

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
PROGRAMA DE ADULTO CRÍTICO
NÚCLEO DE PSICOLOGIA**

AMANDA RONCHI MENDONÇA

**A EXPERIÊNCIA DOS PACIENTES DA EMERGÊNCIA EM RELAÇÃO A
AUTONOMIA NO CUIDADO**

PORTO ALEGRE

2023

AMANDA RONCHI MENDONÇA

**A EXPERIÊNCIA DOS PACIENTES DA EMERGÊNCIA EM RELAÇÃO A
AUTONOMIA NO CUIDADO**

Trabalho de conclusão de residência apresentado como requisito à obtenção do título de Especialista em Adulto Crítico pelo programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Orientadora: Ms.Simone Medianeira Scremin

Porto Alegre

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Mendonça, Amanda Ronchi
A EXPERIÊNCIA DOS PACIENTES DA EMERGÊNCIA EM
RELAÇÃO A AUTONOMIA NO CUIDADO / Amanda Ronchi
Mendonça. -- 2023.
49 f.
Orientador: Simone Medianeira Scremin.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, RESIDÊNCIA INTEGRADA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - PROGRAMA DE ADULTO
CRÍTICO, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Autonomia pessoal. 2. Serviço hospitalar de
emergência. 3. Planejamento antecipado de cuidados. I.
Scremin, Simone Medianeira, orient. II. Título.

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 3 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA | 5 |
| 2.1 | MUDANÇA DO PERFIL DO PÚBLICO ATENDIDO | 5 |
| 2.2 | ESPECIDADES DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA | 6 |
| 2.3 | O PAPEL DA PSICOLOGIA NA EMERGÊNCIA | 6 |
| 2.4 | A AUTONOMIA COMO DIREITO | 8 |
| 2.5 | DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE | 9 |
| 2.6 | PLANO ANTECIPADO DE CUIDADO (PACTO) | 10 |
| 3 | OBJETIVOS | 13 |
| 3.1 | OBJETIVO GERAL | 13 |
| 3.2 | OBJETIVO ESPECÍFICOS | 13 |
| 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 14 |
| | REFERÊNCIAS | 16 |
| | APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 21 |
| | ANEXO A-CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA | 22 |
| | ANEXO B-NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO-REVISTA BIOÉTICA | 23 |

1 INTRODUÇÃO

Com a transição demográfica e epidemiológica, o perfil das causas de morte no Brasil tem mudado de forma importante nas últimas décadas. Estudos comprovam que tais mudanças têm impactado nas necessidades de saúde da população e, conseqüentemente, nas demandas dos serviços de saúde. Estima-se que nos últimos anos, 72% das causas de mortes no país estão relacionadas às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Este dado aponta para a necessidade de refletir e adaptar o atendimento prestado às necessidades específicas desse público (SIMÕES *et al.*, 2021).

Em unidades de emergência não tem sido diferente. Com a crescente demanda de pacientes com doenças crônicas em estado crítico, percebe-se que tem se tornado cada vez mais importante estimular a participação ativa do paciente no seu processo de cuidado. Compreender e incluir o seu entendimento da situação, seus valores e expectativas possibilita a construção de um plano de tratamento mais assertivo e eficaz, uma vez que os objetivos do paciente e da equipe são compartilhados e integrados na mesma direção (GRABOIS, 2009).

Ao encontro disso, a autonomia surge como aspecto fundamental na garantia do direito de definir o seu cuidado e deve ser estimulada pela equipe. A defesa por este direito fomenta a inclusão da identidade pessoal, e conseqüentemente, da dignidade do sujeito, empoderando-o para tomar as decisões que respeitem sua vontade. A literatura expande essa ideia com o conceito de autonomia decisória, processo em que busca-se mediar a relação do sujeito com o mundo, através do seu com corpo, isto é, pela autodeterminação corporal (ZILIO, 2016a).

Sendo assim, o direito do paciente em participar das decisões sobre o atendimento que irá obter vem sendo cada vez mais discutido mundialmente através das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). As DAV podem ser definidas como um conjunto de vontades e desejos expressas previamente pelo paciente sobre os cuidados e tratamentos em saúde que gostaria de ter ou não quando estiver incapacitado de se expressar livre e autonomamente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM, 2012).

Pensando nisso, em junho de 2021 o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) implementou como medida estratégica o Plano Antecipado de Cuidado e Tratamento (PACTo), iniciativa que visa estimular a abordagem sobre os desejos e autonomia do paciente em relação às intervenções da equipe. O PACTo está estratificado em cinco níveis de cuidado, sendo eles: Cuidado Intensivo Pleno, Cuidado Intensivo sem reanimação cardiopulmonar,

Cuidado Intensivo sem intubação e reanimação cardiopulmonar, Cuidado Avançado em Enfermaria e Cuidados Básicos em Enfermaria.

A partir do exposto, torna-se relevante compreender como tem se dado a experiência dos pacientes em relação à participação no seu cuidado, bem como identificar como a garantia da autonomia pode repercutir no tratamento e na vivência do paciente durante sua internação, especialmente considerando a recente implementação do PACTo e por ainda não possuir uma pesquisa que avalie a subjetividade envolvida neste processo. Pensou-se no ambiente da emergência pelo interesse em avaliar como, mesmo em um local com tantas barreiras, há possibilidade de preservar a dignidade e protagonismo dos sujeitos (DOUPLAT *et al.*, 2019).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 MUDANÇA DO PERFIL DO PÚBLICO ATENDIDO

Nas últimas décadas, as significativas mudanças no perfil sociodemográfico despertaram a necessidade de reavaliar as propostas de cuidado e tratamento. Atualmente no Brasil, podemos identificar que o perfil da situação de saúde corresponde ao da tripla carga de doenças que se configura pela concomitância de condições crônicas, infecciosas e causas externas (MENDES, 2011).

Este perfil vem sendo estabelecido com os avanços técnicos e científicos que colaboram para o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, para o envelhecimento da população, provocando a transição demográfica e epidemiológica. Cada vez mais presentes, as condições crônicas demandam diferentes necessidades e readaptação das práticas de atenção à saúde (FERRO *et al.*; 2021).

Estima-se que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) correspondem a 72% das causas de morte no país quando associados aos principais fatores de risco modificáveis, além das desigualdades socioeconômicas, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, deficiências em educação e informação em saúde (SIMÕES *et al.*, 2021).

Ferro *et al.* (2021) descrevem que a transição traz um novo panorama sobre as condições de saúde do país, que são definidas como a apresentação persistente das circunstâncias de saúde da pessoa. Tal contexto exige dos sistemas de cuidado diferentes respostas sociais, podendo ser elas: reativa ou pró-ativa, eventual ou contínua, fragmentada ou integrada. Estas condições podem ser divididas em agudas e crônicas. A primeira, refere-se a apresentação de um curso de curta duração e em geral autolimitado, como no caso das doenças transmissíveis de curso curto ou causas externas, com traumas. Já as condições crônicas se relacionam a um período mais prolongado e com características definitivas e permanentes.

Compreender a mudança do perfil do público, suas características e necessidades é imprescindível para que os serviços de saúde se adaptem para acompanhar o processo de adoecimento em diferentes momentos de vida do sujeito. Sendo a emergência uma das portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), faz-se necessário, desde o início, incentivar o envolvimento do usuário na construção de seu cuidado, incentivando seu protagonismo, sua autonomia e responsabilização (BRASIL, 2004).

2.2 ESPECIDADES DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

A unidade de emergência faz parte de uma complexa rede de atenção à saúde que se propõe atender a manifestação súbita de sintomas físicos e/ou emocionais que provocam um risco iminente à vida do indivíduo, e por isso, necessitam de uma intervenção médica imediata visando a estabilização do paciente. Este é um local que exige rápido gerenciamento de tempo e onde o foco principal é a estabilização do paciente em quadro agudo de saúde. Esta chegada abrupta dificulta que se tenha tempo hábil para obter informações sobre o sujeito e seu estado de saúde prévio (BARBOSA *et al.*, 2007; DOUPLAT *et al.*, 2019).

Historicamente, o cuidado é centrado em um saber individualizado, que por consequência acaba também fragmentando o indivíduo. É comum que o discurso e práticas dos profissionais sejam direcionados aos termos “rápido, efetivo e estabilizado”, não permitindo espaço para subjetividade. Nessa busca por resultados, esvaziam-se os processos e isolam-se as angústias em prol da busca pela recuperação da homeostase quebrada (PAULON, 2011).

Além disso, este espaço também tem como especificidade o frequente enfrentamento de superlotação e excesso de demandas, o que provoca tensões e conflitos entre equipe, pacientes e seus familiares. Tal dificuldade imposta pelo cenário de saúde pública no Brasil, interfere na execução de princípios estimados pelo SUS como, por exemplo, a integralidade do cuidado. Este princípio possibilita o olhar ampliado sobre os processos decisórios do tratamento e busca atender os aspectos orgânicos, emocionais, sociais e espirituais envolvidos no processo de adoecimento (MARTINS; KUCHENBECKER, 2015; FONTOURA; MAYER, 2006).

