



HOSPITAL DR. ADOLFO
BEZERRA DE MENEZES
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP
EXCELÊNCIA EM AÇÕES INTEGRADAS
DE SAÚDE E TRATAMENTO DOS
TRANSTORNOS MENTAIS

POLÍTICA:	Termo de Consentimento Informado e Esclarecido			Página 1 de 10
Código:	Data de Emissão:	Vigência:	Próxima Revisão:	Versão:
010	20/10/2022	2023/2024	2025	1.0

1- INTRODUÇÃO

O consentimento livre e esclarecido consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante legal, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados.

Em situações normais, somente após devidamente esclarecido o paciente poderá manifestar sua anuência, ou não, decidindo por si, de forma autônoma e livre de influência ou de qualquer intervenção de elementos de erro, simulação, coação, fraude, mentira, astúcia ou outra forma de restrição. As informações e os esclarecimentos dados pelo médico têm de ser substancialmente adequados, ou seja, em quantidade e qualidade suficientes para que o paciente possa tomar sua decisão, ciente do que ocorre e das consequências que dela possam decorrer.

O paciente deve ter condições de confrontar as informações e os esclarecimentos recebidos com seus valores, projetos, crenças e experiências, para poder decidir e comunicar essa decisão, de maneira coerente e justificada.

O paciente pode retirar seu consentimento a qualquer tempo, sem que daí resulte a ele qualquer desvantagem ou prejuízo, exceto se a retirada do consentimento, quando já iniciado o procedimento médico, implicar possibilidade de dano, risco ou qualquer tipo de prejuízo ao paciente.

Os termos de Consentimentos estão em consonância com o princípio da autonomia e da dignidade da pessoa humana, devendo ser colhido e/ou dispensado nos seguintes casos:

- Internação Voluntária: Obrigatório;

Elaborado por:	Gustavo Zola Peres	Assinatura:		Data:	27/03/2023
Revisado por:	Misleine Fagundes Jaco	Assinatura:		Data:	13/03/23
Aprovado por:	Gracio Tomaz Saturno	Assinatura:		Data:	29/03/23
Padronizado por:	Elen Regiane Soares Lopes	Assinatura:		Data:	15/03/23



POLÍTICA:	Termo de Consentimento Informado e Esclarecido			Página 2 de 10
Código:	Data de Emissão:	Vigência:	Próxima Revisão:	Versão:
010	20/10/2022	2023/2024	2025	1.0

- Internação Involuntária: admite-se o tratamento sem consentimento, em casos de urgência e emergência ou quando as condições clínicas (psiquiátricas) não permitirem sua obtenção, devendo-se buscar o consentimento de um representante legal (ascendentes, descendentes, esposo (a), companheiro (a));

- Internação Compulsória: admite-se o tratamento sem consentimento, por força da decisão judicial, devendo-se buscar o consentimento de um representante legal (ascendentes, descendentes, esposo (a), companheiro (a) – de preferência, o autor do pedido judicial);

2- OBJETIVO

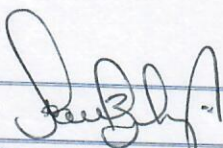
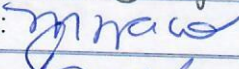
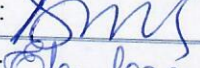
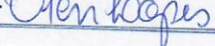
Estabelecer a política e os procedimentos necessários à aplicação dos seguintes termos de consentimento: “LIVRE E ESCLARECIDO GERAL PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR”; “RESPONSABILIDADE DE USO MEDICAMENTOS”; “TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DE PACIENTE” e “RECUSA A TRATAMENTO E/OU MEDICAÇÃO” no âmbito do HABM.

3- RESPONSABILIDADE

Médico

4- BOAS PRÁTICAS DA POLÍTICA

4.1- DIRETRIZES DO CONSENTIMENTO

Elaborado por:	Gustavo Zola Peres	Assinatura:		Data:	27/09/2023
Revisado por:	Misleine Fagundes Jaco	Assinatura:		Data:	13/09/23
Aprovado por:	Gracio Tomaz Saturno	Assinatura:		Data:	29/03/23
Padronizado por:	Elen Regiane Soares Lopes	Assinatura:		Data:	15/03/23



HOSPITAL DR. ADOLFO
BEZERRA DE MENEZES
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP
EXCELÊNCIA EM AÇÕES INTEGRADAS
DE SAÚDE E TRATAMENTO DOS
TRANSTORNOS MENTAIS

POLÍTICA:	Termo de Consentimento Informado e Esclarecido			Página 3 de 10
Código:	Data de Emissão:	Vigência:	Próxima Revisão:	Versão:
010	20/10/2022	2023/2024	2025	1.0

Os termos dessa política deverão seguir a Recomendação CFM 01/2016, Resolução CFM 2057/2013, Lei 10.2016/2001 – Proteção das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais, Lei 13.146/2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência, entre outras normas constitucionais e infraconstitucionais.

