

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
|  <p>Hospital Nossa Senhora das Dores</p> | POLÍTICA INSTITUCIONAL | Padrão Nº: POL-DIRHOSP-003 |
| | Setor: Todos os Setores | Estabelecido em: Maio/2025 |
| | | Versão: 0 |
| | | Data da Versão: 15/06/2025 |
| Página 1 de 6 | | |
| POLÍTICA DE TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO | | |

Siglas e Definições

HNSD: Hospital Nossa Senhora das Dores

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Consentimento Informado: É o processo pelo qual uma pessoa dá permissão ou se recusa a ser submetida a um procedimento diagnóstico ou terapêutico. É direito do paciente ser informado de toda e qualquer decisão que afete sua integridade física e/ou moral, para que possa decidir sobre os riscos e benefícios envolvidos.

Autonomia: Todo o indivíduo tem direito de consentir ou recusar propostas de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico que tenham potencial de afetar sua integridade, físico, psíquica ou social.

Recusa de Consentimento: Podem ocorrer situações em que o paciente negue seu consentimento para a realização de determinado procedimento médico, com graves consequências para sua saúde. Nesses casos, havendo dúvidas sobre sua capacidade de decisão, convém que o médico solicite avaliação especializada. Se o paciente é capaz e negar seu consentimento, o médico deve registrar sua decisão por escrito; propor alternativas, se existentes; dar-lhe tempo para reflexão; explicar o prognóstico e as consequências; e, finalmente, preencher um termo de recusa.

Revogação: O consentimento para o procedimento pode ser revogado a qualquer momento mediante manifestação expressa do paciente e/ou responsável legal, antes da realização do procedimento. O HNSD orienta os médicos do seu Corpo Clínico a obterem o Consentimento Informado de seus clientes/ pacientes que deverá ser assinado pelo próprio paciente / cliente ou responsável.

Objetivo

Estabelecer a política e as diretrizes necessárias à aplicação do Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (TCLE);

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
|  <p>Hospital Nossa Senhora das Dores</p> | POLÍTICA INSTITUCIONAL | Padrão N°: POL-DIRHOSP-003 |
| | Setor: Todos os Setores | Estabelecido em: Maio/2025 |
| | | Versão: 0 |
| | | Data da Versão: 15/06/2025 |
| | | Página 2 de 6 |
| POLÍTICA DE TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO | | |

Descrever o conceito de Consentimento Informado e os critérios de aplicação; Definir a documentação que comprova a aplicação do Consentimento Informado e que deve ser anexada aos prontuários dos pacientes atendidos na instituição;

Descrever o processo e os agentes envolvidos na aplicação de Consentimento Informado aos pacientes atendidos nas unidades assistenciais.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está em consonância com o princípio da autonomia e da dignidade da pessoa humana, sendo, também, uma oportunidade de fortalecimento do vínculo entre o profissional e o paciente conforme POL - DIRHOSP - 002 - Política da Dignidade

Diretrizes

O Consentimento Informado Livre e Esclarecido do paciente é parte do ato médico e deve anteceder todo e qualquer procedimento diagnóstico e/ou terapêutico com potencial para causar dano ou agravo à saúde do mesmo ou apresentar efeitos indesejáveis durante sua execução ou após sua finalização.

Essa Política estabelece os critérios para a aplicação do "Consentimento Informado" e seu registro em prontuário do Hospital Nossa Senhora das Dores.

Não é permitida a realização de quaisquer procedimentos sem que o médico assistente apresente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinado por quem de direito, em todas as hipóteses em que for exigido.

