

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE RECUSA AO RECEBIMENTO DE TRANSFUSÃO SANGUÍNEA E HEMODERIVADOS

NOME DA(O) PACIENTE: _____
DATA DE NASCIMENTO: _____ IDADE: _____ CPF: _____ RG: _____
DATA DO PROCEDIMENTO: _____ CIRURGIÃO(Ã) RESPONSÁVEL: _____
ANESTESISTA RESPONSÁVEL: _____

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

Nome: _____ CPF: _____ Contato: _____

OBJETIVOS:

Este documento tem o objetivo de garantir que sua voz/vontade seja ouvida e respeitada. Ele foi elaborado para proporcionar a você um entendimento claro sobre a seriedade, os riscos e as eventuais consequências da sua decisão - inicialmente expressa de forma verbal - de recusar a transfusão de sangue e/ou hemocomponentes (glóbulos vermelhos, brancos, plaquetas e plasma). Leia atentamente as informações abaixo, pois elas garantem o seu direito de acesso à informação de forma clara e objetiva, permitindo que você decida de forma consciente, lúcida e livre sobre manter ou não a decisão de não receber transfusão sanguínea e/ou hemocomponentes.

INFORMAÇÕES SOBRE AS INDICAÇÕES DE USO DA TRANSFUSÃO SANGUÍNEA E/OU DE HEMOCOMPONENTES

Em determinadas situações clínicas, a transfusão de sangue e/ou o uso de hemocomponentes pode ser fortemente recomendada pelos profissionais de saúde, especialmente em casos de **hemorragias graves decorrentes de traumas, cirurgias extensas, complicações obstétricas, anemias severas**, ou em pacientes com **distúrbios da coagulação que coloquem a vida em risco imediato**. Essas intervenções, embora não isentas de riscos, muitas vezes representam a conduta terapêutica mais eficaz para **restabelecer a estabilidade hemodinâmica (manter a pressão sanguínea e o fluxo sanguíneo em níveis adequados no organismo), corrigir deficiências críticas e preservar funções vitais**. Todavia, ainda assim, a legislação brasileira reconhece plenamente, o direito do(a) paciente de recusar tais medidas, desde que sua decisão seja feita de forma lúcida, consciente e informada.

LIMITES LEGAIS IMPOSTOS À RECUSA DE TRANSFUSÃO SANGUÍNEA E/OU DE HEMOCOMPONENTES

O direito à autonomia sobre o próprio corpo, em especial quando da recusa terapêutica ao recebimento de sangue e hemocomponentes é conferido, **exclusivamente**, para pessoas lúcidas, conscientes, maiores de 18 anos, plenamente capazes de adquirir e exercer direitos. Sendo assim, se a recusa ao tratamento com transfusão de sangue e/ou hemocomponentes envolver feto e gestante, criança, adolescente ou adulto que por qualquer razão se encontre incapaz de expressar sua vontade de forma plena, consciente e informada, desde já, a equipe médica que assiste o(a) paciente reserva-se o direito de acionar, imediatamente, o Diretor Técnico do Hospital e as autoridades competentes (Ministério Público, Conselho Tutelar e Judiciário) para que estes, deliberem a respeito de eventual recusa a direito de terceiro, quando proposto em caráter eletivo ou de urgência. Em situações emergenciais, frente ao risco iminente de morte do(a) incapaz (paciente ou feto), o(a) médico(a) anestesiológico(a), desde já, por força das normas vigentes e do seu dever de preservar à vida, exercerá a sua autonomia médica, adotando as técnicas terapêuticas mais adequadas ao caso concreto, o que inclui a transfusão sanguínea ou de hemocomponentes, quando e se esgotadas todas

Em cumprimento ao Tema de Repercussão Geral n.º 1.069 do STF / Código de Ética Médica - Arts. 22 e 24 / Lei 8.078 de 11/09/1990 (CDC) - Art. 9º

as demais alternativas disponíveis e possíveis de aplicação, com vistas à estabilização hemodinâmica do(a) paciente (manter a pressão sanguínea e o fluxo sanguíneo em níveis adequados no organismo).

USO DE HEMODERIVADOS:

Hemoderivados são substâncias terapêuticas obtidas do sangue humano, mais especificamente do plasma - sua fração líquida -, que carregam componentes vitais como imunoglobulinas (são anticorpos que ajudam a combater infecções e doenças), albumina (proteína encontrada no plasma sanguíneo que desempenha funções como a regulação da pressão osmótica e o transporte de substâncias pelo corpo), fatores de coagulação (são proteínas que desempenham um papel fundamental no processo de coagulação do sangue), plasma fresco congelado (é o plasma sanguíneo que foi congelado logo após a coleta. Ele contém uma variedade de componentes, como fatores de coagulação e imunoglobulinas). Esses produtos desempenham um papel crucial no tratamento de diversas condições médicas, sendo muitas vezes indispensáveis à preservação da vida.

