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

Consentimiento Informado en Cirugía Bariátrica: Información, Adecuación y Consentimiento

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

Informed Consent in Bariatric Surgery: Information, Adequacy, and Consent

Marizélia Maciel Carvalho – Universidad Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE. Programa de Posgrado en Cirugía.
Paulo Roberto Cavalcanti Carvalho – Universidad Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE. Programa de Posgrado en Cirugía.
Vânia Pinheiro Ramos – Universidad Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE. Programa de Posgrado en Enfermería.
Thaurus Vinicius Cavalcanti – Universidad Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE. Programa de Posgrado en Cirugía.
Josimário João da Silva – Universidad Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE. Programa de Posgrado en Cirugía.

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.

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.

INTRODUCCIÓN

Durante siglos, la relación médico-paciente estuvo marcada por un modelo fuertemente paternalista, en el cual el profesional de la salud concentraba el conocimiento técnico y ocupaba la posición central en la toma de decisiones terapéuticas, mientras que al paciente le correspondía una postura predominantemente pasiva ante la conducción del tratamiento (VIDAL EIO, 2024; FERNANDEZ CF et al., 2007). En este contexto, prevalecía la concepción de que el médico, por poseer mayor conocimiento científico, era el único capaz de decidir qué era lo mejor para el paciente. Sin embargo, las transformaciones éticas, bioéticas y jurídicas ocurridas en las últimas décadas promovieron un cambio significativo de este paradigma, especialmente a partir de la valoración de la autonomía como principio fundamental de la práctica sanitaria.

Con la consolidación de la bioética y el fortalecimiento de los derechos fundamentales de la persona humana, el consentimiento informado comenzó a sustituir progresivamente a la antigua lógica paternalista del “el médico sabe mejor” (ARAÚJO ATM; FERNANDES LS, 2021; ALBUQUERQUE ACTA, 2025; GODINHO AM et al., 2010). , la toma de decisiones

de salud ya no se entiende como la atribución exclusiva del médico y comenzó a requerir la participación activa del paciente, a través de un adecuado acceso a la información necesaria para el ejercicio de su autonomía.

La autonomía del paciente se convirtió en uno de los principales pilares éticos de la relación terapéutica contemporánea, requiriendo una comunicación horizontalizada, dialógica y basada en el intercambio de información comprensible (SILVA J, 2024). El nuevo Código de Ética Médica (CEM) monitorea esta transformación fortaleciendo el deber de informar, aclarar y respetar las decisiones del paciente, de acuerdo con los principios constitucionales de la dignidad de la persona humana y la libertad individual (ARAÚJO ATM; FERNANDES LS, 2021).

Aunque la redacción normativa ha sido objeto de actualizaciones a lo largo del tiempo, la centralidad ética de la información adecuada permanece preservada como requisito esencial para la legitimidad del consentimiento (PAZINATTO MM, 2019; ZILIO D, 2021).

La literatura bioética contemporánea enfatiza que la mera firma de la Forma de Consentimiento Informado (TCI) no es suficiente para garantizar la validez ética del consentimiento. el consentimiento solo puede considerarse verdaderamente libre e informado cuando el paciente entiende efectivamente la información recibida, incluida la naturaleza del procedimiento, los riesgos, los beneficios, las limitaciones terapéuticas, las alternativas disponibles y las posibles complicaciones (BEAUCHAMP TL; CHILDRESS JF, 2019; GOLDIM JR et al., 2006). De esta manera, la comprensión real del contenido del término es un elemento indispensable para la autenticidad de la decisión autónoma.

En el contexto quirúrgico, este tema asume aún mayor relevancia, ya que los procedimientos invasivos implican riesgos significativos, expectativas terapéuticas complejas y posibles repercusiones físicas, emocionales y sociales. En las cirugías bariátricas específicamente, varios estudios demuestran que muchos pacientes firman las TCI sin la comprensión completa de la información presentada, especialmente sobre los riesgos tardíos, los cambios permanentes en el estilo de vida, las posibles complicaciones metabólicas y la necesidad de un seguimiento multiprofesional continuo (MELENDO MP et al., 2016; SANTOS ROM, 2022). Esta situación demuestra que el consentimiento puede llegar a ser meramente formal y burocrático, alejándose de su verdadero propósito ético.

