

O DEPRO-departamento de defesa profissional e a Banca A. Couto & Souza Advogados, responsável pelo Departamento Jurídico do CBC- Colégio Brasileiro de Cirurgiões, atendendo às solicitações formuladas pelos seus Membros, resolveram, cumprir o chamamento determinado pelo Sr. Presidente, Dr. Pedro Eder Portari e prepararam uma contribuição efetiva e prática para auxiliar os seus cirurgiões no cumprimento da Lei (CDC-8078/90) e da Resolução 1/2016-CFM, relativamente sobre a questão de informar e obter consentimento do paciente, antes do proceder, na relação médico-paciente.

O chamado TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, *a posteriori*, adjetivado como LIVRE E ESCLARECIDO, pretende fazer prova de que o cirurgião cumpriu as obrigações de informar e de obter o consentimento, sendo certo entender que a maioria dos procedimentos realizados utilizam a forma tácita, mas, nomeadamente para a nossa casuística de cirurgias, recomendamos a forma expressa, vez que os Poderes Judicantes consideram “negligencia” ,(culpa), a não comprovação, pelo cirurgião, da obtenção do consentimento e das informações suficientes sobre o procedimento ajustado, vez que o CDC-Código do Consumidor, trouxe a inversão do ônus da prova. Assim deve ser ele, expresso e produzido pelo Cirurgião.

Inexiste um proceder igual ao outro;

A pessoa humana do cirurgião e a pessoa humana do paciente, são únicos e subsumidos aos fatores antropológicos, fisiológicos e sociológicos;

A cirurgia é um fato social único e não se repetirá;

Nenhum Termo de Consentimento Informado será capaz de inibir todas as possibilidades de ocorrência de revés, atendendo as limitações da ciência médica e das variações dos fatores que compõem a relação médico-paciente, além das condições humanas do paciente;

Além dos erros (humanos ou mecânicos), existem aqueles eventos que não guardam responsabilidade com os atos médicos dos cirurgiões (caso fortuito- previsível e inevitável-risco inerente ao procedimento) e o caso de força maior (imprevisível e inevitável).

Posto isto, decidimos disponibilizar um roteiro de Termo de Consentimento Informado, com os elementos mínimos e indispensáveis, objetivando permitir ao cirurgião que complemente as especificidades técnicas e factuais que caracterizam a sua cirurgia única, bem como lhe permita definir e adequar o que considera os riscos prováveis (fortuito)e, que podem vir a ser caracterizados como riscos inerentes ao procedimento.



O maior ensinamento nessa questão é que o Poder Judiciário, por óbvio, é leigo em Medicina e decidirá sobre a existência, validade ou abrangência do Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido, razão pela qual o nosso Departamento Jurídico poderá ser consultado para elucidar dúvidas específicas do Cirurgião. Para os casos mais graves ou oriundo de desfechos insatisfatórios, recomendamos um Termo menos genérico, mas sobre isso melhor dirá o Cirurgião.

O presente modelo, elaborado com base nas hipóteses médicas prováveis e não estruturado em *numerus clausus*, contou com o destacado trabalho desenvolvido pelo ilustre Dr. Leonardo Emílio da Silva, TCBC, Diretor do Depro, que parametrizou, de forma ímpar, as necessidades frequentes observadas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No que tange à aplicação médica, o instrumento demonstra-se amplamente útil em sua maioria, atendendo aos requisitos técnicos e éticos inerentes à prática cirúrgica.

O Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), em conjunto com o escritório A. Couto & Souza Advogados, ressalta que não se propõe a criação de um modelo único ou definitivo para utilização generalizada em intervenções cirúrgicas. Antes, o objetivo primordial é fomentar a conscientização sobre a indispensável necessidade da elaboração e utilização do TCLE, assegurando que este instrumento jurídico refletira, de maneira clara e inequívoca, os seguintes elementos essenciais:

1. A manifestação de boa-fé por parte dos atores envolvidos;
2. A transmissão adequada e suficiente das informações pertinentes ao procedimento;
3. A autorização livre, consciente e inequívoca do paciente ou seu representante legal para a realização do ato cirúrgico.

O Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) e a Banca A. Couto & Souza Advogados esperam, com este trabalho, ter contribuído para o aprimoramento e a conscientização sobre a obrigação exclusiva do cirurgião na elaboração e aplicação do TCLE, reforçando a importância deste instrumento como garantia de transparência, ética e segurança jurídica no exercício da medicina cirúrgica.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado(a) em _____, declaro para os devidos fins que fui devidamente informado(a), de forma clara, objetiva e detalhada, pelo Dr(a). _____, CRM nº _____, sobre o tratamento/procedimento médico a que serei submetido(a), denominado _____.

1. Descrição do Procedimento:

O médico responsável explicou-me detalhadamente a natureza do procedimento/tratamento a que serei submetido(a), incluindo sua finalidade, a técnica utilizada, os cuidados pré-operatórios e pós-operatórios, e a forma como o tratamento será conduzido. Também fui informado(a) sobre as alternativas terapêuticas disponíveis e suas respectivas vantagens e desvantagens.

