

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TIPO DE ANESTESIA: SEDAÇÃO

NOME DA(O) PACIENTE: \_\_\_\_\_  
Data do Procedimento: \_\_\_\_\_ Cirurgião(â): \_\_\_\_\_

**Quem está autorizado a receber informações confidenciais sobre o(a) paciente?**

Nome: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

### **OBJETIVOS:**

Este documento foi criado para ajudá-lo(a) a entender o tipo de anestesia que será utilizado em você, seus riscos, benefícios e alternativas disponíveis. Leia atentamente as informações abaixo, pois elas garantem seu direito de acesso à informação de forma clara e objetiva, permitindo que você decida livremente sobre a realização do procedimento anestésico inicialmente proposto, bem como outros excepcionalmente necessários em casos de urgência/emergência.

### **INFORMAÇÕES SOBRE A SEDAÇÃO:**

A SEDAÇÃO é capaz de induzir o paciente ao relaxamento através da redução do nível de consciência, porém, mantendo a respiração e a deglutição (movimento de engolir) do paciente de forma espontânea, a fim de que procedimentos cirúrgicos e/ou exames sejam executados pelo (a) médico (a) assistente. Tal sedação pode ser realizada pela aplicação de medicamentos sedativos pela via oral, respiratória ou venosa (veias) e poderá ser de intensidade leve (relaxamento e controle da ansiedade), moderada (redução da consciência, com resposta a estímulos leves) ou profunda (situação mínima de consciência e uso de máscara de oxigênio, respondendo apenas a fortes estímulos).

### **ANESTESIAS ALTERNATIVAS:**

Para a escolha da anestesia a ser aplicada, sempre será considerada a complexidade do procedimento cirúrgico ou exame a ser feito, o tempo de duração, os resultados de exames laboratoriais ou o histórico de saúde repassado pelo(a) médico(a) assistente ao(à) anestesiologista, bem como as condições clínicas do(a) paciente.

Na hipótese de o(a) paciente não querer ser submetido a sedação, tal negativa deverá ser imediatamente informada ao(à) médico(a) anestesista, para que um novo plano anestésico seja traçado, desde que possível e igualmente seguro.

### **ESCLARECIMENTOS E RISCOS MAIS FREQUENTES NA SEDAÇÃO:**

**A anestesia poderá ser aplicada por qualquer médico(a) anestesista integrante da equipe DOMUS.**

1. **Em relação à saúde global do paciente:** Não existe anestesia sem risco. Toda anestesia envolve algum tipo de risco à saúde e à vida. Este risco varia conforme: o tipo de cirurgia e anestesia; tempo cirúrgico, condições clínicas pré-cirúrgicas do paciente; pré-disposições hereditárias (de nascença); o fumo, o consumo de drogas lícitas e ilícitas, álcool e o uso de substâncias e medicamentos não informados ao (à) médico (a) podem desencadear complicações durante e após o ato anestésico, aumentando o seu risco. Eventualmente o estresse da cirurgia pode causar piora de doença pré-existente, mesmo que o paciente ainda não tenha conhecimento de ter essa doença. A decisão voluntária de submeter-se à anestesia é feita considerando a possibilidade, ainda que remota, de ocorrerem complicações leves, moderadas ou graves, podendo causar prejuízo transitório ou permanente à saúde do(a) paciente, tais como tontura, enjoos, sonolência, inquietação, reações alérgicas, confusão mental e amnésia temporária, vômito e refluxo (o risco de aspiração pulmonar aumenta se o paciente não estiver em jejum adequado) e, mais raramente, embolias pulmonares (entupimento de uma artéria do pulmão geralmente causada por coágulo de sangue ou gordura), infartos, arritmias cardíacas (descontrole dos batimentos cardíacos), paradas cardíacas e

*Em cumprimento ao Código de Ética Médica - Arts. 22 e 24 / Lei 8.078 de 11/09/1990 (CDC) - Art. 9º*

*Reprodução Proibida - Direitos Autorais Reservados à Autora.*

respiratórias, derrames (rompimento de uma veia do cérebro), isquemias cerebrais (falta ou diminuição do fluxo de sangue em uma veia do cérebro, que pode ser causado por um coágulo de sangue ou gordura), aspiração do conteúdo líquido ou sólido do estômago para os pulmões, lesões cerebrais e **óbito** (morte). Complicações graves como as mencionadas, podem ser mais frequentes nos casos em que o paciente apresente condição de saúde debilitante ou em casos de urgência e emergência.

**2. Reações alérgicas:** em casos raros, podem ocorrer reações alérgicas leves, moderadas ou severas aos medicamentos e/ou equipamentos utilizados em sala cirúrgica. Reações sistêmicas mais sérias, como anafilaxia ou broncoespasmo (**reação alérgica grave e de rápida progressão que pode provocar a morte**) podem ocorrer durante ou logo após o procedimento anestésico, sendo que, tais reações, podem ser muitas vezes imprevisíveis. **Qualquer histórico de reação alérgica deve ser informado ao (à) médico(a).**

**3. Do jejum:** Para que a sedação possa ser aplicada, é fundamental que o(a) paciente esteja em jejum absoluto de, no mínimo, 8 h.

**4. Efeitos a curto prazo:** Tendo em vista sintomas comuns como sonolência e tontura temporária, é indispensável que a alta hospitalar ocorra na presença de acompanhante ou responsável legal, bem como, é recomendável ao paciente não dirigir ou manusear equipamentos perigosos pelo período mínimo de 8h, após alta ou conforme indicado pelo(a) médico(a) cirurgião(â).

**5. Lesão dentária:** Pode ocorrer durante o manuseio das vias aéreas.

**6. Não consumir álcool ou tabaco** por pelo menos 48 horas antes da anestesia/cirurgia ou conforme orientação do seu médico. O álcool e o tabaco podem prejudicar a resposta do corpo à anestesia e a cicatrização.