A sobrecarga de trabalho torna-se uma barreira para uma assistência efetiva por dificultar que seja colocado em prática o cuidado ampliado. Desta forma, o processo decisório retoma a lógica fragmentada na qual o médico assume o centro das decisões e acaba conduzindo todo o processo de diagnóstico, prognóstico e plano de cuidado. Uma das ferramentas que serve de auxílio na ruptura dessa lógica de cuidado são as intervenções da equipe multidisciplinar. A partir da união de diversos saberes é possível que as decisões sejam realizadas de forma compartilhada. Destaca-se que para além da equipe, os saberes devem contemplar também a participação do paciente e sua família (GRABOIS, 2009).

2.3 O PAPEL DA PSICOLOGIA NA EMERGÊNCIA

A hospitalização, principalmente a entrada na emergência, é reconhecida como uma situação-limite que pode levar a quadros de desorganização psíquica do sujeito dependendo de sua capacidade adaptativa. Desta forma, o psicólogo pode ser acionado para acolher o paciente e seus sentimentos, a fim de minimizar seu sofrimento através de um espaço de escuta de seus medos, fantasias, conflitos e expectativas de um futuro incerto (BARBOSA *et al.*, 2007).

É neste momento específico e inesperado que se despertam medos reais e imaginários e que desencadeiam variadas formas de expressão destes sentimentos. Além disso, o ambiente hospitalar é um local representado pela dor e permeado por perdas, seja pela morte de um ente querido ou pela perda do corpo saudável. Também é comum que o indivíduo vivencie uma sensação de aniquilamento, ocasionada pelas constantes mutilações e procedimentos invasivos, que por mais que visem sua melhora, podem simbolizar uma ameaça (ROSSI *et al.*, 2004).

Paulon *et al.* (2012) questionam sobre o que acontece quando a dor e o sofrimento são diferentes dos que costumam ser o foco do serviço, ou seja, aqueles que vão além da questão biológica. Geralmente as solicitações para atendimento psicológico surgem a partir de quadros reativos à situação de hospitalização. Sintomas como a depressão, confusão, agressividade e não colaboração com o tratamento, sinalizam uma demanda que pode ser solicitada pelo próprio paciente ou pela equipe multiprofissional. Vale ressaltar que no caso de pedidos da equipe é papel do psicólogo analisar o quanto as próprias angústias do profissional estão implicadas na solicitação de avaliação (PEREZ, 2008).

Em relação à configuração dos atendimentos psicológicos no hospital, podem ser definidos como breves e focais tendo em vista a necessidade de objetivos limitados e metas reduzidas. Diferente dos atendimentos convencionais de consultórios, é preciso aplicar métodos e técnicas que contemplem a dinâmica hospitalar, como por exemplo, a incerteza do tempo de atendimento, pois o paciente pode rapidamente receber alta ou vir a óbito. É necessário também pensar nas possibilidades de atuação com um espaço físico tumultuado, sem privacidade, na qual podem haver frequentes interrupções de profissionais que precisam prestar sua assistência (ALMEIDA, 2010).

A partir disso, o psicólogo visa trabalhar com situações associadas ao adoecimento, buscando compreender e minimizar o sofrimento desencadeado pela doença e/ou internação, além de analisar os fatores do contexto deste indivíduo, bem como traços importantes de sua personalidade que podem estar impactando no seu quadro clínico e tratamento (ALMEIDA, 2010). Busca-se mobilizar aspectos psicossociais, facilitando a comunicação entre pacientes,

familiares e equipe, trabalhar fatores que impactam na adesão e estimular a autonomia e a participação ativa do paciente no seu processo tratamento (ROSSI *et al.*, 2004). Sendo assim, o psicólogo torna-se muitas vezes o profissional que irá incentivar a pausa, em meio a pressa, para encontrar em conjunto com a equipe diferentes formas de salvar vidas.

2.4 A AUTONOMIA COMO DIREITO

Ao contrário das abordagens paternalistas tradicionais nas quais as decisões em saúde são resolvidas de forma autoritária pelo médico e acatadas de forma passiva pelo paciente, a ética sustentada na autonomia e decisões do paciente estão cada vez mais presentes na assistência. Foucault (2010) indica que a lógica da cultura parental-infantil carrega um discurso de saber absoluto, no qual determina-se o que é bom para o outro. Este pensamento vai contra os ideais da medicina atual que preconiza o respeito pelo direito de autodeterminação, ou seja, a garantia de escolher o que é feito com o seu corpo (TORRES, 2003; MENTZELOPOULOS, 2016).

A partir da década de 1990 a discussão sobre uma nova perspectiva em relação à participação ativa do paciente passou a ser reconhecida mundialmente. Na Europa e nos Estados Unidos foi crescente a criação de espaços para que os pacientes pudessem antecipar suas decisões sobre procedimentos que lhe são prescritos (ALVES; FERNANDES; GOLDIM, 2012).

A autonomia se refere à capacidade do indivíduo em se autodeterminar; ela pode ser alcançada através da participação no planejamento do cuidado com sua própria saúde, permitindo a expressão de sua vontade ou não de seguir com um tratamento, pois estas são decisões que podem afetar o sujeito física ou mentalmente (MENTZELOPOULOS, 2016; BITTENCOURT *et al.*, 2013).

De encontro a isso, Freitas, Mezzaroba e Zilio (2019), falam sobre a importância da autonomia como liberdade existencial, pois é a partir de suas escolhas que o sujeito se reconhece e decide sobre sua forma de existir. Sendo assim, o corpo torna-se uma via de comunicação com o mundo externo e é a partir dele que o indivíduo se coloca no mundo e participa de todas as relações. Falar do direito da autonomia do corpo é falar sobre si mesmo; enquanto expressa seu modo de ser e suas intenções a pessoa comunica também sua existência, e isso só é possível através do seu reconhecimento e sua autocompreensão corporal. Por este motivo, para que uma decisão seja considerada autônoma, é necessário que

o paciente tenha capacidade de escolha e informações pertinentes suficientes para poder participar ativamente do processo.

A partir de uma nova análise sobre o direito à privacidade pessoal e autodeterminação corporal, surge o conceito de autonomia decisória, que busca mediar a relação do sujeito com o mundo, através do seu corpo. Deste modo, a defesa por este direito fomenta a inclusão da identidade pessoal, e conseqüentemente, da dignidade do indivíduo, empoderando-o para tomar as decisões que sigam sua vontade. Compreende-se que dignidade relacionada à autonomia decisória refere-se àquela percebida individualmente por cada pessoa (ZILIO, 2016a).

Um estudo de Douplat *et al.* (2019) concluiu que um cenário muito comum é que as decisões são discutidas com pouca antecedência, ou seja, muito próximas no processo de fim de vida das pessoas, principalmente quando o paciente já está incapaz de se comunicar. Neste contexto, a abordagem que prevalece é a do familiar que acaba cumprindo o papel de porta-voz do paciente. Assumir tal responsabilidade implica na necessidade de uma abordagem multiprofissional para acolher as possíveis dúvidas e repercussões emocionais, possibilitando, assim, que esta pessoa se sinta segura e confortável para auxiliar na construção do plano de cuidado. Isso demonstra cada vez mais a importância de encorajar desde cedo a discussão sobre os desejos desses sujeitos, principalmente para paciente com doenças crônicas, pois o processo de tomada de decisão é melhor planejado quando há uma abordagem contínua desde o início do curso do adoecimento.

2.5 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

No Brasil ainda não há uma lei específica sobre as DAV, contudo, a prática é aprovada pelo Conselho Federal de Medicina através da resolução CFM 1955/2012 que estabelece a importância de preservar a autonomia do paciente. A resolução caracteriza as diretivas como uma manifestação prévia, livre e autônoma da vontade do paciente, podendo expressar seu desejo ou não de receber certos tratamentos em situações em que pode estar impossibilitado de se manifestar (CFM, 2012).

Em 2002 o Código Civil já estabelecia em seu artigo 15 que "Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica", o que é fortalecido pela resolução nº 2.232/2019 que trata do direito de recusa terapêutica de pacientes e de objeção de consciência na relação médico-paciente. Tal medida considera que é assegurado ao paciente maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente,

no momento da decisão, o direito de recusa à terapêutica proposta em tratamento eletivo, quando forem informadas as consequências e riscos de sua decisão. Considera-se como exceção situações de urgência e emergência que caracterizam risco iminente de morte. Neste caso, o médico deve seguir todas as medidas necessárias e reconhecidas a fim de preservar a vida do paciente, independentemente da recusa terapêutica (BRASIL, 2002; CFM, 2019).

Conforme Baker e Marco (2020), as diretivas fornecem a oportunidade de o paciente poder definir o que ele acredita ser qualidade de vida, considerando-se padrões de vida pessoal, saúde e conforto durante uma situação de agravo. Ter definida as diretivas pode contribuir na tomada de decisão da equipe de forma compartilhada, uma vez que estará contemplando o direito de autonomia deste paciente.

