RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O
Saber. ISSN: 2675-9128. São Paulo - SP.
Ano VII, v.1 2026 | submissão: 30/07/2026 | aceito: 02/08/2026 | publicação: 05/08/2026

Termo de Consentimento informado em cirurgia bariátrica: informação, adequação e consentimento

Informed Consent in Bariatric Surgery: Information, Adequacy, and Consent
Consentimiento Informado en Cirugía Bariátrica: Información, Adecuación y Consentimiento

Marizélia Maciel Carvalho – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE. Programa de Pós Graduação em Cirurgia.
Paulo Roberto Cavalcanti Carvalho – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE. Programa de Pós Graduação em Cirurgia.
Vânia Pinheiro Ramos – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE. Programa de Pós Graduação em Enfermagem.
Thaurus Vinicius Cavalcanti – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE. Programa de Pós Graduação em Cirurgia.
Josimário João da Silva – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE. Programa de Pós Graduação em Cirurgia.

Resumo: Objetivo: Avaliar o processo do Termo de Consentimento Informado de pacientes cadastrados no programa de cirurgia bariátrica no contexto da assistência à saúde, tomada de decisão e se o termo foi capaz de alcançar as diretrizes éticas que o orientam. **Métodos:** Estudo retrospectivo e prospectivo, conduzido com pacientes cadastrados no programa de cirurgia bariátrica de um Hospital Escola de PE. Foi realizada em duas etapas, a primeira, um registro dos prontuários e na segunda, aplicado três questionários. **Resultados:** Dos 85 pacientes selecionados, com faixa etária entre 30 a 39 anos e escolaridade nível médio completo 45,9%. Sobre a leitura do TCI, 60% afirmou não ter lido antes de assinar, 47,1% passado pelo médico residente, 98,8% afirmaram ter uma explicação antes da assinatura, 92,9% compreendeu as informações contidas esclarecendo os termos e riscos, 98,8% afirma que a linguagem era clara e simples e 43,5% não sabiam informar para que serve. **Conclusão:** O TCI apresentou as informações adequadas quanto aos riscos, benefícios, alternativas e tipo de procedimento cirúrgico, houve uma leitura previa, explicação e compreensão entre os pacientes, porém a maioria não sabia informar para que serve, foi visível que o nível de escolaridade maior proporcionou um maior entendimento.

Palavras-chave: Termo de Consentimento Informado, Bariatrica, Ética.

Abstract: Objective: Evaluate the process of obtaining informed consent among patients enrolled in a bariatric surgery program, considering its relationship with healthcare delivery, decision-making, and adherence to ethical guidelines. **Methods:** Retrospective and prospective study was conducted with patients enrolled in the bariatric surgery program at a teaching hospital in Pernambuco, Brazil. Study was carried out in two phases: medical record review and administration of three structured questionnaires. **Results:** Total of 85 patients were included, predominantly aged 30–39 years, with 45.9% having completed secondary education. Regarding the informed consent form (ICF), 60% of participants reported not reading it prior to signing, 47.1% indicated that it was presented by a medical resident, 98.8% reported receiving prior explanation, 92.9% reported understanding the information, including risks and technical terms, and 98.8% considered the language clear and accessible. However, 43.5% were unable to identify the purpose of the ICF. Higher educational levels were associated with better understanding of the document. **Conclusion:** ICF adequately addressed risks, benefits, therapeutic alternatives, and the surgical procedure. Despite high rates of explanation and self-reported understanding, a substantial proportion of patients did not fully understand the purpose

of the document, highlighting gaps in the informed consent process. Educational level was a relevant factor associated with comprehension.

Keywords: Informed Consent; Bariatric Surgery; Ethics.

Resumen: Objetivo: Evaluar el proceso de obtención del consentimiento informado en pacientes inscritos en un programa de cirugía bariátrica. **Métodos:** Estudio retrospectivo y prospectivo realizado con pacientes inscritos en el programa de cirugía bariátrica de un hospital universitario de Pernambuco, Brasil. Se desarrolló en dos fases: historias clínicas y aplicación de tres cuestionarios. **Resultados:** 85 pacientes, con predominio de edad entre 30 y 39 años, y un 45,9% con educación secundaria completa. En relación con el consentimiento informado, el 60% de los participantes informó no haber realizado lectura previa antes de la firma, el 47,1% indicó que fue presentado por un médico residente, el 98,8% recibió explicación previa, el 92,9% refirió comprender la información, incluidos los riesgos y términos técnicos, y el 98,8% consideró que el lenguaje era claro y accesible. Sin embargo, el 43,5% no supo identificar la finalidad del documento. **Conclusión:** Consentimiento informado presentó información adecuada sobre riesgos, beneficios, alternativas terapéuticas y el procedimiento quirúrgico. A pesar de la alta tasa de explicación y comprensión autorreportada, una proporción significativa de los pacientes no comprendió plenamente la finalidad del documento, lo que evidencia brechas en el proceso de consentimiento informado. El nivel educativo se mostró como un factor relevante asociado a la comprensión.

Palabras clave: Consentimiento informado; Cirugía bariátrica; Ética.

INTRODUÇÃO

Durante séculos, a relação médico-paciente foi marcada por um modelo fortemente paternalista, no qual o profissional de saúde concentrava o conhecimento técnico e assumia a posição central na tomada de decisões terapêuticas, cabendo ao paciente uma postura predominantemente passiva diante da condução do tratamento (VIDAL EIO, 2024; FERNANDEZ CF et al., 2007). Nesse contexto, prevalecia a concepção de que o médico, por deter maior conhecimento científico, seria o único capaz de decidir o que seria melhor para o paciente. Entretanto, as transformações éticas, bioéticas e jurídicas ocorridas nas últimas décadas promoveram significativa mudança nesse paradigma, especialmente a partir da valorização da autonomia como princípio fundamental da prática em saúde.

