria caso pudesse decidir por si mesmo[5, 7].

Dessa forma, ganha destaque o debate em torno do consentimento substitutivo, da noção de melhores interesses para a criança e dos limites éticos da determinação parental sobre o corpo e o destino dos filhos, sobretudo, quando essas decisões ultrapassam o cuidado básico e envolvem intervenções médicas significativas, especialmente para se alcançar o mais "desejável". Então, dizer simplesmente que "os pais querem o melhor para a família" não é suficiente para justificar qualquer tipo de intervenção. É preciso perguntar se o que está sendo decidido hoje não irá restringir, injustamente, a liberdade desse futuro jovem[5, 7].

Os princípios da beneficência e da não maleficência exigem um equilíbrio cuidadoso entre o benefício concreto oferecido ao irmão doente e os riscos físicos e psicológicos impostos ao *saviour sibling*. A análise bioética não pode se limitar apenas ao momento da concepção. Deve-se olhar também para as etapas que vêm depois, como a coleta de sangue do cordão umbilical, uma possível doação de medula óssea

e, principalmente, as repercussões devido ao fato de crescer com a consciência de ter nascido para salvar outra pessoa[4, 6].

Nesse sentido, a avaliação ética precisa incluir não só a dor e os riscos dos procedimentos médicos, como também os possíveis danos emocionais: sentimentos de culpa, pressão da família, crises de identidade e a própria possibilidade de que, no futuro, o jovem recuse uma nova doação, mesmo diante de certas expectativas da família. Portanto, considerar esses elementos não é um "exagero", mas uma exigência mínima de respeito à experiência vivida de quem ocupa esse lugar delicado dentro do ambiente familiar[4, 6].

Justiça: O princípio da justiça, por sua vez, é frequentemente abordado por causa das desigualdades de acesso às tecnologias reprodutivas e genéticas, que ainda se mantêm concentradas em países e grupos socialmente mais favorecidos. A literatura recente sobre DGPI e *designer babies* chama atenção para o risco de surgimento de uma nova forma de estratificação biológica, em que apenas determinados grupos sociais conseguem "corrigir" ou selecionar certas características genéticas, ampliando desigualdades já existentes e alimentando um mercado de aprimoramento genético acessível a poucos[5, 8].

No contexto dos *saviour siblings*, essa discussão leva a uma pergunta um tanto quanto incômoda: quem de fato terá a chance de recorrer a essa alternativa terapêutica e quais são os impactos dessa seletividade sobre a equidade no acesso à saúde[5, 8]?

O princípio da dignidade da pessoa humana, enraizado na ética kantiana, afirma que a criança concebida não pode ser vista apenas como um meio para salvar o irmão. Ela deve ser reconhecida como alguém em si mesma, com valor próprio e direitos que não podem ser relativizados. Análises recentes sobre *saviour siblings* dão ênfase para essa tensão ética: ainda que a motivação dos pais esteja, em muitos casos, ligada ao amor e ao desejo desesperado de salvar um filho doente, existe um perigo real de que o *saviour sibling* acabe sendo percebido, na vivência do dia a dia, mais por aquilo que pode oferecer biologicamente.

Essa "redução" do ser humano apenas à sua função terapêutica tende a comprometer sua dignidade e gerar vulnerabilidades psicossociais importantes, como sentimentos de culpa, de dívida permanente ou de "obrigação" em relação ao irmão. Essas vulnerabilidades não podem

ser tratadas como efeitos colaterais simplesmente aceitáveis, mas precisam obrigatoriamente ocupar lugar central no debate bioético sobre a legitimidade dessa prática[4, 6].

## 2.2 A controvérsia ética e jurídica do *saviour sibling*

### *2.2.1 Bem-estar do* saviour sibling

As crianças possuem seus direitos reconhecidos e garantidos pela Organização das Nações Unidas desde 1959, pela Declaração dos Direitos da Criança[10] e pela Convenção dos Direitos da Criança[11]. Junto disso, a bioética médica traz em consideração no dilema discutido, a preocupação com a saúde do doador, baseando-se em seu bem-estar físico, mental e social[9]. Acerca da saúde física dos bebês nascidos com propósito pré-estabelecido, por mais segura que seja a doação de medula óssea, devido à capacidade de regeneração e ao baixo risco de complicações, é requerida anestesia geral para realizá-la. Como efeito da anestesia, alguns doadores apresentam sintomas como náusea, dores de cabeça, fadiga, hematomas, dificuldades para andar, etc.[12] Isso demonstra que o ato de salvar o irmão não é desprovido de custos, envolvendo a exposição da criança a um procedimento invasivo e a riscos reais, mesmo que pequenos desconfortos.

Um "bebê-medicamento" pode crescer acreditando que seu único propósito é salvar o irmão mais velho com doença terminal. Isso implica em questões do estado da saúde mental da criança salvadora. Considerando que o bebê não pode consentir com os procedimentos realizados, apenas os desejos e sentimentos dos pais estão sendo expressos. À medida que envelhece, ele pode começar a perceber uma sobrecarga emocional opressiva, sentindo-se pressionado pela família a continuar dando seu consentimento em futuros procedimentos[13]. Dito isso, é de extrema importância que a comunidade médica e o sistema legal reavaliem o custo ético da instrumentalização humana.

### *2.2.2 A instrumentalização da vida humana*

Na ética de Immanuel Kant, a fórmula da humanidade como um fim em si mesmo, do imperativo categórico, tem como um dos fundamentos centrais que o ser humano nunca deve ser tratado apenas

como um meio[15]. Esse princípio fundamenta a noção de dignidade humana, que atribui valor intrínseco à pessoa, independentemente de sua utilidade, função ou finalidade externa. A partir dessa perspectiva, qualquer prática que reduza um indivíduo à condição de instrumento para atingir objetivos alheios configura uma violação moral.

No contexto dos *saviour siblings*, a instrumentalização da vida torna-se um ponto bioético sensível, já que esses indivíduos são concebidos com o propósito deliberado de fornecer material biológico para o tratamento de um irmão doente. Embora o procedimento seja frequentemente justificado por seus benefícios terapêuticos e pela intenção de salvar uma vida, surge a preocupação de que o novo indivíduo passe a existir primordialmente como um meio para fins médicos, e não como um sujeito dotado de valor próprio.

No entanto, a ética de Kant não consiste em proibir que as pessoas sejam meios, mas proibir que elas sejam utilizadas somente como meios. Em procedimentos simples em que utilizam doadores como meios, tais práticas não ferem, necessariamente, a dignidade da pessoa[16]. Assim, mesmo não se tratando de práticas que violem a dignidade do ser humano, não se pode ignorar a possibilidade de impactos psicológicos decorrentes dessas intervenções.

*2.2.3 Os limites da intervenção genética na procriação*

O diagnóstico genético pré-implantacional (DGPI) foi originalmente pensado para evitar a transmissão de doenças monogênicas graves, porém passou a ser utilizado também para selecionar embriões HLA, compatíveis em casos de *saviour siblings*. Essa ampliação do seu uso gera dúvidas importantes sobre até onde é eticamente aceitável ir na intervenção genética[7] na procriação humana, principalmente quando se percebe um deslocamento, ao longo do tempo, de uma finalidade restrita para fins terapêuticos para práticas de seleção mais amplas e com outros fins[17, 18].

Nesse contexto, a metáfora da "ladeira escorregadia" (*slippery slope*) é frequente na bioética contemporânea para ilustrar o perigo de que autorizações concedidas para um propósito nobre (como salvar a vida de uma criança doente) acabem abrindo espaço, ao longo do tempo,

para escolhas de caráter não médico, como a escolha do sexo, de traços estéticos ou até mesmo de habilidades cognitivas. Esse processo resgata práticas eugênicas historicamente condenadas, por serem profundamente problemáticas, e, em geral, tende a acontecer por meio de uma lenta normalização social, em que aquilo que era visto como exceção passa a ser percebido como aceitável[1, 18].

A ausência de barreiras éticas definidas pode favorecer uma medicalização excessiva da reprodução humana e a transformação de filhos em produtos ou "bebês sob encomenda", ampliando desigualdades sociais e modificando concepções tradicionais de parentalidade e de dignidade da pessoa humana. No caso específico dos *saviour siblings*, a linha que separa uma terapia voltada ao cuidado da saúde de uma seleção utilitarista torna-se especialmente frágil. Isso reforça a urgência de critérios mais rigorosos que levem em consideração, entre outros aspectos, a gravidade da doença do irmão, a inexistência de alternativas terapêuticas eficazes e a minimização de riscos físicos e psicológicos ao embrião selecionado. Dessa forma, a regulamentação deveria atuar como um conjunto de "barreiras normativas", capaz de impedir esse deslizamento ético rumo a um caminho de engenharia genética reprodutiva sem limites[19, 20].

## *3 Conclusão*

O avanço científico que permite a concepção do *saviour sibling* deve ser equilibrado com a proteção da dignidade humana, impedindo a redução do indivíduo a mero meio para a cura do outro. Recomenda-se debate aprofundado para a criação de legislação brasileira específica, contendo critérios rigorosos e acompanhamento psicológico contínuo do *saviour sibling*, assegurando desenvolvimento saudável e autonomia.

## *Referências*


1. Leandro, I. D. M., Souza, L. M., & Pereira, A. G. *et al.* (2020). Quem salva quem? Saviour siblings e seus aspectos bioéticos. *Int J Educ Health*, *4*(1), 59-68.

2. Choo, S. Y. (2007). The HLA system: genetics, immunology, clinical testing, and clinical implications. *Yonsei Med J*, *48*(1), 11-23. DOI: 10.3349/ymj.2007.48.1.11.

3. University of Minnesota. (2017). *Almost two decades later, doctor reflects on using embryo selection to save young girl's life.* Minneapolis: Department of Pediatrics.

4. Oladele, O., Adeyemi, A., & Okafor, P. *et al.* (2021). Conception of saviour siblings: ethical perceptions of selected stakeholders in Nigeria. *Afr J Bioeth*, *21*(1), 34-42.

5. Morley, K., & Veale, A. (2024). Mapping ethical, legal and social implications (ELSI) of preimplantation genetic testing: a scoping review. *J Community Genet*, *15*(3), 421-35. DOI: 10.1007/s12687-024-00678-3.

6. Billauer, B. P. (2021). Savior Siblings, Protective Progeny, and Parental Determinism in the age of CRISPR-Cas. *Chi.-Kent L. Rev.*, *96*, 173.

7. Joseph, A. M., Rodríguez, E., Li, P. *et al.* (2022). Ethical perspectives of therapeutic human genome editing: a systematic review. *J Med Ethics*, *48*(12), 987-95. DOI: 10.1136/medethics-2021-107892.

8. Hsiang, U. K. (2023). Designer babies are no longer science fiction. *IISTR J Biotechnol Sustain Technol*, *2*(1), 45-56.

9. Organização Mundial da Saúde (OMS). (1948). *Constituição da Organização Mundial da Saúde.* Genebra: OMS.

10. Organização das Nações Unidas (ONU). (1959). *Declaração dos Direitos da Criança*. Nova York: ONU.

11. Organização das Nações Unidas (ONU). (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Nova York: ONU.

12. New Zealand Bone Marrow Donor Registry. (2024). *Donor information and risks.* Wellington: NZBMDR.

13. Haque, A. (2023). Savior siblings: a battle between ethics or saving lives. *The Emory Wheel*. https://www.emorywheel.com/article/a2e7bdec-bb51-4959-adde-0bfe4e80f8fc

14. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics.* 8th ed. New York: Oxford University Press.