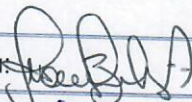
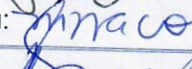
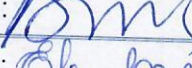

Os critérios para obtenção do consentimento livre e esclarecido são expressos em três fases:

a) **Elementos iniciais:** são as condições prévias que tornam possível o consentimento livre e esclarecido, quais sejam: efetivação das condições para que o paciente possa entender e decidir e a voluntariedade ao decidir, ou seja, a liberdade do paciente para adotar uma decisão.

b) **Elementos informativos:** ou seja, a exposição da informação material, com a explicação da situação, recomendações e indicações diagnósticas e terapêuticas. A informação material inclui dados sobre diagnóstico, natureza e objetivos da intervenção diagnóstica ou terapêutica necessária e indicada, alternativas, riscos, benefícios, recomendações e duração. Os elementos informativos devem ser esclarecedores, a fim de propiciar uma decisão autônoma. A autonomia de decidir depende da compreensão da informação, o que não significa informação de detalhes técnicos desnecessários.

c) **Compreensão da informação:** apenas ocorre se os dois primeiros elementos estiverem consolidados. O ato do consentimento, em si, compreende a decisão a favor, ou contra, do plano diagnóstico-terapêutico proposto e/ou a escolha entre as alternativas propostas.

A capacidade constitui elemento básico do consentimento e pode ser definida como a aptidão necessária para que uma pessoa exerça, pessoalmente, os atos da vida civil. Segundo o Código Civil brasileiro, a capacidade é um estado que compreende, em regra, a exigência da

Elaborado por:	Gustavo Zola Peres	Assinatura: 	Data: 27/03/2023
Revisado por:	Misleine Fagundes Jaco	Assinatura: 	Data: 13/03/23
Aprovado por:	Gracio Tomaz Saturno	Assinatura: 	Data: 29/03/23
Padronizado por:	Elen Regiane Soares Lopes	Assinatura: 	Data: 15/05/23



POLÍTICA:	Termo de Consentimento Informado e Esclarecido			Página 4 de 10
Código:	Data de Emissão:	Vigência:	Próxima Revisão:	Versão:
010	20/10/2022	2023/2024	2025	1.0

maioridade civil, ou seja, ter 18 anos ou mais, sendo considerados absolutamente incapazes para atos da vida civil os menores de 16 anos, os que não tiverem o necessário discernimento para a prática de determinado ato, em decorrência de enfermidade ou deficiência mental, e aqueles que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

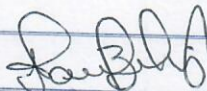
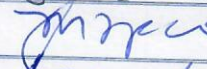
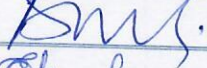
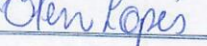
Assim, incluem-se no grupo daqueles que não possuem capacidade para outorgar o consentimento as crianças, os adolescentes menores de 18 anos, os portadores de doenças físicas ou mentais que comprometam o entendimento, pessoas inconscientes ou severamente debilitadas. Nesses casos, a legislação civil determina que o incapaz seja representado por quem a lei estabelecer, sendo que, na hipótese de menor, havendo divergência entre os pais que os representam, caberá ao juiz decidir a respeito.

5- PROCEDIMENTOS

5.1- RECUSA DE CONSENTIMENTO

Podem ocorrer situações em que o paciente negue seu consentimento para a realização de determinado procedimento médico (tratamento), com graves consequências para sua saúde. Nesses casos, havendo dúvidas sobre sua capacidade de decisão, convém que o médico solicite avaliação especializada (no caso psiquiátrica). 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 o TERMO DE RECUSA A TRATAMENTO E/OU MEDICAÇÃO.