2.6 PLANO ANTECIPADO DE CUIDADO (PACTO)

Tendo em vista o processo mundial direcionado a um plano de cuidado cada vez mais colaborativo entre o paciente e a equipe, os hospitais vêm buscando formas de fortalecer as práticas de boa comunicação e incentivo à autonomia do paciente, contudo, alguns desafios são encontrados nesse percurso. Scremin (2017) identificou em seu estudo que os profissionais da emergência consideravam não existir condutas para estimular a participação e a autonomia dos pacientes, indicando a necessidade de se trabalhar mudanças de postura na equipe e na cultura da sociedade.

Sendo assim, o direito do paciente em participar das decisões sobre o atendimento que irá obter vem sendo cada vez mais destacado mundialmente, principalmente com o cenário da Covid-19 que desencadeou diversos dilemas e conflitos ético-morais, desafiando as equipes nas rápidas tomadas de decisões e reforçando a necessidade das discussões sobre o plano antecipado de cuidados. A chegada de pacientes nos hospitais em estados críticos de saúde, seja pela crise pandêmica ou pela consequência de busca tardia por assistência, dificultaram ainda mais o acesso ao diálogo e compreensão sobre um tratamento que fosse ao encontro dos desejos do paciente (VALENTE et al., 2022).

Sendo assim, desde 2019, o HCPA está desenvolvendo, como parte do seu planejamento estratégico, o Plano Antecipado de Cuidado e Tratamento (PACTo), iniciativa esta que foi implementada em 20 de junho de 2021 visando estimular a abordagem sobre os desejos e autonomia do paciente em relação às intervenções da equipe, contemplando a ideia das Diretivas Antecipadas de Vontade. Entende-se que deste modo o nível de cuidado possa

ser definido previamente e respeitado frente a uma situação de perda da capacidade de comunicação do paciente.

O PACTo está estratificado em cinco níveis de cuidado, sendo eles: 1) Cuidado Intensivo Pleno (cuidado em UTI, incluindo intubação, desfibrilação e massagem cardíaca); 2) Cuidado Intensivo sem reanimação cardiopulmonar (cuidado em UTI, incluindo intubação, exclui desfibrilação e massagem cardíaca); 3) Cuidado Intensivo sem intubação e reanimação cardiopulmonar (cuidado em UTI, incluindo O2 por cateter nasal de alto fluxo, ventilação não invasiva, exclui intubação, desfibrilação e massagem cardíaca); 4) Cuidado Avançado em Enfermaria (cuidado em unidade de enfermaria, incluindo tratamento de causas reversíveis, sem instituir intubação traqueal ou massagem cardíaca, sem transferência a UTI); 5) Cuidados Básicos em Enfermaria (tratamento exclusivo de sintomas e medidas de conforto).

Esses níveis não são estanques e podem se alterar dependendo da condição clínica do paciente e dos acordos firmados entre equipe assistente, paciente e família. A intenção é que se priorize o cuidado centrado no paciente e que se mantenha o diálogo constante entre as partes envolvidas. Nota-se que ao se valorizar a autonomia, não se está definindo diretamente o resultado. O paciente poderá avaliar entre várias possibilidades a que está mais adequada ao seu contexto, e isso pode incluir tanto o prolongamento máximo da vida quanto o desejo pelo não-prolongamento artificial (BARROSO; MARTEL, 2010).

Estudos demonstram que muitos pacientes têm receio da abordagem de limitações por acreditarem que a não adesão de alguma medida possa significar não ser tratado e que podem sofrer condições dolorosas até o final de suas vidas (BAKER; MARCO, 2020). Outro fato interessante que os autores trazem e que pode influenciar na tomada de decisão dos pacientes está relacionada com a representação que estas pessoas têm sobre os procedimentos. O artigo cita, por exemplo, que séries como *Grey's Anatomy* e *House* criam um senso comum de que reanimações são bem sucedidas na maioria dos casos, quando na realidade a intervenção possui uma taxa de sucesso inferior às expectativas. Compreender as fantasias e o que estes sujeitos esperam de cada procedimento deve ser parte essencial da abordagem.

Deste modo, a equipe deve discutir as alternativas de cuidado de forma aberta, honesta e compassiva. É necessário que as informações sobre o processo de adoecimento, prognóstico e opções de tratamento sejam fornecidas e pensadas de forma adaptada para cada indivíduo. Sabe-se que isso provoca uma mudança institucional que pressupõe também uma mudança de cultura. Abordar e permitir a escuta de alguns aspectos complexos podem mobilizar internamente os profissionais, o que conseqüentemente, pode contribuir para as resistências e

assistência unilateral. Falar sobre assuntos como, por exemplo, a finitude humana exige amparo técnico e escuta qualificada (PEREZ, 2008).

3 OBJETIVOS

Para desenvolver o presente estudo, definiram-se como objetivos os apresentados a seguir.

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a experiência dos pacientes da emergência em relação à garantia da autonomia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar a compreensão do conceito de autonomia para os pacientes;
- b) Analisar sentimentos e reações psicológicas suscitadas;
- c) Compreender as expectativas dos pacientes em relação ao cuidado prestado pela equipe;
- d) Identificar fortalezas e vulnerabilidades na comunicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de conclusão da residência foi construído e idealizado a partir da prática profissional em serviço e da observação sobre a complexidade dos processos decisórios no cuidado. Com a implementação do PACTo na emergência, surgiu o desejo de compreender como os pacientes estavam percebendo sua participação no plano de tratamento, com o objetivo avaliar se a sistematização do PACTo estava auxiliando no processo de comunicação em direção à garantia da autonomia dos pacientes.

No início da coleta dos dados da pesquisa encontrou-se algumas limitações que motivaram a alteração da estratégia de seleção dos participantes, mas que não podem deixar de ser analisadas. A proposta do projeto seria de avaliar dois participantes de cada um dos cinco níveis do PACTo para permitir uma análise mais heterogênea das informações, o que não foi viável.

Durante a seleção aleatória dos participantes no período de abril a julho de 2022, observou-se que dos 69 pacientes sorteados, 40 possuíam cadastrados nas primeiras 48h de internação o plano de cuidado “Intensivo Pleno”. A relação dos demais níveis foi de 23 pacientes com o PACTo “Não abordado”; 4 com o “Cuidado básico em enfermaria” e apenas 2 pacientes com o nível “Cuidado avançado em enfermaria”, o que instiga uma reflexão sobre uma provável fragilidade no processo de aplicação do PACTo, uma vez que entende-se que os registros estavam sendo realizados sem que houvesse um diálogo direto com o paciente sobre a definição do cuidado, e, portanto, sem a garantia da autonomia na tomada de decisão.

Deste modo, optou-se por não segregar intencionalmente os níveis para as entrevistas, mas, utilizar a seleção aleatória independente do nível do PACTo. Desta seleção, foram entrevistados sete pacientes do “Intensivo Pleno”, número em que foi possível atingir a saturação dos dados.

Os resultados obtidos através das entrevistas foram surpreendentes, pois esperava-se encontrar um direcionamento maior dos pacientes em relação a manifestação da autonomia. Contudo, os dados mostram uma dificuldade dos pacientes em assumir o protagonismo no cuidado, demonstrando pouco conhecimento sobre a autonomia no seu processo de adoecimento. Em geral, esta conduta apareceu influenciada pela relação de confiança com a equipe, mas também carregada pela trajetória histórica ainda presente do papel do médico como centralizador do cuidado.

Além disso, por se tratar de um serviço de emergência, percebeu-se que a realização de um diagnóstico exige um processo de elaboração e entendimento que nem sempre acompanha o tempo da unidade. Isso significa dizer que os recursos psicológicos são individuais e que as respostas dos pacientes serão sempre singulares a sua vivência.

Ficou evidente, pelos depoimentos dos participantes e pela literatura consultada, que a comunicação adequada é essencial e pode impactar diretamente no conhecimento sobre o quadro clínico e plano de cuidado do paciente. Um dos fatores presentes, que interferem na relação entre paciente e equipe, é a percepção de sobrecarga dos funcionários. Estes aspectos indicam a importância de se investir no aumento do quadro de funcionários e na educação continuada das equipes para aprimorar habilidades e atitudes a fim de fortalecer as tecnologias relacionais para superar as barreiras existentes na comunicação.

Reforça-se que um dos objetivos do PACTo é funcionar como uma ferramenta de estímulo ao diálogo em direção aos interesses do paciente e não meramente tornar-se mais uma abordagem protocolar. Apesar da emergência ser um ambiente crítico e de grande pressão, a construção de um plano de cuidado integral e humanizado deve fazer parte de todas as categorias da equipe multiprofissional.

A partir do exposto, percebe-se a necessidade que discussões como essas sejam encorajadas desde cedo pelas equipes para que o processo decisório seja melhor planejado de forma gradual. Este estudo possibilitou identificar fortalezas e fragilidades nos processos de decisão compartilhada do plano de cuidado, permitindo contribuir para a construção de estratégias voltadas para o aprimoramento das práticas conforme os princípios do SUS.