15. Hill, T. E. (Ed.). (2009). *The Blackwell guide to Kant's ethics.* Oxford: Blackwell Publishing.

16. Wilkinson, S., & Sheldon, S. (2004). Should selecting saviour siblings be banned? *J Med Ethics*, *30*(6), 533-7.

17. Evans, N. (2024). CRISPR breakthroughs and ethical challenges: avoiding slippery slopes of heritable genetic editing. *The Love Post Global*.

18. Bayefsky, J. A. (2021). Setting ethical limits on human gene editing after the fall of the somatic/germline barrier. *Proc Natl Acad Sci*, *118*(21), e2004837117. Doi: 10.1073/pnas.2004837117.

19. Kuek, C. Y., Lim, A., & Tan, H. H. *et al*. (2019). The need to address legal ambiguity on conceiving saviour siblings. *Asian Bioeth Ver*, *11*(3), 383-402. DOI: 10.1007/s41649-019-00094-2.

20. Acharya, A., Talukdar, R., Pattnaik, P. K., & Satpathy, S. P. (2025). Legal and Ethical Dilemmas of Savior Siblings Practices in India. *Rupkatha Journal*, *17*(2). https://doi.org/10.21659/rupkatha.v17n2.07g

# A desumanização na radiologia moderna: paciente como imagem

*Natália Barbizan*

**Resumo:** O avanço tecnológico na área da radiologia tem transformado de forma significativa as práticas médicas desde sua origem. O desenvolvimento e utilização de exames de imagem cada vez mais sofisticados permitiu que fosse possível realizar diagnósticos mais precisos, rápidos e seguros, tornando a radiologia uma área fundamental para a medicina. Na prática, a radiologia, por não ter contato direto com o paciente na maioria de suas áreas, faz com que o médico radiologista interprete o corpo de seus pacientes por imagens e dados digitais. Esse cenário levanta importantes questionamentos éticos quando surge o risco de uma desumanização, em que o paciente deixa de ser analisado como um todo e passa a ser objetificado como partes analisadas nas imagens diagnósticas. O trabalho, realizado a partir da revisão de literatura, tem como objetivo discutir a desumanização na prática radiológica, seus impactos na experiência do paciente e a responsabilidade ética dos profissionais envolvidos. Os achados indicam que a comunicação limitada, a falta de esclarecimentos sobre procedimentos e resultados, bem como a formação excessivamente técnica contribuem para ansiedade, insegurança e fragilização da relação de cuidado.

**Palavras-chave:** desumanização na radiologia; radiologia; objetificação do paciente.

## *1 Introdução*

A radiologia é uma das áreas mais importantes da medicina moderna, permitindo diagnósticos cada vez mais precisos por meio de exames de imagem. Entretanto, o avanço tecnológico e a crescente dependência de diagnósticos cada vez mais precisos têm levantado discussões sobre a possível desumanização do cuidado, principalmente em especialidades nas quais o contato direto entre profissional e paciente é reduzido. Nesse cenário, surge a preocupação de que o paciente passe a ser visto apenas como uma imagem, deixando em segundo plano

suas necessidades emocionais e sociais. Assim, este trabalho busca discutir os impactos da desumanização na prática radiológica e destacar a importância da humanização como elemento fundamental para um cuidado ético e centrado na pessoa.

## *2 Desenvolvimento*

### 2.1 História da radiologia

Wilhelm Conrad Röntgen graduou-se em engenharia em 1865 e tornou-se doutor em física em 1869 pela Universidade de Utrecht.

> Röntgen foi essencialmente um físico experimental, dedicado ao estudo quantitativo de fenômenos delicados. Investigou eletricidade em cristais, efeito Kerr, propriedades elásticas da borracha, efeito de pressão na viscosidade de líquidos, e muitos outros fenômenos – especialmente estudos sobre influência de altas pressões em várias propriedades de líquidos e cristais[1] (Martins *et al.*, 1998, p. 20).

Com 50 anos de idade, Röntgen descobriu os raios X em Würzburg no final de 1895 e, em 1901, recebeu o primeiro Prêmio Nobel em Física, por sua descoberta[1].

Entre 1895 e 1897, Röntgen publicou três artigos sobre o tema, sendo o primeiro, divulgado no final de dezembro de 1895, o mais significativo. Esse trabalho foi rapidamente disseminado entre cientistas e na imprensa, teve seus experimentos reproduzidos e confirmados, e tornou Röntgen amplamente reconhecido. O artigo inicial descreve o contexto da descoberta e apresenta uma tradução comentada do primeiro comunicado sobre os raios X, destacando que o impacto e o rápido desenvolvimento da radiologia após essa divulgação seriam abordados posteriormente. Apesar da importância histórica da descoberta, Röntgen não detalhou como o fenômeno foi identificado, havendo poucas informações confiáveis sobre o processo, sendo uma das únicas fontes contemporâneas uma entrevista concedida a um jornalista americano, cujo conteúdo deve ser interpretado com cautela devido a barreiras linguísticas:

> Eu estava trabalhando com um tubo de Crookes coberto por uma blindagem de papelão preto. Um pedaço de papel com platino-cianeto de bário estava lá na mesa. Eu tinha passado uma corrente pelo tubo, e notei uma linha preta peculiar no papel. [...] Assumi que o efeito devia vir do tubo, pois seu caráter indicava que ele não poderia vir de nenhum outro lugar. Eu o testei. Em poucos minutos não havia dúvida sobre isso. Estavam saindo

> raios do tubo que tinham um efeito luminescente sobre o papel. Testei-o com sucesso a distâncias cada vez maiores, até mesmo a dois metros. Ele parecia inicialmente um novo tipo de luz invisível. Era claramente algo novo, algo não registrado (Martins *et al.*, 1998, p. 22).

No final do século XIX, a comunidade científica demonstrava grande interesse pelo estudo da radiação, contexto no qual se deu a identificação dos raios X. A descoberta revelou rapidamente sua relevância científica, com aplicações imediatas como a visualização da estrutura corporal de humanos e animais e a análise estrutural de cristais e moléculas[2].

A primeira radiografia humana documentada da história foi realizada em 22 de dezembro de 1895, utilizando a mão esquerda da esposa de Röntgen, Anna Bertha Röntgen. A imagem evidenciou os ossos da mão e o anel de casamento, marcando o início da radiologia médica. A exposição durou aproximadamente 15 minutos, por conta das limitações da época, quando ainda não se conheciam os riscos biológicos associados à radiação. As impressões dessa radiografia foram posteriormente enviadas por Röntgen a importantes cientistas, contribuindo para a rápida disseminação e validação científica da descoberta. O episódio evidencia a transição dos raios X do campo experimental para o uso em seres humanos, marcando uma nova era no diagnóstico médico[3].

Figura 3 – Mão esquerda de Anna Bertha Röntgen (1895)



Fonte: Zonneveld (2020).

## 2.2 Desumanização invisível

A formação excessivamente técnica e o reduzido contato com pacientes durante a formação específica do médico radiologista contribuem para um processo de desumanização das imagens analisadas, deixando pouco espaço para a comunicação e a empatia em diversas áreas da radiologia, como a interpretação de radiografias, tomografias e ressonâncias magnéticas. Nesse contexto, a

radiologia ensina a analisar imagens, mas não a reconhecer o paciente como um sujeito humano integral.

A atual noção de humanização surge, em parte, como resposta à constatação de que a prática clínica moderna passou a se organizar predominantemente em torno da patologia, deslocando o paciente para uma posição secundária e promovendo sua objetificação[4].

Paulo Henrique Martins, em *Contra a desumanização da medicina*, analisa a desumanização como um processo histórico vinculado à aliança entre ciência e interesses econômicos desde os séculos XVIII e XIX. Entre seus efeitos atuais, destacam-se a extrema tecnificação da biomedicina, a hiperespecialização e o progressivo distanciamento entre médico e paciente, dificultando a compreensão simbólica da doença pelo doente e desafiando o profissional a lidar com questões que ultrapassam o modelo biomédico tradicional[4].

A crítica central reside no modelo biomédico objetificante, que reduz o corpo humano a fragmentos patológicos, negando sua unidade, totalidade e dimensão social. A revalorização da relação de cuidado, baseada na troca simbólica, na confiança e no acolhimento, gera uma compreensão da doença como fato social e simbólico total[4].

Na prática radiológica contemporânea, o avanço tecnológico e a centralidade da imagem diagnóstica podem contribuir para um processo sutil de desumanização do cuidado. Em muitos contextos, o paciente passa a ser percebido principalmente como portador de uma imagem, exame ou dado técnico, enquanto suas emoções e expectativa tornam-se secundárias. A comunicação limitada, a falta de explicações claras sobre o procedimento e a escassa interação direta entre o médico radiologista e o paciente reforçam essa objetificação, fazendo com que o corpo seja fragmentado e traduzido apenas em imagens[5].

Esse distanciamento humano compromete a experiência do paciente e enfraquece a relação de cuidado, evidenciando a necessidade de uma radiologia centrada na pessoa, que integre tecnologia, ética e empatia, reconhecendo o paciente como sujeito e não apenas como objeto diagnóstico[5].

## 2.3 Impactos no paciente

Estudos mostram que o comportamento dos profissionais, a comunicação clara e a organização do exame impactam diretamente a experiência do paciente durante a utilização de serviços de radiologia, podendo causar ansiedade, alterar a compreensão dos resultados e a influenciar a satisfação com o atendimento.

No artigo "A experiência do paciente em radiologia: observações de mais de 3.500 relatos de feedback de pacientes em uma única instituição", observa-se que 74,5% dos comentários obtidos por meio de questionários estavam relacionados ao comportamento da equipe profissional. Os atributos associados ao cuidado com o paciente foram fortemente influenciados pela comunicação e pela conduta dos profissionais, sendo que 50,2% dos comentários referiam-se aos técnicos em radiologia, 31,6% aos recepcionistas e apenas 2,2% aos médicos radiologistas. Os pacientes não demonstraram se importar com o desconforto causado pelo exame e a estrutura do ambiente. Ademais, "nenhum radiologista figurou entre os 10% dos funcionários com maior número de comentários recebidos"[6], evidenciando o reduzido contato direto entre o médico radiologista e seus pacientes.

Cada vez mais, os pacientes possuem acesso a seus laudos descritivos por meio de registros eletrônicos, causando confusão devido à terminologia médica, gerador de ansiedade pela falha de comunicação. A experiência dos pacientes com seus laudos inclui aspectos positivos e negativos, pois a compreensão dos exames de imagem é multifatorial, porque envolve terminologia médica, recursos de comunicação e erros. "Embora receber más notícias seja uma preocupação, a responsabilidade de acessá-las é reconhecida"[7].

A necessidade de administração de contraste intravenoso durante exames de tomografia computadorizada é frequentemente necessária, podendo intensificar a ansiedade dos pacientes, especialmente quando essa informação é apresentada apenas no momento do exame. A incerteza relacionada ao consentimento e ao procedimento contribui para esse quadro, sendo observado que 30,8% dos pacientes relatam ansiedade antes da realização da tomografia com contraste. Fatores como sexo, experiências prévias e busca por informações influenciam

a ocorrência desse sentimento, sendo a internet a principal fonte utilizada. Durante o exame, a sensação mais frequentemente relatada é a de calor disseminado pelo corpo, embora a maioria dos pacientes refira sentir-se segura ao longo do procedimento[8].

