REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

GOVERNANÇA CLÍNICA E BIOÉTICA NAS DECISÕES TRÁGICAS: PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS DE TRIAGEM COMO MECANISMO DE GOVERNANÇA, COMPLIANCE E MITIGAÇÃO DA LESÃO MORAL NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

CLINICAL GOVERNANCE AND BIOETHICS IN TRAGIC DECISIONS: INSTITUTIONAL TRIAGE PROTOCOLS AS MECHANISMS FOR GOVERNANCE, COMPLIANCE, AND MITIGATION OF MORAL INJURY IN URGENT AND EMERGENCY CARE

Ciências Humanas, Ciências Sociais Aplicadas • 01/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/793415578

Celso Alfaia Barbosa

Alcian Pereira de Souza

Danielle Costa de Souza Simas

RESUMO

O presente trabalho analisa a intersecção entre governança clínica, bioética e direito médico na tomada de decisões críticas em serviços de urgência e emergência, com foco na prevenção de processos de sofrimento moral e na proteção ético-jurídica dos profissionais de saúde. Diante da escassez de recursos no Sistema Único de Saúde (SUS), investiga-se como a ausência de diretrizes institucionais formalizadas pode concentrar no profissional de linha de frente decisões distributivas de elevada complexidade, especialmente quanto à priorização de leitos de terapia intensiva e à proporcionalidade de medidas de suporte vital. Metodologicamente, desenvolve-se pesquisa qualitativa, de natureza aplicada, descritiva e propositiva, baseada em revisão bibliográfica e documental de referenciais bioéticos, jurídicos, clínicos e de governança. A análise incorpora literatura contemporânea sobre moral distress e moral injury, marcos normativos brasileiros e modelos internacionais de alocação de recursos escassos. Como produto da análise, propõe-se um modelo operacional de governança e compliance assistencial que combina critérios clínicos objetivos, deliberação colegiada, controle de equidade, documentação estruturada e suporte pós-evento. Conclui-se, em caráter teórico-propositivo, que a institucionalização dos processos decisórios pode reduzir a concentração individual da responsabilidade, ampliar a rastreabilidade da decisão e favorecer maior consistência ética e jurídico-probatória, sem afastar a necessidade de avaliação do caso concreto e dos pressupostos próprios de eventual responsabilidade civil, penal ou ética.

Palavras-chave: Governança clínica; Bioética; Moral injury; Moral distress; Alocação de recursos; Urgência e emergência; Direito médico.

ABSTRACT

This study analyzes the intersection of clinical governance, bioethics, and medical law in critical decision-making in emergency and urgent care services, focusing on the prevention of moral injury and the ethical and legal protection of healthcare professionals. In the context of resource scarcity within the Brazilian Unified Health System (SUS), it examines how the absence of formal institutional guidelines may concentrate highly complex distributive decisions on frontline professionals, particularly regarding intensive care bed prioritization and proportionality of life-sustaining treatment. Methodologically, this is a qualitative, applied, descriptive, and proposal-oriented study based on a bibliographic and documentary review of bioethical, legal, clinical, and governance frameworks. The analysis incorporates contemporary literature on moral distress and moral injury, Brazilian normative frameworks, and international models for the allocation of scarce healthcare resources. As an analytical product, the study proposes an operational governance and compliance model combining objective clinical criteria, collegial deliberation, equity safeguards, structured documentation, and post-event support. It concludes, on a theoretical and proposal-oriented basis, that institutionalizing decision-making processes may reduce the concentration of responsibility on individual clinicians, improve decision traceability, and strengthen ethical and evidentiary consistency, without eliminating the need for case-specific assessment and the legal requirements applicable to potential civil, criminal, or professional liability.

Keywords: Clinical governance; Bioethics; Moral injury; Moral distress; Resource allocation; Emergency care; Medical law.

1. INTRODUÇÃO

O atendimento em unidades de urgência e emergência no Brasil é marcado pelo confronto diário entre o princípio da integralidade da assistência à saúde, previsto na Constituição Federal de 1988, e os limites orçamentários, físicos e humanos do Sistema Único de Saúde (SUS). Em cenários de superlotação crônica, a carência de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), de monitores avançados e de insumos vitais converte a rotina da sala vermelha em um ambiente de constante tensão bioética e jurídica.

Nesse contexto de assimetria entre oferta e demanda, a prática médica se depara com o que a literatura filosófica e jurídica convencionou denominar "escolhas trágicas": situações extremas em que qualquer caminho adotado acarreta perdas humanas ou sacrifícios de bens tutelados pelo ordenamento. A alusão à clássica metáfora literária de William Styron em A Escolha de Sofia torna-se inevitável: o profissional da ponta é frequentemente compelido a operar como árbitro involuntário da vida alheia, decidindo qual paciente receberá o suporte intensivo imediato e qual permanecerá sob cuidados limitados em leito inadequado. Trata-se de uma "falsa escolha", uma vez que a limitação imposta não decorre de deliberação autônoma do agente, mas sim de uma falha pré-existente e estrutural da rede assistencial do Estado.

Ao atuar sem o respaldo de parâmetros institucionais impessoais, o médico plantonista assume solitariamente o ônus moral e jurídico de tais desfechos. Essa transferência velada da responsabilidade estatal para o indivíduo engendra fenômenos de sofrimento moral, que podem incluir moral distress e, em determinadas circunstâncias, moral injury, um profundo sofrimento psicoemocional decorrente da transgressão involuntária de valores éticos basilares, e eleva exponencialmente a exposição do

profissional a litígios judiciais e processos ético-disciplinares sob acusações de erro médico ou omissão de socorro.

A ausência de fluxos formais de gestão e de critérios clínicos objetivos nas decisões de alocação de recursos escassos perpetua a crença errônea de que a morte decorrente da falta de infraestrutura é culpa direta do médico assistente. Diante dessa realidade, formula-se o seguinte problema de pesquisa:

Em que medida a implementação de protocolos colegiados e objetivos de triagem, concebidos como ferramentas de governança clínica e conformidade (compliance) hospitalar, é capaz de afastar a responsabilização subjetiva indevida, despersonalizar a escolha trágica e mitigar o dano moral dos profissionais de saúde atuantes na urgência e emergência?