Considerando que alguns pacientes, em especial Testemunhas de Jeová, por vezes aceitam receber tratamento com hemoderivados, o(a) paciente acima identificado (☐) **ACEITA** / (☐) **NÃO ACEITA** receber componentes de hemoderivados em situações realmente necessárias à preservação da sua saúde e vida.

ESCLARECIMENTOS E RISCOS ASSOCIADOS À NEGATIVA TERAPÊUTICA À TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA E HEMOCOMPONENTES:

1. A **recusa expressa** do(a) paciente plenamente capaz, lúcido(a) e consciente quanto ao recebimento de transfusão sanguínea e/ou hemocomponentes implica na sua aceitação dos riscos associados a essa decisão, que podem incluir o agravamento do quadro clínico/condição de saúde, falência de órgãos vitais e, em casos extremos, o seu óbito (morte). Mesmo diante dessa negativa formalizada neste ato, ressalta-se que **essa manifestação de vontade é revogável a qualquer momento**, mediante declaração do(a) próprio(a) paciente.

2. A equipe médica, por sua vez, compromete-se a empregar **todos os recursos terapêuticos disponíveis e aceitáveis** que não envolvam transfusão de sangue ou de hemocomponentes, visando preservar a vida e oferecer o melhor tratamento possível a você, paciente. Contudo, caso tais medidas alternativas se mostrem insuficientes para a reversão do quadro clínico/urgência/emergência, a equipe respeitará integralmente a **autonomia da vontade do(a) paciente**, conforme estabelecido neste documento.

3. **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, em especial sem contar com a possibilidade de transfusão sanguínea, é feita considerando a possibilidade de ocorrerem complicações leves, moderadas ou graves, podendo causar prejuízo transitório ou permanente à saúde do paciente, tais como: 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 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

Em cumprimento ao Tema de Repercussão Geral n.º 1.069 do STF / Código de Ética Médica - Arts. 22 e 24 / Lei 8.078 de 11/09/1990 (CDC) - Art. 9º

do estômago para os pulmões, lesões cerebrais e **óbito (morte)**. Complicações graves podem ser mais frequentes em pacientes que apresentem condições de saúde debilitantes ou em casos de urgência e emergência.

**DECLARAÇÃO DE AUTONOMIA E CIÊNCIA DOS RISCOS DA RECUSA À
TRANSFUSÃO SANGUÍNEA E/OU DE HEMOCOMPONENTES**

Eu (paciente), _____ CPF _____ declaro, de forma livre, consciente e lúcida, que fui devidamente informado(a) quanto aos riscos clínicos decorrentes da minha recusa à transfusão de sangue e/ou hemocomponentes, os quais incluem, mas não se limitam a, agravamento do meu quadro clínico, falência de órgãos vitais e possibilidade de óbito (morte), especialmente em situações de urgência, emergência e cirúrgicas, bem como frente a doenças graves.

Reconheço que essa decisão foi formalizada por mim neste documento, mas poderá ser revogada a qualquer tempo, mediante manifestação da minha vontade na presença de testemunhas, que podem ser diferentes das que aqui estão.

Declaro, ainda, ter ciência de que, mesmo diante da recusa ora registrada, a equipe médica envia todos os esforços e recursos terapêuticos disponíveis e compatíveis com a minha decisão, buscando preservar minha vida, estabilizar minha condição clínica e mitigar os riscos existentes. Contudo, caso tais alternativas não se revelem eficazes para a reversão do quadro, **a equipe médica deverá respeitar integralmente esta manifestação de vontade**, aqui formalizada.

A presente decisão foi tomada e formalizada após esclarecimentos prestados por dois médicos assistentes, os quais atestam minha lucidez, compreensão da gravidade da situação, dos riscos assumidos e da irreversibilidade de eventuais complicações graves e/ou letais. Esta declaração também foi firmada **na presença de duas outras testemunhas**, que acompanharam as informações prestadas, a leitura e assinatura deste termo, garantindo sua legitimidade e validade jurídica.

Desta forma, () RECUSO-ME A RECEBER TRANSFUSÕES SANGUÍNEAS E/OU HEMOCOMPONENTES.

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 minha recusa à Transfusão Sanguínea e/ou Hemocomponentes, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.

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

Ass. Médico(a) Anestesista

Ass. Médico(a) Cirurgião(ã)

Ass. Testemunha 1

Ass. Testemunha 2

Em cumprimento ao Tema de Repercussão Geral n.º 1.069 do STF / 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 Franciele Corte Batista, OAB/RS 114.476.

Nome _____
CPF: _____

Nome _____
CPF: _____

Em cumprimento ao Tema de Repercussão Geral n.º 1.069 do STF / 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 Franciele Corte Batista, OAB/RS 114.476.