## 2.4 Responsabilidade ética do médico radiologista e profissionais das técnicas radiológicas

A prática radiológica envolve responsabilidades éticas que vão além da competência técnica, abrangendo o compromisso com o bem-estar do paciente, a comunicação adequada e a tomada de decisões responsáveis. Radiologistas, técnicos e tecnólogos em radiologia enfrentam dilemas éticos frequentes no cotidiano profissional, como a forma de relatar erros, a indicação apropriada de exames e a conduta diante de falhas de colegas da área. Muitos desses impasses ainda não possuem diretrizes claras e uniformes, o que reforça a necessidade de uma atuação ética fundamentada na responsabilidade profissional, no respeito à dignidade do paciente e no trabalho em equipe. Nesse contexto, a reflexão ética contínua mostra-se essencial para garantir um cuidado seguro e centrado no paciente[9].

O Código de Ética Médica, aprovado pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM nº 2.217/2018), orienta o exercício da medicina para todos os profissionais brasileiros da área, incluindo os radiologistas. O conjunto de normas busca garantir que a prática radiológica seja realizada de forma ética e define que o principal alvo da atuação médica é a saúde e a dignidade do ser humano, sem discriminação, com responsabilidade, honestidade e competência, evitando causar danos ao paciente[10].

Para os auxiliares, técnicos e tecnólogos em radiologia, o Código de Ética dos Profissionais das Técnicas Radiológicas, regido pela Resolução Conter nº 15/2011, estabelece os princípios e condutas com base no respeito à dignidade humana e à proteção do paciente. O documento determina que o profissional deve observar rigorosamente normas legais de proteção radiológica, zelar pela segurança do paciente e exigir condições adequadas de trabalho, além de comunicar e relatar falhas institucionais que possam comprometer a prática ética e a

segurança dos pacientes, além de garantir a obrigação de manter sigilo profissional[11].

### 2.5 Humanização na prática radiológica

Os tratamentos e atendimentos são de extrema importância, todavia, é possível observar que essa prática não tem sido implantada no Brasil por razões como: número elevado de pacientes, extensa jornada de trabalho, rotina exaustiva e mecanização da profissão. A implementação da humanização nos serviços de saúde torna-se um desafio quando os profissionais da área da saúde não se sentem tratados de forma digna. Com isso, para que seja ofertado um tratamento humanizado, é necessário que o médico radiologista e os profissionais das técnicas radiológicas possuam boas condições de trabalho e acompanhamento psicológico para que possam oferecer bom atendimento a seus pacientes[12].

A radiologia pediátrica é uma especialidade que visa diagnosticar e tratar crianças. Na pediatria, a humanização é essencial para que haja um atendimento com redução de estresse das crianças e seus familiares, beneficiando os pacientes e profissionais[13]. Também, constata-se que os profissionais da radiologia pediátrica relatam que, para atender crianças com humanidade, é necessário de mais tempo para a realização do exame, o que pode melhorar a qualidade da imagem, facilitando o diagnóstico[14].

## *3 Conclusão*

A radiologia moderna consolidou-se como uma área relevante da medicina contemporânea, impulsionada por avanços tecnológicos que ampliaram significativamente a precisão diagnóstica e a eficiência dos cuidados em saúde. Todavia, conforme evidenciado ao longo deste trabalho, esse progresso técnico também contribuiu para um processo invisível de desumanização, no qual o paciente passou a ser percebido como uma imagem, um exame ou um dado digital, e não como um sujeito integral.

A revisão da literatura demonstrou que a comunicação limitada, o reduzido contato direto entre o médico radiologistas e pacientes,

bem como uma formação profissional excessivamente centrada no aspecto técnico, levam a objetificação do corpo e fragilizam a relação de cuidado. Esse cenário pode impactar negativamente a experiência do paciente, gerando ansiedade e insegurança.

Diante disso, é importante evidenciar que a humanização não se opõe ao avanço tecnológico, mas deve caminhar de forma integrada a ele. A atuação ética dos médicos radiologistas, assistentes, técnicos e tecnólogos em radiologia, fundamentada nos princípios dos códigos de ética profissional, é essencial para garantir um cuidado centrado na dignidade dos pacientes. Além disso, garantir condições adequadas de trabalho mostra-se fundamental para a construção de uma radiologia que reconheça o paciente para além da imagem.

Em suma, conclui-se que enfrentar a desumanização na radiologia exige mudanças individuais de cada profissional e transformações institucionais e educacionais, capazes de garantir o cuidado em saúde.

## *Referências*


1. Martins, R. de A. (1998). A descoberta dos raios x: o primeiro comunicado de Rontgen. *Revista Brasileira de Ensino de Física*, *20*(4). https://www.sbfisica.org.br/rbef/pdf/v20_373.pdf

2. Pacheco, L. L., & Freitas-Reis, I. (2023). Principais Contribuições responsáveis pela descoberta dos raios X: a estirpe coletiva da ciência. *Revista Brasileira de Ensino de Física*, *45*, e20230016. DOI: https://doi.org/10.1590/1806-9126-RBEF-2023-0016.

3. Zonneveld, F. W. (2020). Spectacular rediscovery of the original prints of radiographs Roentgen sent to Lorentz in 1896. *Insights Imaging*, *11*(1), 46. DOI: 10.1186/s13244-020-00846-x. https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s13244-020-00846-x.pdf

4. Moreira, M. C. N. (2005). Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas. *Ciência & Saúde Coletiva*, *10*(3), 780–781. https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300034

5. European Society of Radiology (ESR). (2022). What radiologists need to know about patients' P.A.T.I.E.N.T.S C.A.R.E.R.S A.I.M.S. *Insights Imaging*, *13*(1), 53. DOI: 10.1186/s13244-022-01184-w. https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s13244-022-01184-w.pdf

6. Rosenkrantz, A. B., & Pysarenko, K. (2016). The Patient Experience in Radiology: Observations From Over 3,500 Patient Feedback Reports in

a Single Institution. *J Am Coll Radiol*, *13*(11), 1371-1377. DOI: 10.1016/j.jacr.2016.04.034. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27318577/

7. Rogers, C., Willis, S., Gillard, S., & Chudleigh, J. (2023). Patient experience of imaging reports: A systematic literature review. *Ultrasound*, *31*(3), 164-175. DOI: 10.1177/1742271X221140024. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37538965/

8. Lange, S., Mędrzycka-Dąbrowska, W., & Małecka-Dubiela, A. (2023). Patient Experience during Contrast-Enhanced Computed Tomography Examination: Anxiety, Feelings, and Safety. *Safety*, *9*(4), 69. https://doi.org/10.3390/safety9040069

9. Camargo, A., Yousem, K., Westling, T., Carone, M., Yousem, D. M. (2019). Ethical Dilemmas in Radiology: Survey of Opinions and Experiences. *American Journal of Roentgenology*, *213*(6), 1274-1283. https://www.ajronline.org/doi/10.2214/AJR.19.21121

10. Conselho Federal de Medicina. (2019). *Código de Ética Médica*. Brasília: CFM. https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf

11. Conselho nacional de técnicos em radiologia (CONTER). (2011). *Resolução CONTER nº 15, de 12 de dezembro de 2011*. Dispõe sobre a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais das Técnicas Radiológicas. Brasília, DF: CONTER. https://sinterms.org.br/media/informes/C%C3%93DIGO_DE_%C3%89TICA__DOS_PROFI SSIONAIS_DAS_T%C3%89CNICAS__RADIOL%C3%93GICAS.pdf

12. Pagano, A. L., & Chioca, L. R. (2018). Os desafios encontrados pelos profissionais da área de radiologia na implementação do tratamento humanizado. *Fac. Sant'Ana em Revista*, *3*, 31-40. https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/fsr/article/view/564/245

13. Andrade, C. B. *et al*. (2025). O impacto da humanização na radiologia pediátrica. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, São Paulo, *11*(11). https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/21852/13473

14. Silva, G. H. da, & Piovesan, J. C. (2019). Música e alegria: uma prática humanizada para crianças hospitalizadas. *Vivências*, *16*(30), 127-144. https://www.researchgate.net/publication/338030964_MUSICA_E_ALEGRIA_UMA_PRATICA_HUMANIZADA_PARA_CRIANCAS_HOSPITALIZADAS

# A construção da ética médica

*Luana Pelizza*

**Resumo:** A pesquisa que engloba seres humanos constitui uma área fundamental para garantir a dignidade dos direitos e da segurança dos participantes, especialmente diante dos avanços científicos e tecnológicos na área da saúde que acontecem de forma concomitante. O objetivo deste capítulo é analisar a evolução histórica da ética na pesquisa, além de analisar os impactos contemporâneos da pesquisa científica, tendo como destaque as contribuições do Código de Nuremberg, da Declaração de Helsinque e do Relatório Belmont. A pesquisa foi baseada em Pubmed, em Scielo e em UptoDate. Este capítulo do livro consiste em uma análise histórica de documentos internacionais, de diretrizes institucionais e de legislações regulatórias, com foco nos princípios éticos que orientam a pesquisa envolvendo seres humanos. Os principais tópicos debatidos envolvem o surgimento do consentimento voluntário, que surgiu pelo Código de Nuremberg; a ampliação do debate ético promovida pela Declaração de Helsinque; a incorporação do princípio da beneficência e da revisão ética por comitês independentes e a sistematização dos princípios do respeito pelas pessoas, beneficência e justiça no Relatório Belmont. Também, aborda-se o papel dos comitês de ética em pesquisa, além de debater sobre os desafios éticos contemporâneos. Conclui-se que o Relatório Belmont constitui marco importantíssimo, haja vista que orientar a prática científica e a proteção de grupos vulneráveis.

**Palavras-chave:** Código de Nuremberg; Relatório Belmont; comitê de ética.

## *1 Introdução*

Qualquer pesquisa que aconteça com seres humanos tem uma questão filosófica, ambiental, genética, humana, empática, altruísta e, ao mesmo tempo, egoísta. A pesquisa envolve esperança para doenças que hoje não tem cura, como muitos cânceres. Também representa um dilema religioso, uma vez que vai contra muitos princípios como, por exemplo, os dos testemunhas de Jeová, que não aceitam transplantes e doação de sangue. Dessa forma, a pesquisa envolve muitas variáveis,

e os comitês de ética tentam conciliar o avanço do conhecimento com a proteção da dignidade humana[1].

Ao longo do século XX, aconteceram diversos episódios de abuso e violações de direitos humanos. Com isso, houve a necessidade de implementar normas internacionais que determinaram regras básicas para que as pesquisas acontecessem de forma a garantir os direitos humanos[2]. Na história, destacam-se o Código de Nuremberg, a Declaração de Helsinque e o Relatório Belmont, que implementaram e consolidaram as normas para pesquisas que temos atualmente[1].

A análise do contexto histórico e da evolução desses documentos permite compreender como a ética em pesquisa se desenvolveu de forma progressiva, incorporando mecanismos institucionais, como os comitês de ética em pesquisa, e ampliando a proteção de indivíduos e grupos socialmente vulneráveis[1], além de contribuírem para a formação de princípios éticos universais, como o respeito à autonomia, a beneficência e a justiça, que permanecem centrais na avaliação ética das pesquisas contemporâneas[2].

O presente capítulo propõe uma análise histórica e normativa desses instrumentos, com ênfase no Código de Nuremberg e no Relatório Belmont, destacando suas contribuições, suas limitações e seus impactos na regulamentação da pesquisa científica envolvendo seres humanos[2].