Como possibilidades futuras, há de se pensar em formas de estimular reflexões e mudanças em âmbito cultural para que se possa desconstruir os tabus existentes sobre o assunto. Campanhas em mídias sociais e diálogos precoces em instituições de saúde para educação da população, seriam possíveis estratégias para promover cautelosamente estas reflexões e amadurecimento. Desta forma, estaria-se facilitando o conhecimento sobre os desejos e autonomia do paciente mesmo em situações de incapacidade para se comunicar.

Por fim, ressalta-se que este estudo não pretende esgotar as investigações sobre a temática, mas sim contribuir para que novas pesquisas possam ser realizadas para potencializar cada vez mais um cuidado em saúde pautado na autonomia dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. A. Possibilidades de utilização da psicoterapia breve em hospital geral. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 94-106, jun. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 set. 2021.
- ALVES, C.A.; FERNANDES, M.S.; GOLDIM, J.R. 2012. Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente. **Rev. HCPA**, 32(3):358-362. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/159322>. Acesso em: 21 set. 2021.
- BAKER, E. F.; Marco, C. A. Advance directives in the emergency department. **Journal of the American College of Emergency Physicians open**, 1(3), 270–275. 2020. Acesso em: 19 set. 2021.
- BARBOSA, L. N. F. *et al* . Reflexões sobre a ação do psicólogo em unidades de emergência. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 2, p. 73-81, dez. 2007 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 set. 2021.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARROSO, L.R; MARTEL, L. C.V. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. **Rev. Panóptica: Direito, sociedade e cultura**, v. 5, n. 2, p. 69-104, 2010. Acesso em: 25 set. 2021.
- BRASIL. Código Civil. **Lei 10.406/2002**. 2002. Acesso em:19 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Governo Brasileiro. **Projeto Lean nas Emergências: redução das superlotações hospitalares** [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/projeto-lean-nas-emergencias-reducao-das-superlotacoes-hospitalares>. Acesso em: 25 out. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização PNH (folheto)**. 1ª edição 2ª reimpressão. Brasília – DF 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
- BRASIL. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BITTENCOURT, A.L.P. *et al*. A voz do paciente: por que ele se sente coagido? **Psicologia em Estudo**. 2013, v. 18, n. 1, pp. 93-101. Acesso em: 25 set. 2021.

CAMPOS, V.F; SILVA, J.M; SILVA, J.J. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. **Revista Bioética [online]**. 2019, v. 27, n. 4. Acesso em: 11 nov. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422019274354>>.

CHERNICHARO, I.M; FREITAS, F.D.S; FERREIRA, M. A. Representações sociais da humanização do cuidado na concepção de usuários hospitalizados. **Saúde e Sociedade [online]**. 2013, v. 22, n. 3, pp. 830-839. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000300016>>. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 1.995/2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União. 2012; seção (170): 269–70. Acesso em: 02 de jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.232/2019**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.232-de-17-de-julho-de-2019-216318370> . Acesso em: 11 out. 2021.

DAMION, M; MOREIRA, M. C. Percepção do paciente sobre sua autonomia na unidade de terapia intensiv/Patient's perception of his autonomy in intensive care unit. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo , v. 11, n. 3, p. 386-396, dez. 2018 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822018000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 dez. 2021.

DOUPLAT, M. *et al.* Difficulty of the decision-making process in emergency departments for end-of-life patients. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**. 2019. Acesso em: 21 set. 2021.

FERRO, D. *et al.* Sociodemographic and clinical profile of the patient with chronic disease treated at an emergency service . **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 7, p. e12010716263, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i7.16263. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16263>. Acesso em: 14 set. 2021.

FOUCAULT, M. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes. 2010

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 2004. p. 99- 111.

FREITAS, R. S.; MEZZARROBA, O. E., ZILIO, D. A autonomia decisória e o direito à autodeterminação corporal em decisões pessoais: uma necessária discussão. **Rev. Direito Brasileiro**. v. 24, n. 9. 2019. Acesso em: 07 de set. 2021.

FRIPP, J.C; SANGHI, S.F; SANTOS, K.E.G. Organização familiar no contexto dos cuidados paliativos e finitude da vida. In: Charlise Paula Colet Gimenez; Kelly Cristina Meller Sangoi (Org.). **Olhares interprofissionais sobre vida e morte: mediação entre a vida e a terminalidade pelo Direito, Saúde e Bioética**. Porto Alegre. Editora Fi. 2021. p. 212- 229.

GERHARDT, T.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: Oliveira, Roberta Gondim de (Org.) **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. 2009. p. 159-197. Disponível em:

<https://biblioteca.univap.br/dados/00002d/00002dfd.pdf>. Acesso em: 14 set. 2021.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Emergenciômetro - **Portal Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/emergenciometro>. Acesso em: 10 out. 2021.

MACHADO, J.C. et al . O fenômeno da conspiração do silêncio em pacientes em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José , n. 36, p. 92-103, June 2019 . Disponível em: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682019000100092&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2022.

MASSOCO, E.C.P; MELLEIRO, M;M; Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Rev Min Enferm**. 2015 abr/jun; 19(2): 187-191. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1014>. Acesso em: 17 out. 2022.

MARQUES, G.Q; LIMA, M.A.D.S. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Rev. gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 25, n. 1 (abr. 2004), p. 17-25.

MARTINS, M. L. G. e KUCHENBECKER, R. S. **Processos decisórios e expectativas de mudanças no serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Trabalho de Conclusão de Graduação, 2015. Disponível em: <Processos decisórios e expectativas de mudanças no serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (ufrgs.br)> Acesso em: 07 de set. 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il.

MENTZELOPOULOS, S. D. *et al*. Evolution of medical ethics in resuscitation and end of life. Vol. 10, **Trends in Anaesthesia and Critical Care**. Churchill Livingstone. 2016. Acesso em: 21 set. 2021.

PATIAS, N. D; HOHENDORFF, J. V. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. **Psicologia em Estudo [online]**. 2019, v. 24. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/BVGWD9hCCyJrSRKrsp6XfJm/?lang=pt#>> Acesso em: 05 dez. 2021.

PAULON, S. M. *et al*. O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 2, Número Temático, 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40322>> Acesso em: 14 sep. 2021.

PEREZ, G.H. Unidade de emergência. In: ROMANO, B.W. (org.). **Manual de psicologia clínica para hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 63 - 74.

PINTO, V.A.H; PAIVA, F.S. “Ah, com certeza iam me dá alta, né...”: autonomia no processo de cuidado em saúde de sujeitos hospitalizados. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 31, núm. 3, e310315, 2021. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4008/400869782015/html/>. Acesso em: 09 set. 2022.

REGO, A; CUNHA, M. P; MEYER JR., V. Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. **Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa**, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, n. 2, p. 43–57, 2019. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rgplp/article/view/78224>. Acesso em: 05 dez. 2021.

ROSSI, L. Psicologia e emergências médicas: uma aproximação possível. **Psicol. hosp.** São Paulo, v. 2, n. 2, dez. 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 set. 2021.

SARTORI, G.L.Z; ZAGO, L.M.A.K. Vida versus morte: sentido de existência e de sua valoração em dignidade e qualidade. In: Charlise Paula Colet Gimenez; Kelly Cristina Meller Sangoi (Org.). **Olhares interprofissionais sobre vida e morte: mediação entre a vida e a terminalidade pelo Direito, Saúde e Bioética**. Porto Alegre. Editora Fi. 2021. p. 23- 41.

SCREMIN, S.M. Emergência lotada : **percepções dos residentes sobre o trabalho multiprofissional**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde. Porto Alegre, 2017. Acesso em: 19 set. 2021.

SIMÕES, T. C. *et al.* Prevalência de doenças crônicas, e acesso de serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] (2021/Mar). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/prevalencias-de-doencas-cronicas-e-acesso-de-servicos-de-saude-no-brasil-evidencias-de-tres-inqueritos-domiciliares/18005?id=18005>. Acesso em: 19 set. 2021.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. 6 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

SILVA, D.P. *et al.* Impactos da superlotação dos serviços hospitalares de urgência e emergência: revisão integrativa. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. v. 14, n. 17. 2020. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1066#:~:text=Quanto%20%C3%A0s%20consequ%C3%AAs%20da%20superlota%C3%A7%C3%A3o,epis%C3%B3dios%20mais%20relatados%20na%20literatura>. Acesso em: 24 out. 2022.

TRINDADE, D.F.S; SPINIELLI, M.A.S; MOREIRA, B. D. Modelos da comunicação no processo de humanização do parto e nascimento em uma maternidade de Mato Grosso, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 44–53, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/21231>. Acesso em: 15 out. 2022.

TORRES, W. C. A Bioética e a psicologia da saúde: reflexões sobre questões de vida e morte. **Psicologia: Reflexão e Crítica** [online]. 2003, v. 16, n. 3, pp. 475-482. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-79722003000300006>>. Epub 31 Maio 2004. ISSN 1678-7153. Acesso em: 23 set. 2021.