2. Riscos e Complicações:

Compreendi que todo tratamento/procedimento médico, especialmente os de natureza cirúrgica, envolve riscos e que, apesar da capacitação técnica do médico e da equipe envolvida, podem ocorrer complicações como _____ (mencionar complicações mais comuns e possíveis). O médico explicou-me, de forma clara, a possibilidade de complicações que podem variar desde leves a graves, incluindo, mas não se limitando a: _____ (incluir possíveis consequências, como infecções, reações alérgicas, danos a órgãos, etc.).

3. Benefícios Esperados:

Fui informado(a) sobre os benefícios esperados deste procedimento, compreendendo que, em muitos casos, os resultados podem variar de acordo com as condições individuais de saúde e a resposta ao tratamento. O médico não garantiu resultados específicos, e estou ciente de que o sucesso do tratamento depende de múltiplos fatores.

4. Alternativas:

Foi-me explicado sobre as alternativas terapêuticas disponíveis, tanto cirúrgicas quanto não-cirúrgicas, e as razões pelas quais o procedimento proposto foi considerado o mais indicado para o meu caso.

5. Uso de Hemoderivados:

No decorrer do procedimento cirúrgico eletivo ao qual serei submetido(a), pode haver a necessidade do uso de hemoderivados, como transfusões sanguíneas, para garantir a segurança e a eficácia do tratamento. Embora a utilização de hemoderivados seja previamente discutida e acordada, reconhece-se que, em situações excepcionais e emergenciais, imprevistos podem ocorrer durante o ato cirúrgico. Mesmo com a adoção de todas as medidas técnicas preventivas, a transfusão sanguínea pode se tornar necessária para preservar minha vida.

De acordo com a Resolução CFM nº 2.232/2019, em situações de urgência ou emergência, o médico tem o dever ético e legal de agir em favor da vida do paciente. A recusa ao uso de hemotransfusão, embora seja respeitada em procedimentos eletivos, só tem validade quando expressa de forma livre, consciente e devidamente informada. No entanto, em emergências, a preservação da vida prevalece sobre qualquer outra decisão, conforme os princípios éticos e as normativas do Conselho Federal de Medicina, salvo nos casos de existência previa de declaração expressa de vontade do paciente.

Declaro estar ciente e devidamente esclarecido(a) sobre a possibilidade do uso de hemoderivados durante a cirurgia, bem como sobre as implicações de sua utilização em circunstâncias emergenciais, conforme previsto na legislação vigente e nos preceitos éticos da profissão médica.

6. Responsabilidades do Paciente:

Compreendi que tenho responsabilidades específicas na preparação para o procedimento e durante o período de recuperação, incluindo a adesão a todas as orientações médicas fornecidas. Fui orientado(a) sobre a importância de seguir todas as recomendações pré e pós-operatórias, incluindo o uso correto de medicamentos prescritos, repouso, e comparecimento às consultas de acompanhamento.

7. Possibilidade de Modificação do Procedimento:

Fui informado(a) de que, durante a execução do procedimento, pode haver necessidade de modificação ou extensão da abordagem inicialmente prevista, a critério do médico, visando preservar minha saúde e segurança. Desde já, autorizo o(a) médico(a) responsável a adotar todas as medidas que julgar necessárias em prol do meu bem-estar.



8. Direitos do Paciente e Direito à Informação:

Compreendo que tenho o direito de revogar este consentimento a qualquer momento, antes da realização do procedimento, e que posso buscar esclarecimentos adicionais sobre quaisquer dúvidas remanescentes. O médico responsável comprometeu-se a responder a todas as perguntas que fiz de forma transparente e acessível.

9. Proteção Jurídica e Código de Defesa do Consumidor:

Tomei ciência de que o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990) ampara os serviços médicos, garantindo-me o direito à informação clara e adequada sobre o procedimento, bem como sobre os riscos envolvidos. Por outro lado, reconheço que o médico me forneceu todas as informações necessárias para a tomada de decisão de forma livre e consciente, em conformidade com as normativas do Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM nº 1/2016) e o Código de Ética Médica.

10. Autorização e Consentimento:

Por meio deste documento, declaro expressamente que recebi todas as informações necessárias sobre o procedimento/tratamento proposto e que estou ciente dos riscos, benefícios e alternativas. Concordo em me submeter ao referido procedimento, assumindo os riscos inerentes e compreendendo que não há garantias de resultados.

Observação: Qualquer alteração no estado de saúde ou reações adversas deve ser comunicada imediatamente ao médico responsável.

Declaro ainda que me foi proporcionado tempo suficiente para considerar as informações fornecidas e para tomar uma decisão informada, consciente e voluntária. Estou ciente de que posso, a qualquer momento, solicitar a interrupção do tratamento e que isso será respeitado, desde que não traga riscos iminentes à minha saúde.

Por fim, autorizo expressamente a equipe médica a proceder conforme as orientações estabelecidas neste termo.

Local e Data: _____

Assinatura do(a) Paciente: _____

Assinatura do(a) Médico(a): _____

CRM: _____