## *2 Desenvolvimento*

Durante o governo nazista, aconteceram várias atrocidades relacionadas à pesquisa, dentre elas a pesquisa de Josef Mengele, que tentou afirmar que existiria uma superioridade racial, expondo desnecessariamente pessoas a doenças contagiosas, para analisar qual sobrevivieria[3]. Nesse ínterim, o Código de Nuremberg teve como objetivo prevenir atitudes que fossem inadequadas e coibir o abuso de participantes vulneráveis e desinformados, estabelecendo critérios e mecanismos específicos de proteção aos sujeitos de pesquisa[1]. O documento de Nuremberg surgiu em 1947, após o julgamento dos médicos no Tribunal Militar Internacional, como resposta direta às graves violações éticas cometidas em pesquisas com seres humanos durante a Segunda

Guerra Mundial[3]. Assim, o documento teve grande importância, uma vez que consiste na exigência do consentimento voluntário como condição indispensável para a participação em experimentos, reforçando a centralidade da autonomia individual no âmbito da pesquisa científica[2].

Em 1964, a Associação Médica Mundial adotou a Declaração de Helsinque, ampliando a reflexão ética ao enfatizar o princípio da beneficência e ao introduzir a exigência de avaliação prévia dos estudos por comitês de ética em pesquisa. Diferentemente do Código de Nuremberg, a Declaração atribuiu a esses comitês a responsabilidade pela análise e aprovação dos protocolos de pesquisa, buscando equilibrar a proteção dos participantes com os interesses científicos[2]. Contudo, tanto o Código de Nuremberg quanto as primeiras versões da Declaração de Helsinque apresentaram limitações relevantes, especialmente no que diz respeito à proteção de grupos socialmente vulneráveis, como crianças, prisioneiros e indivíduos sem plena capacidade de decisão. Dessa forma, houve uma evolução significativa em prol do humanismo, mas ainda se encontravam lacunas a serem preenchidas[2].

A partir da década de 1960, os Estados Unidos iniciaram um processo de regulamentação mais abrangente da pesquisa envolvendo seres humanos. O Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar (DHEW) e o Serviço de Saúde Pública passaram a desenvolver diretrizes que permitiam a inclusão de pessoas legalmente incapazes em pesquisas, desde que houvesse potencial benefício direto e a adoção normas éticas adequadas[2]. Esse movimento culminou na formulação do 45 CFR 46, conjunto de normas federais destinado à proteção de participantes em pesquisas biomédicas e comportamentais[2].

O Relatório Belmont surgiu como resposta às críticas quanto ao desequilíbrio entre os princípios éticos presentes nos documentos anteriores. Durante a Conferência de Belmont, realizada em fevereiro de 1976, a Comissão Nacional buscou sistematizar princípios éticos capazes de oferecer proteção mais efetiva aos participantes de pesquisa, especialmente aos grupos socialmente vulneráveis, articulando de forma integrada os princípios da autonomia, da beneficência e da justiça[2].

Depois de dois anos da reunião, em 1978, o Relatório Belmont foi constituído e publicado, sendo considerado um marco fundamental

da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecendo três princípios éticos centrais: respeito pelas pessoas, beneficência e justiça[1]. Esses princípios passaram a orientar a elaboração, a avaliação e a condução ética dos estudos científicos, sobretudo, na área da saúde, formando uma base de normas mais equilibrada e que conseguisse abranger os direitos humanos e, ao mesmo tempo, suprisse as necessidades do pesquisador.

O princípio do respeito pelas pessoas fundamenta-se na proteção da autonomia individual. Segundo o Relatório Belmont, uma pessoa autônoma é aquela capaz de escolher seus próprios objetivos de vida[1]. Assim, após receberem informações completas, claras e compreensíveis acerca dos objetivos do estudo, dos riscos e benefícios envolvidos e da natureza voluntária da participação, incluindo o direito de recusar ou interromper sua participação sem qualquer prejuízo, os participantes devem ter assegurado o direito de decidir livremente sobre sua participação na pesquisa[1]. Para indivíduos com autonomia reduzida, como crianças, pessoas com deficiências cognitivas ou determinadas condições clínicas, tornam-se necessárias salvaguardas adicionais, incluindo a representação por responsáveis legais e uma proteção ética reforçada contra possíveis danos[1].

O respeito à autonomia implica, ainda, a proibição de qualquer forma de coerção, podendo ser tanto por meio de ameaças explícitas ou implícitas, quanto pela oferta de incentivos excessivos capazes de comprometer a liberdade de decisão dos participantes. Embora o uso de incentivos seja frequente em pesquisas científicas, estes devem ser criteriosamente avaliados para que não interfiram na autodeterminação dos indivíduos[1].

Nesse contexto, destaca-se o papel central dos comitês de ética em pesquisa, responsáveis pela avaliação, aprovação e monitoramento contínuo dos estudos. Compostos por profissionais de diferentes áreas e representantes da sociedade, esses comitês asseguram a aplicação prática dos princípios éticos, contribuindo tanto para a integridade científica quanto para a proteção dos participantes[1].

Embora o Relatório Belmont não tenha sido imediatamente incorporado às regulamentações federais, seus princípios influenciaram progressivamente as revisões do 45 CFR 46, que destacaram à ava-

liação de riscos e à proteção diferenciada de populações vulneráveis. Esse processo culminou, na década de 1980, na consolidação da Regra Comum, que reconheceu explicitamente a necessidade de atenção ética específica para grupos com mais vulnerabilidade[2].

Os impactos do Relatório Belmont também se tornaram evidentes na regulamentação de ensaios clínicos de terapia gênica, área caracterizada por riscos elevados e pela frequente inclusão de crianças. As diretrizes passaram a exigir revisão ética rigorosa e avaliação pública em circunstâncias excepcionais, realizada conformidade com os princípios do respeito, da beneficência e da justiça. Nesse cenário, o National Institutes of Health (NIH) e o Comitê Consultivo de DNA Recombinante (RAC) desempenharam papel central na operacionalização desses princípios, especialmente por meio da definição de critérios éticos claros para seleção de participantes, consentimento informado e proteção da privacidade[2].

Dessa forma, o Relatório Belmont consolidou-se como uma referência fundamental da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, ao oferecer uma estrutura normativa capaz de orientar tanto a regulamentação federal quanto a prática concreta da pesquisa biomédica. Apesar de suas limitações e dos desafios contemporâneos na aplicação das normas éticas, seus fundamentos permanecem essenciais para a promoção da dignidade humana[2].

## *3 Conclusão*

A consolidação da ética em pesquisa envolvendo seres humanos resultou de um processo histórico marcado por graves violações de direitos e pela necessidade de estabelecer limites a partir de normas científicas[1]. Nesse percurso, o Código de Nuremberg representou o primeiro marco internacional ao afirmar o consentimento voluntário como condição essencial para a participação em pesquisas, enquanto a Declaração de Helsinque ampliou essa abordagem ao incorporar o princípio da beneficência e instituir mecanismos institucionais de avaliação ética[2].

O Relatório Belmont, publicado em 1978, configurou-se como um avanço decisivo ao sistematizar os princípios do respeito pelas pessoas,

da beneficência e da justiça, oferecendo uma estrutura ética integrada e aplicável à regulamentação e à prática da pesquisa científica[1]. Ao reconhecer explicitamente a necessidade de proteção diferenciada para indivíduos e grupos socialmente vulneráveis, o documento contribuiu para o aprimoramento das normas federais, influenciando diretamente a formulação do 45 CFR 46 e a consolidação da Regra Comum[2].

Apesar de suas limitações e dos desafios contemporâneos associados à aplicação do modelo principialista em contextos multiculturais e de inovações tecnológicas, os fundamentos éticos estabelecidos pelo Relatório Belmont permanecem centrais para a proteção da dignidade humana e para a promoção de pesquisas[1]. Assim, a evolução desses marcos normativos não apenas ilumina o desenvolvimento histórico da ética em pesquisa, como reforça a necessidade permanente de vigilância ética, transparência institucional e compromisso com os direitos dos participantes no avanço do conhecimento científico[2].

## *Referências*


1. Barrow, J. M., Brannan, G. D., & Khandhar, P. B. Research Ethics. (2025). *StatPearls*, Treasure Island (FL). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459281/

2. Nagai, H., Nakazawa, E., & Akabayashi, A. (2022). The creation of the Belmont Report and its effect on ethical principles: a historical study. *Monash Bioeth Ver*, *40*(2), 157-70. DOI: 10.1007/s40592-022-00165-5. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459281/

3. Posner, G. L., & Ware, J. (2019). *Mengele: a história completa do anjo da morte de Auschwitz*. São Paulo: Cultrix.

# Entre a cura e o cuidado: fundamentos da medicina paliativa

*Makeli Deinani Pegorini*

**Resumo:** Os cuidados paliativos constituem uma abordagem assistencial voltada à promoção da qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças ameaçadoras da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento em suas dimensões física, psicológica, social e espiritual. Este capítulo aborda os fundamentos da medicina paliativa, contextualizando sua evolução histórica e as transformações na percepção da morte ao longo do tempo. São discutidas as contribuições de importantes precursores da área, como Cicely Saunders e Elisabeth Kübler-Ross, bem como o desenvolvimento dos cuidados paliativos no Brasil. Além disso, são apresentados os princípios bioéticos e éticos que norteiam a prática paliativista, destacando a importância da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça na tomada de decisões. O texto também enfatiza o papel da equipe multiprofissional na assistência integral ao paciente e à família, além de discutir os desafios relacionados à identificação do momento oportuno para o início dos cuidados paliativos. Por fim, propõe uma reflexão sobre a terminalidade da vida, a dignidade humana e a necessidade de ressignificar o conceito de cuidado para além da busca exclusiva pela cura, valorizando o conforto, o acolhimento e o respeito às escolhas individuais.

**Palavras-chave:** cuidados paliativos; medicina paliativa; bioética; terminalidade da vida; qualidade de vida; equipe multiprofissional; humanização da assistência; dignidade humana.

## *1 Introdução*

A medicina contemporânea experimentou avanços científicos e tecnológicos sem precedentes, ampliando significativamente as possibilidades diagnósticas e terapêuticas. O desenvolvimento de novos medicamentos, técnicas cirúrgicas e recursos de suporte à vida permitiu o aumento da expectativa de vida e a melhora dos desfechos clínicos de inúmeras doenças. Entretanto, paralelamente aos benefícios proporcionados por essas conquistas, emergiu a necessidade de refletir

sobre os limites da intervenção médica e sobre o significado do cuidado diante de condições para as quais a cura não é possível.

Historicamente, o exercício da medicina esteve associado à busca pela cura. Contudo, nem todas as doenças podem ser revertidas, nem todo sofrimento pode ser eliminado por meio de intervenções tecnológicas. Nesse contexto, os cuidados paliativos surgem como uma abordagem que visa promover conforto, qualidade de vida e dignidade aos pacientes e seus familiares, respeitando valores, crenças e preferências individuais[1].

Mais do que uma modalidade assistencial voltada ao fim da vida, os cuidados paliativos representam uma filosofia de cuidado centrada na pessoa, fundamentada em princípios éticos, bioéticos e humanísticos. Sua prática envolve a atuação integrada de diferentes profissionais da saúde, com foco no alívio do sofrimento físico, emocional, social e espiritual[2].