Los autores de la bioética clínica destacan que la validez moral del consentimiento depende no solo de la transmisión de la información, sino también de la capacidad del paciente para comprenderla, procesarla y utilizarla en su toma de decisiones (CASTRO AF, 2020; ZILIO D, 2021). Por lo tanto, no basta con informar; es necesario asegurar que exista una comprensión

efectiva. El lenguaje excesivamente técnico, la baja escolaridad, la vulnerabilidad emocional, el miedo a la enfermedad y la asimetría de conocimientos entre el médico y el paciente pueden comprometer significativamente esa comprensión, reduciendo la autonomía práctica del individuo (NUNES LNBT, 2007; SILVA J, 2024).

Además, los estudios muestran que los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos a menudo tienen una comprensión parcial o limitada del contenido de las TCI, especialmente en contextos hospitalarios de alta demanda y corto tiempo de consulta. En estas situaciones, el consentimiento tiende a ser percibido solo como un requisito administrativo o legal, y no como un proceso de comunicación continuo y ético (GOLDIM JR et al., 2006; VIDAL EIO, 2024). Esta realidad refuerza la necesidad de estrategias pedagógicas y de comunicación más accesibles, capaces de favorecer una autonomía sustancial y no solo la autonomía formal.

Desde una perspectiva ética, el consentimiento informado representa simultáneamente el derecho del paciente y un deber profesional del médico. su objetivo principal es garantizar que el individuo pueda deliberar conscientemente, libre de coerciones, manipulaciones o vicios de voluntad, sobre intervenciones que afecten a su propio cuerpo y a su calidad de vida (BEAUCHAMP TL; CHILDRESS JF, 2019). , el consentimiento libre e informado materializa el derecho a la información y realiza la dignidad de la persona humana en el ámbito de la atención sanitaria (CASTRO AF, 2020).

Desde el punto de vista legal, aunque el sistema brasileño no utiliza expresamente la expresión “consentimiento informado” en todas las disposiciones legales, existe un amplio reconocimiento de la libertad del paciente de aceptar o rechazar tratamientos médicos, de acuerdo con los principios constitucionales, normas éticas y entendimiento jurisprudencial consolidado (ABREU MMDE et al., 2006; BRASIL, 2021; VIDAL EIO, 2024). El consentimiento también se deriva del principio de la buena fe objetiva, que requiere transparencia, lealtad y deber de información en las relaciones entre los profesionales de la salud y los pacientes.

En este contexto, las TCI no deben entenderse solo como un instrumento de protección jurídica profesional, sino sobre todo como un mecanismo ético para promover la autonomía, la participación consciente y la toma de decisiones compartidas. Su efectividad depende de la calidad de la comunicación establecida, la adecuación del lenguaje utilizado y la comprensión real del paciente sobre el procedimiento propuesto.

Teniendo en cuenta la complejidad ética que implica la cirugía bariátrica y la necesidad de asegurar un consentimiento verdaderamente libre e informado, el presente estudio destaca la

importancia de evaluar el proceso de aplicación de las TCI en un programa de cirugía bariátrica de un Hospital-Escuela de Pernambuco. así, el estudio tuvo como objetivo evaluar el proceso del Formulario de Consentimiento Informado entre los pacientes registrados en el programa de cirugía bariátrica, analizando aspectos relacionados con la comprensión, autonomía, adecuación de la información aportada y validez ética del consentimiento obtenido.

MÉTODOS

El presente estudio retrospectivo y prospectivo se realizó con pacientes tratados en la clínica ambulatoria de cirugía general de un Hospital Escola de Recife/PE, de 2015 a 2019. De conformidad con la Resolución No 466 de 12 de diciembre de 2012, del Consejo Nacional de Salud (CNS), el proyecto fue aprobado en el dictamen No. 4.182.727 y CAAE No. 3393120.7.000.8807.

