

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

William Candido Cerqueira¹;

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

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

Edith Maria Marques Magalhães²;

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

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

Paula Fernanda Chaves Soares³.

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

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

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

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

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

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

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Direitos do paciente no cotidiano do cuidado

5.1.1 Direito a cuidado digno, seguro e de qualidade

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

Na prática, envolve:

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

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

5.1.2 Direito à informação clara e acessível

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

Acessibilidade pode exigir:

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

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

5.1.3 Direito de participar das decisões

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

Participar inclui:

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

5.1.4 Direito ao consentimento informado

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

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

5.1.5 Direito à recusa

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

5.1.6 Direito de indicar representante e elaborar diretivas antecipadas

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

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

5.1.7 Direito à confidencialidade e à privacidade

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

Privacidade inclui:

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

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

5.1.8 Direito à não discriminação

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

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

5.1.9 Direito à segunda opinião

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

5.1.10 Direito de acessar o prontuário

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

5.1.11 Direito a cuidados paliativos e apoio familiar

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

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

5.1.12 Direito a acompanhante

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

5.2 Responsabilidades compartilhadas

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

5.2.1 Compartilhar informações relevantes

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

5.2.2 Fazer perguntas diante de dúvidas

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

5.2.3 Informar desistência ou mudança de decisão

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

5.2.4 Manter diretivas disponíveis e indicar representante

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

5.2.5 Respeitar regras e direitos de outras pessoas

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

Cuidado com o equívoco

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

5.3 Da norma à realidade institucional

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

5.3.1 O que uma instituição pode fazer

Divulgar direitos e responsabilidades em linguagem acessível;

Incluir representantes de usuários em ações educativas;

Revisar formulários de consentimento;

Criar campos para representante e diretivas;

Treinar equipes em comunicação e decisão compartilhada;

Proteger dados e regular uso de imagens;

Definir canais para conflitos éticos;

Monitorar discriminação, segurança e satisfação;

Apoiar profissionais em sofrimento moral;

Produzir relatórios e planos de melhoria.

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

5.4 Recomendações para profissionais

5.4.1 Transforme informação em compreensão

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

5.4.2 Diferencie preferência, indicação e possibilidade

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

5.4.3 Faça do consentimento um processo

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

5.4.4 Proteja privacidade em espaços físicos e digitais

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

5.4.5 Discuta dilemas de forma estruturada

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

5.4.6 Valorize a escuta multiprofissional

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

5.4.7 Reconheça sofrimento moral

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

5.4.8 Registre decisões e reavaliações

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

5.5 Recomendações para instituições

Educação permanente em bioética

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

Espaços de deliberação

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

Clima ético e liderança

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

Proteção de dados

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

Acessibilidade

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

Prevenção da discriminação

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

Apoio diante de terminalidade

Integrar cuidados paliativos, comunicação com famílias e planejamento antecipado.

5.6 Recomendações para pacientes e familiares

Prepare perguntas

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

Peça explicações em linguagem compreensível

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

Expresse valores e preferências

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

Conheça o plano

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

Verifique informações essenciais

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

Registre representante e diretivas

Converse com pessoas de confiança e mantenha documentos disponíveis.

Utilize canais institucionais

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

5.7 Ferramenta 1 - Checklist de análise bioética

Antes de decidir, pergunte:

Qual é o problema que exige decisão?

Quais fatos e incertezas são relevantes?

O paciente possui capacidade para esta decisão?

Recebeu informação acessível e suficiente?

Quais são seus valores e preferências?

Quais benefícios são esperados?

Quais danos podem ocorrer ou ser evitados?

Existem questões de justiça, escassez ou discriminação?

Quem precisa participar da deliberação?

A decisão será registrada, comunicada e reavaliada?

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

5.8 Ferramenta 2 - Perguntas para profissionais

Antes de propor uma conduta

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

Antes de solicitar consentimento

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

Diante de recusa

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

Diante de conflito

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

5.9 Ferramenta 3 - Perguntas para pacientes e familiares

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

Posso buscar segunda opinião?

Quem terá acesso às minhas informações?

Como registrar meu representante ou diretivas?

Qual canal devo procurar se tiver dúvida ou reclamação?

5.10 Ferramenta 4 - Fluxo simplificado diante de conflito

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

5.11 Ferramenta 5 - Qual direito está envolvido?

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

5.12 Ferramenta 6 - Roteiro para discussão de casos

Resuma o caso sem dados identificadores.

Declare a decisão necessária.

Liste fatos e incertezas.

Identifique capacidade, vontade e representante.

Aponte direitos e princípios envolvidos.

Liste alternativas.

Compare benefícios, danos e efeitos distributivos.

Registre divergências da equipe.

Formule recomendação e justificativa.

Defina comunicação, responsáveis e revisão.

5.13 A pesquisa que inspirou este e-book

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

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

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

5.14 Implementação como devolutiva institucional

O e-book pode ser utilizado em:

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

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

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

5.15 Implementação como devolutiva social

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

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

5.16 Indicadores para acompanhar uma cultura ética

Instituições podem acompanhar:

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

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

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

METODOLOGIA

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

Compromissos possíveis

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

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

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

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 15 ago. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709compilado.htm. Acesso em: 6 ago. 2026.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed., 4. reimp. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1444-0.

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

CERQUEIRA, W. C.; MAGALHÃES, E. M. M.; SOARES, P. F. C. Educação em saúde sob a perspectiva bioética: entre o principialismo e a intervenção no contexto da Vigilância em Saúde. **Revista de Gestão e Secretariado**, [S. l.], v. 16, n. 10, e5334, 2025. DOI: <https://doi.org/10.7769/gesec.v16i10.5334>.

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

REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 160p. (Temas em Saúde). DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413906>.

SCHAEFER, R. et al. Intervenções para promover o clima ético: revisão de escopo. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 32, e3544PT, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-803420243544PT>.