## *2 Desenvolvimento*

### 2.1 Entre a cura e o cuidado: fundamentos da medicina paliativa

Considerado o pai da Medicina, o médico grego Hipócrates afirmava que era necessário "Curar quando possível; aliviar quando necessário; consolar sempre"[3]. Com o passar dos anos, a evolução tecnológica se tornou uma ferramenta de suma importância para o ser humano em diversas áreas, dentre elas, a médica. Devido abo avanço de estudos e pesquisas, o homem fez e continua fazendo descobertas que na época de Hipócrates jamais se tinha ideia: doenças antes obscuras, diagnósticos "sem nome", mortes sem causa esclarecida e a falta de algo ou alguma coisa da qual pudesse curar o que nem se sabia ao certo o que era, agora, ganham novos desfechos, com nomes e até sobrenomes. Mas qual é o preço disso tudo? Compreender que nem sempre a cura pode ser obtida a qualquer custo; que o melhor remédio nem sempre está em formato de combinações químicas; ou que o alívio da dor talvez não advém de meticulosos e inúmeros procedimentos cirúrgicos é um tanto quanto difícil para uma população que vive em pleno século XXI.

A partir do momento em que se entende que um tratamento, dependendo de sua combinação e estruturação específica – como exemplo um quimioterápico –, possui o poder de frear ou até mesmo destruir um agente causador de mortes – por exemplo, alguns cânceres –, o ser humano passa a buscar encontrar, cada vez mais, combinações perfeitas que podem prolongar mais a existência humana e acabar com o que fora uma ameaça à vida até então. Dessarte, a linha entre a cura e o que então se acredita como "acabar com o sofrimento" da vida a qual estamos diante se mostra muito tênue. Muitas vezes, torna-se invisível aos olhos o momento do qual é necessário simplesmente parar, que é diferentemente de abandonar, desistir, esquecer. Na verdade, trata-se de parar no sentido de ofertar conforto e cessação da dor; promover qualidade de vida; desbravar formas de amor e cuidado; considerar que talvez a vida nos anos seja uma opção a ser avaliada ao invés de somente olhar para os anos de vida.

Ao observar cautelosamente o paciente que se encontra fora das possibilidades terapêuticas de cura, surge o termo "cuidados paliativos", utilizado para abranger cuidados ofertados por uma equipe multiprofissional ao paciente e à família que estão passando pelo processo de entendimento sobre a doença e suas limitações terapêuticas. Mais especificamente, a palavra *pallium*, do latim, significa manto ou capa, que antigamente era usado por cavaleiros para se protegerem da chuva. A palavra "paliativo" surge então com um conceito de proteção, ou seja, cuidar dos pacientes os quais a medicina curativa não mais abrange[4].

Para compreender melhor sobre a medicina paliativa, faz-se necessário entender sobre a morte e suas diferentes visões ao longo dos anos. Como dito anteriormente, no mundo do século XXI (avanço tecnológico e expansibilidade de opções terapêuticas), torna-se difícil observar a morte e o fim da vida como uma "opção". Ela é um processo ao invés de um episódio propriamente dito.

Segundo Hermes e Lamarca[4], a morte passou por diferentes percepções ao longo da história[1]. Na Idade Média, era tida como natural e significava o fim de uma passagem. Já no que se pode denominar "morte moderna", a criação de vários recursos para prolongar a vida bem como a modernização de estruturas e equipamentos hospitalares transformaram a morte em uma "opção" cada vez mais distante quando

doenças ameaçadoras encontravam o paciente. Conforme Hermes e Lamarca (2013, p. 88), ao buscar por ampliar o arcabouço terapêutico, "o homem moderno vive como se jamais fosse morrer, e a morte se torna algo distante"[4]. Passando-se mais alguns anos, chega-se ao modelo de "morte contemporânea", no qual uma equipe multiprofissional abrange diferentes formas de cuidado e assiste ao paciente até seus últimos momentos de vida, auxiliando-o em seu processo de entendimento da doença e suas fases de progressão, alívio da dor, aumento de conforto e bem-estar dentro das possibilidades que lhe cabem. Além disso, oferece suporte tanto emocional como espiritual ao próprio paciente e à sua família, dignificando o processo de final de vida, permitindo que sejam respeitadas às escolhas do doente e compreendendo a terminalidade e suas particularidades[4].

A dificuldade sobre o entendimento da morte permeia o ser humano desde seus primórdios. Como já descrito anteriormente, as diferentes visões sobre o assunto elucidam que cada contexto histórico carrega consigo conceitos e princípios que moldam o pensamento do corpo social. Em 1967, um movimento contemporâneo conhecido como hospices (do latim *hospes*, que significa estranho, e *hospitalis*, que significa amigável ou bem-vindo ao estranho – mais tarde evoluindo para hospitalidade), difundido pela enfermeira, médica e assistente social inglesa Cicely Saunders (1918-2005), surge, ganhando, na época, um novo olhar para os pacientes com doenças mais avançadas ou que não tinham mais perspectiva de cura[4]. A partir da fundação do San Christopher's Hospice (1967), em Londres, Cicely tinha por objetivo proporcionar melhora da qualidade de vida dos enfermos que cuidava e oferecer uma morte mais digna àqueles para quem a cura não se enquadrava dentre as possibilidades terapêuticas[2]. Criando o conceito de "dor total", a médica buscava abordar o doente em todos os seus contextos, desde a dor física, social, psicológica até a dor espiritual, além de perceber que o ambiente familiar dele também necessitava de entendimentos e cuidados[2]. Essa nova filosofia sobre os cuidados paliativos difundiu-se pelo mundo, conquistando lugares como Brasil, Reino Unido, Japão, Coreia, Estados Unidos, Canadá, Noruega, Polônia, Suécia e Austrália[4].

Outra figura importante a ser ressaltada é a médica psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004), reconhecida pelo pioneirismo na

tanatologia. A autora do livro *On Death and Dying* ("Sobre a morte e o morrer") percorria países voluntariando-se para trabalhar em prol dos sobreviventes de guerra, antes mesmo de se tornar médica. Após observar as dificuldades e o brutal sofrimento enfrentado por essas pessoas, ela passou a dedicar seus estudos para a compreensão da morte, seu processo de enfrentamento bem como o entendimento do luto. Além disso, possui papel importante no que tange aos cuidados paliativos e ao que chamou de "estágios do luto", sendo eles: a negação, a raiva, a barganha, a depressão e, por fim, a aceitação[6]. Não tendo uma ordem fixa, essas cinco etapas/estágios fazem parte de um luto vivido pelos pacientes que recebem o diagnóstico de uma doença incurável e, de modo individual, precisam ser assistidos e cuidados. Além de ofertar escuta, Elisabeth desenvolveu métodos de aconselhamento aos pacientes dos quais cuidava bem como incentivava-os a dizerem e fazerem as coisas as quais tinham vontade sem ter medo, para que pudessem se sentir acolhidos e ouvidos[3]. Por meio de um cuidado integral baseado na escuta e na valorização daquele que está em processo de enfrentamento da doença, Kübler-Ross buscou construir uma comunicação eficaz e funcional, centrando o olhar nos desejos, anseios e angústias dos pacientes e devolvendo a eles o poder de decisão sobre o que lhes é de importância e emergente para si mesmos. Outrossim, teve a sensibilidade de inserir no contexto dos cuidados paliativos os familiares dos doentes, já que o processo de luto também é vivido por eles, fator que colabora até os dias atuais para fazer do cuidado, integral[6].

No Brasil, os cuidados paliativos iniciaram-se por volta de 1970-1980, sendo o Rio Grande do Sul, São Paulo, Santa Catarina e Paraná os primeiros locais a difundir essa filosofia de cuidado[7]. O serviço pioneiro em cuidados paliativos surgiu em solo gaúcho, seguindo-se para outras localidades do país em anos subsequentes. Em 1998, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) inaugurou o Hospital Unidade IV, dedicado exclusivamente a esse tipo de cuidado. Já em 1997, houve a criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) e, posteriormente, em fevereiro de 2005, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)[7]. Obviamente, esses são apenas alguns exemplos das conquistas alcançadas pelos cuidados paliativos desde sua data de

inserção no Brasil. Com os avanços da tecnologia e consequentemente da expectativa de vida da população, espera-se que a história da medicina paliativa brasileira esteja apenas no seu breve começo, tendo em vista os legados de Cicely Saunders e Elisabeth Kübler-Ross sobre o ser humano e o processo da morte.

## 2.2 Bioética, cuidados paliativos e princípios éticos da medicina paliativa

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os cuidados paliativos da seguinte forma: "abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes, e das suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e com prognóstico limitado, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais"[8] (OMS, 2020, n.p.). Ao analisar a definição dos cuidados paliativos proposta pela OMS, faz-se necessário que, além de seu conceito íntegro, a equipe multidisciplinar também leve em consideração o conceito da bioética, o qual estende seu estudo às dimensões morais (visão, decisão, conduta e normas) da área das ciências da vida e dos cuidados da saúde do paciente.

## 2.3 Princípios bioéticos

Os princípios bioéticos constituem pilares fundamentais para a tomada de decisão na assistência ao paciente paliativo. Dentre eles, destacam-se:[5]

a. beneficência: fazer o bem;
b. autonomia: resguardo da liberdade do indivíduo;
c. justiça: equidade, distribuição coerente de benefícios sociais e deveres;
d. não maleficência: não fazer o mal, não causar danos.

Somado aos princípios bioéticos, o médico ganha lugar importante no que tange aos princípios éticos dentro da medicina paliativa, assumindo o compromisso para com o paciente de cumprir com eles. Certamente cada membro da equipe assume papel meritório dentro do

contexto que lhes é cabido, fazendo único o cuidado a cada paciente. Os princípios éticos da medicina paliativa desmembram-se em:

a. princípio da veracidade: proteção daqueles que se apresentam incapazes de exercer sua autonomia.
b. princípio da proporcionalidade: escolha da melhor solução possível dentro do contexto apresentado; há obrigação moral de implementação de todas medidas terapêuticas proporcionais entre meios, empregados e o resultado previsível.
c. princípio do duplo efeito: aceitação de ações das quais possuem como efeito algo bom e algo mau.
d. princípio da prevenção: olhar à frente; pensar em possíveis complicações, sintomas ou efeitos no decorrer da evolução clínica, sendo responsabilidade do médico a implementação de medidas para prevenção de tais ocorrências, aconselhando o paciente e familiares sobre cursos de ação a seguir.
e. princípio do não abandono: permanecer ao lado do paciente independentemente de suas escolhas terapêuticas (exceto em casos de grave objeção de consciência), bem como acolhê-lo de forma responsável e madura.

Além disso, o Código de Ética Médica (CEM) ressalta a importância do papel do médico como orientador e aliado do paciente[3]:

a. nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico deve evitar a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários, propiciando aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.
b. da mesma forma, é vedado ao médico abandonar o paciente sob seus cuidados, devendo continuar a assisti-lo mesmo diante de doenças crônicas ou incuráveis, inclusive quando os objetivos do cuidado passam a ser predominantemente paliativos.

Com base nos conceitos de cuidados paliativos, princípios bioéticos e princípios éticos dentro da medicina paliativa, nota-se que esses estão intimamente ligados ao que o Código de Ética Médica preconiza: estar ao lado do paciente do início ao fim, proporcionar conforto e segurança a ele e cuidá-lo de forma integral, tendo a equipe o compromisso de

oferecer suporte, dar voz e autonomia ao paciente paliativo, indo ao encontro do que Hipócrates afirmava sobre ser alívio quando necessário e consolo sempre.