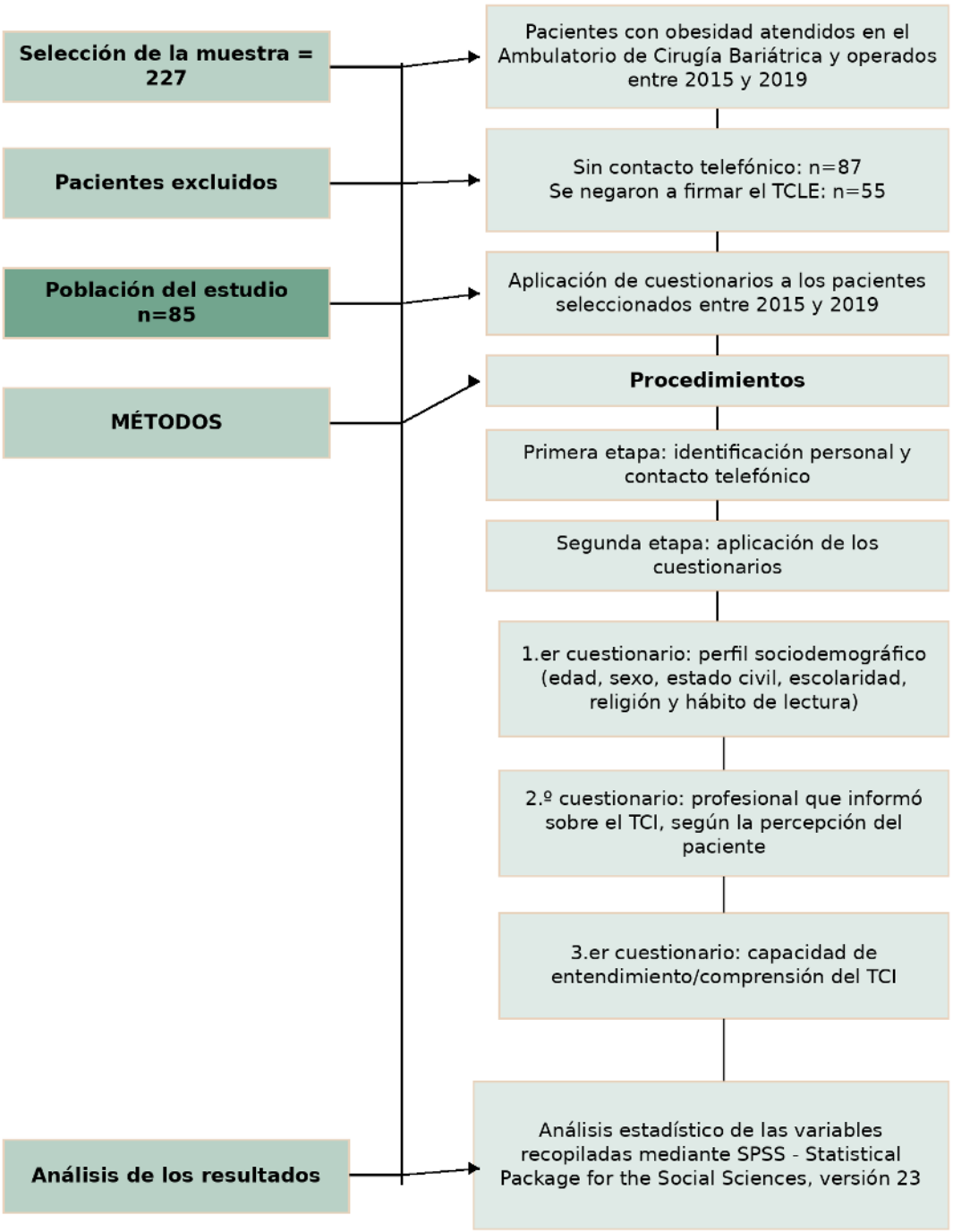
Todos los pacientes incluidos fueron entrevistados e informados sobre los objetivos y procedimientos a los que se someterían, así como las implicaciones éticas y los beneficios de la investigación. solo aquellos que previamente consintieron en su inclusión y firmaron el Formulario de Consentimiento Informado (TCI) participaron en el estudio. Después de firmar el término, comenzó la recolección de datos.

Los datos recogidos se introdujeron en hojas de cálculo electrónicas (Microsoft Excel®, y los números de los registros médicos se codificaron de forma numérica y aleatoria para preservar la identidad de los participantes. El archivo que contenía esta información solo estaba disponible para los investigadores.

Se incluyeron pacientes de ambos sexos, de edades comprendidas entre los 19 y los 60 años, todos diagnosticados con obesidad y sometidos a cirugía bariátrica, los que no tenían posibilidad de contacto, con registros médicos incompletos o que no participaron en todos los pasos necesarios para realizar la cirugía.

La recolección de datos se realizó en dos etapas: la primera consistió en la consulta de registros médicos electrónicos, y la segunda, en la aplicación de tres cuestionarios. Durante todo el proceso, se aseguró la confidencialidad de los participantes, garantizando su anonimato y respetando su autonomía para rechazar la participación o retirar su consentimiento en cualquier momento. Figura 1.