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Sofrimento Moral e Solidão Decisória no Ambiente de Emergência

O cotidiano de um pronto-socorro público frequentemente submete o médico plantonista ao papel involuntário de julgador sumário da sobrevivência humana. Em ambientes onde a demanda por vagas de suporte avançado supera a oferta física da unidade e da rede regulada, a necessidade de alocar recursos vitais impõe uma "escolha trágica". Trata-se de uma dinâmica perversa: o sistema de saúde falha estruturalmente ao não prover infraestrutura suficiente, mas é o profissional da linha de frente quem personifica a recusa do leito ou a postergação do procedimento de suporte avançado.

Essa situação estabelece o que a literatura bioética contemporânea define como "falsa escolha". À semelhança do dilema ficcional de Sofia Zawistowska, forçada a selecionar qual de seus filhos seria executado sob pena de perder ambos, o médico plantonista atua sob coerção de uma escassez que não provocou. O sistema retira a possibilidade de uma conduta perfeitamente virtuosa prestar assistência intensiva a todos os necessitados, e exige que o indivíduo decida quem suportará o dano. Ao fazê-lo de maneira monocrática e desprovida de diretrizes impessoais, a culpa política e orçamentária do Estado recai sobre a consciência individual do médico.

O conceito de moral injury foi inicialmente desenvolvido no campo dos estudos sobre trauma moral em contextos militares e posteriormente ampliado para outros ambientes profissionais. Litz et al. (2009) relacionaram o fenômeno à exposição a acontecimentos potencialmente moralmente lesivos e às consequências decorrentes da transgressão, testemunho ou incapacidade de impedir aquilo que o indivíduo considera moralmente correto. Na literatura contemporânea sobre trabalhadores da saúde, moral injury é descrita como um fenômeno multidimensional, com repercussões cognitivas, emocionais, comportamentais, sociais e ocupacionais. Revisões recentes também ressaltam a necessidade de distingui-la de moral distress e burnout (Griffin et al., 2023; Rabin et al., 2023; Litz; Walker, 2025).

Moral distress, por sua vez, refere-se à experiência de sofrimento que pode surgir quando o profissional identifica a conduta que considera moralmente adequada, mas encontra impedimentos institucionais, relacionais ou materiais para executá-la. A exposição repetida ou intensa a eventos potencialmente moralmente lesivos pode integrar uma trajetória que, em determinados indivíduos, evolui para

consequências mais persistentes compatíveis com moral injury. Burnout constitui constructo distinto, relacionado principalmente à exposição crônica a estressores ocupacionais. A diferenciação é relevante para este estudo porque a escassez de leitos e insumos não deve ser tratada automaticamente como causa de doença mental individual, mas como possível componente de um ambiente moralmente adverso que requer resposta organizacional.

A cultura institucional pode atribuir ao profissional de linha de frente expectativas incompatíveis com os limites biológicos, tecnológicos e organizacionais do serviço. A valorização da capacidade individual de superar continuamente restrições estruturais pode obscurecer responsabilidades de gestão e produzir uma distribuição inadequada da carga moral associada às decisões de escassez (Dejours, 1992).

A governança clínica propõe deslocar o foco da figura do profissional como único centro decisório para processos institucionais capazes de combinar competência técnica, critérios previamente definidos, deliberação, supervisão e rastreabilidade. Isso não significa eliminar a responsabilidade profissional nem transformar o médico em mero executor automático de um algoritmo. Significa reconhecer que decisões distributivas complexas devem ser sustentadas por estruturas organizacionais compatíveis com a gravidade do problema e com a necessidade de revisão crítica do caso concreto.

A edição da Resolução CFM nº 2.156/2016 estabeleceu um divisor de águas na gestão das decisões críticas no Brasil ao fixar critérios objetivos para admissão e alta em Unidades de Terapia Intensiva. Afastando critérios subjetivos e a rudimentar ordem cronológica de solicitação (first-come, first-served), a normativa desenhou cinco

níveis decrescentes de prioridade, assentados na correlação entre gravidade aguda e probabilidade real de reversibilidade biológica: (a) Prioridade 1: Pacientes em estado crítico com necessidade de suporte orgânico invasivo, alta probabilidade de reversão e sem limitação prévia de suporte. O benefício gerado pela intervenção intensiva é máximo; (b) Prioridade 2: Pacientes que demandam monitorização intensiva preventiva em virtude de alto risco de descompensação aguda iminente, igualmente sem limitação de suporte terapêutico; (c) Prioridade 3: Pacientes instáveis que demandam suporte intensivo, mas portadores de comorbidades prévias graves ou enfermidades de base avançadas que reduzem significativamente a probabilidade de reversão (admitindo-se limites terapêuticos específicos); (d) Prioridade 4: Pacientes com necessidade de monitorização intensiva, porém portadores de condições crônicas incuráveis em estágio final ou com prognóstico reservado; (e) Prioridade 5: Pacientes em morte encefálica confirmada (não doadores) ou em fase terminal de vida sem qualquer possibilidade de reversão por terapias invasivas.

A governança clínica apropria-se dessa escala para retirar o caráter discricionário da alocação. O direcionamento de um leito passa a ser decorrência da subsunção fática do quadro clínico às categorias normativas expedidas pelo órgão regulador da profissão.

No polo oposto da escassez de vagas, emerge a tragédia da obstinação terapêutica ou distanásia: a imposição de medidas invasivas, dolorosas e inúteis a pacientes no processo inexorável de morte. A Resolução CFM nº 1.805/2006, estabeleceu a legitimidade ética e jurídica da limitação ou suspensão de procedimentos de suporte vital em doentes terminais portadores de enfermidades graves e incuráveis.

A norma consagra que suspender a ventilação mecânica, a hemodiálise de urgência ou manobras de ressuscitação cardiopulmonar (ordem de não reanimar - NRCP) em pacientes sem perspectiva de reversão biológica não constitui eutanásia nem omissão de socorro, mas afirmação da ortotanásia e da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da CRFB/88). O texto impõe a obrigatoriedade dos cuidados paliativos integrais, assegurando analgesia potente, controle de secreções, sedação paliativa proporcional e acolhimento familiar contínuo. Sob a ótica jurídica, inexiste nexo causal entre a abstenção de suporte fútil e o óbito, posto que a causa mortis é a progressão inexorável da patologia de base.