## 2.4 A equipe multiprofissional nos cuidados paliativos

Dentro do contexto da equipe multiprofissional, vale ressaltar a importância que cada membro dentro dessa equipe possui, para que os aspectos físico, mental, espiritual e social sejam abrangidos por completo. A partilha de saberes e responsabilidades dentre esses profissionais precisa funcionar como uma engrenagem, na qual cada um, de forma alinhada e ordenada, trabalha em prol do bem-estar do paciente. De acordo com Hermes e Lamarca[4], é esperado que o médico coordene a comunicação entre as categorias profissionais envolvidas, o paciente e a família. Não sendo elevado como cargo principal, mas sim como aquele que guia e mostra ao paciente os diferentes caminhos que pode seguir, o médico deve atuar orientando, mostrando vantagens e desvantagens dos tratamentos e ser um facilitador da equipe no que tange às perspectivas do paciente[4]. Aqui, é de suma importância salientar que cada médico terá uma percepção sobre a morte baseada em suas experiências de vida tanto pessoais como profissionais. Portanto, cada qual conduzirá da forma que julgar ser a melhor em cada caso. Independentemente de crenças, esse profissional precisa compreender o que o paciente sente e, da forma mais leve possível, aliviar o processo do adoecimento. Além disso, deve fazer com que a pessoa que está recebendo os cuidados compreenda sua doença e o provável curso que ela ganhará. Nesse momento, o médico precisa lembrar que, por mais que seja difícil, nos cuidados paliativos o foco não é a doença, mas o doente, e isso não significa "fracassar" dentro da medicina; é valorizar a vida daquele que está sendo cuidado.

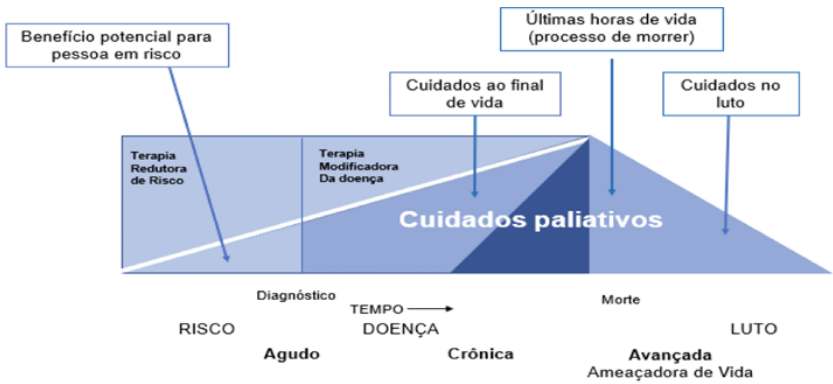
Além do médico, a equipe de enfermagem, o serviço social, o serviço de psicologia, fisioterapia e nutrição são algumas das categorias que compõem a equipe multiprofissional dos cuidados paliativos[4]. Ao dar voz a quem muitas vezes sente-se desamparado, ser aconchego e lar quando necessário, devolver o prazer de comer aquela comida gostosa que há tanto tempo não comia, permitir que as lembranças trazidas

pelo perfume do sabonete após um banho quente retornem. Essas são apenas pequenas diferenças diárias que os profissionais fazem para que a dignidade do fim da vida seja preservada, tornando todos os profissionais peças-chave para o cuidado paliativo.

## 2.5 Início dos cuidados paliativos e ferramentas de identificação

Um dos impasses encontrados pelos profissionais da saúde é o entendimento do momento certo de início do cuidado paliativo. Essa questão torna-se mais complexa do que parece ao passo que se faz necessária a compreensão do próprio paciente sobre a impossibilidade de cura, bem como da família. Muitas vezes, o doente não possui um tempo no qual consegue assimilar todas as informações, fator também pode tardar o início da medicina paliativa. Existem algumas ferramentas que servem como triagem para a identificação do momento adequado para iniciar os cuidados paliativos. São exemplos: SPICT – BR (*Supportive and Palliative Care Indicators Tool*), GSF (*Gold Standards Framework*), NECPAL – BR (instrumento de identificação de pessoas em situação de doença avançada e/ou terminais e necessidade de atenção paliativa para uso em serviços de saúde e sociais)[1]. Essas ferramentas auxiliam o médico na avaliação do quadro do paciente e, junto à família e ao próprio paciente, delinear os próximos passos a serem seguidos[1].

Figura 1 – Modelo integrado de cuidados paliativos para doenças crônicas progressivas




Fonte: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (s. d.).

## *3 Conclusão*

Em suma, compreende-se que a morte ainda é encarada como um tabu, e a impossibilidade de cura é vista por muitos profissionais como uma espécie de fracasso dentro da medicina ou do arcabouço tecnológico. Inevitavelmente, com o transcorrer dos anos, o homem tem procurado desvendar mistérios sobre a biologia humana e, somado a isso, buscado meticulosamente destruir doenças as quais vão de encontro à longevidade. Com isso, a brevidade da vida que antes era considerada um tanto normal, agora pode ser "manipulada" a partir de medicações ou procedimentos. O problema se insere no momento em que a cura não se torna possível, e então lidar com o processo do adoecimento inevitável pode gerar abandono, medo, insegurança e, até mesmo, uma morte mais precoce e dolorosa.

O pensamento de que a doença terminal, bem como o alívio da dor e dos sintomas sugestivos de progressão de doença só podem ser tratados no ambiente hospitalar caiu por terra, mas ainda é um assunto a ser discutido[2]. As escolas médicas, ao longo da formação dos profissionais de saúde, precisam investir em conhecimento, orientações e treinamentos constantes sobre os cuidados paliativos; devem auxiliar na desconstrução do entendimento "adoecimento=hospital" diante da terminalidade. A forma como a equipe lida com o paciente envolve como foi a experiência desse profissional com o assunto em diferentes aspectos da própria vida, não apenas profissional, mas também pessoal. Saber conversar sobre a questão não significa estar concordando exatamente com as decisões do paciente ou de terceiros. Trata-se de estar preparado e disposto a proporcionar respeito, dignidade e, muito provavelmente, vida no tempo que resta ao paciente.

Quando se compreende que cuidar, em seu mais íntimo e profundo significado da palavra, não significa curar somente o físico, mas promover a cura do mental e também o espiritual, passa-se a perceber que cada ser humano possui seus valores, princípios e propósitos com os quais decide viver todos os dias. Com isso, cabe principalmente àqueles que sonham em proporcionar vida aos que tocarem, fazer a reflexão – quantas vezes forem necessárias –, sobre o motivo pelo qual escolheram sua profissão, os princípios bioéticos relacionados a cada

paciente e o que cada um deles carrega consigo, desde sua trajetória, seus medos e anseios, além de não esquecer que a imortalidade, por ora, existe como forma de lembrança, momentos, amor; não como matéria de conquista. Em meados do século V a. C., Hipócrates escreveu[3]:

> Eu juro, por Apolo médico, por Esculápio, Hígia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue: estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes. Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguémA ninguém darei por comprazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo, não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva. Conservarei imaculada minha vida e minha arte.
> Não praticarei a talha, mesmo sobre um calculoso confirmado; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam.
> Em toda casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução, sobretudo dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados.
> Àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto. Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça (Conselho Regional de Medicina do Paraná, [s.d.]).

Do século V a. C. ao século XXI, muita coisa aconteceu; muitas mudanças transformaram a medicina e a arte de cuidar. O clássico juramento de Hipócrates ganhou algumas alterações promovidas decorrentes das suas diferentes traduções. Porém, a essência não pode mudar. O conhecimento pode ampliar, o cuidado pode e deve cada vez mais ser aprimorado; o que não pode acontecer é se abandonarem os princípios os quais foram estudados por tanto tempo, apagando-os por "capricho do homem moderno".

## *Referências*

1. Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. (2023). Cuidados paliativos. *Res Soc Dev.*, *12*(2), e11712240028.

2. Ministério da Saúde. (2023). *Manual de cuidados paliativos*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde.

3. Conselho regional de medicina do estado do Paraná. (s. d.). Juramento de Hipócrates. *CRMPR*. http://www.crmpr.org.br/Juramento-de-Hipocrates-1-53.shtml

4. Hermes, H. R., & Lamarca, I. C. A. (2013). Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Cien Saude Colet*, *18*(9), 2577–88.

5. Chaves, J. H. B, Mendonça, V. L. G, Pessini, L., Rego, G., & Nunes, R. (2011). Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. *Rev Dor*, *12*(3), 250–55.

6. Grigoletto Netto, J. V. (org.). (2016). *O pioneirismo de Elisabeth Kübler-Ross junto aos profissionais de saúde que atuam em situações de morte e luto*. São Paulo: Master.

7. Silva, R. R., & Massi, G. A. (2022). Trajetória dos serviços de cuidados paliativos no Brasil: aspectos históricos e atuais. *Res Soc Dev*, *11*(11), e222111133545.

8. World Health Organization. (2020). *Palliative care*. Geneva: WHO. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliativecare

9. Peres, M. A. A., Padilha, M. I., Santos, T. C. F, & Almeida Filho, A. J. (2022). Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir sobre o tempo presente. Brasília: ABEn.

10. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). (s. d.). Vamos falar de cuidados paliativos? *SBGG*. https://sbgg.org.br/vamos-falar-de-cuidados-paliativos/

# Infertilidade e tecnologias de reprodução assistida: abordagem médica, ética e legal

*Eduarda Sonda de Godoy*
*Gabrielli Bacchi Colombo*

**Resumo:** A infertilidade constitui um relevante problema de saúde pública mundial, associado a repercussões emocionais, socioeconômicas e biológicas. Nesse contexto, o avanço das tecnologias de reprodução assistida (TRA) transformou a medicina reprodutiva contemporânea, ampliando as opções terapêuticas e viabilizando novas configurações de parentalidade. Este capítulo objetiva revisar os fundamentos históricos, clínicos, bioéticos e jurídicos das TRA, discutindo os principais desafios éticos e sociais atrelados às biotecnologias emergentes. Para tanto, realizou-se uma revisão narrativa de literatura nas bases PubMed/Medline, Scopus e Lilacs, com a inclusão de artigos originais, revisões sistemáticas, diretrizes de sociedades médicas, documentos da Organização Mundial de Saúde, resoluções do Conselho Federal de Medicina e legislações nacionais que foram publicados entre janeiro de 1978 e maio de 2026,. Os resultados apontam que técnicas como a fertilização *in vitro*, a injeção intracitoplasmática de espermatozoides e a criopreservação revolucionaram o manejo da infertilidade. Contudo, essa evolução científica desencadeou complexos debates bioéticos e jurídicos sobre seleção e descarte embrionário, doação de gametas, gestação por substituição, reprodução pós-morte e o acesso desigual às tecnologias. Conclui-se que o progresso científico deve ser acompanhado por regulamentações éticas e legais robustas, além de políticas públicas voltadas à equidade no acesso, garantindo a dignidade humana, a segurança dos pacientes e a distribuição justa dos benefícios da medicina reprodutiva.

**Palavras-chave:** infertilidade; tecnologias de reprodução assistida; bioética.

## *1 Introdução*

A infertilidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a ausência de gestação após 12 meses de relações sexuais regulares sem uso de métodos contraceptivos[1]. Em 2021, aproximadamente 165 milhões de pessoas viviam com essa condição globalmente, o que correspondia a 1,8% dos homens e 3,7% das mulheres em idade reprodutiva[2]. A prevalência global aumentou, em média, 0,49% ao ano para homens e 0,68% para mulheres entre 1990 e 2021, com projeções

que indicam um crescimento contínuo até 2040 [2, 3]. Fatores masculinos isolados ou associados contribuem para 40 a 50% dos casos, enquanto as causas femininas abrangem majoritariamente disfunção ovulatória, alterações tubárias, endometriose e idade materna avançada[4].