Figura 1 : Diagrama de flujo de la recopilación de datos



Fuente: Carvalho MM, et al.; 2026.

La recolección de datos se realizó en dos etapas. En el primero, se realizó la identificación de pacientes y la verificación de documentación complementaria en los registros médicos de todas las personas obesas inscritas en el programa de cirugía bariátrica en el período de 2015 a 2019, que habían firmado el Formulario de Consentimiento Libre e Informado para

el procedimiento quirúrgico. Después de esta identificación, los pacientes fueron seleccionados de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, permitiendo la caracterización de la muestra.

En la segunda etapa, se elaboró una lista de pacientes sometidos a cirugía bariátrica, con un total de 85 participantes. Luego, se realizó contacto telefónico para la aplicación de tres cuestionarios: el primero para la caracterización del perfil sociodemográfico (grupo de edad, género, estado civil, educación, religión y hábito de lectura); el segundo, relacionado con el profesional responsable de proporcionar la Forma de Consentimiento Informado (TCI), en la percepción del paciente; y el tercero, refiriéndose a la capacidad de comprensión y comprensión de las TCI.

En el primer contacto telefónico, se informó a los pacientes sobre los objetivos del proyecto, quienes acordaron participar se comunicaron que recibirían una nueva llamada para responder a los cuestionarios. En la segunda conexión, se aclararon cualquier duda y comenzó la aplicación de los instrumentos de recopilación de datos.

El análisis de datos se realizó utilizando el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 23.0 (Chicago, USA). Los análisis descriptivos se presentaron mediante frecuencias absolutas y relativas de variables categóricas. para evaluar la asociación entre el nivel de educación de los participantes y las respuestas relacionadas con las TCI, se utilizó la prueba chi-cuadrado de Pearson o, cuando fue necesario, la prueba exacta de Fisher. se consideraron estadísticamente significativas las asociaciones con valores p por debajo de 0,05.

RESULTADOS

La selección de la muestra se realizó a partir de la base de datos del programa de Cirugía Bariátrica de un Hospital Escola de Recife/PE, que abarca a pacientes operados de 2015 a 2019, con un total de 227 pacientes. De este total, 87 fueron excluidos por falta de contacto telefónico y 55 por negarse a firmar el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (TCI), con 85 pacientes restantes para participar en el estudio.

Se evaluaron 85 pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica y seguimiento en el Hospital das Clínicas da UFPE, predominando el grupo de edad de 30 a 39 años (31,8%). del total, el 83,5% eran mujeres y la mayoría se casaron (91,8%). En cuanto a la escolarización, el porcentaje más alto tuvo un nivel secundario completo (45,9%), seguido de la alfabetización y la educación primaria completa, ambos con el 20,0%, y un nivel superior completo con el

14,1%. la mayoría (55,3%) se declaró católica, el 28,2% evangélico, el 2,4% espírita y el 14,1% no se declaró. sobre el hábito de lectura, los porcentajes más altos fueron: raramente (50,6%) y diario (31,8%); los porcentajes de nunca leer, leer los domingos y leer más de una vez a la semana fueron, respectivamente, 9,4%, 3,5% y 4,7%, según la Tabla 1.

Tabla 1 – Perfil demográfico de la muestra de pacientes bariátricos

Variable	**n (85)**	**%**
Grupo de edad		
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 años	5	5,9
Sexo		
Masculino	14	16,5
Femenino	71	83,5
Estado civil		
Soltero(a)	0	0,0
Casado(a)	76	91,8
Separado(a)	7	8,2
Escolaridad		
Alfabetización	17	20
Educación primaria completa	17	20
Educación secundaria completa	39	45,9
Educación superior completa	12	14,1
Religión		
Católico	47	55,3
Espírita	2	2,4
Evangélico	24	28,2
Ninguna de las alternativas	12	14,1
Hábito de lectura		
Nunca leo	8	9,4
Leo raramente	43	50,6
Leo los domingos	3	3,5
Leo más de una vez por semana	4	4,7
Leo diariamente	27	31,8

De las preguntas relacionadas con el término, destacadas en la Tabla 2, el 47,1% respondió que las TCI fueron informadas por el médico residente; más de la mitad (60,0%) declaró que no habían leído el término antes de firmar. En cuanto a la explicación del término, el 98,8% informó que había aclaraciones antes de la firma. Además, el 92,2% entendió toda la información contenida en el documento.