Com a consolidação da bioética e o fortalecimento dos direitos fundamentais da pessoa humana, o consentimento informado passou a substituir progressivamente a antiga lógica paternalista do “o médico sabe melhor” (ARAÚJO ATM; FERNANDES LS, 2021; ALBUQUERQUE ACTA, 2025; GODINHO AM et al., 2010). Assim, a tomada de decisão em saúde deixou de ser compreendida como atribuição exclusiva do médico e passou a exigir a

participação ativa do paciente, mediante acesso adequado às informações necessárias para o exercício de sua autonomia.

Nesse sentido, a autonomia do paciente passou a constituir um dos principais pilares éticos da relação terapêutica contemporânea, exigindo uma comunicação horizontalizada, dialógica e baseada no compartilhamento de informações compreensíveis (SILVA J, 2024). O novo Código de Ética Médica (CEM) acompanha essa transformação ao reforçar o dever de informar, esclarecer e respeitar as decisões do paciente, em consonância com os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da liberdade individual (ARAÚJO ATM; FERNANDES LS, 2021).

Embora a redação normativa tenha sofrido atualizações ao longo do tempo, permanece preservada a centralidade ética da informação adequada como requisito essencial para a legitimidade do consentimento (PAZINATTO MM, 2019; ZILIO D, 2021).

Todavia, a literatura bioética contemporânea enfatiza que a mera assinatura do Termo de Consentimento Informado (TCI) não é suficiente para garantir a validade ética do consentimento. O consentimento somente pode ser considerado verdadeiramente livre e esclarecido quando o paciente compreende efetivamente as informações recebidas, incluindo a natureza do procedimento, riscos, benefícios, limitações terapêuticas, alternativas disponíveis e possíveis complicações (BEAUCHAMP TL; CHILDRESS JF, 2019; GOLDIM JR et al., 2006). Dessa forma, a compreensão real do conteúdo do termo constitui elemento indispensável para a autenticidade da decisão autônoma.

No contexto cirúrgico, essa questão assume relevância ainda maior, uma vez que procedimentos invasivos envolvem riscos significativos, expectativas terapêuticas complexas e potenciais repercussões físicas, emocionais e sociais. Em cirurgias bariátricas especificamente, diversos estudos demonstram que muitos pacientes assinam o TCI sem plena compreensão das informações apresentadas, especialmente quanto aos riscos tardios, mudanças permanentes no estilo de vida, possíveis complicações metabólicas e necessidade de acompanhamento multiprofissional contínuo (MELENDO MP et al., 2016; SANTOS ROM, 2022). Tal situação evidencia que o consentimento pode tornar-se meramente formal e burocrático, afastando-se de sua verdadeira finalidade ética.

Autores da bioética clínica destacam que a validade moral do consentimento depende não apenas da transmissão da informação, mas da capacidade do paciente de compreender, processar e utilizar essas informações em sua tomada de decisão (CASTRO AF, 2020; ZILIO D, 2021). Portanto, não basta informar; é necessário assegurar que houve entendimento efetivo. A linguagem excessivamente técnica, a baixa escolaridade, a vulnerabilidade emocional, o

medo da doença e a assimetria de conhecimento entre médico e paciente podem comprometer significativamente essa compreensão, reduzindo a autonomia prática do indivíduo (NUNES LNBT, 2007; SILVA J, 2024).

Além disso, estudos demonstram que pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos frequentemente apresentam compreensão parcial ou limitada do conteúdo do TCI, especialmente em contextos hospitalares de alta demanda e curto tempo de consulta. Nessas situações, o consentimento tende a ser percebido apenas como requisito administrativo ou jurídico, e não como processo comunicacional contínuo e ético (GOLDIM JR et al., 2006; VIDAL EIO, 2024). Tal realidade reforça a necessidade de estratégias pedagógicas e comunicacionais mais acessíveis, capazes de favorecer autonomia substancial e não apenas autonomia formal.

Sob a perspectiva ética, o consentimento informado representa simultaneamente um direito do paciente e um dever profissional do médico. Sua finalidade principal é garantir que o indivíduo possa deliberar conscientemente, livre de coerções, manipulações ou vícios de vontade, sobre intervenções que afetarão seu próprio corpo e sua qualidade de vida (BEAUCHAMP TL; CHILDRESS JF, 2019). Assim, o consentimento livre e esclarecido materializa o direito à informação e concretiza a dignidade da pessoa humana no campo da assistência à saúde (CASTRO AF, 2020).

Do ponto de vista jurídico, embora o ordenamento brasileiro não utilize expressamente a expressão “consentimento informado” em todos os dispositivos legais, há amplo reconhecimento da liberdade do paciente para aceitar ou recusar tratamentos médicos, conforme princípios constitucionais, normas éticas e entendimento jurisprudencial consolidado (ABREU MMDE et al., 2006; BRASIL, 2021; VIDAL EIO, 2024). O consentimento também decorre do princípio da boa-fé objetiva, que exige transparência, lealdade e dever de informação nas relações entre profissionais de saúde e pacientes.

Nesse contexto, o TCI não deve ser compreendido apenas como instrumento de proteção jurídica profissional, mas sobretudo como mecanismo ético de promoção da autonomia, da participação consciente e da tomada de decisão compartilhada. Sua efetividade depende da qualidade da comunicação estabelecida, da adequação da linguagem utilizada e da real compreensão do paciente acerca do procedimento proposto.