Os avanços da medicina reprodutiva, impulsionados sobretudo pelo nascimento de Louise Brown em 1978 – o primeiro bebê concebido por fertilização *in vitro* (FIV)[5] –, ampliaram drasticamente as possibilidades terapêuticas. Atualmente, as tecnologias de reprodução assistida (TRA) são empregadas não apenas no tratamento da infertilidade conjugal, mas também na preservação da fertilidade e em diferentes contextos sociais, incluindo pacientes oncológicos, casais homoafetivos e pessoas solteiras[6]. Estimativas epidemiológicas globais indicam que aproximadamente 10 a 13 milhões de crianças nasceram por meio das TRA, entre 1978 e 2018[7].

Entretanto, a rápida expansão dessas biotecnologias suscita profundas discussões bioéticas, jurídicas e sociais, que envolvem desde a seleção genética e o descarte embrionário até a reprodução pós-morte e a evidente desigualdade no acesso aos tratamentos. Dados da International Federation of Fertility Societies (IFFS) apontam que cerca de metade dos países avaliados não oferece financiamento público para serviços de infertilidade, evidenciando severas barreiras à equidade em saúde[8]. Nesse cenário complexo, a bioética atua como balizadora essencial para equilibrar o progresso científico, a autonomia reprodutiva e a dignidade humana.

Diante disso, este capítulo apresenta os fundamentos das TRA, contemplando seus aspectos históricos, clínicos, éticos e legais, além de discutir os desafios contemporâneos impostos pelas novas biotecnologias reprodutivas.

## 1.1 Metodologia

Esta revisão narrativa de literatura foi realizada mediante busca bibliográfica nas bases PubMed/Medline, Scopus e Lilacs, limitada a materiais do período de janeiro de 1978 a maio de 2026. Foram utilizados descritores controlados relacionados à infertilidade, reprodução assistida, bioética, fertilização *in vitro*, legislação e direitos reprodutivos,

combinados mediante operadores booleanos. Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas, diretrizes de sociedades médicas, documentos da OMS, resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) e legislações nacionais. A triagem priorizou publicações de maior impacto científico, atualidade e relevância temática.

## *2 Desenvolvimento*

### 2.1 Histórico das tecnologias de reprodução assistida

As tecnologias de reprodução assistida (TRA) revolucionaram a abordagem médica da infertilidade e expandiram fronteiras reprodutivas. O principal marco histórico ocorreu em 1978, na Inglaterra, com o nascimento de Louise Brown, o primeiro bebê concebido por fertilização *in vitro* (FIV). No Brasil, o pioneirismo da técnica consolidou-se em 1984 com o primeiro nascimento por FIV no país[5, 9, 10].

Desde então, inovações como a estimulação ovariana controlada, a injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), a vitrificação de gametas e embriões e os testes genéticos pré-implantacionais (PGT) elevaram substancialmente a eficácia e a segurança dos procedimentos[9, 10]. Hoje, o papel das TRA vai muito além do tratamento da infertilidade conjugal. As técnicas englobam também a preservação da fertilidade, o planejamento reprodutivo tardio e o acesso à parentalidade por casais homoafetivos e pessoas solteiras[9, 11].

### 2.2 Aspectos bioéticos das tecnologias de reprodução assistida

Os avanços das TRA viabilizaram a parentalidade em situações antes irreversíveis. Entretanto, tais técnicas suscitam intensos debates éticos, jurídicos e sociais sobre as fronteiras da intervenção biomédica[11]. Nesse contexto, a bioética avalia essas questões com base nos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, sobretudo, nas práticas que envolvem gametas, embriões e material genético humano[12].

*2.2.1 Seleção embrionária e sexagem*

A seleção e a sexagem embrionária foram desenvolvidas com finalidade terapêutica, permitindo identificar o sexo do embrião para prevenir a transmissão de doenças genéticas ligadas ao cromossomo sexual[13, 14, 15]. Contudo, seu uso não terapêutico – motivado por preferências pessoais ou culturais – desperta profundas preocupações bioéticas. Críticos alertam que a escolha de características por conveniência pode fomentar práticas discriminatórias e tangenciar preceitos eugenistas. Teme-se que o avanço tecnológico culmine na criação de "bebês sob encomenda", permitindo a futura manipulação e seleção artificial de atributos físicos, intelectuais e comportamentais[18]. Diante disso, questiona-se o limite ético da intervenção genética humana em confronto com o direito à autonomia reprodutiva[16, 17, 18].

*2.2.2 Doação de gametas e embriões*

A doação de gametas e embriões constitui uma alternativa terapêutica essencial para indivíduos com falência gonadal, doenças genéticas hereditárias ou ausência de parceiro reprodutivo. Entretanto, a prática suscita debates relacionados ao anonimato do doador *versus* o direito fundamental do indivíduo ao conhecimento de sua origem genética, além de implicações jurídicas e socioafetivas da parentalidade. Adicionalmente, discute-se o risco de mercantilização do material reprodutivo humano e a necessidade de proteção contra formas de exploração econômica[18].

*2.2.3 Criopreservação e descarte embrionário*

A criopreservação de embriões constitui um dos pilares da reprodução assistida moderna, pois viabiliza o armazenamento de material biológico para futuras tentativas gestacionais e reduz a necessidade de novos ciclos de estimulação ovariana[19]. Contudo, o crescente número de embriões criopreservados fomenta debates bioéticos sobre seu destino final, visto que expressivos volumes permanecem armazenados por anos sem uma definição por parte dos pacientes responsáveis.

Nesse cenário, tensiona-se o estatuto moral e jurídico do embrião *in vitro* e sua equivalência a uma vida humana em desenvolvimento – uma

discussão complexa, permeada por divergências filosóficas, religiosas e científicas sobre o início da vida. Diante da ausência de um consenso, as alternativas destinadas a esses embriões restringem-se à manutenção da criopreservação, ao descarte, à doação para outros projetos parentais ou à destinação para pesquisas com células-tronco embrionárias[19].

O descarte permanece controverso, sobretudo, para grupos religiosos que consideram o embrião uma vida humana desde a fecundação; em contrapartida, outros defendem que embriões inviáveis ou abandonados podem contribuir para avanços científicos relevantes, especialmente em pesquisas regenerativas. Configura-se, assim, o dilema ético entre a inutilização pura e simples do embrião e seu aproveitamento em prol do conhecimento científico, em um panorama global em que centenas de milhares de embriões são criopreservados anualmente, embora expressiva parcela jamais venha a ser transferida[20].

*2.2.4 Redução embrionária*

A transferência de múltiplos embriões na FIV pode resultar em gestações gemelares de alta ordem, associadas a um risco materno-fetal substancial, como prematuridade extrema, síndromes hipertensivas gestacionais e mortalidade neonatal. Diante desse cenário, a redução embrionária configura-se como a interrupção seletiva do desenvolvimento de um ou mais fetos, com o propósito de viabilizar e melhorar o prognóstico da gestação remanescente[21].

A despeito da justificativa clínica em situações de risco extremo, o procedimento gera um profundo conflito bioético por envolver a interrupção intencional da vida em estágio intrauterino. No Brasil, a prática é frequentemente associada ao debate jurídico sobre o aborto, o que limita sua aceitação ética e legal, além de ocasionar significativo sofrimento psíquico aos pacientes e profissionais envolvidos. Como resposta a esse dilema, as estratégias atuais da medicina reprodutiva buscam minimizar a ocorrência de gestações múltiplas por meio da transferência eletiva de embrião único, especialmente em pacientes com prognóstico favorável[21].

*2.2.5 Pesquisa com células-tronco embrionárias*

As células-tronco embrionárias possuem elevado potencial terapêutico para o tratamento de doenças degenerativas e diversas condições clínicas. Entretanto, sua obtenção geralmente envolve a destruição de embriões humanos, gerando debates sobre dignidade humana, direito à vida e a utilização de embriões excedentes provenientes da FIV. No Brasil, essa discussão ganhou destaque com a regulamentação das pesquisas autorizadas pela Lei de Biossegurança (Lei nº 11.105/2005)[22, 23].

*2.2.6 Reprodução assistida pós-morte e gestação por substituição*

A reprodução assistida pós-morte envolve a utilização de gametas ou embriões criopreservados após o falecimento de um dos parceiros, o que levanta debates éticos e jurídicos relacionados ao consentimento expresso, à filiação e aos direitos sucessórios do concebido[24].

Por sua vez, a gestação por substituição – popularmente conhecida como "barriga solidária" – consiste na utilização de um útero de forma temporária para o desenvolvimento de embrião de terceiros. A prática é indicada em cenários como ausência uterina, contraindicação à gravidez e casais homoafetivos masculinos. Embora amplie as possibilidades de parentalidade, essa prática suscita discussões sobre exploração do corpo feminino, a mercantilização da gestação e a vulnerabilidade socioeconômica[25]. No Brasil, o procedimento é regulamentado pelo CFM, sendo permitido exclusivamente em caráter altruísta e sem qualquer finalidade lucrativa ou comercial[26].

*2.2.7 Justiça social e acesso às tecnologias de reprodução assistida*

O acesso às TRA permanece severamente limitado por barreiras econômicas, sociais e culturais. Embora a infertilidade seja reconhecida pela OMS como um problema de saúde pública, a disponibilidade desses tratamentos ainda é restrita, especialmente em países de baixa e média renda e nos sistemas públicos de saúde[2, 3, 10].

Essa realidade impulsiona reflexões sobre justiça distributiva e direitos reprodutivos, uma vez que determinantes socioeconômicos continuam ditando quem pode se beneficiar dos avanços da medicina reprodutiva. Além das barreiras financeiras, grupos historicamente

vulneráveis enfrentam obstáculos adicionais atrelados a componentes culturais, dogmas religiosos e restrições legais[23, 27].

*2.2.8 Perspectivas futuras e desafios éticos contemporâneos*

O avanço das biotecnologias reprodutivas – a exemplo da edição genética por CRISPR, da gametogênese artificial, dos úteros artificiais e da possibilidade de concepção sem gametas naturais – tende a tornar as reflexões bioéticas ainda mais complexas nas próximas décadas, ao desafiar os conceitos tradicionais de reprodução humana[25].

Diante desse cenário, mostra-se fundamental que o progresso científico seja balizado por limites éticos sólidos, capazes de resguardar a dignidade humana e assegurar uma aplicação responsável, segura e socialmente equitativa dessas novas tecnologias. Atualmente, a regulamentação global permanece heterogênea e frequentemente contraditória, com a falta de harmonização legal fomentando considerável turismo reprodutivo transfronteiriço na Europa e em âmbito mundial[25].

## 2.3 Legislação das tecnologias de reprodução assistida

A evolução das TRA demandou pronta intervenção normativa devido às suas profundas implicações éticas e jurídicas. No Brasil, diante da ausência de uma lei federal específica, o Conselho Federal de Medicina (CFM) preenche esse vácuo legislativo por meio de resoluções periódicas, que estabelecem os critérios éticos e técnicos para a prática médica[26]. Essas normas abrangem desde a criopreservação e o diagnóstico pré-implantacional até a gestação de substituição e a reprodução pós-morte, sempre exigindo o consentimento livre e esclarecido. Pelas regras, a doação de gametas deve ser anônima e voluntária, proibindo-se a comercialização, enquanto a gestação por substituição deve ter caráter puramente altruísta[26].