VALENTE, C. O. *et al.* Decision making by health professionals during COVID-19: an integrative review, **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. suppl 1, p. e20210067, 2022.

ZILIO, D. A autonomia decisória na defesa pelo direito de morrer com dignidade. **Conpedi Law Review, Uruguai**, v.2, n. 4, p. 1-17, 2016a. Acesso em: 25 set. 2021.

YIN, R. K. **Pesquisa Qualitativa do Início ao Fim**. Grupo A, 2016.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da pesquisa: A experiência dos pacientes da emergência em relação a autonomia no cuidado

CAAE: 55355521.4.0000.5327

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é compreender a sua experiência em relação autonomia no cuidado durante a internação no Serviço de emergência. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Psicologia do programa Adulto Crítico da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa envolverá uma entrevista presencial de aproximadamente 60 minutos durante sua internação no HCPA. Neste momento, será utilizado um questionário semiestruturado criado para este estudo. Também pedimos sua autorização para consultar algumas informações em prontuário, como nome, idade, sexo, diagnóstico da internação atual e Plano Antecipado de Cuidado e Tratamento. As entrevistas serão gravadas em áudio (voz) e posteriormente transcritas pela pesquisadora. Todos os dados serão guardados em local próprio e reservado, restrito de acesso a outras pessoas além da pesquisadora.

A participação nesta pesquisa não adiciona riscos à saúde, mas você poderá sentir algum desconforto e outros sentimentos ao responder perguntas pessoais e que abordam este momento que você está vivendo. Dessa forma, aspectos emocionais que venham a lhe trazer algum impacto em função da pesquisa poderão ser discutidos posteriormente e direcionados ao seu acompanhamento psicológico.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa envolve estimular a garantia da autonomia do paciente e de ser protagonista do seu cuidado. Além de contribuir para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, e, se aplicável, poderá beneficiar futuros pacientes

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, psicóloga Simone Medianeira Scremin (CRP 07/12538), ou com a pesquisadora psicóloga Amanda Ronchi Mendonça (CRP 07/34114), através do telefone (51) 3359.8507.

Para qualquer outro esclarecimento, você também poderá se dirigir ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, que fica localizado no 2º andar, sala 2229, com horário de funcionamento das 8h às 17h de segunda à sexta, ou entrar em contato pelo telefone (51) 3359.7640 ou e-mail cep@hcpa.edu.br. Você assinará duas vias deste documento, ficando uma com você e outra com as pesquisadoras.

ANEXO A

CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Grupo de Pesquisa e Pós Graduação

Carta de Aprovação

Projeto

2021/0633

Pesquisadores:

SIMONE MEDIANEIRA SCREMIN

AMANDA RONCHI MENDONÇA

Número de Participantes: 10**Título:** A EXPERIÊNCIA DOS PACIENTES DA EMERGÊNCIA EM RELAÇÃO À GARANTIA DA AUTONOMIA NO CUIDADO

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG).

16/02/2022

Revisto digitalmente por:
PATRICIA ASHTON PRILLAGrupos de Pesquisa e Pós-graduação
25/02/2022 22:13:07

Este documento foi gerado automaticamente pelo sistema AGHUse-Pesquisa em 16/02/2022 16:17:25

ANEXO B

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO - REVISTA BIOÉTICA

Revista Bioética
Print version ISSN 1983-8042 | On-line version ISSN 1983-8034

Rev. Bioét. vol.30 no.1 Brasília Jan./Mar. 2022

Normas editoriais

A *Revista Bioética* é publicação científica em acesso aberto que disponibiliza na íntegra em português, espanhol e inglês artigos de bioética e ética médica aprovados em sistema duplo cego. É publicada trimestralmente nos solstícios e equinócios. Idealizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) para fomentar a discussão multidisciplinar e plural, volta-se à formação acadêmica e ao aperfeiçoamento constante dos profissionais de saúde. Sua linha editorial, composição e atuação do Corpo Editorial são completamente independentes da plenária do CFM. Os autores são responsáveis pelas informações divulgadas nos artigos, que não expressam, necessariamente, a posição oficial do CFM.

Critérios para aceitação de trabalhos

A *Revista Bioética* não cobra pela submissão, edição ou publicação de manuscritos. Serão aceitos, apenas em versão on-line, manuscritos inéditos de natureza conceitual, documental, resultantes de pesquisa ou experiências no campo da bioética ou ética médica, e revisões críticas relacionadas a essas temáticas. Todos os manuscritos serão submetidos ao escrutínio dos editores, do Corpo Editorial e de pareceristas *ad hoc* em sistema duplo cego e devem receber dois pareceres de aprovação. A *Revista Bioética* recusará manuscritos que contrariem os Princípios Fundamentais da Constituição brasileira e, em específico, os artigos 1º, 3º e 4º, que garantem os direitos humanos e o repúdio ao racismo.

Após recebido, o manuscrito é conferido quanto ao tamanho do texto (máximo de 6 mil palavras) e do resumo (até 150 palavras), bem como formatado e verificado quanto à originalidade no programa Plagius (Detector de Plágio Profissional). Os resultados apontados pelo programa são criteriosamente analisados para verificar se as indicações se referem a citações ou a cópias indevidas. Nesta fase são também conferidas as referências, observando se estão completas, corretamente numeradas e apresentadas no estilo Vancouver, em conformidade com as normas editoriais, que podem ser encontradas no site <http://revistabioetica.cfm.org.br>, em português, inglês e espanhol. São observados também adequação à linha editorial, aspectos ortográficos e gramaticais, e conferidas as palavras-chave no banco dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). O manuscrito retornará aos autores para ajustes e estes terão 15 dias para realizá-los, pois caso contrário o trabalho será retirado da pauta editorial.

Se a quantidade ou característica das alterações identificadas forem consideradas significativas, o manuscrito poderá ser recusado com orientação de possível reapresentação, mediante o cumprimento das especificações indicadas. Se nesta etapa não for necessário realizar nenhuma alteração, após o recebimento da versão retificada pelos autores inicia-se a fase seguinte do processo editorial.

Nesta etapa os pareceristas – integrantes do Corpo Editorial e avaliadores *ad hoc* – têm 15 dias para informar se poderão avaliar o trabalho. Caso os inicialmente designados não possam realizar esta tarefa voluntária no prazo estipulado, serão selecionados, dentre os colaboradores cadastrados, outros avaliadores e reiniciado o processo de solicitação de parecer. Quando três avaliadores aceitarem a incumbência, cada um deles terá 15 dias para emitir o parecer.

Os critérios considerados nas avaliações são conteúdo, enquadramento à linha editorial, originalidade das ideias apresentadas, atualidade, clareza do texto, adequação da linguagem, relevância das informações, coerência e lógica conceitual e metodológica. Além desses aspectos, são analisados o título, o resumo, a indicação e o nome das partes do manuscrito, a indicação dos objetivos, o método, a apresentação de resultados, a discussão e as considerações finais. São verificadas ainda as referências, considerando sua adequação e atualização.

O critério para seleção dos pareceristas busca contemplar a mais ampla diversidade analítica possível, em consonância com a interdisciplinaridade do campo da bioética. Cada artigo é enviado para avaliador com formação na área específica do trabalho (especialidades da saúde e biologia, direito, filosofia, ciências sociais etc.), para outro que estude ou já tenha discutido o tema (iniquidades em saúde, direitos humanos, aborto, distanásia, genética, ética em pesquisa etc.) e, ainda,

para bioeticista com formação *lato* ou *stricto sensu* em bioética para avaliar a utilização de conceitos e categorias éticas. Para a aprovação final, pode ser necessária nova adequação ou reformulação de partes do artigo, título ou referências, conforme recomendado no parecer sumulado, ao qual os autores deverão responder em até 20 dias.

Em qualquer etapa os editores reservam-se o direito de promover alterações de ordem normativa, ortográfica e gramatical nos textos, com vistas a manter o padrão culto da língua e a melhor compreensão dos artigos, respeitando, porém, o estilo dos autores. Caso os autores decidam pela não publicação do manuscrito, após a edição inicial, a versão editada pela *Revista Bioética* pertencerá à revista, não podendo ser enviada a outro periódico. A versão final copidescada, com revisão ortográfica e gramatical, será submetida aos autores para aprovação. Entretanto, a revisão final do artigo diagramado nos três idiomas, bem como as provas de gráfica, não será enviada aos autores, assim como a tradução dos artigos para o inglês e o espanhol, publicados on-line no site da revista e nos indexadores Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Scopus.

Requisitos para apresentação de trabalhos

- Serão aceitos manuscritos inéditos, em português, espanhol ou inglês. **Trabalhos publicados em repositório institucional não são considerados inéditos.**
- Em cada idioma devem ser seguidas as regras ortográficas correntes.
- Os trabalhos apresentados devem ser postados na página da *Revista Bioética* no link: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/about/submissions#onlineSubmissions em formato *Rich Text Format* (RTF) do Word.
- **Não** serão aceitos – em hipótese alguma – trabalhos em formato PDF.
- Poderão ser retirados após a submissão os manuscritos nos quais se identificar o uso do recurso “controle de alterações”.
- Os trabalhos **não** podem ter sido encaminhados concomitantemente a outros periódicos.
- As opiniões e os conceitos apresentados nos artigos, a procedência e a exatidão das citações são de responsabilidade dos autores.
- Serão sumariamente recusados manuscritos que reproduzirem na totalidade ou em partes, sem a devida referência, trabalhos de outros autores, bem como artigo, ou parte substancial deste, já publicado pelo próprio autor.