La mayoría confirmó que se habían aclarado sobre los términos y riesgos (98,8%); considerado el lenguaje claro y simple (88,2%); 64,7% declarados no tener dudas; aproximadamente el 83,5% dijo que había tenido tiempo de dialogar; el 58,8% dijo que tenía seguridad al firmar; y el 81,2% reportó satisfacción.

Los aspectos vergüenza, miedo al profesional y recepción de una copia del formulario fueron señalados, respectivamente, por el 9,4%, el 3,5% y el 49,4% de los participantes.

Cuando se preguntó por la finalidad del formulario, el 43,5% no supo responder. Las demás alternativas obtuvieron los siguientes porcentajes: A - “Para que el paciente tenga conocimiento previo del procedimiento quirúrgico y de los riesgos y beneficios implicados, respetando su voluntad, elección y decisión”: 10,6%; B - “Proteger al médico en caso de que el paciente sufra algún daño físico o moral”: 24,7%; C - “Para que el paciente tenga conocimiento previo del procedimiento quirúrgico, respetando su voluntad, elección y decisión, y para proteger al médico en caso de que el paciente sufra algún daño físico o moral”: 21,2%.

Tabla 2 – Evaluación de las variables relacionadas con el consentimiento informado

Variable	**n (85)**	**%**
Profesional que informó sobre el TCI		
Trabajador(a) social	8	9,4
Médico cirujano	3	3,5
Enfermero(a)	5	5,9
Médico residente	40	47,1
Otros	29	34,1
Leyó el formulario antes de firmar		
Sí	34	40,0
No	51	60,0
Hubo explicación del formulario		
Sí	84	98,8
No	1	1,2
Firmó sin una explicación		
Sí	1	1,2

Variable	**n (85)**	**%**
No	84	98,8
Comprensión de la información		
Sí	79	92,9
No	6	7,1
Lenguaje claro y sencillo		
Sí	75	88,2
No	10	11,8
Se explicaron el formulario y los riesgos...		
Sí	84	98,8
No	1	1,2
Dudas		
Sí	30	35,3
No	55	64,7
Diálogo para resolver dudas		
Sí	71	83,5
No	14	16,5
Seguridad al firmar		
Sí	50	58,8
No	35	41,2
Satisfacción		
Sí	69	81,2
No	16	18,8
Vergüenza		
Sí	8	9,4
No	77	90,6
Miedo del profesional		
Sí	3	3,5
No	82	96,5
Copia del formulario		
Sí	42	49,4
No	43	50,6
Finalidad del formulario		
Para que el paciente tenga conocimiento previo del procedimiento quirúrgico y de sus riesgos y beneficios, respetando su voluntad, elección y decisión	9	10,6
Proteger al médico en caso de que el paciente sufra algún daño físico o moral.	21	24,7

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

Variable	n (85)	%
Para que el paciente tenga conocimiento previo del procedimiento quirúrgico, respetando su voluntad, elección y decisión, y para proteger al médico en caso de que el paciente sufra algún daño físico o moral.	18	21,2
No sabe informar	37	43,5

De los resultados presentados en la Tabla 3, relacionados con el nivel de educación, destacan los ítems “Leer el término antes de firmar” y “Cuál es el uso del término”. En cuanto a la lectura del término, se encontró que los pacientes con alfabetización (18,8%) no leían las TCI, mientras que los que afirmaban haber leído tenían una educación secundaria completa (22,4%) y superior completa (9,4%). En el ítem “Cuál es el uso del término”, las mayores diferencias porcentuales ocurrieron en las categorías de escuela secundaria completa (15,3%), completan más altas (1,2%), alfabetización (2,4%) y completas fundamentales (5,9%). La opción “No saber informar” presenta valores más altos entre los que tenían alfabetización (15,3%) y educación primaria completa (12,9%); entre los que tenían educación superior completa y escuela secundaria completa, este porcentaje oscilaba entre el 3,5% y el 11,8%.

Tabla 3 – Correlación entre el nivel de escolaridad y el protocolo de presentación del Termo de Consentimiento Informado (TCI).