Dessa forma, considerando a complexidade ética envolvida na cirurgia bariátrica e a necessidade de garantir consentimento verdadeiramente livre e esclarecido, o presente estudo evidencia a importância da avaliação do processo de aplicação do TCI em um programa de cirurgia bariátrica de um Hospital-Escola de Pernambuco. Assim, o estudo teve como objetivo

avaliar o processo do Termo de Consentimento Informado entre pacientes cadastrados no programa de cirurgia bariátrica, analisando aspectos relacionados à compreensão, autonomia, adequação das informações fornecidas e validade ética do consentimento obtido.

MÉTODOS

O presente estudo, de caráter retrospectivo e prospectivo, foi realizado com pacientes atendidos no ambulatório de cirurgia geral de um Hospital Escola de Recife/PE, no período de 2015 a 2019. Em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto foi aprovado sob o parecer nº 4.182.727 e CAAE nº 33493120.7.0000.8807.

Todos os pacientes incluídos foram entrevistados e informados sobre os objetivos e os procedimentos aos quais seriam submetidos, bem como sobre as implicações éticas e os benefícios da pesquisa. Participaram do estudo apenas aqueles que consentiram previamente com sua inclusão e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a assinatura do termo, iniciou-se a coleta de dados.

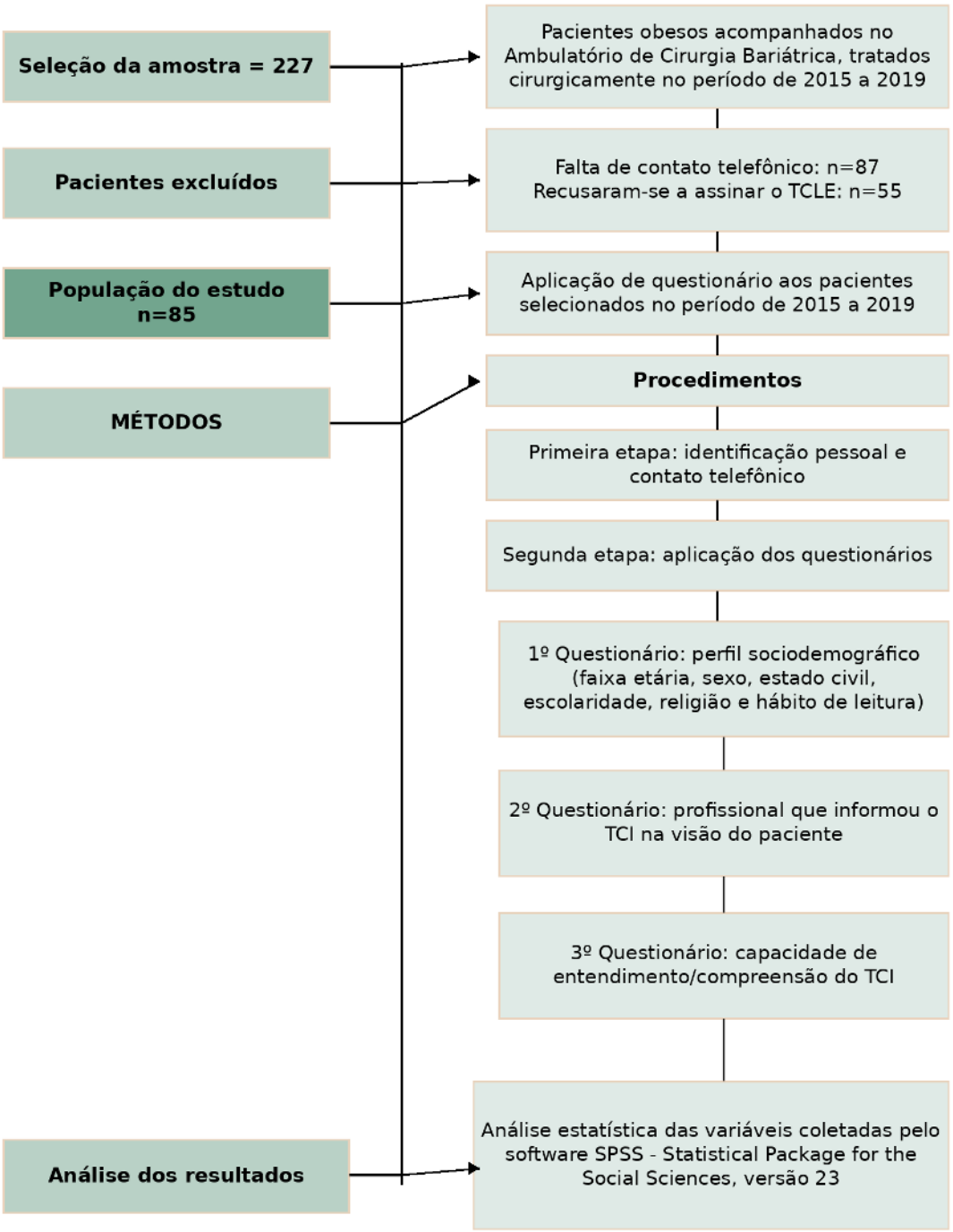
Os dados coletados foram inseridos em planilhas eletrônicas (Microsoft Excel®), sendo os números dos prontuários codificados de forma numérica e aleatória para preservar a identidade dos participantes. O arquivo contendo essas informações ficou disponível apenas aos pesquisadores.

Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, com idade entre 19 e 60 anos, todos diagnosticados com obesidade e submetidos à cirurgia bariátrica. Foram excluídos aqueles sem possibilidade de contato, com prontuários incompletos ou que não participaram de todas as etapas necessárias para a realização da cirurgia.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: a primeira consistiu na consulta aos prontuários eletrônicos, e a segunda, na aplicação de três questionários. Durante todo o processo, assegurou-se a confidencialidade dos participantes, garantindo-se seu anonimato e respeitando-se sua autonomia para recusar a participação ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Figura 1.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O
Saber. ISSN: 2675-9128. São Paulo - SP.
Ano VII, v.1 2026 | submissão: 30/07/2026 | aceito: 02/08/2026 | publicação: 05/08/2026

Figura 1 : Fluxograma da coleta de dados



Fonte: Carvalho MM, et al; 2026.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, efetuou-se a identificação dos pacientes e a verificação da documentação complementar nos prontuários de todos os indivíduos obesos cadastrados no programa de cirurgia bariátrica no período de 2015 a 2019, que haviam assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o procedimento

cirúrgico. Após essa identificação, os pacientes foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, possibilitando a caracterização da amostra.