Identificação de artigos

- Os manuscritos devem, OBRIGATORIAMENTE e por novas exigências do SciELO, ser acompanhados por folha inicial, contendo:
 - » Título do artigo (até 10 palavras).
 - » Nome completo de cada autor, acompanhado de endereço eletrônico.
 - » Maior titulação acadêmica (graduando(a); graduado(a); especialista; mestre; doutor(a); livre-docente).
 - » Vinculação institucional.
 - » Curso ou programa, departamento e faculdade/universidade (OBRIGATÓRIO no caso de estudantes e professores).
 - » Orcid de cada autor.
 - » Cidade, estado, país.

Observação: os trabalhos que não apresentarem tais informações logo na fase inicial não seguirão o trâmite editorial.

Normas Editoriais

- Em separado, informar o nome completo do primeiro autor e o endereço postal, que será publicado na última página dos artigos. Deve ser enviado também o número de telefone, que não será publicado e será utilizado exclusivamente para troca de informações com a equipe editorial em caráter de urgência.
- Caso o primeiro autor não seja o responsável pelo contato com os demais autores acerca de revisões até a aprovação final do trabalho, especificar nome, telefone e endereço eletrônico do responsável.
- As colaborações individuais de cada autor na elaboração do manuscrito devem ser especificadas ao final.
- Caso o trabalho tenha sido anteriormente submetido a outro periódico e não publicado, deve-se identificar o referido veículo e, se necessário, comprovar que o trabalho não será publicado naquele periódico.

Formatação de artigos

- Os artigos devem ser formatados em tamanho de página A4, fonte *Carlito*, tamanho 10,5, espaço 1,5, margens de 2,5, em alinhamento justificado.
- Os títulos devem ser **destacados em verde** e escritos na forma corrente, ou seja, somente são grafados em maiúscula a primeira letra da sentença e os nomes próprios. **Não deve haver entrada de parágrafo ou qualquer outra marca de formatação que aumente ou diminua a distância entre eles.**
- O texto deverá ter até 6 mil palavras. O limite de palavras não inclui as referências, a identificação do trabalho e os resumos nas três línguas, considerados à parte.
- Os artigos em português devem trazer um resumo conciso, com no máximo 150 palavras, além de tradução para espanhol e inglês (*resumen e abstract*).
- O título também deve ser conciso e explicativo (até 10 palavras), apresentado nos três idiomas.
- Cada resumo deve ser acompanhado de no mínimo três e no máximo sete palavras-chave, descritoras do conteúdo do trabalho e que possam auxiliar sua indexação múltipla. As palavras-chave devem ser retiradas do banco de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS - <http://www.bireme.br/php/decsws.php>) e listadas ao final dos resumos no idioma original, em espanhol e inglês, grafadas com inicial maiúscula e separadas por ponto.
- Os textos devem ser divididos em seções, com títulos e subtítulos, quando necessário. Cada uma dessas partes ou subpartes deve ser destacada em verde, nunca por numeração progressiva. Para explicitar um subtítulo dentro de um título, deve ser usado o recurso *itálico*.
- Quando um autor for citado no corpo do texto, colocar unicamente o número da referência ao final da citação, em fonte sobrescrita, conforme exemplo: Potter¹.
- Tratados internacionais citados no corpo do texto devem ser grafados em *itálico* (exemplo: *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* ou *Declaração de Helsinque*).
- Não serão aceitos trabalhos com notas de rodapé. Toda e qualquer explicação ou consideração deve ser inserida no corpo do texto.

Artigos de pesquisa

- A publicação de trabalhos de pesquisa envolvendo seres humanos é de responsabilidade dos autores e deve estar em conformidade com as *Normas e Diretrizes para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos* (Resolução CNS 466/2012) e com a Resolução CNS 510/2016 sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

Devem ser considerados ainda os princípios da *Declaração de Helsinki* da Associação Médica Mundial (1964 e reformulações subsequentes, anteriores a 2008), além de atender à legislação específica do país onde a pesquisa foi desenvolvida.

- Pesquisas empreendidas no Brasil devem informar o número do parecer de aprovação no Sistema CEP/Conep, além de anexar, na plataforma de submissão, a cópia do parecer de aprovação.
- A *Revista Bioética* apoia as políticas de registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Internacional Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional em acesso aberto de informação sobre estudos clínicos. Portanto, só serão aceitos artigos de pesquisa sobre ensaios clínicos que tenham recebido número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS/ICMJE, o qual deve ser apresentado ao final do resumo.
- A descrição do método de pesquisa deve ser completa e detalhada. É indispensável identificar quais foram os sujeitos de pesquisa, *como*, *onde* e *quando* foi realizado o estudo, quais técnicas de levantamento e análise de dados foram empregadas, incluindo o nome dos programas utilizados e medidas de mensuração adotadas.
- Quando da aprovação de artigos de pesquisa, os autores devem enviar um termo de responsabilidade referente ao conteúdo do trabalho, atestando, inclusive, a inexistência de conflito de interesse que possa ter influenciado os resultados.

Autorização para publicação

A *Revista Bioética* considera que a submissão do trabalho à análise dos editores e do Corpo Editorial caracterizam a aceitação dos autores para publicação. Quando aceito o artigo, todos os autores devem enviar a autorização para publicação da versão final por meio eletrônico; o principal autor também deve fazê-lo por escrito, na forma de carta, assinada de próprio punho, endereçada à *Revista Bioética*, conforme modelo enviado pelos editores. Os artigos publicados estarão sob a guarda da *Revista Bioética*, que deve ser citada em caso de reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico.

Quadros e ilustrações

Cada artigo só pode ser acompanhado de **três** quadros, tabelas ou figuras, formatados no corpo do texto, **abertos para revisão** e não copiados em formato de imagem ou PDF. Figuras não editáveis deverão ser encaminhadas em extensão JPEG ou TIF, com resolução mínima de 300 dpi. Devem ser numerados sequencialmente e indicar a fonte das informações apresentadas na parte inferior. Nos quadros, identificar as medidas estatísticas de variações, como o desvio padrão e o erro padrão da média.

Referências

- As referências, em sua maioria, seguirão as normas propostas pelo ICMJE, no estilo Vancouver com algumas adaptações: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html
- As referências devem ser indicadas em algarismos arábicos sobrescritos (por exemplo, Potter²) e numeradas consecutivamente, pela ordem em que forem sendo citadas.
- Todas as referências devem ser listadas, ao final do artigo, na ordem numérica correspondente.
- Todas as citações das fontes apresentadas no texto devem fazer parte das referências, incluindo documentos, tratados, reportagens, livros e capítulos de livros.
- Todas as referências eletrônicas utilizadas também devem informar na lista ao final o *link* ou DOI e a data de acesso.

Normas Editoriais

- Referências literais, que reproduzem *ipsis litteris* texto já publicado, devem informar na lista de referências ao final o número de página no original da qual o trecho foi retirado.
- As referências citadas apenas em quadros ou legendas de figuras devem estar de acordo com a sequência estabelecida.
- Nas referências, artigos com até seis autores devem informar todos os nomes, conforme exemplo a seguir. Quando esse número for excedido, deve-se informar os primeiros seis autores seguidos de *et al.*
- Deve-se sempre buscar a referência original que se quer destacar e evitar referência de segunda ordem, ou seja, quando o autor citado está se referindo a outro. Se o *apud* for inevitável, isso deve ser explicitado no texto. Por exemplo: "Analisando o trabalho de Potter, Pessini² descreve...".
- Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo, conforme os exemplos a seguir. Títulos de livros, local e nome de editoras não devem ser abreviados.
- Não serão aceitos – em hipótese alguma – artigos com referências feitas por meio de recursos de formatação de programas de edição de texto, como "Controle de alterações", "Notas de rodapé" e/ou "Notas de fim".
- Não serão aceitos artigos com referências em ordem alfabética.
- A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade dos autores.