2.2. O Princípio da Reserva do Possível, o Mínimo Existencial e a Responsabilidade Estatal

A atuação médica em ambientes de escassez dialoga com a tensão constitucional entre a reserva do possível e a garantia do direito fundamental à saúde e do mínimo existencial. A limitação fática e orçamentária pode influenciar a capacidade estatal de oferta de serviços, mas não constitui, por si só, fundamento absoluto para afastar deveres jurídicos ou justificar qualquer resultado assistencial. A análise da responsabilidade deve considerar o desenho institucional do serviço, a disponibilidade concreta de recursos, as obrigações específicas do ente responsável, as medidas efetivamente adotadas e o nexo causal entre eventual omissão e o dano alegado (Brasil, 2004).

Tabela 1. Reserva do possível, mínimo existencial e responsabilidade estatal

Dimensão Jurídica	Sujeito Envolvido	Consequência no Cenário de Urgência
Mínimo Existencial	Cidadão / Paciente	Direito à assistência médica digna e aos melhores meios paliativos ou curativos disponíveis no local.
Reserva do Possível	Estado Administraçã o	Reconhecimento dos limites orçamentários para oferta instantânea de UTIs ilimitadas.
Culpa Subjetiva (Art. 186, CC)	Profissional de Saúde	Afastada quando o profissional age com zelo técnico, mas esbarra na carência de leito ou equipamento.
Responsabilidade Objetiva (Art.37, §6°, CRFB)	Poder Público	Responde patrimonialmente por danos decorrentes da falha estrutural do serviço (*faute du service*).

Fonte: elaborado pelos autores, com base na bibliografia indicada.

A insuficiência de leitos ou outros recursos críticos pode caracterizar problema de gestão e, conforme as circunstâncias concretas, ensejar consequências jurídicas para o ente responsável. Isso, entretanto, não autoriza concluir que toda escassez gera automaticamente responsabilidade estatal, nem que o profissional esteja sempre isento de responsabilidade. A avaliação jurídica deve distinguir a falha estrutural ou organizacional da conduta individual e verificar, em cada caso, a presença dos pressupostos específicos de responsabilidade civil, penal ou ético-profissional, (Brasil, 2026).

Diante da insuficiência de recursos, a análise da responsabilidade profissional deve considerar os limites fáticos da atuação e a observância da *lex artis*. A impossibilidade material de executar determinada medida, quando devidamente demonstrada e

acompanhada da adoção das alternativas clinicamente disponíveis, é elemento relevante para a avaliação da conduta e do nexo causal. A categoria da inexigibilidade de conduta diversa possui especial desenvolvimento no Direito Penal e não deve ser transposta automaticamente para a responsabilidade civil. No âmbito civil, a discussão deve ser construída, conforme o caso, a partir de culpa, causalidade, impossibilidade material, dever jurídico e observância dos padrões técnicos aplicáveis, (Brasil, 2026).

Para assegurar segurança jurídico-probatória, recomenda-se documentação contemporânea, precisa e suficiente da decisão clínica e das condições materiais existentes no momento do atendimento. O registro deve demonstrar, entre outros aspectos: (1) avaliação clínica e registro das medidas de estabilização efetivamente disponíveis e realizadas;(2) solicitação tempestiva de recurso ou vaga por meio do sistema oficial de regulação, com identificação do horário e do protocolo correspondente; (3) fundamentação clínica da prioridade atribuída, com indicação dos critérios utilizados e registro de eventual deliberação colegiada; (4) comunicação adequada ao paciente ou representante, quando clinicamente e juridicamente cabível, e registro do plano de cuidados, incluindo medidas paliativas e de conforto quando indicadas (Brasil, 2026).

A governança clínica pode ser compreendida como uma estrutura institucional voltada à responsabilidade pela qualidade e segurança do cuidado, articulando padrões assistenciais, gestão de riscos, auditoria, aprendizagem organizacional e melhoria contínua (Scally; Donaldson, 1998). Em cenários de escassez, sua função não é simplesmente “despersonalizar” a decisão, mas distribuir

adequadamente a responsabilidade decisória e oferecer ao profissional mecanismos de deliberação, revisão e documentação.

Decisões de triagem e de proporcionalidade terapêutica devem combinar critérios clínicos baseados em evidências, avaliação individualizada, respeito à autonomia, proteção contra discriminação e mecanismos de revisão. Comitês ou estruturas de segunda avaliação podem reduzir a dependência de uma única perspectiva e tornar explícitos os fundamentos utilizados. O profissional permanece responsável pelo exercício técnico de sua função, mas a organização passa a assumir também responsabilidade pela qualidade do processo decisório e pela disponibilização de condições adequadas de trabalho.

O compliance assistencial na saúde atua para além da conformidade financeira, voltando-se à aderência estrita dos atos de cuidado às normas do SUS, resoluções de conselhos de classe e diretrizes científicas consolidadas. A governança corporativa em saúde estrutura controles internos para identificar vulnerabilidades assistenciais antes que se convertam em desfechos catastróficos ou litígios judiciais (Maranhão, 2021).

Tabela 2. Mecanismos de compliance hospitalar frente a riscos ético-jurídicos

Fator de Risco Crítico	Mecanismo de Compliance / Controle Interno	Finalidade Preventiva e Reparatória
Alegação de Omissão de Socorro	Protocolos de priorização com critérios objetivos de esgotamento de meios.	Comprovação de atuação diligente nos limites dos recursos faticamente existentes.

Acusação de Prática de Distanásia	Protocolização da ortotanásia amparada na Resolução CFM nº 1.805/2006.	Resguardo da dignidade humana e proteção contra prolongamento artificial do sofrimento.
Ruído de Comunicação Familiar	Conferência familiar documentada com ata e assinatura dos envolvidos.	Eliminação da assimetria informativa e prevenção de demandas judiciais reativas.
Dano Moral e Burnout na Equipe	Implementação de *debriefing* ético e apoio institucional pós-evento crítico.	Mitigação do adoecimento funcional e preservação do clima ético da unidade.

Fonte: elaborado pelos autores, com base na bibliografia indicada.

O prontuário médico possui relevante função assistencial, comunicacional e probatória. Sua qualidade influencia a possibilidade de reconstrução posterior dos fatos, especialmente em decisões tomadas sob pressão e escassez. Não se deve, contudo, afirmar que o prontuário possui presunção absoluta ou que seu preenchimento deficiente produz automaticamente inversão do ônus da prova. A consequência jurídica do registro deve ser analisada segundo as regras probatórias aplicáveis ao caso concreto (Brasil,2026).