Variable	Escolaridad n (%)	Escolaridad n (%)	Escolaridad n (%)	Escolaridad n (%)	p
Variable	**Alfabetización**	**Educación primaria completa**	**Educación secundaria completa**	**Superior Completo**	**p**
Profesional que entregó el TCI					0,096b
Trabajador(a) social	3 (3,5)	2 (2,4)	3 (3,5)	0 (0,0)	
Cirujano	2 (2,4)	1 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Enfermera	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)	
Otros	6 (7,1)	5 (5,9)	14 (16,5)	4 (4,7)	
Leyó el formulario antes de firmar					0,003a*
Sí	1 (1,2)	6 (7,1)	19 (22,4)	8 (9,4)	
No	16 (18,8)	11 (12,9)	20 (23,5)	4 (4,7)	
Hubo explicación del formulario					1,000b
Sí	17 (20,0)	17 (20,0)	38 (44,7)	12 (14,1)	
No	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,2)	0 (0,0)	

Variable	Escolaridad n (%)	Escolaridad n (%)	Escolaridad n (%)	Escolaridad n (%)	p
Variable	**Alfabetización**	**Educación primaria completa**	**Educación secundaria completa**	**Superior Completo**	**p**
Firmó sin una explicación					1,000b
Sí	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,2)	0 (0,0)	
No	17 (20,0)	17 (20,0)	38 (44,7)	12 (14,1)	
Comprensión de la información					0,376b
Sí	16 (18,8)	17 (20,0)	34 (40,0)	12 (14,1)	
No	1 (1,2)	0 (0,0)	5 (5,9)	0 (0,0)	
Lenguaje claro y sencillo					0,457b
Sí	16 (18,8)	14 (16,5)	33 (38,8)	12 (14,1)	
No	1 (1,2)	3 (3,5)	6 (7,1)	0 (0,0)	
Se explicaron el formulario y los riesgos...					1,000b
Sí	17 (20,0)	17 (20,0)	38 (44,7)	12 (14,1)	
No	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,2)	0 (0,0)	
Dudas					0,167[a]
Sí	5 (5,9)	10 (11,8)	12 (14,1)	3 (3,5)	
No	12 (14,1)	7 (8,2)	27 (31,8)	9 (10,6)	
Diálogo para resolver dudas					0,146b
Sí	13 (15,3)	12 (14,1)	34 (40,0)	12 (14,1)	
No	4 (4,7)	5 (5,9)	5 (5,9)	0 (0,0)	
Seguridad al firmar					0,143[a]
Sí	9 (10,6)	7 (8,2)	24 (28,2)	10 (11,8)	
No	8 (9,4)	10 (11,8)	15 (17,6)	2 (2,4)	
Satisfacción					0,164b
Sí	15 (17,6)	12 (14,1)	30 (35,3)	12 (14,1)	
No	2 (2,4)	5 (5,9)	9 (10,6)	0 (0,0)	
Vergüenza					0,062b
Sí	2 (2,4)	4 (4,7)	1 (1,2)	1 (1,2)	
No	15 (17,6)	13 (15,3)	38 (44,7)	11 (12,9)	
Miedo del profesional					0,287b
Sí	0 (0,0)	2 (2,4)	1 (1,2)	0 (0,0)	
No	17 (20,0)	15 (17,6)	38 (44,7)	12 (14,1)	

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

Variable	**Escolaridad n (%)**	**Escolaridad n (%)**	**Escolaridad n (%)**	**Escolaridad n (%)**	**p**
Variable	**Alfabetización**	**Educación primaria completa**	**Educación secundaria completa**	**Superior Completo**	**p**
Copia del formulario					0,255[a]
Sí	8 (9,4)	5 (5,9)	23 (27,1)	6 (7,1)	
No	9 (10,6)	12 (14,1)	16 (18,8)	6 (7,1)	
Finalidad del formulario					0,002b*
Para que el paciente tenga conocimiento previo del procedimiento quirúrgico y de sus riesgos y beneficios, respetando su voluntad, elección y decisión	1 (1,2)	0 (0,0)	5 (5,9)	3 (3,5)	
Proteger al médico en caso de que el paciente sufra algún daño físico o moral.	2 (2,4)	5 (5,9)	13 (15,3)	1 (1,2)	
Para que el paciente tenga conocimiento previo del procedimiento quirúrgico, respetando su voluntad, elección y decisión, y para proteger al médico en caso de que el paciente sufra algún daño físico o moral.	1 (1,2)	1 (1,2)	11 (12,9)	5 (5,9)	
No sabe informar	13 (15,3)	11 (12,9)	10 (11,8)	3 (3,5)	

a = prueba de chi-cuadrado de Pearson; b = prueba exacta de Fisher; * = Diferencia significativa.