Exemplos de referências

Artigos em periódicos científicos

| Tipo de referência | Exemplo sem endereço eletrônico | Exemplo com endereço eletrônico (preferencialmente inserir DOI) |
|---------------------------------------|--|---|
| De um a seis autores | Dadalto L. A necessidade de um modelo de diretivas antecipadas de vontade para o Brasil: estudo comparativo dos modelos português e francês. <i>Rev M.</i> 2016;1(2):446-60. Hossne WS. O cirurgião acadêmico. <i>Acta Cir.</i> 2003;18(5):1-5. | Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. <i>Saúde Soc [Internet].</i> 2004 [acesso 10 dez 2017];13(3):30-5. DOI: inserir número ou Disponível: link endereço eletrônico Ficini CF, Steffani JA, Bonamigo ÉL, Bortoluzzi MC, Schlemper BR Jr. Testamento vital na perspectiva de médicos, advogados e estudantes. <i>Bioethikos [Internet].</i> 2011 [acesso 10 dez 2017];5(4):384-91. DOI: inserir número ou Disponível: link endereço eletrônico |
| Mais de seis autores | Biehl J, Social MP, Gauri V, Diniz D, Medeiros M, Rondon G et al. Judicialization 2.0: understanding right-to-health litigation in real time. <i>Glob Public Health.</i> 2018;21:1-10. | Souza EV Jr, Silva VSB, Lozado YA, Bonfim ES, Alves JP, Boery EM et al. Dilemas bioéticos na assistência médica às gestantes adolescentes. <i>Rev. bioét. (Impr.) [Internet].</i> 2018 [acesso 22 abr 2019];26(1):87-94. DOI: inserir número ou Disponível: link endereço eletrônico |
| Artigo de periódico <i>in press</i> | Rodrigue AC, Silva EQ. A diálise e o direito de morrer. <i>Rev. bioét. (Impr.).</i> 2019;27(3). <i>In press.</i> | |
| Artigo de revisão da Cochrane Library | | Shaw KA, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].</i> 2005 [acesso 10 abr 2010]. DOI: inserir número ou Disponível: link endereço eletrônico |

Artigos em revista e livros

| Tipo de referência | Exemplo sem endereço eletrônico | Exemplo com endereço eletrônico (preferencialmente inserir DOI) |
|--|---|---|
| De um a seis autores | <p>Oliveira F. Engenharia genética: o sétimo dia da criação. 6ª ed. São Paulo: Moderna; 2006.</p> <p>Pessini L, Sarchifontaine CP. Bioética na Ibero-América: história e perspectivas. São Paulo: Loyola; 2007.</p> | <p>Porto D, Garrafa V, Martins DZ, Swenderberger NB. Bioética, poderes e injustiças: 10 anos depois [Internet]. Brasília: CFM; 2012 [acesso 12 maio 2019]. DOI: inserir número ou Disponível: link endereço eletrônico</p> <p>Clotet J. Bioética: uma aproximação [Internet]. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003 [acesso 12 maio 2019]. DOI: inserir número ou Disponível: link endereço eletrônico</p> |
| Mais de seis autores (Deve-se relacionar os seis primeiros autores pelo sobrenome, separados por vírgula e em seguida et al. Caso a citação seja literal, é obrigatório inserir o número de página). | <p>Segre M, Meira AR, Almeida M, Salarú NNR, Muñoz DR, Cohen C et al. Compêndio de medicina legal. São Paulo: Saraiva; 1987.</p> | <p>Gadelha CAG, Considera CM, Ohana F, Vecina Neto G, Frenkel J, Ferraz MB et al. Saúde e indústria farmacêutica em debate [Internet]. São Paulo: Cutzaz; 2008 [acesso 21 maio 2019]. DOI: inserir número ou Disponível: link endereço eletrônico</p> |
| Sem autor (iniciar pelo título) | <p>Farmacopeia brasileira. Brasília: Anvisa; 2010. p. 346.</p> | <p>Farmacopeia brasileira [Internet]. Brasília: Anvisa; 2010 [acesso 21 maio 2019]. p. 346. DOI: inserir número ou Disponível: link endereço eletrônico</p> |
| Autor institucional | <p>Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 2.217/2018. Brasília: CFM; 2019. p. 80.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.</p> | <p>Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 2.217/2018 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [acesso 21 maio 2019]. p. 80. Disponível: link endereço eletrônico</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [acesso 21 maio 2019]. p. 70. Disponível: link endereço eletrônico</p> <p>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso 5 mar 2017]. Disponível: link endereço eletrônico</p> |
| Capítulo de livro | <p>Parizi R. O conflito público-privado na assistência à saúde. In: Siqueira JE, Zoboli E, Sanches M, Pessini L, editores. Bioética clínica. Brasília: CFM; 2016. p. 21-35.</p> | <p>Parizi R. O conflito público-privado na assistência à saúde. In: Siqueira JE, Zoboli E, Sanches M, Pessini L, editores. Bioética clínica [Internet]. Brasília: CFM; 2016 [acesso 22 maio 2019]. p. 21-35. Disponível: link endereço eletrônico</p> |

Normas Editoriais

| Tipo de referência | Exemplo sem endereço eletrônico | Exemplo com endereço eletrônico (preferencialmente inserir DOI) |
|---|--|---|
| Mais de uma edição (Caso seja a 1ª edição, não é necessário colocar o número) | França GV. Comentários ao código de ética médica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019. | |
| Livro editado (organizado/ coordenado) | Santos M, editor. Bioética e humanização em oncologia. Brasília: Elsevier; 2017. | |
| Livro de série (coleção) | Pessini L. Distanásia: até quando prologar a vida? São Paulo: Loyola; 2001. (Coleção Bioética em Perspectiva; 2) | |

Atas de conferência, congresso e encontro

| Tipo de referência | Exemplo |
|---|--|
| Publicação apresentada em congresso | Costa Neto J. Material genético de fetos abortados em casos de estupro. In: Reflexões e conferências do 7º Congresso Brasileiro de Direito Médico [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2018 [acesso 4 fev 2018]. p. 33-55. Disponível: link endereço eletrônico |
| | Silva MEOS, Daibem AML, Anjos MR. Contribuição da bioética na formação do sujeito ético na universidade [Internet]. In: Anais do 11º Congresso Brasileiro de Bioética: bioética e desigualdades; 16-18 set 2015; Curitiba. Brasília: SBB; 2015 [acesso 21 maio 2019]. Disponível: link endereço eletrônico |
| Anais de congressos Seminários Conferências | Anais do 7º Congresso Brasileiro de Queimaduras. Rev Bras Queimaduras [Internet]. 2010 [acesso 20 mar 2019];9(4):155-215. Disponível: link endereço eletrônico |
| | Conselho Nacional de Saúde. 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília. Documento orientados: diretrizes metodológicas [Internet]. 2018 [acesso 10 jan 2019]. Disponível: link endereço eletrônico |

Jornais e revistas

| Tipo de referência | Exemplo sem endereço eletrônico | Exemplo com endereço eletrônico |
|--------------------|---|---|
| Artigo de jornal | Com autor Cunha C. Desigualdade nos mantém na pobreza. Correio Braziliense. Opinião; 7 maio 2019:11. | Artigo eletrônico com autor Lobel F, Barbon J. Sirenes em Brumadinho estão intactas, ao contrário de discurso inicial da Vale. Folha de S. Paulo [Internet]. Cotidiano; 6 fev 2019 [acesso 12 fev 2019]. Disponível: link endereço eletrônico |
| | Sem autor Plágio: Nora Roberts ganha a primeira batalha. O Estado de S. Paulo. Caderno 2; 30 abr 2019:C5. | Artigo eletrônico sem autor Presidente da Vale diz que sirene de alerta não tocou em Brumadinho porque foi "engolfada" pela lama. G1 [Internet]. Minas Gerais; 31 jan 2019 [acesso 10 fev 2019]. Disponível: link endereço eletrônico |

| Tipo de referência | Exemplo sem endereço eletrônico | Exemplo com endereço eletrônico |
|--------------------|--|---|
| Artigo de revista | <p>Com autor Botelho T. Energia bombástica: estudo realizado no Canadá lista os efeitos nocivos que apenas duas latínhas de energético podem causar no organismo humano, especialmente no dos jovens. <i>Veja. Saúde</i>; 23 maio 2018;2583:94-5.</p> <p>Sem autor <i>Saúde: o Brasil na real. Isto é. Semana</i>; 30 maio 2018;2527:35.</p> | <p>Artigo eletrônico com autor Lobel F, Barbon J. Sirenes em Brumadinho estão intactas, ao contrário de discurso inicial da Vale. <i>Folha de S. Paulo</i> [Internet]. Cotidiano; 6 fev 2019 [acesso 12 fev 2019]. Disponível: link endereço eletrônico</p> <p>Artigo eletrônico sem autor Presidente da Vale diz que sirene de alerta não tocou em Brumadinho porque foi "engolfada" pela lama. <i>G1</i> [Internet]. Minas Gerais; 31 jan 2019 [acesso 10 fev 2019]. Disponível: link endereço eletrônico</p> |