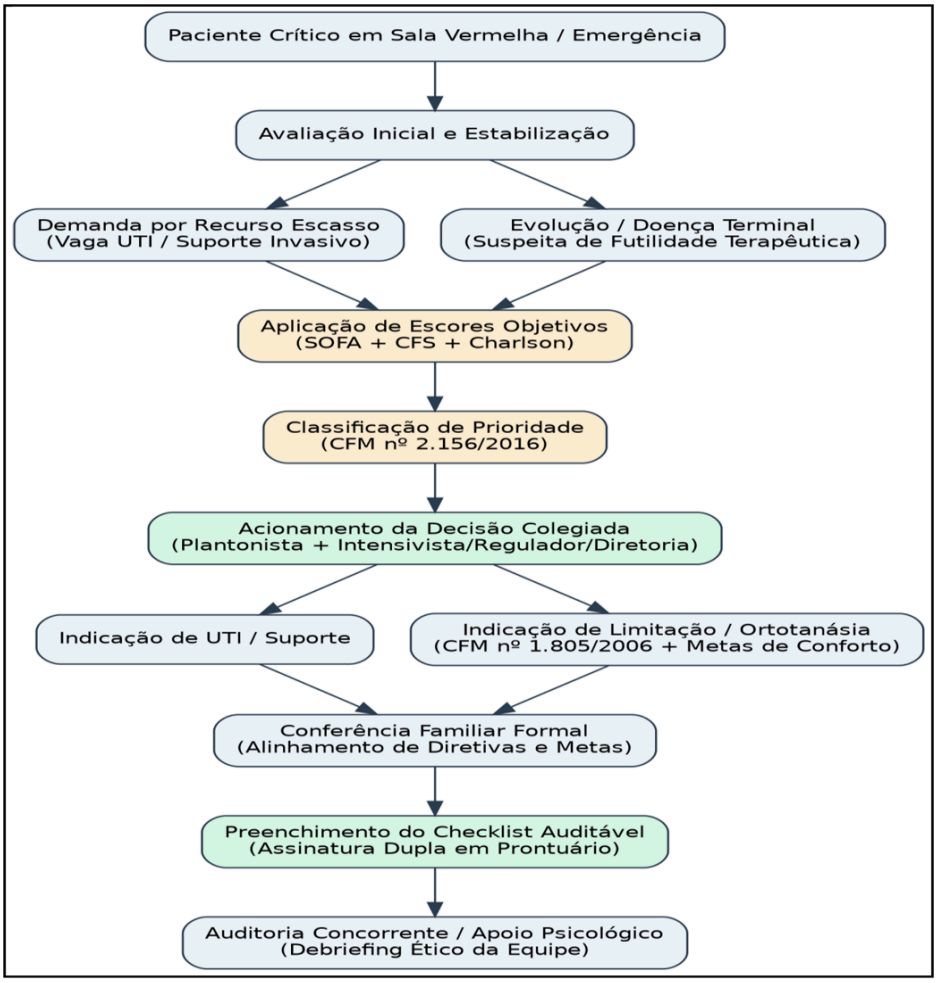
Para operar como instrumento de rastreabilidade e integridade probatória, o registro deve observar, sempre que pertinente: (a) Contemporaneidade e Precisão Cronológica: Registro dos atos no momento exato de sua realização, incluindo evolução clínica sequencial, horários de solicitação de vagas e momentos de reavaliação de escores; (b) Clareza Semiótica e Técnica: Supressão terminológica de expressões vagas como "mau estado geral" ou "fora de possibilidades terapêuticas", substituindo-as pela descrição

fisiológica detalhada das disfunções orgânicas e das escalas de prognóstico; (c) Circunstanciação Material da Escassez: Anotação expressa da indisponibilidade fática de vaga ou equipamento no momento da indicação, seguida das medidas clínicas alternativas implementadas para garantir a estabilidade do paciente; (d) Formalização Colegiada: Assinatura dupla e identificação profissional dos médicos que participaram da definição de prioridade de regulação ou da ordem de limitação de medidas invasivas.

2.3. Proposta de Fluxo de Governança para Decisões de Alta Complexidade na Urgência

O modelo a seguir esquematiza as etapas obrigatórias pelas quais a tomada de decisão crítica deve transitar para afastar a discricionariedade individual e assegurar rastreabilidade institucional em serviços de urgência:

Figura 1. Fluxo operacional de governança para decisões críticas na urgência



Fonte: elaborado pelos autores, com base na bibliografia indicada.

A matriz distribui formalmente as atribuições no processo decisório crítico, extinguindo a deliberação solitária do médico assistente

Tabela 3. Matriz de competências e decisão colegiada

Instância/Agente	Papel Assistencial	Atribuição de Conformidade (Compliance)	Instrumento Vinculante
Médico Plantonista (Sala Vermelha)	Estabilização inicial, coleta de parâmetros e aplicação dos escores clínicos.	Registro fático e objetivo em prontuário; vedada a recusa monocrática de suporte.	Ficha de Atendimento / PEP.

Segundo Médico / Chefe de Plantão	Validação prognóstica cruzada e contra-análise das indicações de prioridade.	Garantia de não discriminação e conformidade técnica da estratificação.	Termo de Decisão Colegiada.
Comitê de Triagem / Regulação Interna	Alocação das vagas conforme fila única baseada na Resolução CFM 2.156/16.	Gestão transparente e equânime dos recursos críticos disponíveis.	Ficha de Regulação do SISREG.
Comissão de Bioética Clínica	Parecer consultivo em impasses com familiares, objeção de consciência ou diretivas.	Salvaguarda ético-institucional e emissão de recomendações colegiadas.	Parecer Bioético Registrado.
Controle Interno / Qualidade e Riscos	Auditoria concorrente de prontuários, tempos de resposta e desfechos assistenciais.	Avaliação preventiva de riscos jurídicos e aprimoramento contínuo de fluxos.	Relatório de Conformidade Clínica.

Fonte: elaborado pelos autores, com base na bibliografia indicada.