Na segunda etapa, foi elaborada uma lista dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, totalizando 85 participantes. Em seguida, realizou-se contato telefônico para a aplicação de três questionários: o primeiro destinado à caracterização do perfil sociodemográfico (faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, religião e hábito de leitura); o segundo, relacionado ao profissional responsável pelo fornecimento do Termo de Consentimento Informado (TCI), na percepção do paciente; e o terceiro, referente à capacidade de entendimento e compreensão do TCI.

No primeiro contato telefônico, os pacientes foram informados sobre os objetivos do projeto. Aqueles que concordaram em participar foram comunicados de que receberiam uma nova ligação para responder aos questionários. Na segunda ligação, foram esclarecidas eventuais dúvidas e iniciada a aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

A análise dos dados foi realizada por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23.0 (Chicago, EUA). As análises descritivas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas. Para avaliar a associação entre o nível de escolaridade dos participantes e as respostas relacionadas ao TCI, utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson ou, quando necessário, o teste exato de Fisher. Foram consideradas estatisticamente significativas as associações com valores de p inferiores a 0,05.

RESULTADOS

A seleção da amostra foi realizada a partir do banco de dados do programa de Cirurgia Bariátrica de um Hospital Escola de Recife/PE, abrangendo pacientes operados no período de 2015 a 2019, totalizando 227 pacientes. Deste total, foram excluídos 87 por falta de contato telefônico e 55 por recusarem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), restando 85 pacientes que participaram do estudo.

Foram avaliados 85 pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica e acompanhados no Hospital das Clínicas da UFPE, predominando a faixa etária de 30 a 39 anos (31,8%). Do total, 83,5% eram mulheres e a maioria eram casados (91,8%). Quanto à escolaridade, o maior percentual apresentava nível médio completo (45,9%), seguidos de alfabetização e ensino fundamental completo, ambos com 20,0%, e nível superior completo com 14,1%. A maioria (55,3%) declarou-se católica, 28,2% evangélica, 2,4% espírita e 14,1% não se declararam. Sobre o hábito de leitura, os maiores percentuais foram: raramente (50,6%) e diariamente

(31,8%); os percentuais de nunca ler, ler aos domingos e ler mais de uma vez por semana foram, respectivamente, 9,4%, 3,5% e 4,7%, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil demográfico da amostra pacientes bariátricos

Variável	**n (85)**	**%**
Faixa etária		
19 a 29	11	12,9
30 a 39	27	31,8
40 a 49	22	25,9
50 a 59	20	23,5
≥ 60 anos	5	5,9
Sexo		
Masculino	14	16,5
Feminino	71	83,5
Estado Civil		
Solteiro(a)	0	0,0
Casado(a)	76	91,8
Separado(a)	7	8,2
Escolaridade		
Alfabetização	17	20
Fundamental Completo	17	20
Médio Completo	39	45,9
Superior completo	12	14,1
Religião		
Católico	47	55,3
Espírita	2	2,4
Evangélico	24	28,2
Nenhuma das alternativas	12	14,1
Hábito de Leitura		
Nunca leio	8	9,4
Leio raramente	43	50,6
Leio aos domingos	3	3,5
Leio mais de 1 vez/semana	4	4,7
Leio Diariamente	27	31,8

Das questões relacionadas ao termo, destacadas na Tabela 2, 47,1% responderam que o TCI foi informado pelo médico residente; mais da metade (60,0%) afirmou não ter lido o termo

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O
Saber. ISSN: 2675-9128. São Paulo - SP.
Ano VII, v.1 2026 | submissão: 30/07/2026 | aceito: 02/08/2026 | publicação: 05/08/2026

antes de assinar. Quanto à explicação do termo, 98,8% relataram que houve esclarecimento antes da assinatura. Além disso, 92,2% compreenderam todas as informações contidas no documento.

A maioria confirmou ter sido esclarecida sobre os termos e riscos (98,8%); considerou a linguagem clara e simples (88,2%); 64,7% declarou não ter dúvidas; aproximadamente 83,5% disse ter tido tempo para diálogo; 58,8% afirmou ter tido segurança ao assinar; e 81,2% relatou satisfação.

Os itens vergonha, medo do profissional e ter recebido cópia do termo foram citados, respectivamente, por 9,4%, 3,5% e 49,4%.

Na questão sobre a finalidade do termo, 43,5% não souberam informar. As demais alternativas obtiveram os seguintes percentuais: A- “Para que o paciente tenha conhecimento prévio do procedimento cirúrgico, dos riscos e benefícios a que será submetido, respeitando sua vontade, escolha e decisão”: 10,6%; B “Proteger o médico, caso ocorra algum dano físico ou moral ao paciente”: 24,7%; C “Para que o paciente tenha conhecimento prévio do procedimento cirúrgico, respeitando sua vontade, escolha e decisão, e para a proteção do médico caso ocorra algum dano físico ou moral ao paciente”: 21,2%

Tabela 2 – Avaliação das variáveis relacionadas ao termo de consentimento informado