Descrição

APLICAÇÃO

A aplicação do termo de consentimento informado livre e esclarecido (TCLE) é obrigatório para todos os pacientes internados ou em atendimento ambulatorial que realizarão exames e/ou

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
|  Hospital Nossa Senhora das Dores | POLÍTICA INSTITUCIONAL | Padrão Nº: POL-DIRHOSP-003 |
| | Setor: Todos os Setores | Estabelecido em: Maio/2025 |
| | | Versão: 0 |
| | | Data da Versão: 15/06/2025 |
| | | Página 3 de 6 |
| POLÍTICA DE TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO | | |

procedimentos diagnósticos e ou terapêuticos ou que envolvam a administração de medicamentos, hemoderivados, contrastes radiológicos, administração de medicamentos, anestesia (sedação) entre outros. Antes da realização do procedimento diagnóstico e/ou terapêutico, o profissional que realizará o procedimento ou um membro de sua equipe que possua conhecimentos técnicos similares ao executor deve explicar claramente ao paciente e/ou responsável qual (is) é (são) a (s) hipótese (s) diagnóstica (s), bem como procedimento proposto, os riscos, benefícios, possíveis complicações, alternativas e chances de êxito, e os riscos e consequências da não realização do procedimento. O profissional deve propiciar ao paciente e/ou responsável o esclarecimento de quaisquer dúvidas, de forma clara e compreensível, certificando-se de que o mesmo compreendeu as informações repassadas. Obtido o consentimento verbal, o profissional deve entregar o Termo de Consentimento ao paciente e/ou responsável para assinatura. O termo deve ser devidamente preenchido com letra clara e legível, sem utilização de abreviaturas, contendo a data e assinatura do médico.

Tratando-se de menor de idade, com pais definidos, deve-se localizar um responsável na figura de um deles. No caso de pacientes menores de idade sem pais que assumam a condição de responsável, deve-se localizar os curadores designados em juízo. Quando se tratar de pessoa na maioridade interdita por algum motivo, o responsável legal será o curador. Na ausência de curador, deve-se tentar localizar um familiar de 1º grau; na inexistência desta, aos parentes de até 4º grau. O vínculo familiar deverá ser comprovado documentalmente.

Em situações de recusa do paciente de parte ou da totalidade do tratamento que lhe foi indicado e desde que não esteja em situação de risco iminente de morte, o paciente deve assinar o "Termo de Recusa de Tratamento, na presença de testemunha, preferencialmente de um familiar. Para assinatura do Termo de Recusa, a equipe médica deve certificar-se de que o paciente demonstra ter compreendido sua condição clínica, os riscos da não realização do procedimento e eventuais consequências. Na hipótese do paciente ser relativamente ou absolutamente incapaz, a sua recusa e/ou a do seu responsável deve ser imediatamente comunicada a Diretoria Técnica e havendo indicação, às autoridades competentes para decisão final.

O paciente tem o direito de revogar o consentimento até que o procedimento seja realizado,

Nos casos de situações de urgência/emergência ou quando o retardo na tomada de decisão implique em agravos a situação clínica ou ainda não havendo condições do paciente consentir

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
|  <p>Hospital Nossa Senhora das Dores</p> | POLÍTICA INSTITUCIONAL | Padrão N°: POL-DIRHOSP-003 |
| | Setor: Todos os Setores | Estabelecido em: Maio/2025 |
| | | Versão: 0 |
| | | Data da Versão: 15/06/2025 |
| | | Página 4 de 6 |
| POLÍTICA DE TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO | | |

com a realização do procedimento, um familiar/responsável deve ser localizado para a obtenção de sua anuência. Não havendo sucesso nesse contato ou na impossibilidade de o responsável assinar o termo de consentimento, havendo a restrição do tempo para a tomada da decisão após concordância com o médico titular do caso, o médico executor deverá registrar essa condição no prontuário do paciente e dar prosseguimento ao procedimento.

Em situações em que o paciente estiver internado e acompanhado somente por um cuidador, a equipe de enfermagem deve entrar em contato com a família para informar da necessidade de um exame e/ou procedimento que requer consentimento informado e na indisponibilidade da presença do responsável legal anotar este contato no prontuário do paciente. O médico executor deverá registrar essa condição no prontuário do paciente no impresso de consentimento institucional.