Checklist e Termo de Registro Auditável em Prontuário

Instrumento estruturado para ser encartado física ou eletronicamente ao prontuário do paciente:
PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE CONDUTA CLÍNICA E PROPORCIONALIDADE (Conforme Resoluções CFM nº 2.156/2016 e nº 1.805/2006).
DADOS DO PACIENTE:
Nome: Prontuário:
Data de Nascimento: / / Idade: anos Data/Hora: / / às :
ESTRATIFICAÇÃO CLÍNICA E PROGNÓSTICA OBJETIVA
[ ] Escore SOFA (Disfunção Orgânica Aguda): pontos

[ ] Escala de Fragilidade Clínica (CFS): [ ] 1-3 Robusto/Hígido [ ] 4-6 Moderado [ ] 7-9 Grave/Terminal
[ ] Índice de Comorbidade de Charlson: pontos (Sobrevida estimada em 10 anos: (%) [ ] Diagnóstico Principal:
[ ] Comorbidades de Base Descompensadas:
CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE UTI (Resolução CFM 2.156/2016)
[ ] Prioridade 1: Alto potencial de reversão / Necessidade de suporte invasivo imediato.
[ ] Prioridade 2: Alto potencial de reversão / Necessidade de monitorização intensiva.
[ ] Prioridade 3: Baixo potencial de reversão / Doença de base grave / Suporte invasivo selecionado.
[ ] Prioridade 4: Condição crônica terminal / Futilidade de monitorização invasiva em UTI.
[ ] Prioridade 5: Morte encefálica (não doador) / Cuidados paliativos exclusivos em leito clínico.
DEFINIÇÃO DE PROPORCIONALIDADE TERAPÊUTICA (Resolução CFM 1.805/2006) Conduta Acordada:
[ ] Suporte Pleno e Invasivo Ilimitado.
[ ] Não Realização de Manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (NRCP / Ordem de Não Reanimar).
[ ] Não Progressão para Terapia de Substituição Renal (Hemodiálise) em choque refratário.
[ ] Não Intubação Orotraqueal / Ventilação Mecânica Invasiva (Indicação de VNI se conforto).
[ ] Plano Exclusivo de Cuidados Paliativos e Conforto.
PLANO DE CUIDADOS E CONFORTO GARANTIDO (OBRIGATÓRIO)
[ ] Analgesia e Controle de Dor otimizados (Dose/Fármaco:) [ ] Controle de Dispneia e Secreções (Dose/Fármaco:)
[ ] Sedação Paliativa Proporcional se refratariedade sintomática.
[ ] Acompanhamento presencial de familiar autorizado e facilitado.
REGISTRO DE ALINHAMENTO COM A FAMÍLIA / REPRESENTANTE LEGAL Familiar/Responsável Presente: Parentesco: [ ] Esclarecido o diagnóstico, prognóstico e a futilidade de procedimentos invasivos.
[ ] Esclarecido que o plano prioriza alívio pleno de sintomas e dignidade humana. [ ] Conflito ético identificado? [ ] Não [ ] Sim (Acionada Comissão de Bioética).
VALIDAÇÃO COLEGIADA (ASSINATURA DUPLA OBRIGATÓRIA)

_____

Médico Assistente / Plantonista Médico Validador / Chefia / Regulador
CRM: Data/Hora: CRM: Data/Hora:

Fonte: elaborado pelos autores, com base na bibliografia indicada

Diretrizes de Suporte Pós-Evento (Debriefing e Mitigação do Dano Moral) A rotina institucional de proteção à equipe prevê: (a) Sessão de debriefing Ético (em até 48h): Encontro multidisciplinar de 20 minutos focado na expressão de emoções e reflexão sobre a adequação do suporte de conforto oferecido, vedada qualquer abordagem punitiva; (b) Atendimento Psicológico Vocacionado: Serviço de escuta clínica confidencial disponibilizado pela medicina do trabalho hospitalar para acolhimento de manifestações de estresse moral; (c) Auditoria de Aprendizado Contínuo: Avaliação periódica pelo Núcleo de Segurança do Paciente dos registros de triagem para subsidiar planos de contingência, aquisição de materiais e expansão de infraestrutura.

3. METODOLOGIA

A pesquisa adota abordagem qualitativa, de natureza aplicada, com objetivos exploratórios, descritivos e propositivos, desenvolvida mediante investigação bibliográfica e documental. A escolha metodológica decorre da necessidade de examinar os fundamentos bioéticos, jurídicos e institucionais das decisões clínicas em situações de escassez de recursos, particularmente quanto à distribuição da responsabilidade decisória, à proteção dos profissionais de saúde e à construção de mecanismos de governança aplicáveis aos serviços de urgência e emergência.

A pesquisa bibliográfica compreende produções nacionais e internacionais sobre governança clínica, bioética, justiça distributiva, responsabilidade médica e sofrimento moral no ambiente hospitalar. O referencial teórico incorpora estudos sobre *moral*

distress, *moral injury* e *burnout*, considerando suas distinções conceituais e possíveis relações com as condições institucionais de trabalho. Também são examinadas contribuições relativas à alocação de recursos assistenciais escassos, à utilização de instrumentos prognósticos e aos mecanismos de deliberação compartilhada.

A investigação documental concentra-se no ordenamento jurídico brasileiro, especialmente nas disposições constitucionais referentes ao direito à saúde e à responsabilidade estatal, nas normas aplicáveis à responsabilidade profissional e nas Resoluções do Conselho Federal de Medicina nº 2.156/2016 e nº 1.805/2006. Esses referenciais são examinados em conjunto com diretrizes de governança e modelos internacionais de priorização assistencial, buscando identificar parâmetros normativos e institucionais para decisões clínicas de elevada complexidade.

O procedimento analítico foi organizado em quatro etapas. Inicialmente, examinaram-se as repercussões éticas e profissionais das decisões tomadas em condições de insuficiência de recursos. Em seguida, analisaram-se os limites jurídicos da responsabilidade individual e estatal, considerando a distinção entre falhas estruturais do serviço e condutas profissionais. Na terceira etapa, foram sistematizados mecanismos de governança clínica e compliance assistencial, com atenção aos critérios de priorização, à deliberação colegiada e à documentação das decisões. Por fim, desenvolveu-se uma proposta operacional composta por fluxo decisório, matriz de competências, instrumento de registro auditável e medidas institucionais de suporte pós-evento.

A interpretação dos resultados fundamenta-se na articulação entre os referenciais examinados e os instrumentos propostos, permitindo avaliar sua coerência normativa, suas possibilidades de aplicação e suas limitações. A comparação entre o modelo decisório individualizado e a estrutura de governança apresentada possui caráter analítico e propositivo, sem pressupor superioridade clínica empiricamente comprovada.