Variável	**n (85)**	**%**
Profissional que informou o TCI		
Assistente Social	8	9,4
Médico Cirurgião	3	3,5
Enfermeiro(a)	5	5,9
Médico Residente	40	47,1
Outras	29	34,1
Leu o termo antes de assinar		
Sim	34	40,0
Não	51	60,0
Houve explicação do termo		
Sim	84	98,8
Não	1	1,2
Assinou sem uma explicação		
Sim	1	1,2
Não	84	98,8
Compreensão da informação		

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O
Saber. ISSN: 2675-9128. São Paulo - SP.
Ano VII, v.1 2026 | submissão: 30/07/2026 | aceito: 02/08/2026 | publicação: 05/08/2026

Variável	**n (85)**	**%**
Sim	79	92,9
Não	6	7,1
Linguagem clara e simples		
Sim	75	88,2
Não	10	11,8
Esclarecido o termo e riscos...		
Sim	84	98,8
Não	1	1,2
Dúvidas		
Sim	30	35,3
Não	55	64,7
Diálogo para dúvidas		
Sim	71	83,5
Não	14	16,5
Segurança em assinar		
Sim	50	58,8
Não	35	41,2
Satisfação		
Sim	69	81,2
Não	16	18,8
Vergonha		
Sim	8	9,4
Não	77	90,6
Medo do profissional		
Sim	3	3,5
Não	82	96,5
Cópia do termo		
Sim	42	49,4
Não	43	50,6
Para que serve o termo		
Para que o paciente tenha conhecimento prévio do procedimento cirúrgico, os riscos e benefícios que irá se submeter e respeitar a vontade, escolha e decisão do mesmo	9	10,6
Proteger o médico, caso ocorra algum dano físico ou moral ao paciente.	21	24,7
Para que o paciente tenha conhecimento prévio do procedimento cirúrgico, respeitando a vontade, escolha e decisão	18	21,2

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O
Saber. ISSN: 2675-9128. São Paulo - SP.
Ano VII, v.1 2026 | submissão: 30/07/2026 | aceito: 02/08/2026 | publicação: 05/08/2026

Variável	n (85)	%
do mesmo e proteção do médico, caso ocorra algum dano físico ou moral ao paciente.		
Não sabe informar	37	43,5

Dos resultados apresentados na Tabela 3, relativos ao nível de escolaridade, destacam-se os itens “Leu o termo antes de assinar” e “Para que serve o termo”. Quanto à leitura do termo, verificou-se que os pacientes com alfabetização (18,8%) não leram o TCI, enquanto os que afirmaram ter lido tinham ensino médio completo (22,4%) e superior completo (9,4%). No item “Para que serve o termo”, as maiores diferenças percentuais ocorreram nas categorias ensino médio completo (15,3%), superior completo (1,2%), alfabetização (2,4%) e fundamental completo (5,9%). A opção “Não saber informar” apresentou valores mais elevados entre os que tinham alfabetização (15,3%) e ensino fundamental completo (12,9%); entre os que tinham ensino superior completo e ensino médio completo, esse percentual variou de 3,5% a 11,8%.

Tabela 3 – Correlação entre o nível de escolaridade e o protocolo de apresentação do Termo de Consentimento Informativo (TCI).

Variável	Escolaridade n (%)	Escolaridade n (%)	Escolaridade n (%)	Escolaridade n (%)	p
Variável	**Alfabetização**	**Fundamental Completo**	**Médio Completo**	**Superior Completo**	**p**
Profissional que entregou o TCI					0,096b
Assistente Social	3 (3,5)	2 (2,4)	3 (3,5)	0 (0,0)	
Cirurgião	2 (2,4)	1 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Enfermeira	2 (2,4)	2 (2,4)	0 (0,0)	1 (1,2)	
Residente	4 (4,7)	7 (8,2)	22 (25,9)	7 (8,2)	
Outras	6 (7,1)	5 (5,9)	14 (16,5)	4 (4,7)	
Leu o termo antes de assinar					0,003a*
Sim	1 (1,2)	6 (7,1)	19 (22,4)	8 (9,4)	
Não	16 (18,8)	11 (12,9)	20 (23,5)	4 (4,7)	
Houve explicação do termo					1,000b
Sim	17 (20,0)	17 (20,0)	38 (44,7)	12 (14,1)	
Não	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,2)	0 (0,0)	
Assinou sem uma explicação					1,000b
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,2)	0 (0,0)	

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O
Saber. ISSN: 2675-9128. São Paulo - SP.
Ano VII, v.1 2026 | submissão: 30/07/2026 | aceito: 02/08/2026 | publicação: 05/08/2026

Variável	**Escolaridade n (%)**	**Escolaridade n (%)**	**Escolaridade n (%)**	**Escolaridade n (%)**	**p**
Variável	**Alfabetização**	**Fundamental Completo**	**Médio Completo**	**Superior Completo**	**p**
Não	17 (20,0)	17 (20,0)	38 (44,7)	12 (14,1)	
Compreensão da informação					0,376b
Sim	16 (18,8)	17 (20,0)	34 (40,0)	12 (14,1)	
Não	1 (1,2)	0 (0,0)	5 (5,9)	0 (0,0)	
Linguagem clara e simples					0,457b
Sim	16 (18,8)	14 (16,5)	33 (38,8)	12 (14,1)	
Não	1 (1,2)	3 (3,5)	6 (7,1)	0 (0,0)	
Esclarecido o termo e riscos...					1,000b
Sim	17 (20,0)	17 (20,0)	38 (44,7)	12 (14,1)	
Não	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,2)	0 (0,0)	
Dúvidas					0,167[a]
Sim	5 (5,9)	10 (11,8)	12 (14,1)	3 (3,5)	
Não	12 (14,1)	7 (8,2)	27 (31,8)	9 (10,6)	
Diálogo para dúvidas					0,146b
Sim	13 (15,3)	12 (14,1)	34 (40,0)	12 (14,1)	
Não	4 (4,7)	5 (5,9)	5 (5,9)	0 (0,0)	
Segurança em assinar					0,143[a]
Sim	9 (10,6)	7 (8,2)	24 (28,2)	10 (11,8)	
Não	8 (9,4)	10 (11,8)	15 (17,6)	2 (2,4)	
Satisfação					0,164b
Sim	15 (17,6)	12 (14,1)	30 (35,3)	12 (14,1)	
Não	2 (2,4)	5 (5,9)	9 (10,6)	0 (0,0)	
Vergonha					0,062b
Sim	2 (2,4)	4 (4,7)	1 (1,2)	1 (1,2)	
Não	15 (17,6)	13 (15,3)	38 (44,7)	11 (12,9)	
Medo do profissional					0,287b
Sim	0 (0,0)	2 (2,4)	1 (1,2)	0 (0,0)	
Não	17 (20,0)	15 (17,6)	38 (44,7)	12 (14,1)	
Cópia do termo					0,255[a]
Sim	8 (9,4)	5 (5,9)	23 (27,1)	6 (7,1)	
Não	9 (10,6)	12 (14,1)	16 (18,8)	6 (7,1)	