5.2- SITUAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Elaborado por:	Gustavo Zola Peres	Assinatura:		Data:	27/03/2023
Revisado por:	Misleine Fagundes Jaco	Assinatura:		Data:	13/03/23
Aprovado por:	Gracio Tomaz Saturno	Assinatura:		Data:	27/03/23
Padronizado por:	Elen Regiane Soares Lopes	Assinatura:		Data:	15/03/23



HOSPITAL DR. ADOLFO
BEZERRA DE MENEZES
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP
EXCELÊNCIA EM AÇÕES INTEGRADAS
DE SAÚDE E TRATAMENTO DOS
TRANSTORNOS MENTAIS

POLÍTICA:	Termo de Consentimento Informado e Esclarecido			Página 5 de 10
Código:	Data de Emissão:	Vigência:	Próxima Revisão:	Versão:
010	20/10/2022	2023/2024	2025	1.0

Em situações de urgência e emergência, nas quais não seja possível obter o consentimento do paciente ou de seu representante, o médico atuará em favor da vida do paciente, amparado no princípio da beneficência, entre outros. Nesse momento, ao avaliar o que é melhor para o paciente (privilegio terapêutico), o médico adotará o procedimento mais adequado e cientificamente reconhecido para alcançar a beneficência.

No entanto, o médico sempre deverá considerar as diretivas antecipadas de vontade do paciente, se existentes e disponíveis, conforme determina a Resolução CFM nº 1.995/1235.

5.3- PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS

Pessoas com transtornos mentais graves poderão ser internados compulsoriamente para tratamento, por determinação judicial ou involuntariamente, a pedido da família ou indicação médica, devendo esta decisão ser comunicada ao Ministério Público estadual, num prazo de 72 horas, segundo prevê o artigo 8º, parágrafo 1º, da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental.

A Resolução CFM nº 2.057/2015 admite o tratamento sem consentimento, em casos de emergência ou quando as condições clínicas não permitirem sua obtenção, devendo-se buscar o consentimento de um representante legal (ascendentes, descendentes, esposo (a), companheiro (a)).

Nessas situações, porque a ação do médico é contrária à vontade do paciente, recomenda-se que o consentimento seja obtido do representante legal e do próprio paciente, caso o mesmo venha a recuperar sua capacidade.

5.4- ELEMENTOS

Elaborado por:	Gustavo Zola Peres	Assinatura:		Data:	27/03/2023
Revisado por:	Misleine Fagundes Jaco	Assinatura:		Data:	3/03/23
Aprovado por:	Gracio Tomaz Saturno	Assinatura:		Data:	29/03/23
Padronizado por:	Elen Regiane Soares Lopes	Assinatura:		Data:	15/03/23



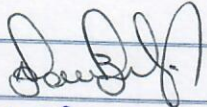
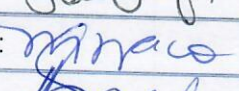
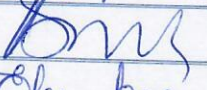
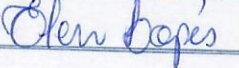
HOSPITAL DR. ADOLFO
BEZERRA DE MENEZES
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP
EXCELÊNCIA EM AÇÕES INTEGRADAS
DE SAÚDE E TRATAMENTO DOS
TRANSTORNOS MENTAIS

POLÍTICA:	Termo de Consentimento Informado e Esclarecido			Página 6 de 10
Código:	Data de Emissão:	Vigência:	Próxima Revisão:	Versão:
010	20/10/2022	2023/2024	2025	1.0

O HABM declara seu compromisso com a aplicação desses instrumentos visando informar adequadamente sobre o atendimento e os procedimentos realizados nos serviços. Recomenda-se para esse fim, a utilização dos seguintes termos:

- **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GERAL:** deve ser apresentado ao paciente e/ou responsável legal após o médico ou a pessoa capacitada por ele indicada esclarecê-lo, suficientemente, sobre o procedimento médico a que será submetido. Se o paciente tiver dúvidas, solicitar outros esclarecimentos ou sentir-se inseguro, deverá ser atendido com presteza, respeito e sem qualquer tipo de influência, constrangimento, coação ou ameaça, a fim de preservar sua autonomia e dignidade;
- **TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE DE USO MEDICAMENTOS:** deve ser esclarecido ao paciente e/ou responsável legal após o médico ou a pessoa capacitada por ele indicada, sobre benefícios, riscos, contraindicações, e principais efeitos adversos relacionados ao uso de certos medicamentos;
- **TERMO CONSENTIMENTO DE TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DE PACIENTE:** deve ser esclarecido ao paciente e/ou responsável legal, com base no artigo 14 da Lei Nº 13.709, de agosto de 2018, a necessidade do consentimento para a realização do tratamento de seus dados pessoais, podendo ser dispensado nos termos dos artigos 7º, 10º e 11º da referida norma.
- **TERMO DE RECUSA A TRATAMENTO E/OU MEDICAÇÃO:** deve ser apresentado ao paciente, responsável legal ou responsável pela internação, em situação na qual o paciente não concorde em fazer algum tratamento ou procedimento recomendado pela equipe do serviço. Após o médico propor alternativas, se existentes e dar-lhe tempo para reflexão;