Por se tratar de investigação bibliográfica e documental, não foram realizadas entrevistas, observações em unidades hospitalares ou validação experimental dos instrumentos desenvolvidos. Consequentemente, as conclusões permanecem circunscritas ao plano teórico-normativo, sendo necessária investigação empírica posterior para verificar a aplicabilidade, a segurança e os possíveis efeitos do modelo sobre a qualidade assistencial, a responsabilização profissional e o sofrimento moral das equipes.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

A análise teórico-normativa realizada indica que a principal vulnerabilidade do modelo decisório individual está na concentração, em um único profissional, de decisões que possuem simultaneamente dimensões clínicas, distributivas, éticas e jurídico-institucionais. A modelagem proposta não foi testada empiricamente; portanto, os resultados devem ser compreendidos como inferências analíticas e não como demonstração de efetividade clínica. O principal produto do estudo é a construção de uma arquitetura de governança destinada a tornar o processo decisório mais consistente, documentado e revisável.

Tabela 4. Modelo tradicional versus modelo proposto de governança

Dimensão de Análise	Modelo Tradicional (Intuitivo / Solitário)	Modelo Proposto (Governança e Compliance)
Critério de Alocação	Ordem cronológica (first-come, first-served) ou gravidade aparente subjetiva.	Aplicação combinada de escores validados (SOFA, CFS, Charlson) e prioridades CFM.
Alçada Decisória	Decisão monocrática e isolada do plantonista da sala vermelha.	Deliberação colegiada (dupla assinatura médica / interface com regulação).
Natureza do Registro	Evoluções genéricas em prontuário ("mau estado geral", "aguarda vaga").	Checklist estruturado, circunstanciado e com rastreabilidade probatória.
Impacto Psicoemocional	Sentimento de culpa individualizada e instalação de moral injury (dano moral).	Despersonalização da escolha trágica e respaldo ético-institucional.
Atribuição Jurídica	Risco de imputação de culpa médica subjetiva (negligência/omissão de socorro).	Demarcação da responsabilidade estatal objetiva por falha estrutural de rede.

Fonte: elaborado pelos autores (2026), com base na bibliografia indicada

A reflexão sobre o modelo proposto indica que a proteção de pessoas vulneráveis exige não apenas critérios de acesso, mas também procedimentos que reduzam arbitrariedade, discriminação e concentração indevida de poder decisório. A Bioética de Proteção contribui para essa leitura ao enfatizar a necessidade de salvaguardas institucionais para sujeitos em situações de vulnerabilidade. No plano da justiça distributiva, a literatura contemporânea sobre recursos escassos recomenda que critérios clínicos sejam articulados a transparência, consistência, revisão e

mecanismos de equidade (Persad; Wertheimer; Emanuel, 2009; Emanuel et al., 2020; White; Lo, 2020).

Os escores SOFA, CFS e Charlson podem auxiliar a avaliação clínica quando empregados para a finalidade para a qual foram desenvolvidos e interpretados em conjunto com o contexto individual. Não devem, entretanto, funcionar como algoritmos autônomos de valor moral ou como mecanismos automáticos de exclusão. Estudos recentes chamam atenção para problemas de calibração, equidade e potencial reprodução de desigualdades quando determinados instrumentos prognósticos são empregados para decisões distributivas. Por isso, o modelo proposto recomenda que os escores constituam elementos de apoio à deliberação, e não critérios únicos ou decisivos. A decisão deve permanecer clinicamente fundamentada, individualizada, revisável e submetida a salvaguardas contra discriminação.

A implementação prática do modelo no SUS enfrenta entraves que exigem ação coordenada da gestão pública, tais como: (a) Resistência cultural: persistência de concepções equivocadas que confundem ortotanásia com abandono terapêutico ou eutanásia, exigindo educação permanente e protocolos institucionais claros; (b) Carga de trabalho: risco de que o checklist seja percebido como sobrecarga burocrática, o que pode ser reduzido mediante integração ao Prontuário Eletrônico do Paciente e preenchimento orientado por campos estruturados; (c) Integração com a regulação: necessidade de alinhamento entre a unidade assistencial, a central de regulação e os demais componentes da rede, evitando retrabalho e assegurando que as informações clínicas relevantes acompanhem a solicitação de recurso.

O estudo possui limitações que devem ser explicitadas. O protocolo apresentado não foi submetido a validação formal por painel de especialistas, não foi testado em cenário clínico real e não permite inferir redução efetiva de eventos adversos, litigiosidade ou moral injury. Além disso, instrumentos prognósticos apresentam limitações de validade externa e podem reproduzir vieses quando utilizados fora de sua finalidade original. Como agenda de pesquisa, recomenda-se a validação de conteúdo do protocolo por técnica Delphi, seguida de estudo piloto multicêntrico com indicadores de qualidade, segurança, rastreabilidade decisória e experiência dos profissionais. A investigação futura também deverá avaliar como variáveis de raça, deficiência, idade, condição socioeconômica e disponibilidade regional de recursos interferem na equidade das decisões de alocação.

A presente pesquisa examinou a interface entre bioética, direito médico e governança clínica na tomada de decisões críticas em serviços de urgência e emergência, com especial atenção aos efeitos da escassez de recursos sobre profissionais de linha de frente. O problema foi analisado a partir da premissa de que decisões distributivas complexas não devem ser tratadas como responsabilidade exclusivamente individual quando são condicionadas por limitações institucionais e estruturais.

A análise sustenta, em caráter teórico-propositivo, que a institucionalização de critérios, mecanismos de deliberação, revisão e documentação pode reduzir a concentração individual da carga decisória e favorecer maior consistência ética e jurídico-probatória. Essa conclusão não significa que a adoção de um protocolo elimine automaticamente eventual responsabilidade profissional ou estatal;

significa que o processo decisório passa a ser mais transparente, reconstruível e sujeito a controle.

Também se concluiu que a expressão moral *injury* não deve ser equiparada ao dano moral indenizável no Direito brasileiro. Trata-se de fenômeno interdisciplinar relacionado a experiências moralmente lesivas e suas repercussões psicológicas, comportamentais e ocupacionais. Sua prevenção exige respostas organizacionais, além de suporte individual, e deve ser diferenciada de moral *distress* e burnout.