Procedimentos que exigem Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

- Procedimentos cirúrgicos de qualquer porte;
- Procedimentos invasivos diagnósticos ou terapêuticos, como: punções para diagnóstico, procedimentos endoscópicos, utilização de substâncias radioativas, utilização de contrastes radiológicos endovenosos, administração de quimioterápicos, cateteres centrais, cateteres de longa permanência e drenos.
- Procedimentos diagnósticos ou terapêuticos não invasivos, mas que possam desencadear alterações físicas que tragam risco a segurança do paciente.
- Pacientes submetidos a procedimentos anestésicos, incluindo todas as modalidades de anestesia e sedação, com exceção de anestesia local.
- Pacientes submetidos à transfusão de sangue e hemocomponentes

A instituição padronizou os termos conforme os principais procedimentos realizados, sendo aprovados e avaliados pela Comissão de Prontuário e pelo jurídico. Todos os termos estão disponíveis no Site institucional do HNSD.

REGISTROS

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
|  <p>Hospital Nossa Senhora das Dores</p> | POLÍTICA INSTITUCIONAL | Padrão N°: POL-DIRHOSP-003 |
| | Setor: Todos os Setores | Estabelecido em: Maio/2025 |
| | | Versão: 0 |
| | | Data da Versão: 15/06/2025 |
| Página 5 de 6 | | |
| POLÍTICA DE TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO | | |

TERMO DE CONSENTIMENTO COLECISTECTOMIA COM OU SEM COLANGIOGRAFIA
 TERMO DE CONSENTIMENTO PARA AMPUTAÇÃO
 TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTESICO
 TERMO DE ESCLARECIDO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE TOMOGRAFIA
 COMPUTADORIZADA
 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE
 PROCEDIMENTO EM HEMODINÂMICA
 TERMO DE ESCLARECIDO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA
 TERMO DE CONSENTIMENTO DE HEMOTRANSFUSÃO
 TERMO DE CONSENTIMENTO DE TRAQUEOSTOMIA
 TERMO DE RESPONSABILIDADE RECUSA DE TRATAMENTO
 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE IMPLANTE DE CATETER PARA
 QUIMIOTERAPIA OU HEMODIÁLISE
 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MASTOLOGIA
 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO VARIZES MMII
 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CIRURGIA ONCOLÓGICA
 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CIRURIGA GERAL
 TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA RENAL
 CRÔNICA
 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
 ORTOPÉDICO OU TRAUMATOLÓGICO
 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CIRURGIA GINECOLÓGICA
 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FÍSTULA ARTERIOVENOSA (FAV)

REGRAS DE CONSEQUÊNCIAS

As consequências, em caso de descumprimento destas diretrizes, serão tratadas em conformidade com o Código de Conduta, Regimento Interno do HNSD para os casos previstos, ou em deliberação do Conselho Administrativo mediante posicionamento das áreas envolvidas.

Referências

Código de Ética Médico: Capítulo IV: Dos Direitos Humanos

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--|-----------------------------------|
|  Hospital Nossa Senhora das Dores | POLÍTICA INSTITUCIONAL | | Padrão N°: POL-DIRHOSP-003 |
| | Setor: Todos os Setores | | Estabelecido em: Maio/2025 |
| | | | Versão: 0 |
| | | | Data da Versão: 15/06/2025 |
| | | | Página 6 de 6 |
| POLÍTICA DE TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO | | | |

Código Civil: Lei nº10. 406 de 10.01.2002

Código Civil: Lei Estadual número 10.241 de 17 de março de 1999

Norma Técnica Resolução SS-169 de 19/06/96

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM – Brasil). Resolução nº 1/2016. Acesso em 01 out 2021. Disponível em: [https:// portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf)

Resolução CFM N° 2174 DE 14/12/2017- Ato anestésico

Indicadores de Efetividade

Não se aplica

| Controle Histórico | | | | |
|--------------------|------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Revisão | Data | Elaboração | Verificação | Aprovação |
| 0 | 15/05/2025 | Ana Paula Duarte - Diretora Hospitalar | Welisson Geraldo Reis - Diretor de Operações | Adriana F. O. Oliver - Enfermeira da Qualidade Juliana A. B. S. Souza - Analista de Qualidade Welisson G. dos Reis - Diretor de Operações |

| Controle De Revisão | | | |
|---------------------|------|------|-------------------------|
| Revisão | Data | Item | Natureza das Alterações |
| NA | NA | NA | NA |