6- ANEXO

Elaborado por:	Gustavo Zola Peres	Assinatura:		Data:	27/03/2023
Revisado por:	Misleine Fagundes Jaco	Assinatura:		Data:	13/03/23
Aprovado por:	Gracio Tomaz Saturno	Assinatura:		Data:	29/03/23
Padronizado por:	Elen Regiane Soares Lopes	Assinatura:		Data:	15/03/23



POLÍTICA:	Termo de Consentimento Informado e Esclarecido			Página 7 de 10
Código:	Data de Emissão:	Vigência:	Próxima Revisão:	Versão:
010	20/10/2022	2023/2024	2025	1.0

Anexo I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Internação Hospitalar

Paciente: _____

RG: _____ CPF/MF: _____

Número de prontuário: _____

Endereço: _____

Responsável Legal: _____

a) O HOSPITAL DR. ADOLFO BEZERRA DE MENEZES se responsabiliza pelos serviços prestados ao paciente, sendo estes limitados, exclusivamente, à sua estrutura física, equipe de enfermagem, auxiliares, médicos plantonistas e demais funcionários do Hospital. Deste modo, o paciente e/ou responsável autoriza o corpo clínico e a equipe multiprofissional do HABM a realizar todos os procedimentos indicados; realizar exames e métodos diagnósticos complementares; ministrar medicamentos e proceder todos os atos necessários indicados ao tratamento.

b) A proposta de Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento (s) ou Procedimento (s) a(s) qual (is) o paciente será submetido, seus benefícios, riscos, complicações e alternativas serão explicadas durante os cuidados assistenciais pela equipe médica. Será dada ao paciente e/ou responsável/ representante oportunidade para perguntas e respostas, visando o consentimento livre e esclarecido;

c) O Hospital fica expressamente autorizado a realizar exames, intervenções e tratamentos hospitalares, com objetivo diagnóstico e/ou terapêutico, quando devidamente requisitado pelo médico contratado, podendo para tanto, utilizar-se dos meios e técnicas apropriadas ao caso. Declaro, assim, estar ciente da natureza, necessidade e finalidade dos procedimentos já referidos, bem como dos riscos e da possibilidade de eventuais complicações, não havendo garantia sobre resultados, mas certeza de que serão tomadas as providências para bom êxito do procedimento, visando sempre o bem-estar do paciente, conforme alínea "b".

d) Durante a internação, os acompanhantes e visitantes deverão cumprir as normas estabelecidas no regulamento interno do hospital (horário de visita; troca de acompanhante etc.).

Elaborado por:	Gustavo Zola Peres	Assinatura:	Data: 27/03/2023
Revisado por:	Misleine Fagundes Jaco	Assinatura:	Data: 13/03/23
Aprovado por:	Gracio Tomaz Saturno	Assinatura:	Data: 29/03/23
Padronizado por:	Elen Regiane Soares Lopes	Assinatura:	Data: 15/03/23



POLÍTICA:	Termo de Consentimento Informado e Esclarecido			Página 8 de 10
Código:	Data de Emissão:	Vigência:	Próxima Revisão:	Versão:
010	20/10/2022	2023/2024	2025	1.0

- e) Tomarei precauções necessárias para a guarda de pertences pessoais, quando houver necessidade de permanecer em posse do paciente, estando plenamente ciente de que o Hospital Dr. Adolfo Bezerra de Menezes, não se responsabiliza pelos mesmos.
- f) O hospital reconhece que a equipe médica desta instituição é o responsável pelo tratamento dado ao paciente.
- g) Desde logo, autorizo a transferência do paciente para outra Unidade Hospitalar, desde que haja aquiescência do médico avaliador, o qual atestará as condições de transferência deste. Nesta hipótese, sendo a transferência identificada por necessidade ou solicitação do Hospital, a reserva de vaga na Unidade Hospitalar de destino será de responsabilidade do HABM, através da Central Regulação. Sendo a transferência solicitada pelo responsável e/ou familiar, a reserva de vaga na Unidade Hospitalar de destino será de responsabilidade deste último.
- h) Caso o paciente necessite de outra especialidade médica que não faça parte do corpo clínico do hospital, e cuja intervenção seja recomendada para a continuidade do tratamento e necessite que o paciente se ausente do hospital, tenho ciência que devo (erei) providenciar sua condução.
- i) Caso o paciente apresente alguma doença que não faça parte do perfil deste hospital, ele poderá ser referenciado ou transferido para outro hospital para que seja dado seguimento ao seu tratamento.
- j) As informações médicas sobre os pacientes serão dadas somente pelo médico assistente, e em casos de pacientes com transtornos mentais graves e/ou incapazes, as informações serão transmitidas no horário de atendimento familiar, pelo médico responsável, sempre pessoalmente.
- l) Fico ciente da obrigação de prover materiais de higiene, cigarro, vestimentas ou outros produtos que o hospital não venha a fornecer. Bem como da necessidade de visitas, licenças terapêuticas e atendimento familiar, afim de corroborar com o tratamento.
- m) É expressamente necessária a presença do responsável legal/ representante do paciente no Hospital no momento de sua alta hospitalar ou licença terapêutica, salvo no caso onde o paciente é voluntário, nesta modalidade de internação o mesmo poderá sair de alta desacompanhando, porém, a licença deverá seguir com a liberação na presença de um acompanhante/ representante.
- n) Evasões poderão ocorrer, visto que trabalhamos com propósito de reinserção social, reintegrando o paciente em sua vida social e cotidiana. Para tal necessitamos tratar o paciente em ambientes abertos.