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O
Saber. ISSN: 2675-9128. São Paulo - SP.
Ano VII, v.1 2026 | submissão: 30/07/2026 | aceito: 02/08/2026 | publicação: 05/08/2026

Variável	Escolaridade n (%)	Escolaridade n (%)	Escolaridade n (%)	Escolaridade n (%)	p
Variável	**Alfabetização**	**Fundamental Completo**	**Médio Completo**	**Superior Completo**	**p**
Para que serve o termo					0,002b*
Para que o paciente tenha conhecimento prévio do procedimento cirúrgico, os riscos e benefícios que irá se submeter e respeitar a vontade, escolha e decisão do mesmo	1 (1,2)	0 (0,0)	5 (5,9)	3 (3,5)	
Proteger o médico, caso ocorra algum dano físico ou moral ao paciente.	2 (2,4)	5 (5,9)	13 (15,3)	1 (1,2)	
Para que o paciente tenha conhecimento prévio do procedimento cirúrgico, respeitando a vontade, escolha e decisão do mesmo e proteção do médico, caso ocorra algum dano físico ou moral ao paciente	1 (1,2)	1 (1,2)	11 (12,9)	5 (5,9)	
Não sabe informar	13 (15,3)	11 (12,9)	10 (11,8)	3 (3,5)	

a= teste Qui-quadrado de Pearson; b= teste Exato de Fisher; *= Diferença significativa.

DISCUSSÃO

A validade moral e jurídica do Consentimento Informado (CI) depende diretamente da capacidade do indivíduo de compreender as informações recebidas e utilizá-las de maneira coerente com seus próprios valores, interesses, objetivos e crenças pessoais (SILVA J, 2024). A autonomia do paciente não se restringe à liberdade formal de aceitar ou recusar um procedimento, mas pressupõe na capacidade real de compreensão e deliberação consciente acerca das consequências da decisão tomada (GOLDIM JR, 2021; SILVA CA, 2003). Nesse sentido, o consentimento informado representa o direito do paciente de participar ativamente das decisões relacionadas aos tratamentos e intervenções cirúrgicas que possam afetar sua integridade física, psicológica e moral (VAZ RJ, 2021).

Entretanto, um dos maiores desafios éticos do consentimento informado reside justamente na dificuldade de garantir que pacientes sem formação técnica consigam compreender adequadamente informações complexas relacionadas ao diagnóstico, riscos cirúrgicos, prognóstico, benefícios e alternativas terapêuticas (SILVA JJ, 2023; ROCHA IEGM et al., 2023). Assim, a finalidade ética do consentimento informado ultrapassa a simples assinatura documental, consistindo na construção de um processo comunicacional capaz de

assegurar que o paciente compreenda efetivamente aquilo que lhe foi explicado e possa exercer sua autonomia de maneira livre e esclarecida (VIDAL EIO et al., 2024).

Os achados do presente estudo reforçam essa problemática ao demonstrar que, embora a maioria dos pacientes tenha referido ter recebido explicações prévias e considerado a linguagem do Termo de Consentimento Informado (TCI) clara e acessível, 43,5% não souberam informar para que serve o documento. Esse dado revela uma diferença fundamental entre três dimensões frequentemente confundidas no processo de consentimento: receber informação, compreender o conteúdo e entender a finalidade ética do TCI.

Receber explicação não significa necessariamente compreender. Da mesma forma, compreender parcialmente os riscos ou benefícios do procedimento não implica entendimento pleno sobre a função ética e jurídica do consentimento informado. Muitos pacientes demonstraram reconhecer que o termo continha informações sobre cirurgia, riscos e cuidados, porém não conseguiram identificar que o TCI existe para garantir sua autonomia decisória, assegurar o direito à informação e legitimar sua participação consciente no processo terapêutico (SILVA JJ, 2024).

Essa distinção possui profunda relevância bioética. A literatura contemporânea diferencia compreensão percebida de compreensão funcional. A compreensão percebida ocorre quando o paciente acredita ter entendido as informações apresentadas; já a compreensão funcional envolve capacidade concreta de interpretar, explicar e utilizar essas informações para tomada de decisão autônoma (SILVA JJ, 2024; VIDAL EIO et al., 2022). Nesse contexto, os resultados do estudo sugerem que parte significativa dos pacientes apresentou apenas compreensão superficial ou operacional do documento, sem assimilação completa de sua finalidade ética.