Como produto aplicado, o estudo propõe um modelo de governança composto por avaliação clínica estruturada, critérios de priorização, deliberação colegiada ou segunda avaliação em situações definidas, documentação auditável, comunicação adequada e suporte pós-evento. Os escores prognósticos devem ser empregados como instrumentos auxiliares, nunca como mecanismos automáticos de exclusão ou como substitutos do julgamento clínico individualizado.

Por fim, a proposta deve ser compreendida como modelo passível de validação, e não como protocolo clinicamente validado. Sua implementação exige avaliação institucional, capacitação das equipes, compatibilização com a regulação do SUS, mecanismos de equidade e revisão periódica. A validação por especialistas e a realização de estudos de campo constituem, portanto, etapas necessárias para verificar sua segurança, aceitabilidade e efetividade.

A partir das discussões e dos fluxos operacionais desenhados nesta investigação, consolidam-se as seguintes recomendações práticas para a gestão e o controle interno dos serviços públicos de saúde: (a) Institucionalização de Comitês de Triagem e Decisão Compartilhada:

estabelecer, conforme a estrutura e governança de cada serviço, mecanismos de segunda avaliação ou deliberação colegiada para decisões de elevada complexidade e para situações de conflito ético relevante, sem impedir a adoção imediata de medidas de estabilização clinicamente indicadas; (b) Padronização Auditável do Prontuário Médico: integrar formulário estruturado ao prontuário para registrar avaliação clínica, critérios utilizados, solicitação de regulação, deliberação, comunicação com paciente/família quando cabível e revisão da decisão, evitando a utilização do registro como mecanismo de presunção automática de ausência de responsabilidade; (c) Educação Permanente em Cuidados Paliativos e Bioética Clínica: Capacitar as equipes médicas e multiprofissionais na distinção inequívoca entre eutanásia, distanásia e ortotanásia, desmistificando o receio punitivo frente à suspensão de tratamentos fúteis e reafirmando o dever indeclinável de alívio do sofrimento; (d) Implementação de Rotinas de Suporte Pós-Evento: estruturar *debriefing* clínico e ético, comunicação institucional e acesso a suporte psicossocial confidencial após eventos críticos, sem transformar sofrimento moral em diagnóstico automático nem reduzir sua prevenção a intervenções individuais.

Em última análise, a governança clínica e os mecanismos de controle e integridade não buscam maquiar a crônica escassez de recursos que assola a saúde pública brasileira, mas demarcar com rigor ético e jurídico onde termina a limitação fática do Estado e onde se preserva a dignidade profissional. Somente quando a instituição assume a responsabilidade pelas diretrizes assistenciais é que o profissional de emergência pode deixar de ser o alvo involuntário de tragédias sistêmicas para exercer, em sua plenitude técnica e humana, o dever de cuidar.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa examinou a relação entre governança clínica, bioética e responsabilidade jurídica nas decisões de elevada complexidade em serviços de urgência e emergência, considerando os efeitos da escassez de recursos sobre a atuação dos profissionais de saúde. A investigação partiu do problema da concentração individual de decisões distributivas condicionadas por limitações estruturais, buscando compreender em que medida a institucionalização de protocolos assistenciais pode contribuir para a segurança decisória, a proteção profissional e a prevenção do sofrimento moral.

A análise desenvolvida permite sustentar que a ausência de diretrizes institucionais formalizadas amplia a vulnerabilidade dos processos decisórios, especialmente quando a definição de prioridades assistenciais depende exclusivamente da avaliação individual do médico plantonista. Nessas circunstâncias, a insuficiência de recursos materiais pode produzir consequências que ultrapassam a dimensão clínica, alcançando a responsabilidade jurídica, a integridade profissional e a própria legitimidade dos critérios utilizados na distribuição da assistência.

No campo jurídico, verificou-se que a distinção entre falhas estruturais do serviço e condutas profissionais constitui elemento indispensável à adequada atribuição de responsabilidades. A escassez de recursos não afasta automaticamente os deveres estatais, tampouco estabelece presunção de ausência de culpa individual. A avaliação de eventual responsabilização depende das circunstâncias concretas, da observância dos parâmetros técnicos aplicáveis e da demonstração dos pressupostos jurídicos

pertinentes, não podendo ser substituída pela simples existência ou ausência de protocolos institucionais.

Quanto à dimensão bioética, a pesquisa identificou a necessidade de diferenciar o sofrimento moral associado a impedimentos institucionais, as experiências potencialmente relacionadas à *moral injury* e os processos de esgotamento ocupacional. Embora esses fenômenos possam coexistir, apresentam fundamentos e manifestações distintos. Sua compreensão permite reconhecer que a proteção dos profissionais não deve permanecer restrita a intervenções individuais, demandando também medidas organizacionais voltadas à distribuição adequada das responsabilidades e ao acolhimento das equipes após eventos críticos.

Como contribuição aplicada, desenvolveu-se um modelo de governança clínica estruturado em critérios de priorização assistencial, mecanismos de deliberação compartilhada, definição de competências, documentação auditável e suporte institucional pós-evento. A proposta busca conferir maior transparência e rastreabilidade às decisões, preservando a autonomia técnica dos profissionais e a necessidade de avaliação individualizada dos pacientes. Os instrumentos prognósticos apresentados constituem recursos auxiliares, cuja utilização deve observar suas limitações científicas e incorporar salvaguardas contra práticas discriminatórias.

A implementação desse modelo pressupõe compatibilidade com a organização dos serviços de saúde, integração com os sistemas de regulação, capacitação das equipes e mecanismos permanentes de acompanhamento. Sua adoção não substitui o dever estatal de assegurar condições adequadas de assistência, nem autoriza

transformar procedimentos administrativos em obstáculos ao atendimento imediato. A governança clínica deve funcionar como instrumento de qualificação das decisões, e não como mecanismo de transferência ou ocultação das responsabilidades institucionais.

Reconhece-se, contudo, que a natureza teórico-propositiva da investigação impede afirmar que os instrumentos desenvolvidos reduzam efetivamente a litigiosidade, os eventos adversos ou a ocorrência de sofrimento moral. A validação por especialistas e a realização de estudos em unidades assistenciais constituem etapas necessárias para examinar sua viabilidade operacional, aceitabilidade profissional e repercussões sobre a segurança do paciente. Investigações futuras também poderão avaliar a influência das desigualdades regionais e das condições de vulnerabilidade sobre a aplicação dos critérios de priorização.