DISCUSIÓN

La validez moral y legal del consentimiento informado (CI) depende directamente de la capacidad del individuo para comprender la información recibida y utilizarla de manera consistente con sus propios valores, intereses, objetivos y creencias personales (SILVA J, 2024). La autonomía del paciente no se limita a la libertad formal de aceptar o rechazar un procedimiento, sino que presupone en la capacidad real de comprensión y deliberación consciente sobre las consecuencias de la decisión tomada (GOLDIM JR, 2021; SILVA CA, 2003). , el consentimiento informado representa el derecho del paciente a participar activamente en decisiones relacionadas con tratamientos e intervenciones quirúrgicas que puedan afectar su integridad física, psicológica y moral (VAZ RJ, 2021).

Uno de los mayores desafíos éticos del consentimiento informado radica precisamente en la dificultad de garantizar que los pacientes sin formación técnica puedan comprender adecuadamente información compleja relacionada con el diagnóstico, los riesgos quirúrgicos, el pronóstico, los beneficios y las alternativas terapéuticas (SILVA JJ, 2023; ROCHA IEGM et

al., 2023). Así, el propósito ético del consentimiento informado va más allá de la simple firma documental, consistente en la construcción de un proceso comunicacional capaz de garantizar que el paciente entienda efectivamente lo que se le ha explicado y pueda ejercer su autonomía de manera libre e iluminada (VIDAL EIO et al., 2024).

Los hallazgos del presente estudio refuerzan este problema demostrando que, aunque la mayoría de los pacientes informaron haber recibido explicaciones previas y considerado claro y accesible el lenguaje de la Forma de Consentimiento Informado (TCI), el 43,5% no sabía para qué sirve el documento. Estos datos revelan una diferencia fundamental entre tres dimensiones a menudo confundidas en el proceso de consentimiento: recibir información, comprender el contenido y comprender el propósito ético de las TCI.

Recibir explicación no significa necesariamente entender. , comprender parcialmente los riesgos o beneficios del procedimiento no implica la plena comprensión de la función ética y legal del consentimiento informado. muchos pacientes demostraron reconocer que el término contenía información sobre cirugía, riesgos y cuidados, pero no identificaron que existen las TCI para garantizar su autonomía de toma de decisiones, garantizar el derecho a la información y legitimar su participación consciente en el proceso terapéutico (SILVA JJ, 2024).

Esta distinción tiene una profunda relevancia bioética. la literatura contemporánea diferencia la comprensión percibida de la comprensión funcional. La comprensión percibida ocurre cuando el paciente cree que ha entendido la información presentada; la comprensión funcional implica una capacidad concreta para interpretar, explicar y utilizar esta información para la toma de decisiones autónoma (SILVA JJ, 2024; VIDAL EIO et al., 2022). En este contexto, los resultados del estudio sugieren que una parte significativa de los pacientes presentó solo una comprensión superficial u operativa del documento, sin la asimilación completa de su propósito ético.

El hecho de que el 98,8% de los participantes afirme haber recibido una explicación previa y, simultáneamente, el 43,5% no sabe cómo explicar para qué sirve las TCI, evidencia que el proceso de consentimiento puede estar ocurriendo predominante y burocráticamente. esto sugiere que, en muchos casos, el enfoque de la comunicación se centra en la transmisión de información técnica sobre el procedimiento, sin asegurar que el paciente entienda su papel activo en el proceso de toma de decisiones. por lo tanto, el consentimiento corre el riesgo de convertirse en una mera formalidad administrativa o instrumento de protección jurídica institucional, alejándose de su principal propósito ético: promover una autonomía sustancial.

Desde esta perspectiva, la autonomía del paciente depende no solo de la provisión de información, sino de la capacidad de procesarla críticamente, integrándola a las propias

expectativas, valores y proyectos de vida (GOLDIM JR, 2021; SILVA CA, 2003). el consentimiento solo puede considerarse verdaderamente válido cuando el paciente entiende no solo “qué se hará” sino también “por qué está consintiendo” y cuáles son sus derechos dentro de ese proceso.

En el contexto de la cirugía bariátrica, este tema se vuelve aún más relevante debido a la complejidad del procedimiento y a los profundos cambios físicos, psicológicos y sociales que intervienen en el postoperatorio. La cirugía bariátrica requiere una adherencia continua al tratamiento, cambios permanentes de comportamiento y una adecuada comprensión de los riesgos y limitaciones terapéuticas. , la falta de comprensión sobre el propósito de las TCI puede comprometer la legitimidad ética de la decisión quirúrgica.