O fato de 98,8% dos participantes afirmarem ter recebido explicação prévia e, simultaneamente, 43,5% não sabem explicar para que serve o TCI, evidencia que o processo de consentimento pode estar ocorrendo de maneira predominantemente formal e burocrática. Isso sugere que, em muitos casos, o foco da comunicação concentra-se na transmissão de informações técnicas sobre o procedimento, sem garantir que o paciente compreenda seu papel ativo no processo decisório. Dessa forma, o consentimento corre o risco de transformar-se em mera formalidade administrativa ou instrumento de proteção jurídica institucional, afastando-se de sua principal finalidade ética: promover autonomia substancial.

Sob essa perspectiva, a autonomia do paciente depende não apenas da oferta de informações, mas da capacidade de processá-las criticamente, integrando-as às próprias expectativas, valores e projetos de vida (GOLDIM JR, 2021; SILVA CA, 2003). O

consentimento somente pode ser considerado verdadeiramente válido quando o paciente entende não apenas “o que será feito”, mas também “por que está consentindo” e quais são seus direitos dentro desse processo.

No contexto da cirurgia bariátrica, essa questão torna-se ainda mais relevante devido à complexidade do procedimento e às profundas mudanças físicas, psicológicas e sociais envolvidas no pós-operatório. A cirurgia bariátrica exige adesão contínua ao tratamento, mudanças comportamentais permanentes e compreensão adequada dos riscos e limitações terapêuticas. Assim, a ausência de entendimento sobre a finalidade do TCI pode comprometer a própria legitimidade ética da decisão cirúrgica.

Os resultados também indicaram associação estatisticamente significativa entre escolaridade e compreensão da finalidade do termo, demonstrando que pacientes com maior nível educacional apresentaram melhor entendimento sobre o papel do consentimento informado. Tal achado reforça a influência do letramento em saúde sobre a autonomia prática dos pacientes e evidencia que o modelo atual de TCI pode favorecer indivíduos com maior capital educacional, ampliando vulnerabilidades entre aqueles com menor escolaridade (CAWICH SOC et al., 2013; GOTA V et al., 2018).

Além disso, embora muitos pacientes tenham relatado satisfação com as explicações recebidas e sensação de segurança ao assinar o documento, a literatura demonstra que satisfação subjetiva não equivale necessariamente à compreensão efetiva (FALAGAS M et al., 2009; CASTRO AF et al., 2020). Pacientes podem sentir-se satisfeitos por confiarem na equipe médica, mesmo sem compreender plenamente as informações fornecidas. Da mesma forma, a ausência de dúvidas nem sempre significa entendimento adequado, podendo refletir constrangimento, insegurança ou incapacidade de identificar lacunas informacionais.

Nesse contexto, torna-se fundamental compreender o consentimento informado como processo contínuo de comunicação e não apenas como ato documental isolado. Estratégias de verificação ativa da compreensão, como o método teach-back, no qual o paciente explica com suas próprias palavras aquilo que compreendeu, têm sido recomendadas na literatura internacional como ferramentas eficazes para fortalecer autonomia e reduzir falhas no consentimento (ALSAFFAR H et al., 2016; SUTHERLAND et al., 2002).

Os achados relativos à origem das explicações, realizadas principalmente por médicos residentes e outros profissionais da equipe também reforçam a necessidade de capacitação específica em comunicação em saúde. A qualidade ética do consentimento depende diretamente da habilidade do profissional em adaptar a linguagem ao nível sociocultural do paciente, identificar dificuldades de compreensão e promover diálogo acessível e participativo.

Dessa forma, os resultados do presente estudo sugerem que a efetividade ética do TCI não deve ser avaliada apenas pela entrega do documento, leitura prévia ou percepção subjetiva de clareza, mas principalmente pela capacidade do paciente de compreender sua finalidade, exercer autonomia consciente e participar ativamente da decisão terapêutica. O elevado percentual de pacientes incapazes de explicar para que serve o TCI evidencia a necessidade de revisão das estratégias comunicacionais utilizadas no contexto cirúrgico, especialmente em populações com diferentes níveis de escolaridade e letramento em saúde.

Dessa forma, nossos resultados corroboram como os achados de VIDAL EIO et al. (2024) e SILVA JJ (2024), os quais recomendam a adoção de práticas de comunicação centradas no paciente, a utilização de linguagem simplificada e de recursos multimodais, a implementação rotineira de estratégias de verificação da compreensão, como o método teach-back, a capacitação específica das equipes multiprofissionais e dos médicos residentes em comunicação ética, bem como a reformulação do TCI, de modo a torná-lo mais acessível e compreensível. Essas medidas podem reduzir a discrepância entre a compreensão aparente e a compreensão real, fortalecendo a autonomia efetiva dos pacientes e a validade ética do consentimento obtido.

Por fim, o presente estudo apresenta algumas limitações, incluindo o tamanho amostral reduzido e a realização da coleta em contexto pré-operatório durante a pandemia, fatores que podem ter influenciado a capacidade de compreensão dos participantes. Dessa forma, estudos futuros, com amostras maiores e abordagens qualitativas mais aprofundadas, são necessários para investigar de maneira mais detalhada os fatores associados à incompreensão da finalidade ética do TCI no contexto cirúrgico.

CONCLUSÃO

O Termo de Consentimento Informado (TCI) utilizado no programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital Escola de Recife/PE, apresentou informações adequadas quanto aos riscos, benefícios, alternativas e tipo de procedimento cirúrgico. Ressaltando que os conteúdos contidos neste foram informados pelo médico residente e os pacientes confirmaram que houve uma devida explicação e compreensão de todas as informações, porém foi indentificado a necessidade de uma relação de comunicação centrada no paciente através de uma linguagem simplificada transmitida por toda a equipe multidisciplinar.

Referências

ABREU MMDE, et al. Apoios de decisão: instrumento de auxílio à medicina baseada em preferências. Uma revisão conceitual. Revista Brasileira de Reumatologia, 2006; v. 46: 4..