Internacionalmente, organizações como a American Society for Reproductive Medicine (ASRM) e a Food and Drug Administration (FDA) estabelecem diretrizes para a reprodução assistida, definindo padrões laboratoriais, triagem de doadores, consentimento informado e procedimentos experimentais[18, 28]. A ASRM recomenda que todas

as práticas sigam rigorosas considerações éticas e que os protocolos experimentais contem com a aprovação prévia de comitês de ética em pesquisa[18].

A reprodução assistida pós-morte é permitida mediante consentimento prévio do falecido, embora ainda suscite discussões sobre filiação e direitos sucessórios[24]. No Brasil, princípios constitucionais como a dignidade humana, a liberdade e o planejamento familiar fundamentam os direitos reprodutivos, buscando equilibrar avanços científicos, ética médica e proteção dos indivíduos[29].

## *3 Conclusão*

Os avanços das tecnologias de reprodução assistida revolucionaram a medicina reprodutiva nas últimas quatro décadas, culminando no nascimento de 10 a 13 milhões de crianças entre 1978 e 2018[7]. Técnicas como a FIV, a ICSI, a inseminação intrauterina e a criopreservação não apenas ampliaram os horizontes no tratamento da infertilidade, mas também inauguraram novas possibilidades para a preservação da fertilidade e para a estruturação das configurações familiares contemporâneas[9, 10].

Contudo, esse progresso científico trouxe consigo desafios éticos, jurídicos e sociais complexos, envolvendo seleção embrionária, descarte de embriões, reprodução pós-morte e gestação por substituição. Paralelamente, as profundas desigualdades no acesso aos tratamentos reforçam a urgência de discussões sobre justiça reprodutiva e equidade em saúde pública.

Diante do crescimento contínuo da prevalência global de infertilidade – cujas projeções indicam aumento progressivo até 2040[2, 3] – e do surgimento de biotecnologias emergentes, como a edição genômica e a gametogênese artificial, torna-se fundamental que a inovação seja acompanhada por regulamentações éticas e legais robustas. Para tanto, a harmonização internacional de políticas, o fortalecimento das infraestruturas de saúde em nações de baixa e média renda e o compromisso ético com a democracia do acesso constituem medidas urgentes para mitigar o ônus global da infertilidade.

Em última análise, mais do que expandir as fronteiras biológicas de concepção, as TRA convocam a sociedade contemporânea a uma reflexão contínua sobre os limites da intervenção humana. Reafirma-se, portanto, que o progresso científico deve permanecer indissociável dos preceitos da justiça, da responsabilidade social e do respeito incondicional à dignidade humana.

## *Referências*


1. Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., & Dyer, S. *et al.* (2017). The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Fertil Steril*, *108*(3), 393-406.

2. Liang, Y., Huang, J., & Zhao, Q. *et al.* (2025). Global, regional, and national prevalence and trends of infertility. *Hum Reprod*, *40*(3), 529-44.

3. Feng, J., Wu, Q., Liang, Y., & Bin, Q. (2025). Epidemiological characteristics of infertility, 1990-2021. *Reprod Health*, *22*(1), 26.

4. Leslie, S. W., Soon-Sutton, T. L., & Khan, M. A. (2024). Male infertility. *StatPearls*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562258/

5. Clarke, G. N. (2006). A.R.T. and history, 1678-1978. *Hum Reprod*, *21*(7), 1645-1650.

6. Johnson, M. H. (2019). A short history of in vitro fertilization (IVF). *Int J Dev Biol*, *63*(3-4-5), 83-92.

7. Fishel, S. (2018). First in vitro fertilization baby-this is how it happened. *Fertil Steril*, *110*(1), 5-11.

8. International Federation of Fertility Societies. (2022). IFFS surveillance 2022: global trends in reproductive policy and practice. *Glob Reprod Health*, *7*(1), e52.

9. Zegers-Hochschild, F., Crosby, J. A., Musri, C. *et al.* (2025). Assisted reproductive technologies in Latin America: the Latin American Registry, 2021. *Reprod Biomed Online*, *50*(2), 104413.

10. Oliveira, B. L., Ataman, L. M., & Rodrigues, J. K. *et al.* (2021). Restricted access to assisted reproductive technology. *Reprod Biomed Online*, *43*(3), 571-6.

11. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Infertility workup... ACOG Committee Opinion No. 781. *Obstet Gynecol*, *133*(6), e377-84.

12. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Preimplantation genetic testing: ACOG Committee Opinion No. 799. *Obstet Gynecol*, *135*(3), e133-e137.

13. Vlajkovic, T., Grigore, M., Van Eekelen, R., & Puscasiu, L. (2022). Da y 5 versus day 3 embryo biopsy for preimplantation genetic testing for monogenic/single gene defects. *Cochrane Database Syst Ver*, *11*(11), CD013233. DOI: 10.1002/14651858.CD013233.pub2.

14. Xia, Q., Chang, T., & Ding, T. *et al*. (2025). Clinical application of nanopore sequencing for haplotype linkage analysis in preimplantation genetic testing for Duchenne muscular dystrophy. *Sci Rep*, *15*(1), 30498.

15. Ginoza, M. E. C., & Isasi, R. (2020). Regulating Preimplantation Genetic Testing across the World: A Comparison of International Policy and Ethical Perspectives. *Cold Spring Harb Perspect Med*, *10*(5), a036681. DOI: 10.1101/cshperspect.a036681.

16. Ethics Committee of the ASRM. (2022). Use of reproductive technology for sex selection for nonmedical reasons: an Ethics Committee opinion. *Fertil Steril*, *117*(4), 720-726. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2021.12.024.

17. Latham, K. E. (2024). Preimplantation genetic testing: A remarkable history of pioneering, technical challenges, innovations, and ethical considerations. *Mol Reprod Dev*, *91*(1), e23727. DOI: 10.1002/mrd.23727.

18. Gracia, C., Anderson, J., & Flyckt, R. *et al*. (2024). Gamete and embryo donation guidance. *Fertil Steril*, *122*(5), 799-813.

19. Henry, L., Antsaklis, A., & Feldberg, D. *et al*. (2025). FIGO position statement: gamete donations. *Int J Gynaecol Obstet*, *170*(1), 15-24.

20. Ethics Committee of the ASRM. (2021). Disposition of unclaimed embryos: an Ethics Committee opinion. *Fertil Steril*, *116*(1), 48-53. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2021.02.020.

21. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2014). Practice Bulletin n. 144: Multifetal gestations: twin, triplet, and higher-order multifetal pregnancies. *Obstet Gynecol*, *123*(5), 1118-1132. DOI: 10.1097/01.AOG.0000446856.51061.3e.

22. Lo, B., & Parham, L. (2009). Ethical issues in stem cell research. *Endocr Rev*, *30*(3), 204-213.

23. Nelson, R. (2021). California Continues to Support Stem Cell Research. *Am J Med Genet A.*, *185*(4), 1019-1020. DOI: 10.1002/ajmg.a.61663.

24. Rodrigues, E. E. (2025). Reprodução assistida *post mortem* e seus reflexos no direito de filiação e sucesório. *Rev Fac Direito*, (87), 55-83.

25. Busardò, F. P., Gulino, M., Napoletano, S., Zaami, S., & Frati, P. (2014). The evolution of legislation in the field of Medically Assisted Reproduction and embryo stem cell research in European union members. *Biomed Res Int*, *2014*, 307160. DOI: 10.1155/2014/307160.

26. Conselho Federal de Medicina. (2022). Resolução CFM nº 2.320/2022. *Diário Oficial da União*, seção 1, 107.

27. Charitos, I. A., Ballini, A., Cantore, S., Boccellino, M., Di Domenico, M., Borsani, E., Nocini, R., Di Cosola, M., Santacroce, L., & Bottalico, L. (2021). Stem Cells: A Historical Review about Biological, Religious, and Ethical Issues. *Stem Cells Int*, *2021*, 9978837.DOI: 10.1155/2021/9978837.

28. Practice Committee of the ASRM. (2022). Comprehensive guidance for human embryology, andrology, and endocrinology laboratories: management and operations: a committee opinion. *Fertil Steril*, *117*(6), 1183-1202. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2022.02.016.

29. Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Presidência da República.

UCS UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

UCS | EDUCS EDITORA

## A Editora

A Editora da Universidade de Caxias do Sul, desde sua fundação em 1976, tem procurado valorizar o trabalho dos professores, as atividades de pesquisa e a produção literária dos autores da região. O nosso acervo tem por volta de 1.600 títulos publicados em formato de livros impressos e 600 títulos publicados em formato digital. Editamos aproximadamente 1.000 páginas por semana, consolidando nossa posição entre as maiores editoras acadêmicas do estado no que se refere ao volume de publicações.

Nossos principais canais de venda são a loja da Educs na Amazon e o nosso site para obras físicas e digitais. Para a difusão do nosso conteúdo, temos a publicação das obras em formato digital pelas plataformas Pearson e eLivro, bem como a distribuição por assinatura no formato streaming pela plataforma internacional Perlego. Além disso, publicamos as revistas científicas da Universidade no portal dos periódicos hospedado em nosso site, contribuindo para a popularização da ciência.

## Nossos Selos

EDUCS

- **EDUCS/Ensino**, relativo aos materiais didático-pedagógicos;
- **EDUCS/Origens**, para obras com temáticas referentes a memórias das famílias e das instituições regionais;
- **EDUCS/Pockets**, para obras de menor extensão que possam difundir conhecimentos pontuais, com rapidez e informação assertiva;
- **EDUCS/Pesquisa**, referente às publicações oriundas de pesquisas de graduação e pós-graduação;
- **EDUCS/Literário**, para qualificar a produção literária em suas diversas formas e valorizar os autores regionais;
- **EDUCS/Traduções**, que atendem à publicação de obras diferenciadas cuja tradução e a oferta contribuem para a difusão do conhecimento específico;
- **EDUCS/Comunidade**, cujo escopo são as publicações que possam reforçar os laços comunitários;
- **EDUCS/Internacional**, para obras bilíngues ou publicadas em idiomas estrangeiros;
- **EDUCS/Infantojuvenil**, para a disseminação do saber qualificado a esses públicos;
- **EDUCS/Teses & Dissertações**, para publicação dos resultados das pesquisas em programas de pós-graduação.

Conheça as possibilidades de formação e aperfeiçoamento vinculadas às áreas de conhecimento desta publicação acessando o QR Code.

A medicina ensina a reconhecer doenças, interpretar exames e conduzir tratamentos. Contudo, há um momento em que o conhecimento, por si só, deixa de ser suficiente. É nesse espaço entre o possível e o justo que a bioética se faz presente.

Este livro nasce dessa inquietação. Em vez de oferecer respostas prontas, convida o leitor a refletir sobre os dilemas que acompanham o cuidado humano: os limites da tecnologia, a autonomia, o início e o fim da vida, o sofrimento, a vulnerabilidade e a responsabilidade ética diante do outro.

Mais do que um conjunto de ensaios, esta obra representa o olhar de estudantes que compreenderam, desde cedo, que a excelência médica não se constrói apenas pelo domínio da técnica, mas também pela capacidade de escutar, dialogar e reconhecer a singularidade de cada pessoa. Afinal, cuidar é sempre mais do que saber o que fazer: é agir com sensibilidade, prudência e humanidade.

*Dr. Carlos Gomes Ritter*

UCS | EDUCS EDITORA 50 ANOS