**7. Sedação Combinada Com Bloqueio Anestésico:** Trata-se da aplicação de medicamentos capazes de **reduzir ou interromper temporariamente os impulsos sensoriais (como a dor) de uma região específica do corpo.** Bloqueios anestésicos poderão ser aplicados conforme a necessidade observada pelo(a) médico(a) anestesista ou a pedido do(a) cirurgião(â), mas sempre com o objetivo de promover ao paciente um alívio eficaz da dor durante e após o procedimento. Quando cabível a sedação combinada, esta poderá diminuir a necessidade de anestésicos, analgésicos e bloqueadores neuromusculares durante os procedimentos cirúrgicos. **Os principais riscos dos bloqueios anestésicos são:** dor no local da injeção, manchas roxas na pele, em casos raros, reações alérgicas ao anestésico. Complicações mais graves, como lesões nervosas (dormência, fraqueza ou dor persistente no local ou no membro bloqueado) ou infecções, são raras, mas podem ocorrer. Complicações raras, quando o bloqueio for nas costas, também podem acontecer como paralisia dos membros inferiores (pernas), hematoma espinhal (sangramento na espinha), aracnoidite adesiva (condição neurológica rara e grave caracterizada por uma inflamação crônica da membrana aracnoide - uma das três que envolvem o cérebro e a medula espinhal), síndrome da cauda equina (compressão das raízes nervosas localizadas no final da medula espinhal, na região lombar, que pode causar formigamento e fraqueza dos membros inferiores e mal funcionamento da bexiga e intestino).

**A critério do(a) anestesista ou do(a) cirurgião(â), o procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico poderá ser suspenso ou interrompido se observados indícios de risco à vida do(a) paciente.**

### **CONSENTIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DA SEDAÇÃO**

Eu (paciente ou responsável), \_\_\_\_\_ **CPF** \_\_\_\_\_ autorizo a aplicação da técnica SEDAÇÃO, a fim de viabilizar a realização do procedimento proposto pelo(a) médico(a) cirurgião(â).

Autorizo, caso seja necessário, qualquer outro procedimento, incluindo a transfusão de sangue e hemoderivados. Havendo recusa à eventual transfusão sanguínea, esta, deverá ser feita por meio da

apresentação de Diretiva Antecipada de Vontade (testamento vital) devidamente registrada em cartório, que será anexada ao prontuário ou, alternativamente, tal recusa será registrada de forma expressa (escrita), diante de 2 médicos e 2 testemunhas, cujo documento será assinado por todos os presentes no ato. Igualmente, autorizo a realização de exame, tratamento e/ou cirurgia, bem como **mudança no planejamento anestésico (podendo ser aplicada, inclusive, a anestesia geral), em situações imprevistas de urgência/emergência, que possam eventualmente ocorrer antes, durante ou depois da anestesia, e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.**

Autorizo o registro através de fotografias, sons, imagens, etc. dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s) por compreender que tais registros, além de ser uma exigência médico-legal ainda representam uma alternativa importante de estudo e de informações científicas; entendo e autorizo também que, nos casos de apresentações de caráter científico, minha identidade não será revelada; Desde já, se necessário, concordo com a realização de consultas virtuais de acompanhamento pós-procedimento anestésico, mesmo ciente das limitações diagnósticas de tal modalidade.

Estou ciente de que ocorrerão limitações das minhas atividades cotidianas por tempo indeterminado, eis que não existe um método preciso que determine o tempo e a capacidade de recuperação do corpo humano após qualquer intervenção cirúrgica e/ou anestésica. Estou ciente, ainda, que tais limitações podem ser agravadas pela negativa de repouso ou por condições alheias ao ambiente hospitalar.

Fui cientificado (a) e autorizo a coleta e o tratamento de dados pessoais em decorrência da prestação do serviço médico contratado, podendo o(a) médico(a) acessar, utilizar, manter, processar e arquivar, eletrônica e manualmente, as informações e os dados prestados por mim a fim de cumprir suas obrigações, jamais para qualquer outro propósito, nos moldes da Lei 13.709/2018, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e demais normas jurídicas.

Comprometo-me, ainda, a informar todo o histórico pessoal e familiar de doenças e o uso de qualquer medicamento (inclusive eventuais tratamentos realizados nos últimos 60 dias) e drogas ilícitas, bem como ingestão alcoólica, distúrbios psíquicos, possibilidade de gravidez, uso de medicamentos caseiros/naturais ou qualquer outra forma de cura ou alívio sob risco de comprometer o tratamento médico, aumentando seu risco.

Declaro que, após a leitura consciente e detalhada do exposto nas páginas deste documento, compreendi o seu conteúdo, tendo sido esclarecidas todas as dúvidas sobre o procedimento anestésico em questão e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Estou ciente que neste documento não foram citados todos os riscos e complicações que podem decorrer deste procedimento, o que não os tornam menos graves. Declaro estar plenamente ciente de que, em caso de surgimento de sintomas inesperados ou intensos, tais como dificuldade para respirar, dor intensa, alterações neurológicas (formigamento, desmaios, perda de força ou sensibilidade), febre, inchaço, sangramento anormal ou qualquer outro sinal de complicações, devo buscar imediatamente atendimento médico de urgência ou emergência, bem como comunicar ao(a) médico(a) assistente.

Por fim, declaro estar em pleno gozo das minhas faculdades mentais, podendo adquirir e exercer direitos.

Data da assinatura do termo, após atenciosa leitura: Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

---

Assinatura/Nome por extenso do (a) paciente.

CPF:

Grau de Parentesco \_\_\_\_\_.

Assinatura por extenso do (a) Responsável/Representante Legal