ALBUQUERQUE ACMTBA. Tomada de decisão compartilhada na saúde: aproximações e distanciamentos entre a ajuda decisional e os apoios de tomada de decisão. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, 2025.

ALSAFFAR H, et al. Informed consent: do information pamphlets improve post-operative risk-recall in patients undergoing total thyroidectomy: prospective randomized control study. J Otolaryngol, 2016.; v.45: 1.

ARAÚJO ATM, et al. Liberdade decisória do médico e compreensão pelo paciente: o dever recíproco de informação como pressuposto fundamental. Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit., Brasília, 2021; v.10:1.

ARAÚJO ATM, et al. Vulnerabilidade e compreensão como fundamentos do consentimento na relação médico-paciente. Revista Brasileira de Direito Civil, 2022; v. 31:1.

Brasil. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 12 set 1990.

CASTRO AF, et al. Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde. Rev Bioét.;2020; v.28:3.

CAWICH SOC, et al. Leadership in Surgery for Public Sector Hospitals in Jamaica: Strategies for the Operating Room. Pernam J, 2013; v.17:4.

CLOTET J. O consentimento informado nos comitês de ética em pesquisa e na prática médica: conceituação, origens e atualidade. Rev Bioét. 2009; v.3:1.

Conselho federal de medicina. Resolução cfm nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o código de ética médica. Diário oficial da união [internet]. Brasília, 1º nov 2018. Disponível: Https://bit.ly/3jxfakq. Acesso 30 out 2025.

CORIOLANO-MARINUM MWDEL. et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. Saúde e Sociedade, 2014; v. 23:4..

COSTA MI Avaliação do uso do consentimento informado num hospital universitário. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. 2012.

CRUZ, S. T. ; ALVES, N. T. P. ; SILVA, J. J. . A Ética Médica e a Recusa à Transfusão Sanguínea por Pacientes Testemunhas de Jeová. Revista de Derecho y Câmbio Social, 2023; v. 74:1.

FALAGAS M, et al. . Patients' Perception of Quality of Pre-Operative Informed Consent in Athens, Greece: A Pilot Study. Plos One. 2009; v.4:11.

FERNÁNDEZ CF, et al. O Consentimento Informado na Assistência Médica e o contrato de adesão: Uma perspectiva jurídica e bioética. Seção de Bioética. Rev. HC+PA, 2007; v.27:2.

GAUDENCIO A. et al. Cannabis medicinal e a proteção estatal: conflito de valores em um caso clínico. EIDON: REVISTA ESPANHOLA DE BIOÉTICA, 2024; v. 62.

GODINHO AM et al. Termo de consentimento informado: a visão dos advogados e tribunais. Rev Bras Anestesiol, 2010; v. 60:2.

GOLDIM JR. Consentimento e informação: a importância da qualidade do texto utilizado. seção de bioética. Rev HCPA, 2006; v. 26:3.

GOTA V, et al. Quality of informed consent in cancer clinical trials in India: A cross-sectional survey. Nat Med J India, 2018; v. 31:6.

GUERRERO ARV, et al. Consentimento por procuração informado: comunicação entre cirurgiões pediátricos e substitutos sobre cirurgia. Pediatria, 2009; v. 105:3.

MELENDO MP, et al. Termo de Consentimento informado: entendimento do paciente cirúrgico. Acta Paul Enferm, 2016; v. 29:3..

MIZIARA ID. Ética para clínicos e cirurgiões: Consentimento. Ver. Assoc. Med. Bras, 2013; v. 59:4.

O Código de Nuremberg (1947), reimpresso em GJ Annas e MA Grodin, Os médicos nazistas e o código de Nuremberg: direitos humanos na experimentação humana. Nova York, NY: Oxford University Press, 1992; v.1:2.

PAZINATTO, MM. A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM 1/2016. Rev. Bioét, 2019; v. 27:2.

ROCHA IEGM et al. O cuidado de pacientes com síndrome do coração esquerdo hipoplásico em localidades de vulnerabilidade social e econômica. Uma análise bioética. REVISTA DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES (ONLINE), 2023; v. 50:50.

SANTOS ROM. Ferramentas de apoio na tomada de decisão compartilhada. Studies in Health Sciences, Curitiba, 2022; v.3:3.

SILVA CA. O consentimento informado e a responsabilidade civil do médico. Rev Trib Reg Federal. 1ª Região; 2003.

SILVA JJ. Bioética e deliberação moral.. EIDON: REVISTA ESPANHOLA DE BIOÉTICA, 2023; v. 60:203.

SILVA JJ et al . Questões morais em Bioética Clínica associadas à Cirurgia Robótica. HUMANIDADES & TECNOLOGIA EM REVISTA (FINOM), 2023; v. 43:190.

SILVA J. Responsabilidade médica pela perda de uma chance do paciente. EIDON: REVISTA ESPANHOLA DE BIOÉTICA, 2024; v. 61:58.

VARGAS APML et al. Deliberando em Cuidados Paliativos diante de recusa de tratamento modificador de doença. EIDON: REVISTA ESPANHOLA DE BIOÉTICA, 2022; v. 58:31.

VIDAL EIO, et al. Posicionamento da Academia Nacional de Cuidados Paliativos sobre suspensão e não implementação de intervenções de suporte de vida no âmbito dos cuidados paliativos. Critical Care Science, 2024; v. 36:1.

VIDAL EIO, et al. Position statement of the Brazilian Palliative Care Academy on withdrawing and withholding life-sustaining interventions in the context of palliative care. Critical Care Science, 2024; v. 36

ZILIO, DO. Consentimento livre e esclarecido e o direito à informação na relação médico-paciente: A Cosntrução da autonomia para decidir. Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais, 2021; v.10:1.