Elaborado por:	Gustavo Zola Peres	Assinatura:		Data:	27/03/2023
Revisado por:	Misleine Fagundes Jaco	Assinatura:		Data:	13/03/23
Aprovado por:	Gracio Tomaz Saturno	Assinatura:		Data:	29/03/23
Padronizado por:	Elen Regiane Soares Lopes	Assinatura:		Data:	15/03/23



HOSPITAL DR. ADOLFO
BEZERRA DE MENEZES
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP
EXCELENCIA EM AÇÕES INTEGRADAS
DE SAÚDE E TRATAMENTO DOS
TRANSTORNOS MENTAIS

POLÍTICA:	Termo de Consentimento Informado e Esclarecido			Página 9 de 10
Código:	Data de Emissão:	Vigência:	Próxima Revisão:	Versão:
010	20/10/2022	2023/2024	2025	1.0

o) Da cordo com a Resolução 03/2014 do CFM e do quanto decidido nos autos da Ação Civil Pública, processo nº 26798-86.2012.4.01.3500, em trâmite pela Justiça Federal da Seção Judiciária do Estado de Goiás:

- () **AUTORIZO** à divulgação do meu prontuário médico após meu óbito;
() **NÃO AUTORIZO** à divulgação do meu prontuário médico após meu óbito;

Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento autorizo a realização do procedimento proposto, inclusive declaro estar ciente dos riscos decorrentes da minha decisão.

São José do Rio Preto/SP, ____/____/____ Horário: ____:____

() Paciente () Responsável () Representante/ acompanhante

Grau de parentesco: _____

Nome completo: _____

Assinatura: _____

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente, representante/ acompanhante e/ou responsável legal, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente/ representante/ acompanhante/responsável legal entendeu o que expliquei.

Médico (carimbo e assinatura): _____

Elaborado por:	Gustavo Zola Peres	Assinatura:	Data: 27/05/2023
Revisado por:	Misleine Fagundes Jaco	Assinatura:	Data: 13/03/23
Aprovado por:	Gracio Tomaz Saturno	Assinatura:	Data: 29/03/23
Padronizado por:	Elen Regiane Soares Lopes	Assinatura:	Data: 15/03/23

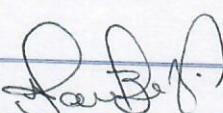
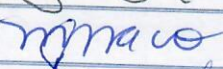
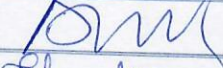



HOSPITAL DR. ADOLFO
BEZERRA DE MENEZES
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP
EXCELÊNCIA EM AÇÕES INTEGRADAS
DE SAÚDE E TRATAMENTO DOS
TRANSTORNOS MENTAIS

POLÍTICA:	Termo de Consentimento Informado e Esclarecido			Página 10 de 10
Código:	Data de Emissão:	Vigência:	Próxima Revisão:	Versão:
010	20/10/2022	2023/2024	2025	1.0

7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

RECOMENDAÇÃO CFM Nº 1/2016 Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica

Elaborado por:	Gustavo Zola Peres	Assinatura: 	Data: 27/05/2023
Revisado por:	Misleine Fagundes Jaco	Assinatura: 	Data: 13/03/23
Aprovado por:	Gracio Tomaz Saturno	Assinatura: 	Data: 29/03/23
Padronizado por:	Elen Regiane Soares Lopes	Assinatura: 	Data: 15/03/23