Conclui-se que a contribuição central da governança clínica reside na transformação de decisões tradicionalmente individualizadas em processos institucionalmente fundamentados, transparentes e sujeitos à revisão. A articulação entre bioética, direito médico e compliance assistencial oferece parâmetros para conciliar responsabilidade profissional, justiça distributiva e proteção da dignidade humana, sem desconsiderar os limites materiais dos serviços públicos de saúde. Assim, a institucionalização de mecanismos decisórios constitui uma alternativa juridicamente relevante para aprimorar a gestão das escolhas trágicas, desde que acompanhada de responsabilidade organizacional e compromisso permanente com a qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 fev. 2026.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Código Penal. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 15 fev. 2026.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 15 fev. 2026.

BRASIL. **Lei nº 15.378, de 6 de abril de 2026.** Dispõe sobre o Estatuto dos Direitos do Paciente e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 abr. 2026. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2026/lei/l15378.htm. Acesso em: 15 ago. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 ago. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45/DF.** Relator: Ministro Celso de Mello. Julgamento em: 29 abr. 2004. Diário da Justiça, Brasília, DF, 4 maio 2004.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 855.178/SE.** Tema 793. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal, [s. d.].

CHARLSON, Mary E.; POMPEI, P.; ALES, K. L.; MACKENZIE, C. R. **A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies:** development and validation. Journal of Chronic Diseases, New York, v. 40, n. 5, p. 373-383, 1987. DOI: 10.1016/0021-9681(87)90171-8. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19683376/. Acesso em 10 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.805, de 28 de novembro de 2006.** Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 169, 28 nov. 2006. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805. Acesso em 12 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **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 1, Brasília, DF, p. 269-270, 31 ago. 2012. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=244750. Acesso em 15 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 2.156, de 28 de outubro de 2016.** Estabelece os critérios de admissão

e alta em unidade de terapia intensiva. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 138-139, 17 nov. 2016. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2156_2016.pdf. Acesso em 17 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018.** Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 179, 1 nov. 2018. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217. Acesso em 17 set. 2026.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

EMANUEL, Ezekiel J.; PERSAD, Govind; UPSHUR, Ross; THOME, Beatriz; PARKER, Michael; GLICKMAN, Aaron; ZHANG, Cathy; BOYLE, Connor; SMITH, Maxwell; PHILLIPS, James P. **Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19.** New England Journal of Medicine, v. 382, p. 2049-2055, 2020. DOI: 10.1056/NEJMsb2005114. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsb2005114?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F. Acesso em 18 set. 2026.

GRIFFIN, Brandon J.; WEBER, Marcela C.; HINKSON, Kent D.; JENDRO, Ashlyn M.; PYNE, Jeffrey M.; SMITH, Andrew J.; USSET, Timothy; CUCCIARE, Michael A.; NORMAN, Sonya B.; KHAN, Amanda; PURCELL, Natalie; MAGUEN, Shira. **Toward a dimensional contextual model of moral injury:** a scoping review on healthcare workers. Current Treatment Options in Psychiatry, v. 10, p. 199-216,

2023. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s40501-023-00296-4. Acesso em 15 set. 2026.

LITZ, Brett T.; STEIN, Nathan; DELANEY, Eileen; LEBOWITZ, Leslie; NASH, William P.; SILVA, Caroline; MAGUEN, Shira. **Moral injury and moral repair in war veterans:** a preliminary model and intervention strategy. Clinical Psychology Review, New York, v. 29, n. 8, p. 695-706, 2009. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19683376/. Acesso em 12 set. 2026.

LITZ, Brett T.; WALKER, Hannah E. **Moral injury:** an overview of conceptual, definitional, assessment, and treatment issues. Annual Review of Clinical Psychology, v. 21, p. 251-277, 2025. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32239155/. Acesso em 12 set. 2026.

MARANHÃO, Giovanna; BIONDO, Flávia (coord.). **Compliance e governança na saúde:** cenários, práticas e desafios no Brasil. São Paulo: Almedina, 2021.

PERSAD, Govind; WERTHEIMER, Alan; EMANUEL, Ezekiel J. **Principles for allocation of scarce medical interventions.** The Lancet, v. 373, n. 9661, p. 423-431, 2009. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19186274/. Acesso em 12 set. 2026.

RABIN, Sarah; KIKA, Natalia; LAMB, Danielle; MURPHY, Dominic; STEVELINK, Sharon A. M.; WILLIAMSON, Victoria; WESSELY, Simon; GREENBERG, Neil. **Moral injuries in healthcare workers:** what causes them and what to do about them? Journal of Healthcare Leadership, v. 15, p. 153-160, 2023. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37605753/. Acesso em 10 set. 2026.

SCALLY, Gabriel; DONALDSON, Liam J. **Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England.** BMJ, London, v. 317, n. 7150, p. 61-65, 1998.

STYRON, William. **Sophie's choice.** New York: Random House, 1979.

VINCENT, Jean-Louis; MORENO, R.; TAKALA, J.; WILLATTS, S.; DE MENDONÇA, A.; BRUINING, H.; REINHART, C. K.; SUTER, P. M.; THIJS, L. G.. **The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure.** Intensive Care Medicine, Berlin, v. 22, n. 7, p. 707-710, 1996. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8844239/. Acesso em 12 set. 2026.

WILLIAMSON, Victoria. MURPHY. Dominic; GREENBERG, Neil. **COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers.** Occupational Medicine, v. 70, n. 5, p. 317-319, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32239155/. Acesso em 12 set. 2026.

---

[1] MBA em Gestão Pública-UEA. Universidade do Estado do Amazonas - UEA. ORCID: https://orcid.org/0009-0006-6894-8035. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8076160549581350. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[2] Doutor em Ciências pela FEA/USP. Universidade do Estado do Amazonas - UEA. Av. Major Gabriel, 767, Centro, Manaus – AM, CEP 69. 020-060. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1139-5234. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[3] Doutoranda em Direito Ambiental pela Universidade do Estado do Amazonas - UEA. Av. Major Gabriel, 767, Centro, Manaus – AM, CEP

69. 020-060. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6104-3563. E-mail:
acesse o artigo original para visualizar o e-mail