Los resultados también indicaron una asociación estadísticamente significativa entre la educación y la comprensión del propósito del término, lo que demuestra que los pacientes con un nivel educativo superior tenían una mejor comprensión del papel del consentimiento informado. Este hallazgo refuerza la influencia de la alfabetización en salud en la autonomía práctica de los pacientes y evidencia que el modelo actual de TCI puede favorecer a las personas con capital educativo superior, ampliando las vulnerabilidades entre aquellos con educación inferior (CAWICH SOC et al., 2013; GOTA V et al., 2018).

Además, aunque muchos pacientes han reportado satisfacción con las explicaciones recibidas y una sensación de seguridad al firmar el documento, la literatura demuestra que la satisfacción subjetiva no necesariamente equivale a una comprensión efectiva (FALAGAS M et al., 2009; CASTRO AF et al., 2020). Los pacientes pueden sentirse satisfechos de que confían en el equipo médico, incluso sin comprender completamente la información proporcionada. Del mismo modo, la ausencia de dudas no siempre significa una comprensión adecuada, y puede reflejar vergüenza, inseguridad o incapacidad para identificar lagunas informativas.

En este contexto, es fundamental comprender el consentimiento informado como un proceso continuo de comunicación y no solo como un acto documental aislado. Las estrategias de verificación activa de la comprensión, como el método teach-back, en el que el paciente explica con sus propias palabras lo que comprendió, han sido recomendadas en la literatura internacional como herramientas eficaces para fortalecer la autonomía y reducir las fallas del consentimiento (ALSAFFAR H et al., 2016; SUTHERLAND et al., 2002).

Los hallazgos relacionados con el origen de las explicaciones, realizadas principalmente por médicos residentes y otros profesionales del equipo, también refuerzan la necesidad de una formación específica en comunicación sanitaria. La calidad ética del consentimiento depende directamente de la capacidad del profesional para adaptar el lenguaje al nivel sociocultural del

paciente, identificar dificultades de comprensión y promover un diálogo accesible y participativo.

Los resultados del presente estudio sugieren que la efectividad ética de las TCI no debe evaluarse solo mediante la entrega del documento, la lectura previa o la percepción subjetiva de la claridad, sino principalmente por la capacidad del paciente para comprender su propósito, ejercer la autonomía consciente y participar activamente en la decisión terapéutica. El alto porcentaje de pacientes incapaces de explicar qué son las TCI evidencia la necesidad de revisar las estrategias de comunicación utilizadas en el contexto quirúrgico, especialmente en poblaciones con diferentes niveles de educación y alfabetización en salud.

De este modo, nuestros resultados corroboran los hallazgos de VIDAL EIO et al. (2024) y SILVA JJ (2024), quienes recomiendan adoptar prácticas de comunicación centradas en el paciente, utilizar lenguaje simplificado y recursos multimodales, implementar de manera rutinaria estrategias de verificación de la comprensión como el método teach-back, capacitar específicamente a los equipos multiprofesionales y a los médicos residentes en comunicación ética, y reformular el TCI para hacerlo más accesible y comprensible. Estas medidas pueden reducir la discrepancia entre la comprensión aparente y la comprensión real, fortaleciendo la autonomía efectiva de los pacientes y la validez ética del consentimiento obtenido.

Finalmente, el presente estudio tiene algunas limitaciones, incluyendo la reducción del tamaño de la muestra y la recolección en un contexto preoperatorio durante la pandemia, factores que pueden haber influido en la capacidad de comprensión de los participantes. , los estudios futuros, con muestras más grandes y enfoques cualitativos más profundos, son necesarios para investigar de manera más detallada los factores asociados a la incomprensión del propósito ético de las TCI en el contexto quirúrgico.

CONCLUSIÓN

El Formulario de Consentimiento Informado (TCI) utilizado en el programa de Cirugía Bariátrica del Hospital Escola de Recife/PE, presentó información adecuada sobre los riesgos, beneficios, alternativas y tipo de procedimiento quirúrgico. Destacando que los contenidos contenidos en este fueron informados por el médico residente y los pacientes confirmaron que existía una adecuada explicación y comprensión de toda la información, pero se identificó la necesidad de una relación de comunicación centrada en el paciente a través de un lenguaje simplificado transmitido por todo el equipo multidisciplinario.

Referencias

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.