Texto legal, legislação publicada

| Tipo de referência | Exemplo sem endereço eletrônico | Exemplo com endereço eletrônico |
|----------------------|---|--|
| Legislação do Brasil | <p>Leis</p> <p>Brasil. Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995. Normas para o uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados. <i>Diário Oficial da União</i>. Brasília, nº 403, p. 337-9, 6 jan 1995. Seção 1.</p> | <p>Brasil. Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995. Normas para o uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados. <i>Diário Oficial da União</i> [Internet]. Brasília, nº 403, p. 337-9, 6 jan 1995 [acesso 10 mar 2019]. Disponível: link endereço eletrônico</p> |
| | <p>Decretos</p> <p>Brasil. Decreto nº 1.732, de 20 de dezembro de 1995. Regulamenta a Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995, dispõe sobre a vinculação, competência e composição da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança - CTNBio, e dá outras providências. <i>Diário Oficial da União</i>. Brasília, p. 21648, 21 dez 1995. Seção 1.</p> | <p>Brasil. Decreto nº 1.732, de 20 de dezembro de 1995. Regulamenta a Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995, dispõe sobre a vinculação, competência e composição da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança - CTNBio, e dá outras providências. <i>Diário Oficial da União</i> [Internet]. Brasília, p. 21648, 21 dez 1995 [acesso 10 maio 2019]. Seção 1. Disponível: link endereço eletrônico</p> |
| | <p>Portarias</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. <i>Diário Oficial da União</i>. Brasília, p. 32, 12 nov 2002. Seção 1.</p> | <p>Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. <i>Diário Oficial da União</i> [Internet]. Brasília, p. 32, 12 nov 2002 [acesso maio 2019]. Seção 1. Disponível: link endereço eletrônico</p> |

Normas Editoriais

| Tipo de referência | Exemplo sem endereço eletrônico | Exemplo com endereço eletrônico |
|------------------------|---|---|
| | Resoluções | |
| Legislação do Brasil | <p>Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.451, de 10 de março de 1995. Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência nos prontos socorros públicos e privados. Diário Oficial da União. Brasília, p. 3666, 17 mar 1997. Seção 1.</p> <p>Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, p. 59, 13 jun 2013. Seção 1.</p> | <p>Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.451, de 10 de março de 1995. Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência nos prontos socorros públicos e privados. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 3666, 17 mar 1997 [acesso 10 maio 2019]. Seção 1. Disponível: link endereço eletrônico</p> <p>Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 59, 13 jun 2013 [acesso 10 maio 2019]. Seção 1. Disponível: link endereço eletrônico</p> |
| Legislação estrangeira | <p>França. Lei nº 2004-800, de 6 de agosto de 2004, relativa à bioética [Loi nº 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique]. Journal Officiel de la République Française. Paris, nº 182, p. 14040, 7 août 2004.</p> <p>Itália. Legge 19 febbraio 2004, nº 40. Normas sobre procriação medicamente assistida [Norme in materia di procreazione medicalmente assistita]. Gazzetta Ufficiale. Roma, nº 45, 24 feb 2004.</p> <p>Portugal. Lei nº 32, de 26 de julho de 2006. Procriação medicamente assistida. Diário da República. Lisboa, nº 143, p. 5245-50, 26 jul 2006. Série 1.</p> | <p>França. Lei nº 2004-800, de 6 de agosto de 2004, sobre bioética. Journal Officiel de la République Française [Internet]. Paris, nº 182, p. 14040, 7 août 2004 [acesso 4 maio 2019]. Disponível: link endereço eletrônico</p> <p>Itália. Lei nº 40, de 19 de fevereiro de 2004. Trata sobre as regras de procriação medicamente assistida. Gazzetta Ufficiale [Internet]. Roma, nº 45, 24 feb 2004 [acesso 29 maio 2008]. Disponível: link endereço eletrônico</p> <p>Portugal. Lei nº 32, de 26 de julho de 2006. Procriação medicamente assistida. Diário da República [Internet]. Lisboa, nº 143, p. 5245-50, 26 jul 2006 [acesso 29 maio 2019]. Série 1. Disponível: link endereço eletrônico</p> |
| Jurisprudência | | <p>Brasil. Justiça Federal. Seção Judiciária do Estado de Goiás. Primeira Vara. Ação civil pública nº 1039-86.2013.4.01.3500/ Classe:7100. Sentença. Julga improcedente pedido de inconstitucionalidade da Resolução CFM nº 1995/2012. Relator: Eduardo Pereira da Silva. TRF [Internet]. 2014 [acesso 20 maio 2019]. Disponível: link endereço eletrônico</p> <p>Brasil. Superior Tribunal de Justiça. Sexta Turma. HC 268439 SP 2013/0106116-3. Bioética e biodireito. Relevância do consentimento atinente à situação de risco de vida de adolescente. Dever médico de intervenção. Atipicidade de conduta. Reconhecimento. Ordem concedida de ofício. Relator: Ministra Maria Tereza de Assis Moura. JusBrasil [Internet]. 2014 [acesso 3 jun 2019]. Disponível: link endereço eletrônico</p> |

Monografia, dissertação, tese

| Tipo de referência | Exemplo sem endereço eletrônico | Exemplo com endereço eletrônico |
|-----------------------------------|---|--|
| Monografia Dissertação Tese | Burlá C. A aplicação das diretivas antecipadas de vontade na pessoa com demência [tese]. Porto: Universidade do Porto; 2015. | Burlá C. A aplicação das diretivas antecipadas de vontade na pessoa com demência [tese] [Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2015 [acesso 29 maio 2019]. Disponível: link endereço eletrônico |
| | D’Espindula TCAS. Privilégio terapêutico e os códigos de ética médica brasileiros: uma reflexão bioética [dissertação]. Curitiba: PUCPR; 2017. p. 209. | D’Espindula TCAS. Privilégio terapêutico e os códigos de ética médica brasileiros: uma reflexão bioética [dissertação] [Internet]. Curitiba: PUCPR; 2017 [acesso 29 abr 2019]. p. 209. Disponível: link endereço eletrônico |
| | Santos RNSL, Meira RN, Nascimento SCP. Princípios bioéticos relacionados às rotinas hospitalares do cuidar em enfermagem: reflexão sobre a qualidade da assistência [monografia]. Lins: Unisaesiano; 2016. p. 64. | Santos RNSL, Meira RN, Nascimento SCP. Princípios bioéticos relacionados às rotinas hospitalares do cuidar em enfermagem: reflexão sobre a qualidade da assistência [monografia] [Internet]. Lins: Unisaesiano; 2016 [acesso 28 jan 2018]. p. 64. Disponível: link endereço eletrônico |

Webpages

| Tipo de referência | Exemplos |
|-----------------------|--|
| Webpage com autor | Goldim JR. Bioética [Internet]. Porto Alegre: Núcleo Interinstitucional de Bioética; 1997 [acesso 18 dez 2018]. Disponível: link endereço eletrônico |
| Webpage sem autor | Biblioteca Virtual em Saúde Brasil [Internet]. São Paulo: Bireme; 2008 [acesso 1º jun 2019]. Disponível: link endereço eletrônico |
| Webpage institucional | Conselho Federal de Medicina. Portal médico [Internet]. 2010 [acesso 1º jun 2019]. Disponível: link endereço eletrônico |

Outras fontes de informação

| Tipo de referência | Exemplos |
|--------------------|--|
| Podcasts | Pires L. O Brasil e a demanda por dar certo [podcast]. <i>Café Brasil</i> [Internet]. 2005 [acesso 1º jun 2019]. Disponível: link endereço eletrônico |
| Blog post | Spinak E. Ética editorial: as arbitragens fraudulentas [blog]. <i>SciELO em Perspectiva</i> [Internet]. 2015 [acesso 12 mar 2015]. Disponível: link endereço eletrônico |
| Filmes | Programa de DST/aids: mancha de batom [filme]. Produção de Três Lajes Comunicação. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 1998. 16mm. 14min, son., cor. |
| | Amenábar A (diretor). <i>Mar adentro</i> [The sea inside] [filme longa-metragem]. Produção hispano-italo-francesa. 20 th Century Fox, Fine Line Features; 2004. 125min, son., cor. Nutrição infantil [filme vídeo]. Realização de Aguilla Comunicação. São Paulo: Nestlé; 1999. (Saúde Brasil). VHS. 30min, son., cor. |

Normas Editoriais

| Tipo de referência | Exemplos |
|--------------------|--|
| Bíblia | Bíblia Sagrada. Versão de Maciel Araújo. São Paulo: Manole; 1995. Ruth 9:1-18. |
| | Bíblia Sagrada. Vulgata. São Paulo: Paulinas; 1990. Deuteronômio 20:10-20. |
| Base de dados | Scopus [base de dados] [Internet]. Amsterdam: Elsevier; 2004 [acesso 14 dez 2009]. Disponível: link endereço eletrônico |
| Enciclopédia | Post SG, organizador. Encyclopedia of bioethics. 3ª ed. New York: MacMillian; 2003. |
| | Verbetes Callahan D. Bioethics. In: Post SG, organizador. Encyclopedia of bioethics. 3ª ed. New York: MacMillian; 2003. p. 278-86. |
| Dicionário | Tealdi JC, organizador. Dicionário latinoamericano de bioética. Bogotá: Unesco; 2008. |
| | Verbetes Dorland's illustrated medical dictionary. 30th ed. Philadelphia: Saunders; c2003. Encephalomalacia; p. 609. |

Comunicações

bioetica@portalmedico.org.br
 Conselho Federal de Medicina. SGAS 915, Lote 72
 Brasília/DF, Brasil. CEP 70390-150
 Telefone: +55 (61) 3445.5932